

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 31/32 – 12 augustus – 43e jaargang

De wetgever zal zich moeten bezinnen op de vraag op welke wijze de rechtspositie van de meerderjarige geestelijk onbekwame patiënt optimaal kan worden beschermd. Mw. Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing concludeert, dat het zelfbeschikkingsrecht leidraad moet zijn voor wetgever én arts; de Grondwet verplicht hiertoe.

Drie artsen doen verslag van hun deels gezamenlijke activiteit om patiënten te laten stoppen met roken en trekken er de les uit. Volgens wijlen J. T. C. Bakker, J. A. M. Hoevenaars en C. A. J. de Jong dienen huisartsen zich actiever bezig te houden met het stoppen met roken.

Meer voorlichting over de gevaren, een hogere prijs van tabaksprodukten en maatregelen tegen het passief roken, vormen het meest effectieve beleid tegen het roken. L. J. S. Wever geeft een korte en selectieve impressie van de 6th World Conference on Smoking and Health, die in Japan werd gehouden.

De socioloog Dr. A. F. I. Bannenberg gaat in op de vraag hoe de doelmatigheid van de alcoholhulpverlening kan worden bevorderd. Hij maakt hierbij gebruik van gegevens uit het onderzoek 'Evaluatie van vraag- en aanbodfuncties in de gezondheidszorg' van de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Een facultaire werkgroep van de Katholieke Universiteit van Nijmegen ontwikkelde een extramuraal co-assistentenschap dat inhoudelijk en organisatorisch een eenheid vormt. Hierin vindt praktisch onderwijs plaats in de huisartsgeneeskunde, de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geneeskunde.

In een derde en laatste bijdrage over erfelijkheidsvoorlichting en ethiek gaat Dr. Marc Christiaens in op de ethische complicaties van het denken over erfelijkheidsvoorlichting en klinische genetica in curatieve dan wel in preventieve categorieën.

## INHOUD

De meerderjarig geestelijk onbekwame patiënt. Wie beslist?

*Mw. Prof. Mr. H. D. C. Roscam Abbing – 911*

Huisarts en roken

*J. T. C. Bakker, J. A. M. Hoevenaars en C. A. J. de Jong – 915*

Wereldwijd tegen het roken. Zesde Wereldconferentie over roken en gezondheid

*L. J. S. Wever – 917*

De invloed van de ontkerkelijking op het gebruik van tabak en alcohol – 919

Doelmatigheid van alcoholhulpverlening  
*Dr. A. F. I. Bannenberg – 921*

Een geïntegreerd extramuraal co-assistentenschap

*A. I. F. Vernooy, Th. B. Voorn en J. W. J. van der Gulden – 923*

Zes vakgroepen in één co-assistentenschap extramurale gezondheidszorg in Groningen

*Dr. G. R. Hoekstra, Drs. F. van Heertum en Drs. K. H. Groenier – 926*

Erfelijkheidsvoorlichting: Een misverstand met ethische implicaties

*Dr. Marc Christiaens – 927*

De Consultancy Group Maternal Health and Family Planning – 929

---

Colofon 906 – Colofon officieel 906 – Hoofdreactioneel commentaar 907 – Voorzitterskolom LAD 908 – Brieven 909 – Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie 914 – Praktijkperikel 922 – Officieel 931 – Uit de Verenigingen 955

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

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris  
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-Weis  
R. Bekendam  
Dr. J. L. A. Boelen

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice  
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice  
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice  
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'Aderlating door een chirurgijn' van Richard Blakenburg 1650-1702.

Welcome Historical Medical Museum and Library, London.

## KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasman (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseerende leden.

#### Secretariaat

J. Diepersloot (W. van Hof), secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, 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 Anel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

#### Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

#### Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Ongelijkheid in gezondheid

Eén van de doelstellingen van het programma 'Health for all by the year 2000' van de WHO is, verschillen in gezondheid tussen zowel landen als groepen binnen landen met tenminste 25% terug te dringen door het gezondheidsniveau van de landen en groepen met achterstand in niveau van gezondheid te verbeteren. Teneinde deze doelstelling ook voor Nederland te kunnen realiseren heeft de directeur-generaal van de Volksgezondheid, Prof.Drs. J. van Londen, begin dit jaar de programmacommissie 'Gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status' geïnstalleerd. Deze commissie, onder leiding van Dr. L. Ginjaar, heeft als opdracht op korte termijn een onderzoekprogramma op te stellen waardoor determinanten als gedragsfactoren, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, de klinische praktijk en het financieringssysteem diepgaand kunnen worden bestudeerd.

Er is alle reden om het onderwerp 'ongelijkheid in gezondheid' te associëren met verschillen tussen de zogenaamde ontwikkelde en ontwikkelingslanden. We gaan er dan echter aan voorbij dat dit verschijnsel zich in ieder westers land evenzeer voordoet. Naast de aanzienlijke, wellicht niet vermijdbare, sterfteverschillen tussen mannen en vrouwen zijn er andere verschillen die we minder gemakkelijk behoeven te accepteren.

Acht jaar geleden werd op het KNMG-Ledencongres over 'Gezondheidszorg in de grote stad' een vergelijkend buurtonderzoek gepresenteerd waaruit zonnelaar bleek dat zich in Amsterdam, gemeten naar indicatoren als sterftecijfer, aantal ziekenhuisopnamen en langdurige arbeidsongeschiktheid, tussen de bewoners van de sociaal-economisch zwakke en sterkere buurten aanzienlijke verschillen in gezondheidstoestand voordoen<sup>1</sup>. In buurten met een lagere sociaal-economische status vond men meer CARRA, ongevallen, vergiftigingen, geweld en baarmoederhalskanker. In buurten met een hoge sociaal-economische status werden relatief frequenter borstkanke, ischemische hartaandoeningen en cerebro-vasculaire aandoeningen aangetroffen.

Zoals ook beschreven in het Black Report<sup>2</sup>, zien we een enorme opeenhoping van gezondheidsbedreigende factoren. Ongezonde buurten vertonen een cumulatieve van zaken als vochtige, te kleine en gehorige behuizing, moeilijke arbeids-

omstandigheden en -verhoudingen, gebrek aan toegang tot het arbeidsproces, gebrek aan hygiëne, te weinig lichaamsbeweging, te veel roken en te vet eten, een te grote psychosociale belasting, ingrijpende levensgebeurtenissen en schadelijke normen en waarden.

De inwoners uit de minst gunstige Amsterdamse wijk hebben een verminderde levensverwachting van vijf jaar; ze lopen, anders gezegd, op elke leeftijd een tweemaal hogere kans om in dat levensjaar dood te gaan dan inwoners uit de gunstigste buurten. Dit verschil heeft niets te maken met subjectief ervaren gezondheid. Volgens Van der Maas is het gewoon een hard gegeven dat die groepen die er wat betreft inkomen, opleiding en beroep het slechtst aan toe zijn, ook in Nederland een slechtere gezondheid hebben<sup>3</sup>.

De in zo'n ongezonde wijk praktiserende

## Dr. C. Spreeuwenberg

huisarts Querido heeft uitmuntend beschreven wat dergelijke abstracte onderzoekgegevens voor zijn patiënten en hemzelf betekenen<sup>4</sup>. In navolging van Pritchard<sup>5</sup>, somt hij voor elke levensfase een aantal deprivatiebevorderende determinanten op en geeft hij aan welk werkingsmechanisme hij veronderstelt en wat zijn optie voor de eerstelijns hulpverlening is.

Helaas komt de hulpverlening pas in het vizier als het te laat is. Is er meer mogelijk? De onderzoekers naar verschillen tussen buurten bevalen in hun eindrapport de gemeente Amsterdam aan een gezondheidsbeleid te gaan voeren waarvan het gezondheidszorgbeleid slechts een onderdeel zou vormen. In 1986 gaf de landelijke overheid er in de 'Nota 2000' blijk van de noodzaak van een dergelijke beleidswijziging eveneens in te zien<sup>6</sup>. Beleidsvoornemens zouden, waar dat nodig en mogelijk is, geformuleerd worden in termen van het te bereiken effect op de gezondheid. In het kader van dit gezondheidsbeleid wilde men de gezondheid van de bevolking handhaven of verbeteren door middel van maatregelen die zijn gericht op determinanten van gezondheid. Deze nieuwe hoofdrichting van het beleid zou, daar het ging om beleid dat afweek van het tot dan op de voorzieningen gerichte beleid, een belangrijke accentverschuiving inhouden.

Inmiddels heeft ook de Gezondheidsraad in zijn advies over de 'Grenzen van de zorg' speciale aandacht geschonken aan het probleem van de verdeling van de middelen in de gezondheidszorg met betrekking tot de sociale verschillen in gezondheid<sup>7</sup>. De raad meent, dat sociale ongelijkheid in gezondheid een punt van overweging moet zijn bij het formuleren van uitgangspunten voor hervormingen in de gezondheidszorg en stelt, dat aanpassingen van de gezondheidszorg – men denke aan de plannen van de commissie-Dekker – niet mogen leiden tot een versterking van de bestaande verschillen in gezondheid. De aan het Sociaal en Cultureel Planbureau verbonden onderzoeker Mw.Dr. M. Mootz stelt ons wat dit betreft niet gerust: zij heeft aanwijzingen dat de verschillen in gezondheid door werkloosheid, vergrijzing en armoede groter worden<sup>8</sup>.

In zijn 'opening address' tot de 41 Assemblée van de WHO zei collega Van Londen: 'Equity in health is the key issue to the realization of the 'Health for all' strategy, the basic principle of 'Health for all' being every individual's right to health . . . Several social inequities still prevail in many countries.' Het is een goede zaak, dat onderzoek naar determinanten en werkingsmechanismen van verschillen in gezondheid wordt gestimuleerd. Voor de overheid mag dit echter geen excuus zijn om te doen alsof we nog geheel onwetend zijn. Het opzeggen van internationaal aangegane verplichtingen en andere aangekondigde maatregelen op sociaal-economisch terrein, inclusief de financiering van de gezondheidszorg, wekken niet altijd de indruk dat het overheidsbeleid er als geheel op is gericht de verschillen in gezondheid te verkleinen. □

1. Bos T van den, Lau-IJzermans A, Habbema JDF et al. Ongelijkheid in de grote stad. Medisch Contact 1981; 36: 335-40, 385-9.

2. Townsend P, Davidson N. Black Report. Inequalities in health. Harmondsworth: Penguin, 1982.

3. Gunning-Schepers LJ. De ongelijke verdeling van gezondheid; synthese van de conferentie. In: WRR. De ongelijke verdeling van gezondheid; verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987. 's-Gravenhage, 1987, 9-23.

4. Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.

5. Pritchard P. Manual of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1981.

6. Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Leidschen- dam, 1986.

7. Gezondheidsraad. Advies inzake Grenzen van de zorg. 's-Gravenhage, 1987.

8. Mootz M. Ongelijkheid in gezondheid: verschillen worden steeds groter (interview). Inzet 5-1988; 21-24.

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

## Rechtspositie huisarts in opleiding: van kast naar muur en terug

De huisartsen in opleiding zijn het beu. Sinds de huisartsenopleiding tot twee jaar is uitgebreid en de status van de huisarts in opleiding is veranderd van die van stageaire in die van bezoldigd werknemer, is er onrust. Die onrust is begrijpelijk. Na jaren van voorbereiding is de tweejarige opleiding dit jaar voor het eerst van start gegaan. Het ligt in de bedoeling de opleiding in de toekomst nog verder uit te breiden tot drie jaar. De huisartsenopleiding wordt daarmee een grondige opleiding, die de huisarts beter voorbereidt op de uitgebreide scala van taken die hem of haar in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt toebedeeld. De huisarts wordt in principe een nieuw soort specialist, een thuiszorg-specialist wel te verstaan, en de huisarts in opleiding (haio) wordt een assistent-geneeskundige in opleiding tot specialist (agio), althans zo ziet men dat zelf, en mijns inziens niet ten onrechte.

Om de opleiding in goede banen te leiden wordt een Stichting Beroepsopleiding Huisartsen opgericht, die onder andere tot taak heeft de rechtspositie van de huisarts in opleiding goed te regelen. De nieuwe stichting fungeert tevens als werkgever van de huisarts in opleiding. De opleiding is inmiddels gestart, de stichting functioneert echter nog niet. Wel is er een stichting tot oprichting van eerdergenoemde stichting.

Tot en met vorig jaar, toen de huisartsenopleiding nog slechts één jaar telde, werd aan de huisarts in opleiding bovenop zijn stagevergoeding een renteloze lening verstrekt, die hem of haar in staat stelde redelijk in zijn of haar levensonderhoud te voorzien. Daaruit konden ook de zogenaamde beroepsonkosten worden betaald (abonnementen op tijdschriften, lidmaatschap beroepsverenigingen, het hebben van een redelijke auto, etc.). De inverdienregeling zorgde ervoor dat, als men eenmaal als huisarts functioneerde, elk jaar stilzwijgend een gedeelte van de schuld werd kwijtgescholden (inverdiend) tot er na een aantal jaren geen restschuld meer bestond. Zij die uiteindelijk niet als huisarts gingen functioneren, dienden de lening in termijnen terug te betalen.

In het kader van de nieuwe tweejarige opleiding is de renteloze lening afgeschaft en is er een salarisregeling voor in de plaats gekomen. De huisarts in opleiding komt in dienst van de eerdergenoemde stichting, ontvangt een inkomen en valt onder alle sociale verzekeringswetten. Dat laatste is gunstiger voor

de huisarts in opleiding dan de vorige situatie, omdat er dan bijvoorbeeld recht bestaat op WW-uitkering als de opleiding is afgerond. Echter, omdat alles budgettair neutraal diende te geschieden en de opleiding thans twee jaar duurt in plaats van één jaar, is het salaris zo laag vastgesteld (schaal 10 BBRA, nulde periodiek, overeengekomen in het convenant tussen LHV en overheid) dat de huisarts in opleiding er in vergelijking tot de eerdere situatie (renteloze lening) per maand zo'n f 400,— netto op achteruitgaat. Een huisarts in opleiding die een gezin heeft te onderhouden is daardoor haast gedwongen naast zijn opleiding een gehonoreerde nevenfunctie te zoeken om in zijn levensonderhoud te kunnen voorzien. Vanzelfsprekend is dat voor de opleidingsresultaten niet bevorderlijk.

Het probleem is nu wie voor de nieuwe situatie verantwoordelijk is, tot wie de huisartsen in opleiding zich dienen te richten en wie als onderhandelingspartner voor hen optreedt. Een aantal vertegenwoordigers van de opleidingsgroepen aan de verschillende universiteiten heeft zich reeds tot de Stichting tot oprichting van een stichting gewend, maar die verwijst naar het overleg tussen LHV en WVC. Overheid en LHV verwijzen hen dan weer naar de Stichting tot oprichting van een stichting. En zo wordt men van het kastje naar de muur gestuurd.

Eind 1986 werd de formele vertegenwoordiger van de huisartsen in opleiding, de Landelijke Organisatie van Assistent-Huisartsen (LOVAH), categorale vereniging van de LAD. Omdat hiermede een grote groep van de huisartsen in opleiding wordt vertegenwoordigd, treedt de LAD op als vertegenwoordiger van de huisartsen in opleiding. Als vakorganisatie voert de LAD de onderhandelingen. De vraag is of onderhandelen met een partner die volgens haar zeggen geen invloed heeft op de financiële middelen, zinvol is. Formeel dienen de besprekingen thans met de Stichting tot oprichting van een stichting te worden gevoerd en dat gebeurt ook. Als werkgever is deze verantwoordelijk voor de rechtspositie en ook voor de honorering van de huisarts in opleiding. Voor de honorering is echter door de overheid een subsidiebedrag beschikbaar gesteld. Dat bedrag is gebaseerd op de eerdergenoemde schaal 10, nulde periodiek, vermeerderd met een onkostenvergoeding. Door de omstrede hoogte van dat bedrag verlopen de onderhandelingen zeer stroef. Op dit moment wordt getracht een rechtsposi-

tie te ontwikkelen die voor beide partijen aanvaardbaar is. Daarnaast zal actie worden ondernomen over de hoogte van het salaris.

De situatie is er de afgelopen maanden niet duidelijker op geworden, nu diverse groeperingen zelfstandig het overleg zijn ingegaan. Als LAD-voorzitter acht ik dat ook een ongewenste ontwikkeling. De LAD streeft er nog steeds naar dat een honorering voor de huisartsen in opleiding wordt bereikt die in overeenstemming is met het belang van de opleiding en die vergelijkbaar moet zijn met die van de assistent-geneeskundigen. Duidelijk mag zijn dat de LAD nooit akkoord is gegaan met de thans voorgestelde honorering, omdat wij steeds die relatie hebben gelegd naar de honorering van de assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist. Bovendien zou naar mijn mening een periodiek dienen te worden gegeven in het tweede jaar van de opleiding – de ervaring is dan tenslotte met een jaar toegenomen en de huisarts in opleiding zal beter en zelfstandiger kunnen werken; net als bij de assistent-geneeskundigen vindt dat zijn vertaling in een hogere honorering.

Over de honoreringskwestie heeft de LAD destijds reeds een schrijven gericht aan de LHV, waarop formeel geen antwoord is gekomen. Zeer onlangs heeft de LAD zich opnieuw tot de LHV gewend om te trachten met betrekking tot de kwestie van de honorering een gezamenlijk standpunt in te nemen, zodat gezamenlijk kan worden getracht tot een hogere honorering te komen. Tot nu toe heeft de overheid een hogere honorering afgewezen, daarbij verwijzend naar de afspraken die hierover met de LHV in het convenant zijn vastgelegd. Naar mijn mening zullen LAD en LHV samen het overleg met de overheid opnieuw dienen aan te gaan, waarbij de LAD als vakorganisatie van artsen in dienstverband, ook van huisartsen in opleiding/dienstverband, de belangen van de LAD/LOVAH-leden zo goed mogelijk zal behartigen.



J. C. F. M. Aghina,  
voorzitter LAD

**Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.**

## 'PAL OF PAF'

*Vertrouwenwekkende autonomie:  
de keuze tussen pal en paf*

Steeds opvallender huldigen de vaderlandse medische beroepsorganisaties de stilte bij inbreuken op de zelfstandigheid van de arts in zijn beroepsuitoefening, misschien al aangekondigd door het dialectische excuus van verdedigen van (alleen nog) 'professionele' autonomie. Na recentere curiosa van staatsbevoegdheid met elektro-shockbehandeling, methadonverstrekking, AIDS-testen, e.d., komt er alras de Dees-receptuur per 1-7-'88 en de ambtelijke 'Grenzen aan de zorg', zoals men vooral uit de lekenpers moet vernemen (toch overduidelijk zaken om het meningenpeil van bijvoorbeeld dit vakblad te scherpen).

De artsen, toch al gereduceerd tot protocollair representatieve functionarissen, en met een dreiging van saaie dwangarbeid door discriminerende tariefsmaatregelen (WIVB) aan de ene kant en door verval van vestigingsvrijheid, vrije artsen- en therapiekeuze, benevens budgettering, en in laatste instantie door verlies van individuele verantwoordelijkheid zelfs ontkrachtte tuchtrechtspraak, doen er verstandig aan het restje morele moed te investeren in voor de gezondheidszorg cruciale principes en zich niet te laten verblinden door tijdelijke pasmunt en staken tegen te veel ondernemerszelfrespect. Misschien wordt verweer tegen usurpatie zo wel therapeutisch voor het laatste restje vertrouwen in de medische stand.

Straks aandringen op een derde 'politiek stuk', verkocht als overeenkomst met een overheid, het sauveren van fondsbetaalkantoren door de verzekerde niet de status van particulier te willen verlenen in een contractloze periode, eigen graf SMR-SIG, commissies en COTG, Haagse lunches en dubieuze 'representativiteit' zullen een dergelijk gezicht niet kunnen redden.

Een keuze tussen pal en paf is er voor iedere arts, maar voor sommigen blijft de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen ondanks alles de leidraad, voorwaar een zwaarwegende verantwoordelijkheid.

Gouda, juli 1988  
S. W. Hofman

## ANONIEME DOKTERS

In MC nr. 25/1988, blz. 775 e.v. werd verslag gedaan van de hulpverlening aan artsen. Prof. Dr. W. J. Schudel besprak de activiteiten van de landelijke contactpersonen, terwijl wij, de

## BRIEVEN

Anonieme Dokters, via een interview acte de présence gaven.

Collega Spreeuwenberg plaatste in een redactioneel commentaar vraagtekens bij onze uitzetting. Liever dan collegae die in de knoei zitten het onzekere pad van zelfhulp op te sturen, pleitte hij voor het hebben van een huisarts, liefst één in wie de arts-patiënt vertrouwen heeft; vervolgens voor het consulteren van deze collega bij gerezen moeilijkheden en tenslotte voor het opvolgen van diens adviezen of verwijzing.

Zo zouden wij het ook graag zien! Blijft de vraag: wat te doen als de dokter-in-de-knel geen huisarts heeft? En terugschrikt voor een rechtstreeks entree in het psychiatrische of psychotherapeutische circuit?

Anonieme Dokters willen, met vereiste bescheidenheid, graag worden vergeleken met de Anonieme Alcoholisten. Deze zelfhulporganisatie groeide in vijftig jaar uit tot een bloeiende beweging die in meer dan honderd landen is vertegenwoordigd.

Van oudsher zijn rond deze organisatie dezelfde vragen gerezen als die welke door collega Spreeuwenberg werden gesteld. Alcoholisme kan (vaak: moet) door deskundigen worden behandeld. Daarover is geen twijfel mogelijk. Maar dat neemt niet weg, dat AA-leden ook 'droog' zijn. Hoe is dat te verklaren? Kennelijk levert deze zelfhulpgroep een goed product.

Zou eenzelfde situatie niet kunnen bestaan rond de arts in moeilijkheden? Over deskundigen en hun cliënten niets dan goeds! Maar wie bij ons, in alle collegialiteit, de eigen problematiek onder ogen wil zien en – zo mogelijk – overstijgen is van harte welkom.

IJsselstein/Den Haag, juli 1988  
Anonieme Dokters

## VOORKOMING HIV-INFECTIES

In 'Medisch Contact' nr. 24 van 17 juni 1988 trof ik op pagina 766 enige richtlijnen aan ter voorkoming van HIV-infecties. Deze richtlijnen waren afkomstig van de Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD). Graag zou ik met betrekking tot deze publikatie enige kanttekeningen willen plaatsen.

Het probleem van mogelijk besmette materialen is door vele gemeenten in ons land aangepakt. Zo kunnen huisartsen veelal gratis con-

tainers krijgen bij de reinigingsdiensten welke tevens voor verbranding van volle containers zorgdragen.

Volle containers of de hier genoemde frisdrankblikjes kunnen beter niet met de vuilophaaldienst worden meegegeven omdat groot gevaar bestaat dat het materiaal alsnog in het milieu terechtkomt. Iedereen die wel eens op een vuilstortplaats is geweest kan dit beamen. Bestaat er geen regeling van gemeentewege dan kan men toch contact opnemen met de reinigingsdiensten welke mogelijk kunnen verwijzen naar gespecialiseerde bedrijven of wellicht een ziekenhuis in de omgeving.

Onder punt 6, gemorste lichaamsvloeistoffen, wordt naast alcohol 80% als desinfectans ook een oplossing van 1:10 bleekwater aanbevolen. Met betrekking tot dit advies verwijs ik naar het artikel uit het blad 'Ziekenhuishygiëne en Infectiepreventie' van de maand maart waaruit blijkt dat de verschillende merken huishoudchloor lang niet altijd de gewenste concentratie chloor bevatten zodat bij verdunning soms sprake kan zijn van een oplossing van 0,5 tot 1%. Belangrijk is het voorstel om de voorkeur te geven aan chloortabletten, waarmee gemakkelijker de juiste oplossing wordt bereid welke naast hogere stabiliteit ook beter werkzaam is in geval van mogelijk achtergebleven organisch materiaal. Daarnaast werkt deze oplossing veel minder corrosief waardoor kostbaar materiaal minder wordt aangetast en zullen de meerkosten in de meeste gevallen onbeduidend zijn.

Heerlen, juli 1988  
H. P. R. M. De Santy,  
sociaal-verpleegkundige  
BaGD-Oostelijk Zuid-Limburg

## 'AANDACHTIG LIJF'

*'Hoe gaat het met mij, Erik?'*

In MC nr. 24 van 17 juni '88 besprak G. J. Schiethart Hugo S. Verbrugh's 'Aandachtig lijf. Verleden en toekomst van het menselijk lichaam'. Volgens voornoemde bespreking beschrijft Verbrugh de vervreemding van des mensen eigen lijf doordat de mens niet zelf meer bepaalt wat goed is en wat niet op grond van eigen beleven, maar de wetenschap. Lees nu voor 'dokter' 'Erik', voor 'mensen' 'insekten' en voor 'wetenschap' 'Solm's Beknopte Natuurlijke Historie'. Dan ontstaat er een analogon met de vervreemding van het lichaam en de situaties, beschreven in 'Erik' of 'Het Klein Insektenboek', door Godfried Bomans geschreven in zijn studententijd. De jonge middelbare scholier Erik heeft het

hoofdstuk 'Insekten' uit 'Solm's Beknopte Natuurlijke Historie' goed bestudeerd. Aan de avond voorafgaand aan de repetitie trad hij hapnagogisch het schilderij 'Wollewei' binnen en verkeerde in de wereld der insekten. Belast met zijn parate kennis ondermijnde hij ongewild het eigen inzicht, vertrouwen en verantwoordelijkheidsgevoel van zijn medebewoners van 'Wollewei'. Kortom: ga terug naar je zelf, want je weet en kan meer dan je vermoedt.

Delft, juli 1988.  
R. Dekkers

## NEFROTISCH SYNDROOM

Wij, ouders van kinderen met het Nefrotisch Syndroom, hebben sinds 1 januari 1988 een landelijke werkgroep opgericht, omdat ons is gebleken dat er een grote behoefte bestaat aan informatie omtrent deze ziekte en de problemen die die ziekte met zich meebrengt, vooral voor het zieke kind zelf, maar ook voor de rest van het gezin. Dit zijn nu onze doelstellingen:

1. het leggen van contacten tussen ouders, om met elkaar te praten over hun kind, de ziekte maar vooral over de sociale problemen;
2. de ouders begeleiden door middel van contactavonden waarbij een kindernefroloog en eventueel een kinderpsycholoog aanwezig is, aan wie dan vragen kunnen worden gesteld;
3. informatie (in de vorm van literatuur, uitslagen van wetenschappelijke onderzoeken etc.) verzamelen, in het archief opnemen en verspreiden onder belanghebbenden;
4. meer bekendheid over deze ziekte verspreiden;
5. adviezen geven en doorverwijzen naar instellingen, ziekenhuizen en opkomen voor de belangen van de patiënt.

Daarom vragen wij door middel van deze open brief u als medici aan de ouders kenbaar te maken dat deze werkgroep bestaat en dat ouders en artsen informatie bij ons kunnen aanvragen. Wij werken met goedkeuring van de Nierstichting. Alvast bedankt.

Mw. J. Vermeulen,  
Ir. Krijgerstraat 3,  
1951 XS Velsen-Noord  
telefoon 02510-11218

## LEGES

*Twee handen vochten om een been,  
de derde gaat er nu mee heen!*

Hetgeen viel te verwachten is gebeurd in Middelestum en zal ongetwijfeld worden gevolgd door vele gemeenten. Er wordt leges gevorderd van de nieuw te vestigen huisarts (nu nog f 2500). Leges is blijkbaar niet zo'n besmet woord als goodwill? De goodwillhoogte was destijds aan redelijke banden gelegd. Bij legeskosten is men afhankelijk van het bestuurscol-

lege. Overleg hierover is niet vereist. Is de huisarts nu nog meer overgeleverd aan de mildheid van de overheid? Bij de onderhandelingen destijds heeft mogelijk het LHV-bestuur dit punt over het hoofd gezien; ervan uitgaande dat de overheid voor een goed vestigingsbeleid wel iets over heeft, zoals alle collega's die zijn betrokken bij voornoemd beleid ongehonoreerd hun kostbare tijd hierin investeren. Er is dus weer een nieuwe 'politieke' taak voor het LHV-bestuur om op te komen voor de jonge huisarts die zich wil vestigen. Echter, hoeveel zal de afscheidnemende collega straks aan de overheid moeten betalen om zijn praktijk over te dragen aan een waardig opvolger die hij misschien zelf niet zou hebben gekozen? Zal dat het volgende gat in de markt zijn voor de overheid om haar begroting te laten sluiten?

Deventer, juli 1988  
Jhr. W. C. A. Beelaerts van Blokland

## LHV-naschrift

Ook de LHV is van mening dat het een kwalijke zaak is een beginnend huisarts met een leges van zo'n f 2.500 te belasten. Daarbij komt dat de vestigingsregeling beslist niet voorschrijft dat gemeenten uitgebreide sollicitatieprocedures met daaraan verbonden kosten op touw moeten zetten. Doen zij dat wel dan zijn de kosten daarvan in de ogen van de LHV voor rekening van de betreffende gemeente. Omdat het hier een zaak met mogelijke precedentwerking betreft zal de kwestie op korte termijn juridisch worden uitgezocht en aangekaart.

## SOLLICITEREN

Recentelijk reageerde ik op een advertentie betreffende een nieuw te vestigen huisartspraktijk in een middelgrote gemeente. Weliswaar werd in de advertentie vermeld dat vooralsnog de normpraktijk niet zou worden gehaald, maar wat let je als enthousiast huisarts. Spoedig volgde een uitnodiging voor een eerste sollicitatiegesprek. In de sollicitatiecommissie had één huisarts zitting; hij gaf blijk van zijn twijfels omtrent de haalbaarheid van een nieuwe huisartspraktijk. Ook ik had zo mijn bedenkingen daaromtrent, na uitgebreidere informatie te hebben gekregen. Maar ik veronderstelde dat een gemeente toch niet 'zomaar' een sollicitatieprocedure in gang zet. Vandaar – en deels ook uit nieuwsgierigheid – toch ingegaan op een uitnodiging voor een tweede gesprek. Terloops werd vermeld dat dat gesprek zou bestaan uit een ontmoeting tussen de geselecteerde kandidaten en het voltallige huisartsenbestand van de desbetreffende gemeente. Wie schetst mijn verbazing! Uiteindelijk verscheen ik – één sollicitant was zo verstandig de vakantie te laten prevaleren; wellicht door de wol geveerd – als enige 'sollicitant' op het gesprek met een overmacht van tien huisartsen. Kort samengevat had dit on-

derhoud het karakter van een ontmoedigingsgesprek, waarin dreigementen als 'de rode kaart trekken naar de gemeente' mij niet werden onthouden. Ik heb afgezien van de verdere procedure.

Deze hele gang van zaken is mijns inziens een voorbeeld van de uitwassen van het huidige vestigingsbeleid. De sollicitant raakt bekneeld tussen twee met elkaar strijdende machtsblokken, oftewel wordt tegen wil en dank betrokken in een dooddordinaire ruzie tussen huisartsen en gemeente. Fatsoenlijker en efficiënter zou het zijn als die ruzie – als het niet anders is – binnenskamers wordt uitgevochten, alvorens daar derden, in casu hoopvolle sollicitanten, bij te betrekken.

Utrecht, juli 1988  
Agda van Dijk

## MEDISCH ZINLOOS

In MC nr. 26/1988 omschrijft T. Fahner op blz. 818 het begrip 'medisch zinvol' als volgt: 'Een medisch zinloze behandeling is een behandeling waarbij de kans op herstel, verbetering of verlichting van de toestand/ziekte van de patiënt door het instellen of voortzetten van die behandeling is te verwaarlozen of afwezig wordt geacht'.

Mijns inziens dient deze omschrijving te worden aangevuld. Er zijn immers bij iedere toestand of ziekte van een patiënt drie mogelijkheden: verbetering, stabiliseren, slechter worden. Fahner negeert dat stabiliseren van de bestaande toestand – als die voor de patiënt aanvaardbaar is – een daartoe leidende behandeling niet zinloos maar zinvol maakt, ook al is de kans op verbetering te verwaarlozen of afwezig. Ik stel daarom voor dat aan zijn definitie wordt toegevoegd: 'terwijl de kans op handhaving van de bestaande toestand – indien die voor de patiënt aanvaardbaar is – daardoor evenmin wordt bereikt'.

Den Haag, juli 1988  
Dr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill

## Naschrift

Het door Mevrouw Dr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill gestelde vormt een waardevolle aanvulling op mijn artikel: stabiliseren kan medisch zeer zinvol zijn. Overigens kan niet alleen stabiliseren, maar ook een bepaalde mate van verbetering van de algemene toestand – te bewerkstelligen door bijvoorbeeld het verrichten van een mutilerende ingreep – door de patiënt als onaanvaardbaar worden beoordeeld; de betreffende behandeling vindt dan geen doorgang. In de door de schrijfster voorgestelde toevoeging dienen m.i. de woorden 'de kans op' te vervallen.

Nunspeet, juli 1988  
T. Fahner.



# De meerderjarige geestelijk onbekwame patiënt

## Wie beslist?

Onderzoek en behandeling van meerderjarigen die door hun geestelijke toestand tijdelijk of bijvend niet in staat zijn hun wil kenbaar te maken, plaatst de behandelende sector nogal eens voor de vraag hoe te handelen met betrekking tot de rechten van deze patiënten (zoals informatie, toestemming, privacy e.d.). In het bijzonder met het oog op het toestemmingsvereiste wendt de arts zich in de praktijk vaak tot de familie of een nauwe relatie van betrokkene. Toestemming (of weigering van toestemming) door dergelijke derden heeft echter juridisch geen werking. De arts kan zich indien hij in rechte wordt aangesproken niet beroepen op een beslissing van die derde. De wetgever heeft tot op heden niet in een regeling van de hierbedoelde situatie voorzien. (Afgezien van de gevallen van een op vermogensrechtelijke belangenbehartiging gerichte vertegenwoordiger: curator of bewindvoerder). Dit in tegenstelling tot minderjarigen, voor wier onderzoek en behandeling formeel juridisch steeds toestemming van ouder(s) of voogd is vereist\*. Overleg met familie of andere betrekkingen van de meerderjarige geestelijk onbekwame patiënt kan weliswaar in veel gevallen aangewezen zijn, doch daaruit vloeit geen beslissingsrecht van die persoon voort.

De arts mag in principe zelfs niet de echtgenoot, familie of een andere relatie laten beslissen. Het oordeel van derden kan met andere woorden voor de arts geen alibi vormen bepaalde handelingen wel of niet te verrichten. De arts zal zich moeten laten leiden door het belang van de patiënt. In zijn relatie met de patiënt is de arts verplicht diens gezondheidsbelang te laten prevaleren. Duidelijk is wel, dat er een discrepantie is gegroeid tussen de juridische regel en de praktijk. Daardoor is onduidelijkheid ontstaan omtrent de juridische bevoegdheden beslissingen te nemen ten behoeve van de meerderjarige patiënt die zelf tijdelijk of blijvend niet in staat is zijn wil te uiten. Uit een oogpunt van rechtszekerheid, zowel voor de patiënt als voor de arts, is het van belang dat ook de rechtspositie van de geestelijk onbekwame meerderjarige pa-

### Mw. Prof.Mr. H. D. C. Roscam Abbing

*De wetgever zal zich moeten bezinnen op de vraag op welke wijze de rechtspositie van de meerderjarige geestelijk onbekwame patiënt optimaal kan worden beschermd. In de praktijk wendt de arts zich vaak tot echtgenoot, familie of andere relatie om bijvoorbeeld toestemming voor behandeling te verkrijgen; deze gang van zaken mist juridische geldigheid. De conclusie is, aldus Mw. Prof.Mr. H. D. C. Roscam Abbing, hoogleeraar Gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, dat het zelfbeschikkingsrecht leidraad moet zijn voor wetgever én arts; de Grondwet verplicht hiertoe.*

tiënt wordt geregeld. Dit te meer waar naar verwachting de groep (vooral jaarde) geestelijk onbekwamen in de toekomst niet onaanzienlijk in omvang zal toenemen.

### OPLOSSINGEN

In de Verenigde Staten zijn de afgelopen jaren verschillende oplossingen aangedragen voor het onderhavige vraagstuk, waaronder een levenstestament of andere geschreven richtlijnen voor behandeling, aanwijzing van een persoonlijk gemachtigde of een andere vorm van een (wettelijke) vertegenwoordiging. Ook worden wel rechters ingeschakeld en soms worden ethische commissies taken toebedacht. Deze laatste bieden overigens geen alternatief voor vervangende besluitvorming; beslissingen kunnen niet worden doorgeschoven naar een afstandelijk orgaan, uit een dergelijke commissie draagt niemand eindverantwoordelijkheid, het commissies vormen geen garantie voor het tegengaan van onjuiste beslissingen e.d.

In Nederland zijn, naast de curatele, twee wettelijke regelingen in voorbereiding, die in het bijzonder van belang zijn voor het onderhavige vraagstuk: de wet-

telijke regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de wet met betrekking tot het mentorschap voor meerderjarigen\*.

De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst zal aangeven tot wie de arts zich kan wenden voor het verkrijgen van toestemming ingeval de patiënt zelf niet tot redelijke waardering van zijn belangen in staat is. Deze personen zijn in volgorde: de wettelijke vertegenwoordiger, de door de patiënt aangewezen gemachtigde, een echtgenoot of partner of een andere nauwe betrekking. Dit met uitzondering van spoedeisende situaties. De arts kan dan indien de betreffende persoon niet tijdig kan worden bereikt uitgaan van veronderstelde toestemming.

De wet inzake het mentorschap voor meerderjarigen zal de mogelijkheid bieden een mentor te benoemen ter behartiging van de immateriële belangen van een geestelijk gehandicapte of geestelijk gestoorde meerderjarige patiënt. De voorgestane regeling gaat uit van optimale benutting van nog resterende mogelijkheden van zelfbeschikking bij de patiënt. In dit opzicht heeft de mentor een aanvullende functie ten behoeve van de patiënt. Nog in een ander opzicht kent de regeling een aanvullende werking.

Een mentor wordt, aldus de toelichting, alleen dan aangewezen, indien familie of verzorgers ontbreken, indien dezen de belangen van de patiënt niet willen behartigen of van mening verschillen. De mentor wordt benoemd door de kantonrechter (op verzoek van onder meer betrokkene zelf, echtgenoot of andere levensgezel, bloedverwanten, het openbaar ministerie of de directeur van de instelling waar betrokkene langdurig verblijft). Een familielid of een echtgenoot c.q. partner kan onder meer tot mentor worden benoemd.

De mentor is verplicht de zorg van een goed mentor in acht te nemen. De kantonrechter kan dit toetsen. De plicht tot

\* Hieraan doet niet af dat in de praktijk van de gezondheidszorg veelal alleen wordt afgegaan op de toestemming van de oudere minderjarige.

\* Dit afgezien van het bij de Eerste Kamer der Staten-Generaal aanhangige wetsvoorstel Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Dit voorstel wordt niet in de onderhavige beschouwingen betrokken, die alleen betrekking hebben op een algemene beoordeling van de voorstellen. Nuanceringen naar gelang de aard van de geestelijke onbekwaamheid (geestelijk gestoord of geestelijk gehandicapt) worden niet aangebracht.

'zorg van een goed mentor' is als het ware een spiegelbepaling van de opdracht in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst aan de hulpverlener de zorg als een goed hulpverlener in acht te nemen. Een soortgelijke bepaling komt echter in de huidige voorstellen voor een Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst niet voor ten aanzien van personen uit de omgeving van de meerderjarige onbekwame patiënt die bij ontstentenis van een wettelijke vertegenwoordiger (of persoonlijk gemachtigde) kunnen optreden in diens bevoegdheden. De voorgestelde regelingen voorzien duidelijk in een lacune. De patiënt kan zelf een gemachtigde aanwijzen of om een mentor verzoeken, c.q. kan iemand anders daartoe een verzoek indienen en de hulpverlener weet tot wie hij zich moet wenden indien de meerderjarige patiënt tijdelijk of blijvend geestelijk onbekwaam is om zelf te beslissen. Desondanks kunnen er ook enige kanttekeningen bij de voorliggende voorstellen worden geplaatst. Ten opzichte van de patiënt rijst bijvoorbeeld de vraag of de voorstellen wel voldoende recht doen aan diens zelfbeschikkingsrecht en of daarin diens belang wel voldoende wordt behartigd. Ten opzichte van de arts valt te verwachten dat deze in een conflictsituatie kan komen indien de beslissingen van derden strijdig zijn met het belang van de patiënt.

Hierna zal kort worden ingegaan op enkele van de voornaamste knelpunten in de voorgestelde regelingen.

## ZELFBESCHIKKINGSRECHT

Zoals gezien treedt de mentor op, indien en voorzover de patiënt niet zelf tot beslissen in staat is. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt staat voorop. Voor zover de patiënt nog zelf zijn oordeel over medische handelingen kenbaar kan maken, moet dit worden gehonoreerd, ongeacht de mening van de mentor.

De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst mist een dergelijke genuanceerde benadering. Zoals gezien is daar het criterium 'in staat zijn tot redelijke waardering van zijn belangen'. Wie dit moet beoordelen is overigens niet duidelijk. Aangenomen kan worden dat dit de arts is, die in twijfelgevallen een andere arts zou moeten raadplegen. Familie of andere relaties zullen hierover minder goed een mening kunnen hebben. Ook in het kader van de geneeskundige behandelingsovereenkomst doet de arts er verstandig aan zich zoveel mogelijk te

oriënteren op nog resterende mogelijkheden tot oordeelsvorming bij de patiënt. Een mentor móet dit volgens de wet. Voor een patiënt die geen mentor heeft behoort geen andere (lees voor hem ongunstiger) maatstaf te gelden.

Problematischer is in dit opzicht het feit dat in geen van beide regelingen rekening wordt gehouden met een eerdere wilsbeschikking van de patiënt. Dit gebeurt wel in de Verenigde Staten (zogenoeten 'living-will acts'). In Engeland is de discussie over de status van 'living wills' gaande. Bij bepaalde progressieve ziekteverschijnselen (Parkinson, Alzheimer) is het voor de arts zeer wel mogelijk bij de eerste tekenen met de patiënt de situatie door te spreken. Op basis daarvan kan de patiënt reeds bij voorbaat vastleggen of en zo ja, welke behandeling hij in een gegeven situatie wenst. Dit uiteraard zonder dat enige druk op de patiënt wordt uitgeoefend omtrent te maken keuzen. De patiënt mag bijvoorbeeld nooit het gevoel worden gegeven een te zware (financiële) belasting te worden. De intenties van de nog bekwame patiënt moeten voorop staan.

Conform de huidige Nederlandse opvattingen mag een non-reanimatieverklaring niet terzijde worden geschoven, bijvoorbeeld onder aandrang van familie. Het is moeilijk voorstelbaar dat in de in voorbereiding zijnde wettelijke regelingen de patiënt in dit opzicht minder rechten zouden toekomen dan thans op basis van het zelfbeschikkingsrecht algemeen is aanvaard. Dit te meer waar beide wettelijke regelingen uitgaan van de eerbiediging van de lichamelijke en geestelijke integriteit.

Voorts zou het meer in overeenstemming zijn met de zelfbeschikking van de patiënt, indien de persoonlijk aangewezen gemachtigde in de regelgeving als eerst aangewezen wordt beschouwd om in het belang van de geestelijk onbekwame te handelen.

Een ander bezwaar is dat echtgenoot, partner of andere (familie)relatie blijkens de voorstellen namens de patiënt kunnen optreden zonder als zodanig op grond van de wet als vertegenwoordiger te zijn aangewezen en derhalve ook niet formeel kunnen worden getoetst aan het vereiste van 'goede zorg' (cf. de wettelijk vertegenwoordiger) en ook niet uit hun informele vertegenwoordigingsrol kunnen worden ontheven. De arts zal in iedere situatie, waarin de intenties van de patiënt niet bekend zijn en waarin hij van oordeel is dat door dergelijke informele vertegenwoordiging het belang van de

patiënt dreigt te worden geschaad, een mentorschap moeten kunnen aanvragen. De voorgestelde regeling inzake het mentorschap is in dit opzicht te beperkt. Bovendien is er geen aanwijsbare reden om de behandelend arts niet ook rechtstreeks de bevoegdheid te geven een mentor aan te vragen, in plaats van via het Openbaar Ministerie zoals in het voorliggende voorstel.

## VERVANGENDE BEVOEGDHEID

De zorg van een goed mentor brengt met zich, dat deze het belang van de meerderjarige patiënt moet behartigen. Zo zal de mentor niet zijn toestemming kunnen onthouden voor een medisch noodzakelijke behandeling, die in het belang is van de patiënt. Is de beslissing van de mentor niet in overeenstemming met het belang van de patiënt, dan zal de arts moeten aansturen op ontheffing uit het mentorschap en op benoeming van een vervanger.

Heeft de patiënt zelf een gemachtigde aangewezen, dan kan er (in het kader van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) in het algemeen van worden uitgegaan dat deze het vertrouwen heeft van de patiënt en handelt conform diens wens (of wel doordat de patiënt instructies heeft gegeven, de zogeheten 'substituted judgement standard', of wel omdat de gemachtigde, die veelal de patiënt van nabij kent, zoveel mogelijk in diens geest handelt, de zogeheten 'best interest standard', dan wel dat de gemachtigde uitgaat van datgene wat een redelijk persoon in vergelijkbare omstandigheden zou beslissen, de zogeheten 'standard of a reasonable person in similar circumstances').

Anders ligt de situatie bij familie, echtgenoot of een andere relatie. Dezen hebben in het kader van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, zoals hiervoor werd aangegeven, als 'informele' vertegenwoordigers geen opdracht tot goede zorg, ze kunnen niet uit dien hoofde worden getoetst, de arts is verplicht één van hen toestemming te vragen indien de meerderjarige niet zelf kan beslissen en kan daardoor terecht komen in een situatie dat hij om die reden niet in het belang van de patiënt kan handelen. Het feit dat de voorstellen geen enkele grens aangeven ten aanzien van hun bevoegdheden is een van de zwakste punten in het geheel. De norm welke wordt gehanteerd in het kader van de voorstellen voor een Wet mentorschap is meer gericht op het belang van de meerderjari-



ge patiënt, dan die in de voorstellen voor een Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Toch kan de bescherming die de regeling voor de geneeskundige behandelingsovereenkomst de meerderjarige onbekwame biedt niet een mindere zijn dan die van de Wet mentor-schap. Dit speelt onder andere een rol bij een levensreddende operatie, bij coma-teuze patiënten of demente bejaarden. Familie of andere relaties kunnen bij hun besluitvorming een ander belang laten meewegen of zelfs vooropstellen dan dat van de patiënt. Te denken valt bijvoorbeeld aan medelijden of aan eigen waar-dering van kwaliteit van leven; dit dan nog afgezien van eventuele financiële of andere belangen. Dit doet de vraag rijzen naar de grens van de bevoegdheden van de (informele) vertegenwoordiger. Dit te meer waar beslissingen door anderen tot onomkeerbare situaties kunnen leiden, respectievelijk van invloed kunnen zijn op toekomstige mogelijkheden van func-tioneren van de patiënt. De ruimte tot beslissen namens de patiënt zal, daarge-laten uiteraard situaties van medisch zin-loos handelen, op basis van diens grond-wettelijk te beschermen belangen af moeten hangen van de mate van ingrij-pendheid van de gevolgen van een beslis-sing. Nalaten of staken van medisch noodzakelijk handelen kan in onze rechtsopvatting alleen plaatsvinden op grond van een beslissing van de patiënt. Ook over het recht op leven kan, onge-acht of het een meerderjarige bekwame of onbekwame of een minderjarige pa-tiënt betreft, niet door een ander worden beslist. Dit zou strijdig zijn met de alge-mene rechtsopvattingen. Een derde komt geen absolute beschikkingsmacht toe over het leven van een patiënt. Alleen betrokkene zelf kan over de zinvolheid daarvan oordelen. Oordelen over kwali-teit van leven in de individuele arts-pa-tiëntrelatie zijn voorbehouden aan de pa-tiënt. Zou dit voor de geestelijk onbe-kwame patiënt anders liggen dan voor de geestelijk bekwame, dan zou dit leiden tot achterstelling van de geestelijk onbe-kwame bij de geestelijk bekwame.

De arts zal dan ook in zijn relatie tot de patiënt in diens belang moeten handelen, ongeacht opvattingen van anderen. Be-voegdheden van derden tot het nemen van beslissingen namens de patiënt, zon-der diens machtiging of instructies terza-ke, ontslaan de arts niet van zijn plicht te handelen conform de professionele stan-daard. Het medisch belang van de patiënt prevaleert. Zo niet, dan riskeert hij tucht-rechtelijke vervolging. Zonder wettelijke

regeling is de basis de veronderstelde toestemming. Worden de voorgestelde regelingen ongewijzigd ingevoerd, dan zal de arts in alle gevallen waarin het belang van de meerderjarige onbekwame patiënt dit vordert, bij ontstentenis van diens (voorafgaand) zelfbeschikkings-recht, een mentorschap moeten uitlok-ken, c.q. een ontheffing daarvan moeten vragen. Alleen dan kan de grondwettelijk vereiste bescherming van de patiënt opti-maal tot zijn recht komen en voldoet de arts aan zijn contractuele verplichtingen ten opzichte van de patiënt. Dit te meer waar de regeling voor minderjarigen in het kader van de voorstellen van wet voor de geneeskundige behandelings-overeenkomst voorzien in de mogelijk-heid een kennelijk medisch noodzakelij-ke behandeling desnoods met voorbij-gaan van een beslissing van diens ou-der(s) of voogd te verrichten. Ziet de wetgever de plichten van de arts ten op-zichte van een minderjarige onbevoegde anders dan die ten opzichte van een meerderjarige onbekwame?

## PROFESSIONELE STANDAARD

De geestelijk onbekwame heeft dezelfde rechten op medische voorzieningen als de geestelijk bekwame. Medisch gezien, moet dezelfde maatstaf worden toege-past, wil het rechtsgelijkheidsbeginsel niet in het gedrang komen. Geestelijke handicap, noch geestelijke gestoordheid al dan niet in combinatie met leeftijd mogen als zodanig een zelfstandig bepa-lende factor vormen bij de vraag of me-disch handelen zinloos of zinvol is. Brengt de situatie van de patiënt met zich, dat de behandeling niet naar beho-ren kan worden uitgevoerd, dan kan dit uiteraard wel een rol spelen.

Eén van de elementen van de professio-nele standaard is, dat de arts handelt conform de in zijn beroepskring gangba-re opvattingen: de zorg van een gemid-deld arts in normale omstandigheden. Soms echter zal er geen sprake zijn van één methode of techniek; alternatieven zijn denkbaar met daaraan verbonden variërende risico's en succes- of kans-percentages. Evenmin is het medisch nut van een behandeling steeds bij voorbaat duidelijk. Ontbreekt consensus binnen de beroepsgroep over het te volgen be-leid in een specifieke situatie en twijfelt de arts, dan zal hij er wel verstandig aan doen in ieder geval een onafhankelijk deskundige te raadplegen om tot een af-gewogen beslissing te geraken. In normale omstandigheden worden de

mogelijkheden doorgesproken met de patiënt; bij de geestelijk onbekwame zal dit volgens de voorstellen moeten gebeu-ren met zijn (informele) vertegenwoordi-ger. Het is met name in de hier bedoelde situaties dat het optreden van een ander namens de patiënt betekenis heeft. Juist in deze grijze situaties zal het overleg met een vertegenwoordiger de doorslag kun-nen geven. Dit onderstreept overigens het belang van consensus binnen de des-betreffende beroepsgroep.

## SLOTBESCHOUWING

De regeling van de vertegenwoordiging van de patiënt in de gezondheidszorg mag geen lacunes bevatten of leiden tot een situatie die ten nadele van de patiënt kan uitwerken. Dit zou in strijd zijn met individuele rechten van de patiënt en diens zelfbeschikkingsrecht kunnen aan-tasten. Mogelijk misbruik van de positie van de (informele) vertegenwoordiger moet worden voorkomen, met name ten aanzien van het toestemmingsvereiste voor behandeling.

Voor de patiënt geldt dat hoe groter diens afhankelijkheid is, des te meer de nood-zaak bestaat voor rechtsbescherming in formele en materiële zin. Heeft de pa-tiënt geen of onvoldoende mogelijkheid tot zelfbeschikking, of is daar, vooruitlo-pend op de geestelijke onbekwaamheid, geen gebruik van gemaakt, dan staat als beginsel het belang van de patiënt voor-op. Objectieve beoordeling daarvan moet prevaleren boven subjectieve argu-menten van derden. De geestelijk onbe-kwame meerderjarige patiënt mag niet verstoken blijven van medisch gezien noodzakelijke voorzieningen die nor-maal wel aan de bekwame patiënt zouden worden aangeboden. Dit zeker niet op grond van beslissingen door anderen.

Voor de arts betekent dit onder meer dat, indien de patiënt zelf geen duidelijke in-structies heeft gegeven of geen persoon-lijk gemachtigde heeft aangewezen, dan-wel indien de beslissing van een wettelij-ke of 'informele' vertegenwoordiger af-wijkt van het medisch oordeel van de arts, hij naar eigen professionele koers moet varen; hij zal moeten handelen zo-als hij in de gegeven omstandigheid bij een redelijke patiënt zou doen. Een be-kwame patiënt mag niet worden gedwon-gen behandeling te ondergaan. Een gees-telijk onbekwame mag niet buiten zijn wil een noodzakelijke behandeling worden onthouden. Ook betekent dit, dat con-sensus binnen de beroepsgroep over standaardprocedures en -handelingen in

specifieke situaties moet worden nagestreefd.

De wetgever zal zich moeten bezinnen op de vraag op welke wijze de rechtspositie van de geestelijk onbekwame meerderjarige patiënt optimaal kan worden beschermd. Zo zal de positie van de persoonlijk gemachtigde beter moeten worden geregeld dan in de voorliggende voorstellen, zou voor 'informele' niet-toetsbare vertegenwoordiging geen ruimte moeten bestaan, vraagt de voorafgaande schriftelijke wilsverklaring van de patiënt wettelijke verankering, dient het mentorschap mogelijk te zijn in al die situaties waarin het belang van de patiënt dit vordert en zal de behandelend arts alsdan ook de bevoegdheid moeten krijgen rechtstreeks (in plaats van via het openbaar ministerie) een mentor aan te vragen. Bescherming en waarborg van individuele grondrechten van de patiënt is een taak van de arts als onderdeel van zijn professionele standaard, maar ook een opdracht aan de wetgever.

## SAMENVATTING

De positie van de tijdelijk of blijvend geestelijk onbekwame meerderjarige in de gezondheidszorg is onduidelijk. In de praktijk wendt de arts zich vaak tot echtgenoot, familie of een andere relatie om bijvoorbeeld toestemming voor behandeling te krijgen. Deze gang van zaken mist juridische geldigheid. De toekomstige wetgeving zal tegemoetkomen aan de in dit opzicht bestaande lacune. De voorgestelde regelingen worden getoetst op het zelfbeschikkingsrecht en de daaruit voortvloeiende grondwettelijke eis van bescherming van de geestelijke en lichamelijke integriteit. Suggesties worden gedaan ten behoeve van de arts, die zich ook met de thans voorliggende voorstellen nog geconfronteerd kan zien met conflicterende situaties. De conclusie is dat het zelfbeschikkingsrecht leidraad moet zijn voor wetgever én arts; de Grondwet verplicht hiertoe. Subjectieve oordelen, met name van de omgeving van de pa-

tiënt, mogen geen rol spelen. Niet alleen de arts, maar vooral ook de wetgever moet zich hiervan rekenschap geven. De positie van de meerderjarige onbekwame patiënt mag niet een mindere zijn dan die van de meerderjarige bewaarde of de minderjarige patiënt. □

## Literatuur

- Gevers JKM. De onbekwame meerderjarige patiënt. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 2092-5.
- Higgs R. Living wills and treatment refusal. British Medical Journal 1987; 295: 1221-2.
- Hastings Center. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying; a report by the Hastings Center, 1987.
- The Millbank Quarterly, medical decisions making for the demented and dying; vol. 64, suppl. 2, 1986.
- President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Volume one; report, October 1982.

## Uit de Geneeskundige Hoofdingspectie

# DES-dochters vragen nog steeds om aandacht

Op 29 november 1985 publiceerden wij in deze rubriek onder de titel 'DES-dochters blijven aandacht vragen' een triest geval van vaginaalkanker bij een DES-dochter, waarbij een fors doctors-delay zeker een rol had gespeeld. In 'DES-NIEUWS', het voorlichtingsblad van de DES-actiegroep, verscheen onlangs weer zo'n verhaal. Het betrof nu een 30-jarige vrouw die het volgende schrijft:

*'In maart 1985, ik was toen 27 jaar, kreeg ik pijn rechtsonder in de buik en last van afscheiding. Ik had zo'n pijn dat ik dacht dat ik blindedarmontsteking had. De huisarts heeft mij onderzocht en volgens hem had ik last van een ontsteking aan de eileiders en een onregelmatige menstruatie. Ik ben toen een week ziek thuis geweest en moest ook naar de controlerende arts van het GAK. Volgens hem was er niets aan de hand en 'voor een menstruatieprobleempje hoeft men tegenwoordig niet thuis te blijven'. Hierna ben ik nog een paar keer bij de huisarts geweest, één keer nog voor buikpijn en verder voor de aanhoudende afscheiding. Ik kreeg steeds Primolut, een hormoonpreparaat, voorgeschreven'.*

*Zij bleek wisselende klachten te houden; later namen de bloedingen in hevigheid toe. Op*

*haar mededeling aan de huisarts dat haar moeder in de zwangerschap medicijnen had gebruikt kreeg zij als antwoord dat dit niets met haar klachten te maken kon hebben. Later werd een verzoek om een verwijskaart voor de gynaecoloog geweigerd – zij kreeg de pil. De huisarts vertrok, maar ook de opvolger reageerde niet op het hele verhaal van medicijngebruik van de moeder tijdens de zwangerschap. Volgens hem was er niet zo veel aan de hand: 'Elke vrouw zit weer anders in elkaar, we zullen eens een andere pil proberen!' In februari 1987, twee jaar na het eerste consult bij de huisarts, volgde dan eindelijk onderzoek door een gynaecoloog. Deze informeerde direct bij de huisarts van de moeder welke medicijnen destijds in de zwangerschap waren gebruikt. . . Jawel: DES.*

*Patiënte moest worden doorverwezen naar een academische kliniek, waar zij met spoed werd opgenomen wegens 'vaginakanker met uitzaaiing naar de blaas'. Zij onderging een radicale operatie en werd nabestraald, kreeg vervolgens een ernstige ileus en zal daarom over enige tijd een darmoperatie moeten ondergaan, terwijl ook nog een reparatieve vaginoperatie op het programma staat. Ondanks dat eindigt zij haar verhaal optimistisch:*

*'Het gaat nu goed met mij. Voorheen moest ik mij twee keer per dag catheteriseren, nu nog maar een keer per week en met de Prednison ben ik aan het afbouwen. Misschien mag ik in april gepureerd eten hebben en dan op therapiebasis weer een paar uurtjes werken.'*

*De waarschuwing waarmee wij onze bijdrage in 1985 beëindigden kan blijkbaar niet genoeg worden herhaald:*

*'Helaas krijgt de DES-actiegroep regelmatig van dit soort signalen. Daarom wil ik nogmaals alle huisartsen, gynaecologen en verloskundigen, die worden geconfronteerd met vrouwen die verontrust zijn omdat zij menen dat hun klachten te maken zouden kunnen hebben met het feit dat hun moeder destijds DES voorgeschreven heeft gekregen, verzoeken deze klachten uiterst serieus te nemen.'*

*Na zoveel waarschuwingen moet een doctors-delay naar ons oordeel als verwijtbaar medisch handelen worden beschouwd.*

*Dr. H. A. van Geuns,  
plv. Geneeskundige Hoofdingspecteur van de Volksgezondheid*

# Huisarts en roken

## Is ontmoedigen van het roken en hulp bieden bij het stoppen met roken een taak voor de huisarts?

De aanleiding voor dit artikel is de spontane actie die een van ons (J. B.) enkele jaren geleden heeft ondernomen om patiënten uit zijn praktijk te helpen bij het stoppen met roken en het positieve effect van deze actie.

Het is niet gebruikelijk dat een huisarts zich persoonlijk tot zijn patiënten richt om zijn zorg over een bepaald gezondheidsprobleem kenbaar te maken. Daar is het in dit geval wel mee begonnen. Een passage uit de brief die werd gericht aan stevige rokers:

Ik vind het erg als ik iemand ernstig ziek zie worden of meemaak dat iemand overlijdt, terwijl ik ervan overtuigd ben dat deze persoon nog levend en gezond zou zijn als hij of zij tijdig met roken zou zijn gestopt. Ook als ik daarna het verdriet meemaak van de nabestaanden dan denk ik: 'Was er voor mij echt geen enkele manier geweest om die persoon tijdig te laten stoppen met roken?' Soms vraag ik me af waar ik mee bezig ben in de spreekkamer. Hoeveel nut heeft het voor de gezondheid van de mensen terwijl er zoveel van hen roken.

Deze brief werd besloten met een oproep mee te doen aan de eerste cursus 'Stop met roken'.

Roken is een bekende risicofactor. Ziekten van de luchtwegen en het cardiovasculaire apparaat worden erdoor veroorzaakt, in stand gehouden of verergerd. Stoppen met roken kan het leven verlengen en de gezondheid verbeteren en is waardevoller dan welke actie op preventief gebied ook. Bevordering van de gezondheid van patiënten is ons inziens een duidelijke taak van de huisarts. Een niet-rokende huisarts die meent dat niet roken zijn gezondheid goed doet, zal een gezondheidsbevorderende factor kunnen zijn.

Het is opmerkelijk dat de Nederlandse artsen in vergelijking met artsen uit andere landen, maar ook in vergelijking met andere Nederlandse bevolkingsgroepen, achterlopen daar waar het gaat om niet roken. Voor een voortgaande afname van het roken is het van belang dat het anti-rookklimaat gehandhaafd blijft. Het zou gunstig zijn als de artsen hier een voortrekkersrol bij zouden vervullen. In onze visie zou die voortrekkersrol actief

J. T. C. Bakker †  
J. A. M. Hoevenaars en  
C. A. J. de Jong

*Drie artsen brengen hier verslag uit van hun deels gezamenlijke activiteit om patiënten te laten stoppen met roken en trekken er de les uit. Volgens wijlen J. T. C. Bakker, destijds apothekhoudend huisarts te Haps, J. A. M. Hoevenaars, apothekhoudend huisarts te Elsendorp, en C. A. J. de Jong, arts-psychotherapeut te Gemert, dienen huisartsen zich actiever bezig te houden met het stoppen met roken.*

moeten zijn en moeten worden gekenmerkt door een optreden als gezondheidsbevorderende voorlichter.

### VISIE VAN HUISARTSEN

Teneinde onze visie te toetsen aan die van andere huisartsen hebben we het probleem van de rol van de huisarts bij het stoppen met roken voorgelegd aan een aantal rokende en niet-rokende collega's middels open vragen. Hoe zijn we als huisarts bezig met rookproblemen? We hebben deze vraag opgesplitst in de vraag wat we op dit moment aan het rookprobleem doen en de vraag wat we vinden dat we eigenlijk zouden moeten doen:

– *Wat doen we als huisarts?* Er is een aantal aspecten naar voren gekomen dat te maken heeft met de attitude en het daadwerkelijk gedrag van de betrokken huisarts.

Een niet-rokende huisarts staat vaak kritisch tegenover een rokende patiënt. Hij is van mening dat een actief beleid, gericht op het stoppen met roken, effectief kan zijn. In de contacten met patiënten wijst hij op de nadelige effecten van het roken.

Een rokende huisarts is vaak toegevend tegenover de rokende patiënt. Hij gelooft niet zo in het effect van anti-rookactiviteiten en hij wijst minder vaak op de nadelige effecten van het roken.

– *Wat zouden we moeten doen als huisarts?*

De groep rokers is van mening dat de activiteiten beperkt moeten blijven tot het huidige niveau. Soms is er sprake van fatalisme ten aanzien van de effecten van anti-rookactiviteiten. Een enkeling meent dat advisering betuttelend is.

De niet-rokers willen iets meer doen. Artsen zouden moeten worden gestimuleerd om zelf niet te roken. In tegenstelling tot hun huidige werkwijze zou van elke patiënt het rookgedrag moeten worden geregistreerd om op de hoogte te zijn van het rookgedrag en te kunnen beschikken over gegevens met betrekking tot risicofactoren, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek naar morbiditeit en mortaliteit. Elke rokende patiënt zou moeten worden geadviseerd met roken te stoppen. Naast dit advies zou de huisarts ook steun moeten bieden, bijvoorbeeld met behulp van het gecontroleerd gebruik van voorgeschreven nicotinebevattende kauwgom. Verder zou er naast deze individueel gerichte activiteiten ook groepsgericht kunnen worden gewerkt. Bied de patiëntenpopulatie voorlichtingsmateriaal aan in de wachtkamer, maar schrijf ook stukjes in de plaatselijke krantjes. Organiseer tenslotte cursussen om te stoppen met roken. Op deze laatste mogelijkheid willen we verder ingaan.

### ROKEN ALS VERSCHIJNSEL

Alvorens de opzet van de door ons gegeven cursus te expliciteren, is het nodig wat dieper in te gaan op het verschijnsel roken:

Roken is een verslaving. In DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.) wordt de tabaksafhankelijkheid gerangschikt onder stoornissen door het gebruik van middelen (305.1). Het symptomencomplex na het staken is een aparte eenheid, de tabaksonthouding (292.00). De criteria van deze beide eenheden zijn in het overzicht op de volgende bladzijde vermeld.

De verslaving aan rookartikelen heeft lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke gevolgen. Binnen elk van deze gebieden bestaat tijdens de verslaving een vicieuze cirkel. De cirkels houden el-

kaar, zoals bij elke verslaving, in stand. De behandeling van de verslaving dient dan ook te zijn gericht op het doorbreken van de drie cirkels, hetgeen pleit voor een aanpak op verschillende fronten. De meeste therapeutische interventies komen voort uit een gedragstherapeutische traditie. In de verslavingszorg is het werken in en met groepen algemeen geaccepteerd, zowel bij de zelfhulporganisaties, zoals de AA, als bij de professionele hulpverlening. Ook kan bij het stoppen met roken in een groep steun, herkenning, hoop en motivatie worden verwacht. Door geleidelijke accentverschuiving van activiteiten door de groepsleiding van een cursus naar activiteiten door de groepsdeelnemers zelf wordt in de hier te beschrijven cursus ook een integratie gevonden tussen professionele hulp en zelfhulp.

## CURSUS STOPPEN MET ROKEN

Bij het *opzetten* van een cursus 'Stoppen met roken', opgezet door de huisarts, verdient het de voorkeur met twee cursusleiders een groep te leiden. De huisarts als cursusleider kent zijn patiënten en is daarmee een herkenbaar en krachtig model. Het ontbreekt hem echter meestal aan voldoende vaardigheden om alleen een groep van vijftien tot twintig mensen te begeleiden. Het samenwerken met een daarin wel geschoolde therapeut verdient ons inziens de voorkeur. Als de huisarts zelf rookt, biedt de cursus deze de mogelijkheid samen met de patiënten te stoppen. Indien deze variant niet wordt verkozen, is het niet zinvol dat de arts zelf de cursus geeft. De *werving* van personen die zouden kunnen meedoen aan een (tweede) anti-rookcursus in de praktijk van een van de auteurs (J.B.) is als volgt verlopen: De praktijkassistente heeft alle ingeschreven patiënten boven de 30 jaar gebeld en gevraagd naar het aantal gerookte sigaretten. Mensen die meer dan vijftien sigaretten per dag rookten, kregen een persoonlijke brief. Dit betrof 300 personen. In de inleiding van dit artikel werd reeds uit deze brief geciteerd. De brief eindigt met een uitnodiging voor een informatieavond. Door middel van raamaffiches en stukjes in het plaatselijke krantje werd aan deze avond nog eens extra bekendheid gegeven. Doel van de bijeenkomst was het kenbaar maken van de zorg die de huisarts had met betrekking tot het roken. Tijdens de avond zou nog eens worden toegelicht en benadrukt dat roken slecht is. De avond zou worden be-

## Diagnostische criteria tabaksafhankelijkheid en tabaksonthouding (DSM III).

305.1x. Tabaksafhankelijkheid (Tobacco Dependence)	292.00. Tabaksonthouding (Tobacco Withdrawal)
<p>A. Continu gebruik van tabak gedurende minstens een maand</p> <p>B. Op zijn minst een van de volgende verschijnselen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seeruze pogingen om te stoppen of de gebruikte hoeveelheid tabak blijvend drastisch te verminderen, zijn mislukt.</li> <li>2. Pogingen om het roken te staken voerden tot tabaksonthouding.</li> <li>3. De betrokkene gaat voort met tabak te gebruiken ondanks een ernstige lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld een ziekte van de luchtwegen of van het cardiovasculaire systeem) waarvan betrokkene weet dat deze verergert door tabaksgebruik.</li> </ol>	<p>A. Minstens enige weken tabaksgebruik van meer dan 10 sigaretten per dag met per sigaret minstens 0,5 mg nicotine</p> <p>B. Abrupt beëindigen of verminderen van het tabaksgebruik binnen 24 uur, gevolgd door minstens vier van de volgende verschijnselen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zucht naar tabak;</li> <li>2. prikkelbaarheid;</li> <li>3. angst;</li> <li>4. concentratiemoelijkheden;</li> <li>5. rusteloosheid;</li> <li>6. hoofdpijn;</li> <li>7. duizeligheid;</li> <li>8. gastro-intestinale stoornissen.</li> </ol>

sloten met het aankondigen van een anti-rookcursus; de globale inhoud van deze cursus zou bekend worden gemaakt. De informatieavond werd bezocht door 90 mensen. Er werd benadrukt dat stoppen met roken heel erg moeilijk is en dat men pas een cursus moet gaan volgen als men echt wil stoppen. Voorwaarde om te starten is dat men de laatste sigaret rookt vóór de cursus en dat men, eveneens vooraf, een kleine financiële bijdrage levert voor het bestrijden van de kosten; de eigen bijdrage symboliseert tevens de eigen verantwoordelijkheid en kan bovendien worden gezien als een motivatieverhogende factor. Na deze wellicht demotiverende opmerkingen, die een paradoxaal bedoeling hadden, volgden er aanmeldingen van 42 potentiële cursisten, die uiteindelijk werden verdeeld over twee groepen. Er werden in totaal vijf bijeenkomsten van 1½ uur gepland. De tussenperiode tussen de cursussen liep op van één tot drie weken. De *inhoud* van de cursus is schematisch als volgt weer te geven:

### 1e bijeenkomst

- Voorlichting over negatieve gezondheidseffecten van het roken.
- Voorlichting over verslavingscirkels.
- Persoonlijke getuigenissen: hoe lang gerookt, hoe veel, hoe vaak gestopt, etc.
- Persoonlijke motivatie om te stoppen.
- Aanbieden van de mogelijkheid nicotinekautgom te gebruiken.
- Geleide fantasie: De deelnemers sluiten de ogen en zitten ontspannen op hun stoel. Een van de cursusleiders vertelt een verhaal dat door de deelnemers zo gedetailleerd mogelijk in de fantasie moet worden gevolgd. In deze cursus wordt het verhaal verteld van een persoon (cursist) die uit Rokersland weggaat en op zoek gaat naar Niet-Rokersland.

### 2e-4e bijeenkomst

- Uitwisselen van persoonlijke ervaringen in subgroepen.
- Beantwoorden van vragen over onthoudingsverschijnselen.
- Plenair samenvatten van optredende onthoudingsverschijnselen, hulpmiddelen aanreiken, etc.
- Bevorderen van onderling steun geven in de vorm van een 'buddy'-systeem. Tijdens de bijeenkomsten spreken de deelnemers af wie ze kunnen bellen als de verleiding weer te beginnen met roken te groot dreigt te worden.
- Geleide fantasie.

### 5e bijeenkomst

- Naast de kenmerken van de 2e-4e bijeenkomst wordt deze avond besloten met een evaluatie. Wie de cursus heeft afgemaakt en niet is gaan roken, krijgt een door de cursusleiders ondertekend certificaat.

## RESULTAAT

Wat is nu het *succes* van deze cursus geweest? Van de praktijkpopulatie van ruim 2.000 zielen bleken bij de telefonische enquête 300 mensen meer dan vijftien sigaretten per dag te roken. Van deze mensen kwamen er 90 op de informatieavond. Uiteindelijk schreven zich 42 mensen in voor de cursus. Gedurende de cursus haakten er 12 af; 30 mensen hebben de cursus dus tot het eind gevolgd. Van deze groep bleken er na zes maanden 16 nog niet te roken: een succespercentage van 38%. Het is belangrijk nogmaals te vermelden dat deze cursus de tweede is in deze praktijk. De best gemotiveerden kwamen voor de eerste cursus. In feite is de tweede cursus er een voor therapieresistente gevallen geweest.

## BESCHOUWING

De spontane actie om groepen uit de eigen praktijk te gaan begeleiden bij het stoppen met roken kan op grond van onze ervaringen bemoedigend worden genoemd.

Bij de bespreking in de groep collega's werd deze manier van werken soms met enige scepsis ontvangen. Deze reactie heeft ons verbaasd. Immers, op grond van de negatieve effecten van het roken zou het stoppen met roken een hoge prioriteit in de gezondheidszorg moeten krijgen. Vooral de huisarts zou zich hier actief mee kunnen bemoeien, omdat hij of zij bij veel patiënten vertrouwen geniet en veel invloed heeft; een 'face to face'-advies of een uiting van bezorgdheid is veel effectiever dan een onpersoonlijk advies of waarschuwing.

Soms wordt gesteld dat het voorbeeld van de arts een negatieve invloed heeft op de mondigheid van de patiënt; het zou de patiënt in de toch al ongelijkwaardige arts-patiëntrelatie te weinig vrijheid bieden om eigen wegen te volgen. In dit geval komt het ons voor dat het gezondheidsrisico van roken veel groter is dan de schade van een dergelijk effect. In het algemeen blijft het natuurlijk de vraag of een arts niet juist een deel van zijn 'effect' ontleent aan normstellend gedrag. Een aantal factoren speelt wellicht een rol bij de genoemde scepsis: Van kind af aan zijn we eraan gewend dat er in onze omgeving wordt gerookt door mensen die model voor ons staan; hierdoor is roken voor veel kinderen volkomen normaal: zoiets kan toch niet slecht zijn? Televisie en films hebben ons inziens een grote invloed: nagenoeg altijd wordt er

gerookt door mooie, jonge, sympathieke helden in situaties van toenadering en begeerde spanning.

Een amechtige, rochelende, fluimende ophoestende roker hebben wij zelden op televisie gezien als reclamemaker voor tabaksartikelen. Wij krijgen gevoelens van afkeer bij het zien van heroïnespuisers of cocaïnesnuivers; als we dezelfde gevoelens zouden hebben bij elke sigaret die wordt opgestoken, zou dit ondraaglijk zijn, in feite zijn we hiervoor afgestompt. Op dit moment wordt er vooral gereageerd op de sociale implicaties van verslavingen: de junkie die een auto openbreekt, de dronken automobilist die een ongeluk veroorzaakt, de roker die maakt dat we in de stank zitten; zolang we maar geen last van de verslaving hebben, staan we er ook onverschillig tegenover; roken is in dit verband waarschijnlijk het minst hinderlijk en bij gevolg dan ook goed geaccepteerd. Vele artsen willen de arts-patiëntrelatie prettig, niet gespannen, houden; als een arts echter een verband legt tussen de klacht en de manier van leven van een van zijn patiënten, wordt het moeilijk, zeker als hij adviseert gedrag waaraan de ander zeer gehecht is, op te geven; een dokter die de hoestende roker de roker laat en codeïne voorschrijft, maakt het de patiënt en zichzelf niet moeilijk. Het is verder mogelijk dat een visie van 'Eigen schuld, dikke bult' een rol speelt bij de weinig actieve houding van collega's.

De resultaten van serieuze hulp vallen, zoals bij elke verslaving, bij een eerste oogopslag tegen. Maar de gezondheidswinst bij de ruim 30% stoppers, na één cursus, is groot. Roken brengt namelijk een zeer ernstig risico voor de gezond-

heid mee. Het zij nogmaals benadrukt dat 40% van de personen die twintig of meer sigaretten per dag roken vóór het 65ste levensjaar aan de gevolgen van roken zal overlijden. Direct na het stoppen is er al een gunstig effect en na tien jaar is het gezondheidsrisico bijna gelijk aan dat van een nooit-roker. Er is ons geen tijden/of kosteninvestering bekend die zoveel gezondheidswinst oplevert.

Hoe zou in onze visie een huisarts moeten omgaan met het roken van zijn patiënten? Het al of niet actief zijn bij het probleem 'roken' is een keuze die sterk samenhangt met het antwoord op de vraag hoe men zijn taak als huisarts opvat. Als de huisarts zelf een cursus wil geven voor een groep, impliceert dat dat hij zelf een vertrouwde werkplek, de spreekkamer, zal moeten opgeven. Er valt veel voor te zeggen dat hij dat doet en dat hij op zijn minst participeert in het geven van een cursus. Het valt immers niet te ontkennen dat de huisarts nog steeds optreedt als model voor zijn patiënten. Van deze rol kan gebruik worden gemaakt. Het is duidelijk dat een huisarts die een anti-rookcursus geeft zelf niet rookt.

Tenslotte: Ziet men als huisarts alleen een taak bij ziek-zijn, gaat men in op klachten, stelt men vast welke ziekte er bestaat en behandelt men deze? Of ziet men als huisarts ook een taak bij het bevorderen van gezondheid en het voorkómen van ziekten? In het laatste geval zal de vraag van de titel bevestigend moeten worden beantwoord en levert de hier beschreven methode een praktisch middel om rokers te begeleiden naar Niet-Rokersland. □

# Wereldwijd tegen het roken

## Zesde Wereldconferentie over roken en gezondheid

*Roken is de meest vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte. Dat is een uitgemaakte zaak. Moeilijker is de vraag te beantwoorden hoe het roken kan worden teruggedrongen. Meer voorlichting over de gevaren, een hogere prijs van tabaksprodukten en maatregelen tegen het passief roken, vormen het meest effectieve beleid tegen het roken. Dat bleek uit de wereldwijde ervaringen die in november 1987 werden uitgewisseld op de 6th World Conference on Smoking and Health, die in Japan werd gehouden; 702 deelnemers uit 56 landen participeerden in ongeveer 240 lezingen. Hier een korte en selectieve impressie.*

L. J. S. Wever

### PASSIEF ROKEN

De beperking van het passief roken is de belangrijkste strategie in een tabaksontmoedigingsbeleid. Er kan zo niet alleen een maatschappelijk klimaat ontstaan waarin roken en rokers in het bijzijn van niet-rokers als onwenselijk, onbehoorlijk of onbeleefd worden gezien, maar ook kan het feitelijk moeilijker

worden om te roken, bijvoorbeeld door rookverboden op het werk. De meeste rokers (90% volgens Shimp uit de Verenigde Staten) willen stoppen. Door rookverboden worden ze een handje geholpen. Volgens Glantz (VS) vermindert een rookvrije werkomgeving de consumptie van tabak met 15% à 20%, ook thuis. De tabaksindustrie acht de strijd tegen het passief roken dan ook de meest gevaarlijke ontwikkeling voor de levensvatbaarheid van die industrie, zo blijkt uit een rapport van het Amerikaanse Tobacco Institute ('A study of public attitudes towards cigarette smoking and the tobacco industry', 1978).

Veel onderzoekers beschreven de gezondheidsrisico's die niet-rokers lopen door het (ongewild) meeroken. Het is een betrekkelijk nieuw onderzoekerrein, nu genoeg bekend is over de schadelijkheid van tabaksrook voor de rokers zelf. De risico's van het meeroken beginnen al in de baarmoeder. Nakamura (Japan) concludeert dat een laag geboortegewicht en vroegtijdige geboorten vaak voorkomen bij niet-rokende vrouwen die zijn getrouwd met een roker, dan bij niet-rokende vrouwen die zijn getrouwd met een niet-roker. Er komt steeds meer bewijs voor de schadelijkheid van het meeroken door kinderen. Kinderen van rokers zijn vaker ziek dan kinderen van niet-rokers; het gaat dan vooral om ziekten van de luchtwegen (aldus Charlton uit het Verenigd Koninkrijk). Ook niet-rokende echtgenoten hebben te lijden van hun rokende partner. Inoue en Hirayama (Japan) hebben ontdekt dat niet-rokende vrouwen van rokers tot ruim drie keer zoveel kans op longkanker hebben als niet-rokende vrouwen van niet-rokers. Volgens het rapport van de Amerikaanse 'surgeon-general' wijst een meerderheid van de studies op de schadelijke effecten op de gezondheid door het ongewild meeroken. Een rapport van de National Academy of Science beweert dat er in de Verenigde Staten per jaar ongeveer 2.400 nieuwe gevallen van kanker zijn, veroorzaakt door passief roken. De luchtvervuiling in de Verenigde Staten zorgt voor 1.300 tot 1.700 nieuwe kankergevallen per jaar (aldus Shopland, VS). Roken zou voor de mens dus de gevaarlijkste vorm van luchtvervuiling zijn.

Acties tegen passief roken zijn al gevoerd voordat bekend werd tot welke gezondheidschade het passief roken leidt. Tabaksrook stinkt en kan irriteren. Er is al langere tijd – met name in de VS – een beweging gaande die de rechten van niet-rokers op een rookvrije omgeving voorop wil stellen. Dat is met vallen en opstaan gebeurd. De succesgevallen hebben gemeen dat zij zijn opgezet met een wel-doordachte en duidelijke strategie. Zo is in 1986 in de gebouwen van het Australische ministerie van Volksgezondheid een rookverbod afgekondigd. Maar dit verbod is gepaard gegaan met hulp aan rokers, prikkels om het verbod uit te voeren en te handhaven, een periode van enkele maanden om conflicten geleidelijk op te lossen en richtlijnen voor diensthoofden om een en ander soepel te laten verlopen; verder was er voorlichting over zaken als ventilatie, rookkamers, rookpauzes en individuele rechten. Deze benadering wordt nu in vele Australische bedrijven toegepast (Dick). In een ziekenhuis in Minnesota is op die manier binnen twee jaar tijd een algehele rookvrije werkomgeving ontstaan, is het roken onder werknemers aanzienlijk teruggelopen en is er een groeiende groep voorstanders van het rookvrije beleid zonder dat rokers door dit beleid ontslag hebben genomen, meldde Hansen uit de USA.

## STOPPEN MET ROKEN

Nicotine is een verslavend middel. Stoppen

met roken is moeilijk. Wat te doen? Zelfhulp, vervangende middelen (nicotinekauwgom), gedragstherapie, hulp via de televisie, vijfdaagse plannen, externe factoren (zoals een anti-rookbeleid op het werk), het blijkt allemaal meer of minder te helpen.

Marín vertelde over de ervaringen in Spanje, waar rokers om af te kicken groepstherapie kunnen volgen, al dan niet met vervangende middelen. Groepstherapie met nicotinekauwgom blijkt effectiever te zijn dan groepstherapie zonder meer. Een jaar na afsluiting van de therapie was 47% respectievelijk 18% van de deelnemers nog abstinente.

De Britse jaarlijkse nationale 'No-Smoking Day' blijkt er in 1986 voor te hebben gezorgd dat 50.000 mensen drie maanden na de campagne niet meer rookten. De kosten per gered levensjaar zijn circa f 3,50 (niet duur, vergeleken met circa f 2.700,— per gered jaar voor een by-pass-operatie, vond Reid).

Van vele kanten is gewezen op de belangrijke preventieve rol die de eerstelijnszorg op dit gebied zou moeten vervullen. Dat gaat niet zomaar. In Spanje heeft de meerderheid van de huisartsen (62% van hen rookt) niet het besef een (niet-rokend) voorbeeld voor de patiënten te moeten zijn en hebben zij niet de vaardigheden om hun patiënten van het roken af te helpen (Salvador).

Een Canadees project bewijst dat het verstrekken van nicotinekauwgom door huisartsen effectiever is dan hun gebruikelijke benadering van patiënten. Begeleiding van de patiënten met advies en afspraken blijkt nog effectiever te zijn. Dat laatste kost de betrokken huisartsen tenminste een opleiding van drie uur, aldus Best.

Flynn uit de VS zegt het als volgt: als 10% van de huisartsen elk jaar zijn rokende patiënten adviseert met roken te stoppen en 5% van deze patiënten stopt inderdaad, dan komen er in de Verenigde Staten elk jaar 1.250.000 niet-rokers bij.

## MAATREGELEN

Wereldwijd is er een trend naar steeds meer restrictieve en veelomvattende wetgeving ten aanzien van de marketing van tabaksproducten en het roken. De effectiviteit van voorlichting, hulpverlening en zelfregulering van het bedrijfsleven (reclamebeperking) wordt hierdoor versterkt. De wetgeving richt zich meestal op de aard van het produkt, de promotie ervan, de plaats waar het mag worden verkocht en gerookt en de prijs.

Tabaksproducten zijn gevaarlijk. Dat is voldoende rechtvaardiging voor bescherming van de consumenten. Meestal gebeurt dat door middel van een waarschuwingstekst op de verpakking en een aanduiding van het nicotine- en teergehalte van de inhoud. Steeds meer landen gaan over op hardere, meer zichtbare en gevarieerde teksten. Zweden is een van de landen met vergaande beperkingen op dit gebied: 20% van de ruimte op de voorkant van de verpakking van sigaretten moet worden ingenomen door een waarschuwingstekst, die regelmatig verandert en nog eens 20% moet

worden benut voor een aanduiding van het teer- en nicotinegehalte (Nordgren).

De promotie van tabaksproducten door reclame en dergelijke bemoeit een effectieve gezondheidsvoorlichting. Daarom is een beperking van tabakspromotie gerechtvaardigd. De wijze waarop dit gebeurt verschilt erg, maar ook hier is een trend zichtbaar naar steeds verdergaande wettelijke maatregelen. De ervaring leert immers dat de meeste beperkende maatregelen eenvoudig worden omzeild door de tabaksindustrie. Het verbod op reclame-uitzendingen via radio en TV kan simpel worden ontrokken door slukreclame, dankzij sponsoring van TV-producties, sportwedstrijden of culturele evenementen die op de televisie worden uitgezonden. Reclame via andere producten dan tabak, zoals kleding, tijdschriften en reizen, neemt eveneens toe. De ervaringen in België en Zweden bijvoorbeeld geven aan dat wettelijke reclamebeperkingen alleen effectief kunnen zijn wanneer reclame via sponsoring en de indirecte reclame (via andere producten) eveneens worden beperkt (Nordgren, Zweden; Joossens, België). Een andere manier om de tabaksreclame te beperken is het maken van 'tegenreclame'. Dat kan gebeuren door de verplichting dat een deel, (bijvoorbeeld 20%, zoals in Zweden) van de advertentieruimte voor tabaksproducten wordt ingeruimd voor een waarschuwings-tekst.

In de eeuwigdurende discussie over de vraag of (merk)reclame de consumptie vergroot of alleen maar tot behoud van het marktaandeel van het merk leidt, komt Chetwynd (Nieuw-Zeeland) in een econometrische studie tot de conclusie dat het intensiveren van de tabaksreclame met 10% een stijging van de tabaksconsumptie van 0,7% tot gevolg heeft.

Tijdens de conferentie is nauwelijks aandacht besteed aan wettelijke mogelijkheden om het aantal verkoopplaatsen terug te dringen, dan wel regelingen te treffen over soorten verkoopplaatsen met het oog op de bescherming van de jeugd. (In een kwart van de landen is het verboden sigaretten te verkopen aan jongeren, aldus Yamanaka uit Japan). Des te meer aandacht is er besteed aan wettelijke maatregelen om het roken in openbare gelegenheden tegen te gaan. Het aantal staten in de VS dat dergelijke regelingen heeft getroffen is vanaf 1970 verdrievoudigd, tot nu 41 van de 50 staten. Meestal wordt het roken beperkt in het openbaar vervoer, in ziekenhuizen, liften, gehoorzalen en scholen; in 18 staten zijn regelingen getroffen voor restaurants en warenhuizen, in 9 staten voor de werkplaats (Rigotti). Kent heeft de gevolgen bestudeerd van prijsverhogingen en -verlagingen voor de tabaksconsumptie in Nieuw-Zeeland. Daaruit blijkt dat het verhogen van de prijs van tabaksproducten de consumptie doet dalen. In Nieuw-Zeeland is bijvoorbeeld in 1986 de prijs van sigaretten met 55% verhoogd; negen maanden later bleek de consumptie er met 16% te zijn gedaald.

Steeds meer landen verhogen de belastingen op tabaksproducten. In een beperkt aantal



gevallen gebeurt dat uitdrukkelijk om redenen van volksgezondheid. In Minnesota (VS) is de tabaksaccijns verhoogd in het kader van een samenhangend ontmoedigingsbeleid; met een deel van de extra inkomsten worden diverse voorlichtingsprogramma's gefinancierd (Moen). In dit verband is het betoog van Winstanley interessant; deze heeft uitgerekend dat de Australische kinderen veel meer belasting betalen dan dat de regering 'teruggeeft' aan gezondheidsvoorlichting en de vier tabaksproducenten bijdragen aan sportsponsoring. Wetgeving hoeft zich niet te beperken tot het nationale niveau. Lagere overheden, zoals gemeenten, hebben eigen bevoegdheden die kunnen worden gebruikt in een anti-rokenbeleid. Garner kent een aantal voorbeelden uit de VS: rookverboden in openbare ruimten, het tegengaan van 'sampling' (het gratis uitdelen van tabaksprodukten aan het publiek), het verbieden van reclame op gebouwen of van het sponsoren van evenementen die door de gemeente moeten worden toegestaan en de maatregelen tegen de verkoop van tabaksprodukten aan jongeren. De gemeenten hebben veel mogelijkheden. Een voordeel van een gemeentelijke aanpak is dat de (nationaal georganiseerde) industriële lobby er minder invloed op heeft, in tegenstelling tot de lokale gezondheidsinstanties. Rigotti heeft één Amerikaanse gemeente onderzocht, Cambridge in Massachusetts, waar in vrijwel alle gebouwen waar publiek komt het roken is verboden. Hoewel er geen toezicht wordt uitgeoefend op de naleving van deze gemeentelijke verordening, blijkt deze zeer goed te worden nageleefd. De burgers zijn echter nog niet bereid om zelf actie te ondernemen indien het rookverbod wordt overtreden.

#### VOORUITZICHTEN

De ontwikkelingen met betrekking tot het tabaksontmoedigingsbeleid in de meeste geïndustrialiseerde landen zijn bemoedigend. Wel is het roken van tabak in deze landen nog steeds de belangrijkste ziekte- en doodsoorzaak: 400.000 doden per jaar in de Verenigde Staten, 140.000 in West-Duitsland, 100.000 in

Groot-Brittannië, 90.000 in Italië en 53.000 in Frankrijk, aldus de WHO. In de meeste geïndustrialiseerde landen daalt het aantal mannelijke rokers, terwijl de snelle stijging van de consumptie onder vrouwen en jongeren enigszins is omgebogen. De totale tabaksconsumptie in de geïndustrialiseerde wereld daalt met ongeveer 1% per jaar. De situatie in de ontwikkelingslanden is echter geheel anders: in Azië is de tabaksconsumptie 7% sneller gegroeid dan de bevolking, in Latijns-Amerika ook 7% en in Afrika zelfs 18% (Masironi, Zwitserland). De situatie is niettemin bemoedigend omdat steeds meer landen inmiddels veel ervaring hebben opgedaan met al dan niet effectieve maatregelen tegen het roken. Steeds meer landen treffen steeds verdergaande en hardere maatregelen.

De tabaksindustrie tracht een uitweg te zoeken. Er wordt naar gestreefd het maatschappelijk aanzien van de bedrijfstak te verhogen (bijvoorbeeld door sport en kunst te sponsoren) en het slechte gezondheidsimago van rookwaren te verbeteren. Een methode is de introductie van 'nieuwe tabaksprodukten' die niet worden gerookt of waarvan de rook minder schadelijk zou zijn. Maar ook de rookloze produkten, die bijvoorbeeld in de VS, Groot-Brittannië en Zweden populair zijn, blijken schadelijk te zijn voor de gezondheid (Fisher, VS). Maatregelen tegen deze produkten zijn gerechtvaardigd. Zulke maatregelen worden dan ook getroffen, bijvoorbeeld in Australië, waar de verkoop van dergelijke produkten voor niet-medisch gebruik is verboden (Dick).

In Nederland is de overheid terughoudend met het treffen van wettelijke maatregelen. Veel aspecten van een ontmoedigingsbeleid zoals die tijdens de conferentie aan de orde zijn gesteld, komen echter ook in Nederland terug. Er zijn hier voorlichtingsprogramma's op scholen, massacampagnes tegen passief roken, waarschuwingen op de tabaksverpakking, reclamemaatregelen; er komen meer stringente reclamemaatregelen, rookverboden in openbare ruimten en een intensievere voorlichting; en er is een doelstelling: 50% minder rokers in het jaar 2000. Er is waar-

schijnlijk meer nodig om die doelstelling te halen.

Uit de conferentie haal ik de volgende *aanbevelingen* voor het Nederlandse ontmoedigingsbeleid:

1. Verhoog de prijs door middel van een hogere accijns, dan daalt de consumptie.
2. Maatregelen tegen het passief roken (rookverboden in openbare gebouwen en op het werk) zijn het meest effectief, zowel wat de vermindering van hinder als wat de vermindering van de tabaksconsumptie betreft.
3. Reclamemaatregelen die niet alle reclameringen over tabaksprodukten (dus ook sponsoring en ook reclame via andere produkten dan tabak) omvatten kunnen gemakkelijk worden ontdoken en zijn niet effectief.
4. Om het maatschappelijk draagvlak voor een ontmoedigingsbeleid te vergroten is het nodig een coalitie te vormen van alle betrokkenen. De American Cancer Society heeft over dit onderwerp een bruikbare publikatie uitgegeven ('Smoke fighting; a smoking control movement building guide'); daarin wordt ingegaan op de vraag wie er thuishoren in een ontmoedigingsbeweging, hoe zo'n beweging kan worden opgebouwd en in stand gehouden, en hoe dergelijke coalities van verschillende maatschappelijke sectoren de intensivering van een ontmoedigingsbeleid kunnen bevorderen.
5. De voorlichting op nationaal niveau over (actief en passief) roken moet veel intensiever worden uitgevoerd. Daarbij moet, naast de gerichtheid op de jeugd, speciale aandacht worden gevestigd op de rol van de massamedia, op de positie van niet-rokers, op de mogelijkheden van lagere overheden en op grootschalige en eenvoudige 'stop-met-roken-acties'.
6. Op internationaal niveau zal moeten worden meegewerkt aan maatregelen tegen het exporteren van onze schadelijke produkten naar de derde wereld. □

L. J. S. Wever is verbonden aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Hoofdafdeling Alcohol-, Drug- en Tabaksbeleid.

## De invloed van de ontkerkelijking op het gebruik van tabak en alcohol

*Kerkgang en godsdienstige overtuiging beïnvloeden de consumptie van tabak en alcohol. Kerkgang vormt een samenbindende factor in religieuze groeperingen, waardoor wordt bijgedragen aan de instandhouding van normen als matigheid en onthouding. De belangstelling voor de samenhang tussen kerkgang en gebruik van tabak en alcohol vloeit onder andere voort uit de bevinding betreffende lagere totale sterfte bij kerkgangers<sup>1</sup>. Eerder werd gepubliceerd over de invloed van godsdienst en kerkgang op roken in Nederland en*

*de Verenigde Staten en op alcoholgebruik in Rotterdam waarbij significante samenhangen werden gevonden<sup>2,4</sup>.*

*In deze bijdrage van J. van Reek, H. Adriaanse en R. A. Knibbe, verbonden aan de afdeling Medische Sociologie van de Rijksuniversiteit Limburg wordt ontkerkelijking tweeledig opgevat: verminderde kerkgang en het zich niet meer tot een kerkgenootschap rekenen. De bedoeling van dit artikel is te analyseren welke invloed de ontkerkelijking heeft gehad op het gebruik van tabak en alcohol.*

#### GEGEVENS EN METHODEN

Het verband tussen kerkgang en gebruik van tabak en alcohol is onderzocht met gebruikmaking van gegevens uit twee Nederlandse (riskante gewoonten, 1958, N = 1.207; NOP, 1982, N = 6.732) en twee Westduitse 'surveys' (DIVO, 1956, N = 1.816; 'Gefahr des Alkoholismus', 1978, N = 1.902).

Deze 'surveys' voldoen aan de gebruikelijke eisen als landelijke representativiteit en cor-

recte vragen. Methodologische problemen schuilen vooral in de validiteit van de beantwoording. Volgens eerdere publikaties kunnen de percentages (sigaretten)rokers<sup>3</sup>, alsmede de percentages geheelonthouders<sup>5</sup> valide worden geacht; verder blijkt dat met 'survey'-gegevens de alcoholconsumptie sterk wordt onderschat<sup>5</sup>.

Geregelde kerkgang wordt in NOP-1982 geoperationaliseerd als tenminste éénmaal per week; in andere 'surveys' wordt dit begrip niet gedefinieerd.

## RESULTATEN

### Gebruik van tabak en alcohol naar kerkgang en godsdienst

Het gebruik van tabak en drank is duidelijk lager bij geregelde kerkgangers (tabel 1)<sup>2</sup>. Ook zijn partiële correlaties berekend tussen enerzijds roken en drinken en anderzijds geregelde kerkgang en zich tot de protestantse kerk rekenen bij constant houden van leeftijd en zich tot de protestanten rekenen of geregelde kerkgang; de resultaten zijn: de samenhangen met geregelde kerkgang zijn significant en de samenhangen met het zich tot de protestanten rekenen zijn, op één uitzondering na, niet significant (tabel 2).

### Effect ontkerkelijking op gebruik van tabak en alcohol

Ontkerkelijking wordt, zoals eerder gesteld, op twee manieren omschreven, namelijk als de afname van het aantal personen dat zich tot een kerkgenootschap rekent en als de afname van kerkgang.

Bij de eerste berekening voor Nederland van het effect van ontkerkelijking is uitgegaan van de verdeling van de bevolking naar kerkgenootschap en geslacht in 1958 en het huidige gebruik van tabak en alcohol naar kerkgenootschap en geslacht. Door het huidige gebruik naar kerkgenootschap te vermenigvuldigen met de proporties personen naar kerkgenootschap in 1958 en de uitkomsten op te tellen, wordt een schatting gegeven van het gebruik na 1958 als er geen ontkerkelijking zou hebben plaatsgevonden. Bij de tweede berekening voor Nederland is uitgegaan van de verdeling van de bevolking naar kerkgang in 1965. Het effect van de ontkerkelijking is volgens beide berekeningen gering: slechts het percentage Nederlandse rooksters zou wat lager zijn geweest indien geen ontkerkelijking had plaatsgehad (tabel 3).

In West-Duitsland bedraagt de wekelijkse consumptie 22,6 standaardglazen alcoholhoudende drank bij mannen en 8,1 glazen bij vrouwen in 1978. Uitgaande van het kerkbezoek in 1956 zou de consumptie 21,2 glazen bij mannen en 7,8 glazen bij vrouwen zijn geweest. De conclusie is dat ontkerkelijking in West-Duits-

### Dankzegging

Steinmetz Archief, Stichting NOP en Zentralarchiv für empirische Sozialforschung waren zo vriendelijk de gegevens te leveren.

## NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

Tabel 1. Roken en drinken naar kerkgang en geslacht bij personen van 20 jaar en ouder.

	percentages rokers			
	mannen		vrouwen	
	geregelde kerkgang	andere kerkgang	geregelde kerkgang	andere kerkgang
Nederland (1982) .....	51	57	20	45
West-Duitsland (1956) .....	69	83	6	20
	aantal glazen per week			
	mannen		vrouwen	
West-Duitsland (1978) .....	19,4	24,0	6,7	8,5

Tabel 2. Tweede-orde correlatiecoëfficiënten van samenhangen tussen gebruik van tabak en alcohol, kerkgang en godsdienst, bij constant houden van leeftijd en protestant of kerkgang.

	roken Nederland 1982		drinken West-Duitsland 1978	
	M	V	M	V
kerkgang .....	-0,13*	-0,08*	-0,07*	-0,04*
protestant .....	-0,03	-0,04*	-0,03	0,01

\* Significant bij  $p \leq 0,05$ .

Tabel 3. Roken en drinken naar geslacht in Nederland met en zonder ontkerkelijking.

	huidig		naar denominatie in 1958		naar kerkgang in 1965	
	M	V	M	V	M	V
percentage rokers (1982) .....	56	39	56	36	55	36
percentage geheelonthouders (1981) .....	13	40	12	29	-	-
aantal glazen per week (1981) .....	10,9	4,2	11,0	4,2	-	-

land een te verwaarlozen invloed op drankgebruik heeft gehad.

## DISCUSSIE

Het effect van ontkerkelijking op het gebruik van tabak en alcohol kon worden berekend. Het percentage ontkerkelijken is in ons land tussen 1958 en 1981 toegenomen van 24% tot 40%; de geregelde kerkgang nam af van 38% in 1965 tot 22% in 1982. In West-Duitsland nam de geregelde kerkgang af van 33% in 1956 tot 18% in 1978.

Gezien de samenhang tussen kerkgang enerzijds en roken en drinken anderzijds heeft ontkerkelijking wellicht bijgedragen aan veranderingen in het rook- en drinkgedrag. Volgens schattingen is echter de invloed van ontkerkelijking in West-Duitsland te verwaarlozen en is er in Nederland slechts een bescheiden effect op het roken.

Het onderzoek waarop de hier beschreven analyse is gebaseerd geeft geen directe informatie over de invloed van ontkerkelijking op de gezondheid. Wel kan worden geschat dat de invloed van ontkerkelijking op gebruik van tabak en alcohol gering is. De verandering in gebruik van tabak en alcohol onder invloed van ontkerkelijking heeft waarschijnlijk weinig effect op de gezondheid gehad. □

### Literatuur

- Comstock GW, Partridge KB. Church attendance and health. J. Chron Dis 1972; 25: 665-72.
- Reek J van. Relatie roken en godsdienst. Medisch Contact 1984; 39: 1673-4.
- Reek J van, Drop MJ. Cigarette-smoking in the USA: sociocultural influences. Rev Epidém et Santé Publ 1986; 34: 168-73.
- Garretsen HFL. Probleemdrinken: prevalentiebepaling, beïnvloedende factoren en preventiemogelijkheden. Dissertatie Nijmegen. Nijmegen: Zwets & Zeitlinger, 1983.
- Knibbe RA, Drop MJ, Reek J van, Saenger G. The development of alcohol consumption in the Netherlands: 1958-1981. Br J Addict 1985; 80: 411-9.

# Doelmatigheid van alcoholhulpverlening

## Alcoholproblematiek en hulpverlening kunnen beter op elkaar worden afgestemd

De Nederlandse overheid toont zich de laatste jaren in toenemende mate betrokken bij de alcoholproblematiek, een betrokkenheid die onder andere tot uiting komt in de ontwikkeling van een alcoholmatigingsbeleid. Dit beleid is uiteengezet in de in 1986 uitgebrachte nota 'Alcohol en samenleving'<sup>1</sup>. In deze nota wordt als centrale doelstelling geformuleerd: 'het voorkómen van gezondheidsrisico's en maatschappelijke problemen die voortvloeien uit het gebruik van alcohol'. Dat de overheid zich met name richt op de maatschappelijke problemen die ontstaan als gevolg van alcoholgebruik, is bepaald niet zonder grond. Zo wijst Van der Wal onder andere op de relatie met verkeersongevallen, ordeverstoringen en misdrijven<sup>2</sup>. Daarnaast heeft Holder er recentelijk op gewezen dat probleemdrinkers veel vaker een beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen; hij wees ook op de daaraan verbonden kosten<sup>3</sup>.

In de nota 'Alcohol en samenleving' wordt een drietal *beleidsinstrumenten* genoemd voor de realisering van een alcoholmatigingsbeleid:

- activiteiten op het terrein van voorlichting en preventie;
- doelmatiger hulpverlening; en
- wettelijke maatregelen.

Aan voorlichting en preventie is reeds veel aandacht besteed, onder andere door Engelsman en Garretsen<sup>4,5</sup>. Het in 1986 gestarte 'Alcoholvoorlichtingsplan' vloeit daar onder andere uit voort. Bij de bespreking van de nota 'Alcohol en samenleving' in september 1987 in de Tweede Kamer zijn verder beslissingen genomen over de herziening van de Drank- en Horecawet, hoewel een verbod op drankreclame in de ogen van de Kamer geen genade kon vinden. Met betrekking tot het vraagstuk doelmatiger hulpverlening wordt in de nota weliswaar gerefereerd aan de algemene uitgangspunten van het volksgezondheidsbeleid (verkorting van de opnameduur, verschuiving van intramurale naar ambulante behandeling, decategorisering van de hulpverlening, versterking van de eerste lijn), maar tot een concretere uitwerking van dit beleidsinstrument in relatie tot de alcoholhulpverlening is het nog niet gekomen.

### Dr. A. F. I. Bannenberg

*In dit artikel gaat de socioloog Dr. A. F. I. Bannenberg in op de vraag hoe de doelmatigheid van de alcoholhulpverlening kan worden bevorderd. Hij maakt hierbij gebruik van gegevens uit het onderzoek 'Evaluatie van vraag- en aanbodfuncties in de gezondheidszorg' van de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

In dit artikel wordt, mede naar aanleiding van onderzoek, nader ingegaan op de vraag hoe de doelmatigheid van de alcoholhulpverlening kan worden bevorderd.

### AFSTEMMING

Een belangrijke stap in de in dit artikel gekozen benadering is, de alcoholhulpverlening als een *systeem* te zien met een aanbod van *hulpverleningsprogramma's* (ambulant, klinisch, ontgiftig), waarnaar een zekere vraag van de kant van probleemdrinkers bestaat, welke wordt bepaald door hun *alcoholproblematiek*. Afstemming tussen vraag en aanbod vindt plaats via aanmelding door de probleemdrinkers bij de verschillende hulpverleningsprogramma's en de daarop volgende 'intake'-beslissing van de hulpverleners. De resultante van het proces van afstemming is hulpverlening aan probleemdrinkers door middel van verschillende hulpverleningsprogramma's.

De doelmatigheid van de hulpverlening wordt in dit model bepaald door de afstemming van de hulpverlening op de alcoholproblematiek, ofwel door het antwoord op de vraag welke probleemdrinkers bij welk hulpverleningsprogramma in behandeling komen. Wanneer de afstemming niet optimaal verloopt, worden probleemdrinkers binnen te 'zware' of te 'lichte' hulpverleningsprogramma's behandeld, zodat de doelmatigheid van de alcoholhulpverlening negatief wordt beïnvloed; ook kan het zijn dat bepaalde probleemdrinkers ten onrechte hulpverlening wordt onthouden.

In het kader van het onderzoekprogram-

ma 'Evaluatie van vraag- en aanbodfuncties in de gezondheidszorg' van de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit is de afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening onderzocht in de regio Amsterdam<sup>6</sup>. Aan alle probleemdrinkers die zich in de zomer van 1985 aanmeldden bij een bepaalde hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek is gevraagd of zij aan dit onderzoek wilden meedoen. Aangezien deze instelling de enige professionele hulpverleningsinstelling voor alcoholproblematiek in de regio is, mag de onderzoekpopulatie worden gezien als een afspiegeling van de totale vraag naar professionele alcoholhulpverlening in de regio. In het onderzoek is zowel een ambulant en een klinisch hulpverleningsprogramma als een ontgiftingsprogramma opgenomen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening in belangrijke mate door de *aanmelding* wordt bepaald. Een belangrijke bepalende factor voor aanmelding is de ernst van de alcoholproblematiek. Probleemdrinkers met ernstiger alcoholproblematiek melden zich vooral aan voor het klinische hulpverleningsprogramma. Ook bekendheid met de hulpverlening speelt een rol: probleemdrinkers melden zich vaker aan voor een hulpverleningsprogramma dat ze reeds kennen.

De 'intake'-beslissing daarentegen blijkt vooral een toetsing in te houden aan de voorwaarden voor toelating tot het hulpverleningsprogramma. Voor het ambulante hulpverleningsprogramma zijn belangrijke redenen voor afwijzing: de ernst van de alcoholproblematiek, een bijkomende medicijnverslaving en het ontbreken van opvangmogelijkheden in het sociaal netwerk. Afwijzing bij het klinische hulpverleningsprogramma vindt vooral plaats op grond van (vermeende) psychiatrische problematiek.

Wanneer niet aan de toelatingsvoorwaarden wordt voldaan, vindt doorverwijzing plaats naar het ontgiftingsprogramma. Dit hulpverleningsprogramma, dat nauwelijks toelatingsvoorwaarden kent, kan worden gezien als het vangnet van de alcoholhulpverlening; niet zozeer behandeling als wel opvang staat bij dit pro-

gramma op de voorgrond. Tussen het ambulante en klinische hulpverleningsprogramma vindt verder nauwelijks doorverwijzing plaats.

*Knelpunten* in het hulpverleningsaanbod bestaan er in het bijzonder voor probleemdrinkers met een medicijnverslaving of met psychiatrische problematiek; zij worden door hulpverleners van het ambulante zowel als van het klinische hulpverleningsprogramma geweerd. Deze problemen zijn des te klemmender aangezien 23% van de probleemdrinkers behalve een alcoholverslaving ook een medicijnverslaving heeft en 35% onder psychiatrische behandeling is geweest.

## BESCHOUWING

De doelmatigheid van de alcoholhulpverlening is mede afhankelijk van de mate waarin afstemming plaatsvindt tussen alcoholproblematiek en hulpverlening, ofwel tussen probleemdrinkers en hulpverleningsprogramma's.

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat er vanuit het perspectief van de hulpverlening in zekere zin sprake is van een *passieve* afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening. Hulpverleners neigen ertoe vooral te bezien in hoeverre probleemdrinkers kunnen worden toegelaten tot het hulpverleningsprogramma waar ze zich voor aanmelden. Een *actieve* afstemming tussen alcoholproblematiek en hulpverlening vereist echter dat in de eerste plaats wordt bekeken bij welk hulpverleningsprogramma

probleemdrinkers bij voorkeur in behandeling zouden moeten komen, onafhankelijk van het hulpverleningsprogramma waar ze zich voor aanmelden; daartoe dienen duidelijke toelatingsvoorwaarden voor de verschillende hulpverleningsprogramma's te worden ontwikkeld en ook te worden toegepast.

De doelmatigheid van de alcoholhulpverlening zou verder kunnen worden opgevoerd door een verdergaande *differentiatie* in het hulpverleningsaanbod. Er is een duidelijke leemte in het hulpverleningsaanbod geconstateerd met betrekking tot de veelvuldig voorkomende combinatie van alcoholproblematiek met medicijnverslaving en psychiatrische problematiek. Met betrekking tot deze doelgroepen zouden specifieke hulpverleningsprogramma's moeten worden ontwikkeld.

Tenslotte kan de doelmatigheid van de hulpverlening worden beïnvloed door het bevorderen van *samenwerking* tussen hulpverleningsinstellingen. Ambulante hulpverleningsprogramma's, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's), de klinische hulpverleningsprogramma's en de verslavingsklinieken worden apart gefinancierd en veelal ook apart bestuurd. Voor een optimale afstemming tussen probleemdrinkers en hulpverleningsprogramma's is – gezien de onderzoekbevindingen – een centrale toelatingsprocedure een belangrijke voorwaarde; dit in verband met een zorgvuldige en consequente ontwikkeling en toepassing van toelatingsvoorwaarden.

Dat betekent dat CAD's en verslavingsklinieken binnen een regio die nu geheel zelfstandig functioneren, samenwerkingsrelaties met elkaar zouden moeten ontwikkelen waarin één *centrale toelatingsprocedure* is opgenomen. Hoewel de Nederlandse overheid in dit tijdsgewricht terughoudendheid betracht bij het regulerend optreden in de gezondheidszorg, liggen zulke samenwerkingsafspraken voor de hand bij de formulering van kwaliteitseisen in de voorgenoemde wetgeving ten aanzien van de kwaliteit van de zorg<sup>7</sup>. □

## Literatuur

1. Ministerie van WVC. Alcohol en samenleving. Nota over een samenhangend alcoholmatigingsbeleid. Kamerstuk 19243 (2-3). Den Haag: Staatsuitgeverij, 1986.
2. Wal HJ van der. De sociale problematiek van het alcoholisme. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1981; 59: 198-202.
3. Holder HD, Blose JO. Alcoholism treatment and total health care utilization and costs. A four-year longitudinal analysis of federal employees. JAMA 1986; 256: 1456-60.
4. Engelsman EL. Het alcoholbeleid van de overheid. Tijdschrift voor Alcohol en Drugs 1981; 7: 124-9.
5. Garretsen HFL. Primaire preventie ten aanzien van alcohol en probleemdrinken. Mogelijkheden voor overheidsbeleid. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1983; 61: 12-21.
6. Bannenberg AFI. Afstemming van alcoholproblematiek en hulpverlening. Proefschrift Vrije Universiteit. Leiden NIPG, 1988.
7. Ministerie van WVC. Verandering Verzekerd. Stapsgevoel op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Kamerstuk 19945 (27), Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988.

# PRAKTIJKPERIKELLEN

## (Wonder)baarlijk

*Met enige casuïstiek is eenvoudig aan te tonen dat het gebruik van casuïstiek als bewijs voor de werkzaamheid van een (alternatieve) therapie zinloos is.*

*Een nu 71-jarige patiënt is in 1981 palliatief bestraald in verband met een pathologisch-anatomisch aangetoond inoperabel plaveiselcelcarcinoom van de longen. Hij is nu na zeven jaar zonder aanwijzingen voor metastasen of lokale tumorgroei, terwijl hij géén Moerman-dieet heeft gevolgd.*

*Bij een nu 70-jarige patiënte zijn in 1975 in de inguinale en iliacale klieren metastasen gevonden van een plaveiselcelcarcinoom, waarna lokale bestraling volgde. Na dertien jaar zijn nog geen tekenen van een primaire tumor of andere metastasen ontdekt, terwijl zij géén alternatieve therapieën heeft gevolgd.*

*Twee 'wonderbaarlijke genezingen' in een huisartspraktijk betekent dat er in Nederland waarschijnlijk enkele duizenden voorkomen. Maar zelfs dat is mogelijk onvoldoende om te bewijzen dat het geven van géén Moerman-dieet een effectieve therapie voor kanker is.*

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

*'Onderwijs is meer dan alleen het opleiden van studenten'*

# Een geïntegreerd extramuraal co-assistentschap

De introductie van de twee-fasenstructuur in het medisch basiscurriculum werd binnen de Katholieke Universiteit Nijmegen aangegrepen om de inhoud van het post-doctoraal onderwijs opnieuw te bezien. Een van de belangrijkste veranderingen hierbij was de introductie van een co-assistentschap 'buiten het ziekenhuis'. De centrale doelstelling hiervan werd als volgt omschreven: 'De co-assistent wordt door middel van patiëntgeoriënteerd onderwijs de gelegenheid geboden kennis te nemen van, na te denken over en inzicht te verwerven in de aard van de problematiek, de werkwijzen en de mogelijkheden van de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis'. Bij het rapport van de desbetreffende commissie<sup>1</sup>, die een praktische stage voorstelde in een huisartspraktijk, een verpleeghuis en een sociaal-geneeskundige instelling, werd door de faculteit twee belangrijke kanttekeningen geplaatst. Allereerst diende het co-assistentschap inhoudelijk zoveel mogelijk een eenheid te zijn. Daarnaast moest een manier worden gevonden om extramurale instituties die door de keuze voor de drie hierboven genoemde stage-mogelijkheden uit het gezichtsveld dreigden te verdwijnen, toch aandacht te schenken; met name werd in dit verband gewezen op de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De commissie kreeg opdracht deze kanttekeningen in een nieuw voorstel te verwerken. Dit nieuwe voorstel is gebaseerd op het model dat hierna wordt beschreven.

## PROBLEEMSTELLING

Bij het opzetten van een nieuw onderwijsprogramma spelen drie vragen een grote rol:

- wat moet de inhoud zijn van het onderwijs?;
- hoe moet het worden georganiseerd?;
- en hoe moet het worden geëvalueerd?

Gezien de complexiteit van het vakgebied en het stageverlenende veld is het begrijpelijk dat bij een extramuraal co-assistentschap allereerst moet worden gestreefd naar een duidelijke structuur.

A. I. F. Vernooy,  
Th. B. Voorn en  
J. W. J. van der Gulden

*In het nieuwe tweede-faseprogramma van de basisartsopleiding aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen is een co-assistentschap buiten het ziekenhuis opgenomen. Hierin vindt praktisch onderwijs plaats in de huisartsgeneeskunde, de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geneeskunde. Een facultaire werkgroep ontwikkelde een extramuraal co-assistentschap dat inhoudelijk en organisatorisch een eenheid vormt.*

Dit heeft in eerste instantie geleid tot een aanpak waarin een *driesporenbeleid* wordt nagestreefd. Allereerst werden zakelijke afspraken gemaakt met de stageverleners in de vorm van een affiliatiecontract. Vervolgens volgden onderwijskundige afspraken met de stageverleners over periodiek docentenoverleg en evaluatiemethoden. In de derde plaats werd de inhoud van het onderwijs per discipline in werkboeken vastgelegd, zodat hierover tussen student, stageverlener en onderwijsinstelling geen misverstanden kunnen ontstaan.

De uitvoering van dit beleid is door Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Sociale Geneeskunde met voortvarendheid ter hand genomen. Naarmate men vorderde bleek evenwel dat de inhoud van het co-assistentschap ongemerkt bijna geheel was bepaald door de behoefte van de deelnemende disciplines de student inzicht te geven in het functioneren van hun professie. Medisch onderwijs dient echter primair inzicht te geven in het (dys)functioneren van het menselijk organisme op zichzelf én in relatie met de omgeving; het functioneren van de professie is daaraan secundair. Doordat de professionele zorg te sterk werd belicht, werd de structuur van het co-assistentschap te heterogeen.

## MODEL

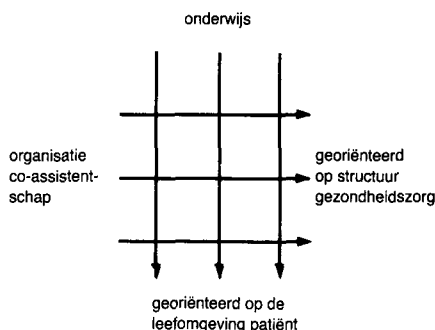
Het zojuist genoemde probleem kon worden opgelost door terug te keren naar de centrale doelstelling van het patiëntgeoriënteerd onderwijs. Immers: sterker nog dan in de klinische geneeskunde geldt voor de extramurale gezondheidszorg dat de woon-, leef- en werk-omstandigheden van de patiënt bepalend zijn voor diens gezondheidsgedrag. De filosofie van de Nijmeegse verpleeghuisgeneeskunde, die haar patiënten primair ziet als functionerend in een door het verpleeghuis gecreëerde aangepaste leef-omgeving, blijkt hier goed in te passen. Voorgesteld werd naast de huidige disciplinegeoriënteerde opzet een overwegend patiëntgeoriënteerde vorm te presenteren. Hiertoe dient het begrip 'patiëntgeoriënteerd' in de meest ruime vorm te worden gezien, dat wil zeggen dat het gezondheidsprobleem in de maatschappelijke context wordt beschouwd. Hierdoor worden de grenzen van de medische disciplines overschreden en ontstaat een geïntegreerd co-assistentschap volgens een netwerkstructuur (figuur 1). Voor een dergelijke structuur is een aantal argumenten aan te voeren. In de eerste plaats de ervaring van vele studenten dat een benadering vanuit de gezondheidsproblematiek het best aansluit bij hun klinisch-gerichte vooropleiding. Verder kan de relevantie van de complexe en niet altijd even logisch georganiseerde extramurale gezondheidszorg het best worden getoetst aan de hand van de vraagstelling van de consument. Volgens dit model loopt de student achtereenvolgens stage bij een huisarts, een verpleeghuisarts en een sociaal-geneeskundige. Gedurende deze stages kan hij aan de hand van in de werkboeken aangeboden casus, die hij kan relateren aan zijn dagelijkse ervaring, de integrale leefwereld van de patiënt blijven overzien. Een globaal uitgewerkt voorbeeld van zo'n casus maakt een en ander duidelijk: deze is als *bijlage* opgenomen. Hieruit blijkt ook hoe een niet regulier in het programma opgenomen gezondheidszorgvoorziening (hier de ambulante geestelijke gezondheidszorg) toch aandacht kan krijgen.

## ORGANISATIEVORM

Om met dit basismodel tot een werkbaar organisatievorm te komen, is gebruik gemaakt van een aantal reeds ontwikkelde elementen. Onderwijs met behulp van werkboeken, praktijkgerichte stageopdrachten en terugkomdagen heeft in de huisartsgeneeskunde zijn nut al bewezen<sup>2-4</sup>. Ook het postdoctoraal onderwijs in de sociale geneeskunde ontwikkelt zich landelijk in deze richting<sup>5</sup>. Hetzelfde geldt voor de verpleeghuisgeneeskunde in Nijmegen. Daarnaast wordt rekening gehouden met het tot ontwikkeling gekomen algemene co-assistentschap (ALCO-schap), dat zich richt op het aanleren van praktische vaardigheden die voor de daarop volgende co-assistentschappen noodzakelijk zijn. Aldus ontstaat de in *figuur 2* weergegeven organisatievorm, die vervolgens verder zal worden toegevoegd.

De organisatie van het extramuraal co-assistentschap volgt een aantal hoofdlijnen. Zo wordt in het ALCO-schap een aantal basisvaardigheden geoefend, die op de terugkomdagen onderwerp van tussentijdse evaluatie zijn. Het co-assistentschap zelf wordt dan achtereenvolgens gezien uit de invalshoek van de huisarts, de verpleeghuisarts en de sociaal-geneeskundige. Het wordt gevolgd aan de hand van een werkboek: een geprogrammeerde instructie, die een 'patiëntgestuurd' karakter draagt, als tegenwicht voor de presentatie vanuit de vakdisciplines. Een groep co-assistenten krijgt tijdens de terugkomdagen één vaste begeleider; dit betekent dat zowel huisarts als sociaal-geneeskundige als verpleeghuisarts wordt geacht het totale extramurale veld te kunnen overzien! Er worden duidelijke richtlijnen gehanteerd met betrekking tot beoordeling en toetsing; er vindt een eindtoets plaats. Achtereenvolgens zullen de voornaamste componenten van het co-assistentschap nader worden uitgewerkt.

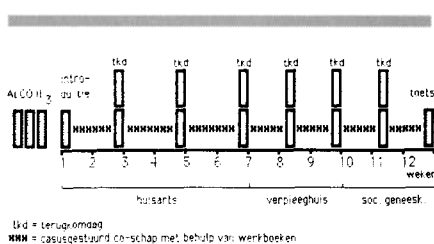
**ALCO-schap.** Het ALCO-schap is een inleiding van drie halve dagen op de aspecten die van algemeen belang zijn in het extramuraal co-assistentschap. De organisatie van het werkveld en van de vakdisciplines komt aan de orde. Communicatieve vaardigheden, zoals patiënt-(huis)arts-interacties, interacties tussen patiënt en sociaal-geneeskundige en praten met groepen worden geoefend. Er wordt ingegaan op ziek- of gezond-zijn in relatie met de omgeving: wat is medisch, wat wordt medisch gemaakt



*Figuur 1. Twee invalshoeken bij het co-assistentschap buiten het ziekenhuis.*

(en door wie)? Andere aspecten zijn: registratie (uitgangspunten, methoden, classificatiesystemen, automatisering), de hantering van het therapeutisch arsenaal (van aspirine tot beleidsadvies), kostenbewustzijn, intercollegiale en interdisciplinaire samenwerking, en communicatie met betrekking tot medisch-juridische vragen. Tot slot komt het maken van een individuele 'leernota' aan de orde: aan welke vaardigheden wil de student in dit co-assistentschap (naast de algemene leerdoelen) nog eens specifiek aandacht besteden en hoe denkt hij dat te doen?

**Introductiebijeenkomst.** De introductiebijeenkomst dient als praktische voorbereiding op het co-assistentschap. Behalve de algemene aspecten komt specifiek de stage bij de huisarts aan de orde. De verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geneeskunde worden op de terugkomdagen aan het einde van de 6e en de 9e week geïntroduceerd. Op de introductiebijeenkomst worden de individuele leernota's besproken. Men leert het werkboek te hanteren en resterende vragen met betrekking tot inhoud en organisatie van het co-assistentschap worden beantwoord.



*Figuur 2. Organiseervorm van het geïntegreerd extramuraal co-assistentschap.*

**Werkboek.** Het werkboek is de spil van het co-assistentschap. Het bestaat uit een algemeen deel, waarin de onderwerpen worden behandeld die bij het ALCO-schap reeds zijn genoemd, en een specifiek gedeelte, waarin door gestructureerde patiëntencasus vanuit de situatie van de patiënt het gezondheidszorgsysteem wordt beschreven. Het algemene gedeelte kan cursorisch of door zelfstudie worden geassimileerd, het specifiek gedeelte dient als leidraad tijdens de praktische stage. In het laatste deel zijn voorts de werkopdrachten opgenomen, die mede de basis vormen voor de terugkomdagen.

**Terugkomdagen.** Het doel van de terugkomdagen is voortgangsbewaking, praktische verdieping van de in het ALCO-schap verworven vaardigheden, het signaleren en oplossen van praktische knelpunten en het uitwisselen van ervaringen. De terugkomdag begint met een voorbereidingsochtend op de onderwijsinstelling, waarin een opdracht wordt uitgewerkt. De opdrachten zijn zo gekozen dat daardoor inzicht ontstaat in de voortgang van de co-assistent. In het middagprogramma worden deze opdrachten in een groepsbespreking behandeld. Verder komen de bij het ALCO-schap genoemde onderwerpen terug, waarbij één specifiek thema per bijeenkomst aandacht krijgt. Dan komt de leernota aan de orde. Er vindt evaluatie van het verstreken tijdvak plaats. Het komend tijdvak wordt geïntroduceerd.

**Beoordeling en toetsing.** Formele eisen waaraan moet zijn voldaan om tot beoordeling te komen zijn dat het programma is gevolgd volgens de richtlijnen van het werkboek en dat aanwezigheid op de introductie- en terugkomdagen en op de stageplaats heeft plaatsgevonden conform de richtlijnen. Wanneer de student heeft voldaan aan deze formele eisen wordt de stage beschouwd als te zijn doorlopen. Dit is niet hetzelfde als 'met goed gevolg doorlopen'. Deze laatste conclusie moet worden gebaseerd op gegevens die zijn verkregen door de beoordeling. In de beoordeling wordt de ontwikkeling die de student gedurende de stage doormaakt zoveel mogelijk in kaart gebracht. Uitgangspunten voor de beoordeling zijn dat deze is gebaseerd op meer dan één meetinstrument, op meer dan één meetmoment en op de visie van meerdere personen. De stageverlener van de onderwijsinstelling is eindverantwoordelijk voor de beoordeling. Beoordeeld wordt het functioneren op het sta-



geadres en op de terugkomdagen. Er wordt een eindtoets afgenomen, waarin één of meer casus in de vorm van gestructureerde open vragen moeten worden uitgewerkt.

## CONCLUSIES

Een geïntegreerd co-assistentschap buiten het ziekenhuis is niet alleen voor de studenten een nieuwe ontwikkeling. Ook

docenten en de stageverleners hebben ermee te maken. Twee aspecten van deze ontwikkeling zijn van belang. In de eerste plaats is er het *integratieve aspect*. Wanneer de onderwijsopdrachten voor de student geïntegreerd zijn gestructureerd, zullen opleiders van de universitaire instituten tot een intensievere samenwerking komen. Verder is er de *bezinning op het vak*. Stages worden als oppervlakkig ervaren indien slechts de organisatievorm en enkele inhoudelijke aspecten van het werk worden gepresenteerd, maar vragen naar het 'waarom' niet aan de orde komen. In de hiervoor beschreven stagevorm wordt uitgegaan van dat 'waarom'. Gezondheidszorgvoorzieningen zijn slechts relevant voor zover dat de patiënt ook kan worden aangetoond. Uitgaande van de patiënt en op geleide van het werkboek worden stageverlener en stagiaire ertoe gebracht over de inhoud en relevantie van het stagegebied te discussiëren. Zo is onderwijs meer dan alleen het opleiden van studenten. □

## BIJLAGE

### Casus geïntegreerd extramuraal co-assistentschap

#### CASUSBESCHRIJVING

Een moeder komt met haar 3-jarig zoontje op het spreekuur van de huisarts. Zij is door de consultatiebureau-arts verwezen. Deze vermoedt een spieraandoening.

De huisarts verricht onderzoek.

De huisarts vermoedt een spierdystrofie en deelt dit aan de ouders mee.

Hij schrijft een verwijsbrief naar de neuroloog.

De neuroloog doet onderzoek en bevestigt de diagnose van de huisarts. Hij pleegt overleg over een behandelingsplan en over de prognose.

De huisarts verwijst naar de fysiotherapeut.

Op advies van de fysiotherapeut betreft de huisarts ook de revalidatiearts in de behandeling.

Op advies van de revalidatiearts wordt een rolstoel aangeschaft en verbouwingen in huis gepland; hiervoor wordt de GMD ingeschakeld.

Voor het gezin breekt een emotioneel en fysiek zware tijd aan. Na verloop van een jaar kan de vrouw haar werk buitenshuis niet meer aan. Zij komt in de Ziektewet.

Na enige weken roept ook de bedrijfsarts haar op het spreekuur op.

Gezien de zwaarte van de thuissituatie en de te verwachten langere duur van de problematiek wordt getracht de vrouw in een wat minder zware functie te plaatsen.

Met het verstrijken van de tijd wordt de toestand moeilijker houdbaar. De patiënt wordt meermalen voor kortere tijd op een revalidatieafdeling opgenomen. Dit geeft ook het gezin even verlichting.

Als de zoon 20 jaar is, wordt de toestand snel slechter. De prognose is infaust. De huisarts pleegt overleg met de verpleeghuisarts om te komen tot opname in het verpleeghuis.

Twee jaar later sterft de zoon in het verpleeghuis.

De gezinssituatie verandert nu ingrijpend. Veel problemen tussen de echtgenoten, die jaren latent waren, worden nu manifest. De huisarts adviseert tot gezinstherapeutische interventie. Hij verwijst naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

#### WERKOPDRACHT

Oriënteer u over de taak van de consultatiebureau-arts. Wat voor onderzoeksmethodiek staan hem ter beschikking om tot een dergelijke vermoedelijke diagnose te komen? Eindigt zijn taak hiermee? Is er een wezenlijk verschil tussen zijn taak en werkmethode en die van de huisarts? Zo ja, welke? Zo nee, waarom is hier sprake van een afzonderlijke discipline? Maak een afspraak met het consultatiebureau om u in de praktijk op de hoogte te stellen of bespreek uw vraagstelling met een collega co-assistent die op een consultatiebureau praktisch heeft gefunctioneerd.

Wat voor onderzoek? Vergelijk dit met de vorige werkopdracht.

Hoe voert u een 'slecht nieuws-gesprek'?

Maak aan de hand van het desbetreffende hoofdstuk in het werkboek een concept-verwijsbrief en bespreek deze met uw stageverlener.

Oriënteer u in uw klinische leerboeken over dit probleem. Stel zelf een behandelingsplan op, dat is toegespitst op de taak van de huisarts hierin.

Tot welk gedeelte van de taak van de fysiotherapeut rekent u deze behandelingen? Neem kennis van de activiteiten van een fysiotherapeut. Hoe werkt deze multidisciplinair samen?

Welke mogelijkheden heeft de revalidatiearts in het algemeen en hier in het bijzonder? Wat is zijn positie in het medisch netwerk?

Stel u op de hoogte van organisatie en werkwijze van de GMD. Indien u zelf geen co-assistentschap sociale geneeskunde/verzekeringsgeneeskunde heeft geplant, kan het dienstig zijn uw vragen met een collega te bespreken.

Wat is de Ziektewet?

Wat is een bedrijfsarts? Waarin verschilt zijn taak van die van de verzekeringsarts?

Hoe past deze situatieve interventie in het taakpakket van de bedrijfsarts? Oriënteer u op de multidisciplinaire actie die hiervoor nodig is. Wat zijn de financieel-economische consequenties?

Welke specifieke zorg kan het verpleeghuis bieden? Oriënteer u zich over het multidisciplinaire karakter ervan en breng dit in verband met de gezins- en maatschappelijke factoren die tot de indicatiestelling leiden. Tijdens de stage in het verpleeghuis kan hierop verder worden ingegaan.

Welke nazorgactiviteiten plant de huisarts? Bespreek uw concept met uw opleider.

Welke vraagstelling formuleert u? Wat wilt u met deze verwijzing? Wat verwacht u ervan? Hoe bespreekt u dit met uw patiënt? Welke afspraken maakt u met de therapeut over de evaluatie? Tracht een overzicht te verkrijgen van de aard en de organisatievorm van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in uw omgeving.

#### Literatuur

1. Een co-assistentschap buiten het ziekenhuis: uitgangspunten, leerdoelen en programmavoorsel. Rapport in opdracht van de commissie Post Doctoraal Onderwijs. Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, februari 1955.
2. Bouthuys PA. De ontwikkeling van het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Dissertatie, Maastricht, 1983.
3. Gulden JWJ van der, Voorn ThB. Het Nijmeegse co-assistentschap huisartsgeneeskunde nader bekeken. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 44-8.
4. Hoekstra GR, Schure LM. Naar een nieuw co-assistentschap huisartsgeneeskunde in Groningen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 184-7.
5. Gulden JWJ van der, Vernooy AIF. Een co-assistentschap in de sociale geneeskunde als vorm van praktisch klinisch onderwijs. Medisch Contact 1987; 405-7.

# Zes vakgroepen in één co-assistentschap extramurale gezondheidszorg in Groningen

*In het kader van de Wet op de twee-fasenstructuur werd enkele jaren geleden elke vakgroep binnen de Faculteit der Geneeskunde gedwongen haar eigen bijdrage aan het medisch onderwijs kritisch te beoordelen. Sommige vakgroepen moesten hun onderwijsdeel fors inkrimpen, andere mochten het uitbreiden. In Groningen kwam er in plaats van twee weken durende co-assistentschappen huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde een zes weken omvattend co-assistentschap extramurale gezondheidszorg. Tegenover de uitbreiding van twee weken stond de verplichting ook vier paraklinische vakken binnen dit coschap ruimte te bieden: klinische farmacologie, pathologische anatomie, medische microbiologie en antropogenetica.*

Het nieuwe co-assistentschap is strak gestructureerd. Geprobeerd wordt het onderwijs van de zes vakgroepen geïntegreerd aan te bieden. Stagedagen in de 'perifere kliniek' worden onderbroken door wekelijkse terugkomdagen op het huisartseninstituut. Tijdens het gehele coschap komen telkens dezelfde co-assistenten op de terugkomdagen bijeen. Gedurende deze dagen worden opdrachten die op het stageadres zijn uitgevoerd besproken, worden stage-ervaringen uitgewisseld en ontvangt men cursorisch onderwijs.

Alle bijdragen zijn gericht op de extramurale gezondheidszorg, met dien verstande dat het onderwijs dat de paraklinische vakgroepen verzorgen meer op de eerstelijnsgezondheidszorg is toegespitst dan op de sociale geneeskunde. Zo is het onderwijs in de klinische farmacologie erop gericht dat de co-assistent aan het einde van het coschap onder supervisie van de huisarts zelfstandig en correct medicijnen kan voorschrijven c.q. toedienen en dat hij of zij defensief gedrag, slechte therapietrouw en polyfarmacie herkent en weet hoe ze zijn te voorkomen; ook moet de co aan het eind van de rit een beleid ten aanzien van het farmacotherapeutisch handelen bij (essentiële) hypertensie kunnen uitstippelen. De vakgroep Antropogenetica geeft elke co-assistent een aantal (schriftelijke) opdrachten mee met betrekking tot genetische problematiek in de extramurale gezondheidszorg; hij of zij kan daaruit in overleg met de perifere arts-docent een keuze maken. Het onderdeel medische microbiologie is erop gericht de co-assistent inzicht te bieden in het morbiditeitspatroon van virale, bacteriële en parasitaire infecties in de huisartspraktijk, op de hoogte te brengen van de kweekmogelijkheden in de huisartspraktijk en in kennis te stellen van het vaccinatiebeleid c.q. het vaccinatieprogramma in die praktijk respectievelijk van de basisgezondheidsdienst. Als laatste bijdrage van de parakliniek is er het onderwijs dat ertoe strekt de co-assistent de mogelijkheden van het pathologisch-anatomisch onderzoek in de extramurale gezondheidszorg bij te brengen.

Dr. G. R. Hoekstra,  
Drs. F. van Heertum en  
Drs. K. H. Groenier

Na een korte inleiding worden aan het begin van het coschap de opdrachten uitgereikt. Aan het einde van de zesweekse periode worden deze opdrachten door de desbetreffende vakgroepdocenten besproken en in een theoretisch kader gezet. Voorwaarde bij dit alles is, dat de onderwijsdoelstellingen die de paraclinici hebben aangegeven kunnen worden bereikt door in de perifere praktijk met de opdrachten te werken. Centraal in het coschap staan echter de doelstellingen van de vakgroepen Sociale Geneeskunde/Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde. Er worden tien dagen doorgebracht in een sociaal-geneeskundige instelling. Het streven is de bedrijfsgeneeskunde, de verzekeringsgeneeskunde, de jeugdgezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg telkens alle vertegenwoordigd te laten zijn. Op de terugkomdagen houden de co's referaten over de stageverlenende instelling, zodat ieder van hen zoveel mogelijk geïnformeerd raakt over alle takken van de sociale geneeskunde. Het programma van deze stage is door de veelheid van takken en instellingen moeilijk uniform te maken; wel is met iedere stageverlener het werkgroepsrapport 'Naar een landelijke uniforme benadering van het co-assistentschap sociale geneeskunde' besproken<sup>1</sup>.

Voorafgaande aan het definitieve coschap extramurale gezondheidszorg heeft de vakgroep Huisartsgeneeskunde anderhalf jaar lang geëxperimenteerd met een vier weken durend coschap huisartsgeneeskunde<sup>2</sup>. In het nieuwe co-assistentschap worden twaalf stagedagen doorgebracht in de huisartspraktijk. Op de terugkomdagen worden onder meer patiëntcontacten besproken; deze zijn vastgelegd op zogeheten ICN-formulieren (informatie vooraf, consult, nabeschatting). Het cursorisch onderwijs behandelt de plaats en functie van de huisarts in de gezondheidszorg, de morbiditeit in de huisartspraktijk, methodisch werken, de samenwerking binnen de eerste lijn en die met de tweede lijn. Voor deze stage wordt wél gestreefd naar uniformiteit. Met het oog daarop wordt samengewerkt met een ploeg vaste, door de vakgroep getrainde huisartsen ('huisartsdocenten').

Getracht wordt voorts gestalte te geven aan de integratie van sociale geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Zo wordt bij het begin van het sociaal-geneeskundig coschap aan de co-assistent gevraagd een casus te registreren waarbij een besmettelijke ziekte wordt vastgesteld, idem voor een casus van een werknemer bij wie ziekte als gevolg van de werksituatie dreigt of bestaat, alsmede een casus betreffen-

de invaliditeit en de casus van een kind waar de jeugdarts een stoornis in één der zintuigen of een afwijking in het houdings- en bewegingsapparaat bij constateert; per geval moeten de verantwoordelijkheden van de betrokken sociaal-geneeskundige (DGD/GGD-arts, bedrijfsarts, verzekeringsdeskundige, jeugdarts) en van de huisarts worden beschreven. Bij de aanvang van het huisartsgeneeskundig gedeelte, in de derde week van het coschap, wordt de co-assistent geconfronteerd met de opdracht 'WAO-patiënt': Vraag de huisarts of hij patiënten kent die in de WAO, de Ziekte-wet of de AAW lopen. Zoek een patiënt uit die tot een illustratieve casus is te bewerken. Lees de medische administratie van de huisarts met betrekking tot deze patiënt door: welke kwalen heeft de patiënt gehad, onder welke diagnose is hij of zij ziek of afgekeurd, hoe is het verloop van de ziekte of aandoening geweest in medische en in arbeidsgeneeskundige zin, welke relevante nevenproblematiek is er (somaatich, psychisch, sociaal)? Probeer daarna een afspraak met de patiënt te maken en vraag hem of haar hoe het verloop is geweest, met welke instanties hij of zij contact heeft (gehad); vraag wat de huisarts, de specialist, de bedrijfsarts en de verzekeringsgeneeskundige ervan hebben gezegd. Ook deze opdrachten worden plenair tijdens de terugkomdagen besproken.

## WAARDERING

De eerste evaluatiegegevens van het coschap extramurale gezondheidszorg te Groningen laten zien dat dit coschap wordt gewaardeerd door stageverleners, co-assistenten en stafleden. De leerdoelen blijken in verreweg de meeste gevallen te worden gehaald. Ook de integratie van de zes deelnemende vakgroepen is in voldoende mate tot stand gekomen. De stafleden ervaren het nieuwe coschap als een arbeidsintensief, maar waardevol samenwerkingsverband. Bovendien blijkt het contact met een vaste groep gemotiveerde stageverleners veel voldoening te geven.

Voor de ongeveer 130 per jaar op te leiden co-assistenten wordt gestreefd naar een samenwerkingsverband met ongeveer 60 huisartspraktijken, waar steeds jaarlijks minimaal 3 co-assistenten kunnen worden geplaatst.

Naar de mening van alle betrokkenen vereist de brede opzet wel een langere duur van het co-assistentschap dan de zes weken die daar nu voor beschikbaar zijn. □

## Literatuur

1. Gulden JWJ van der. Naar een landelijk uniforme benadering van het co-assistentschap sociale geneeskunde. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 14: 450-4.

2. Hoekstra GR, Schure LM. Naar een nieuw co-assistentschap huisartsgeneeskunde in Groningen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 184-7.

# Erfelijkheidsvoorlichting: Een misverstand met ethische implicaties

*Nous sommes priés de porter  
jusqu'à notre dernier jour  
l'habit de deuil  
que la société nous tisse*

Paul Marcoux

Maakt het zoveel uit of over erfelijkheidsvoorlichting en klinische genetica in curatieve dan wel in preventieve categorieën wordt gedacht? Een confrontatie van de implicaties van de concrete praktijk van de hulpverlening, die preventie van aangeboren/erfelijke afwijkingen en het voorkomen van leed zegt na te streven, met de hoofdelementen uit de vorige bijdrage, kan hierover duidelijkheid verschaffen.

## PRAKTIJK HULPVERLENING

'Voorkomen van leed' klinkt mooi, maar over wiens leed gaat het uiteindelijk, dat van de ouders of dat van het kind? De reactie van hulpverlenerszijde is vrij unaniem: het is geen kwestie van óf-óf maar van én-én: men wil het een kind niet aandoen te moeten leven met zware lichamelijke en/of geestelijke handicaps en tegelijkertijd wordt ook de oorzaak van het ouderlijk lijden weggenomen. Dat is een wat al te eenvoudig antwoord. In de praktijk vallen de belangen van beide partijen lang niet altijd samen en dan moet er dus wel een keuze worden gemaakt. Voor welke partij kiest de hulpverlening dan?

Uit de reacties op een van de casussen, die in het kader van een onderzoek naar ethische principes in de medische besluitvorming aan 295 Amerikaanse klinisch genetici werd voorgelegd, bleek dat 78% instemt met prenatale diagnostiek zonder enige genetische indicatie wanneer een vrouw, nadat haar de uitslag van het erfelijkheidsonderzoek is meegedeeld, toch bang blijft dat zij een afwijkend kind zal baren en dus blijft vasthouden aan haar verzoek om prenatale diagnostiek. Ofschoon deze ingreep niet helemaal zonder gevaar is voor de foetus, geeft een grote meerderheid van de ondervraagden voorrang aan het opheffen van het angstlijden van de moeder. Aan deze groep werd vervolgens gevraagd hun beslissing om tot prenatale diagnostiek over te gaan, toe te lichten.

## Dr. Marc Christiaens

*In een derde en laatste bijdrage over erfelijkheidsvoorlichting en ethiek, gaat Dr. Marc Christiaens in op de ethische implicaties van het denken over erfelijkheidsvoorlichting en klinische genetica in curatieve dan wel in preventieve categorieën.*

Slechts 32% van hen bleek 'angst van de vrouw wegnemen' als motief op te geven; 52% zegt zo te handelen uit respect voor de autonomie van de patiënt<sup>1</sup>.

Of Nederlandse erfelijkheidsdeskundigen en genetici ook zo zouden reageren is niet met zekerheid te zeggen, maar het is niet onaannemelijk dat hun attitude vergelijkbaar is met die van hun Amerikaanse collega's. Uit datzelfde onderzoek bleek immers dat de benadering in de Verenigde Staten op dit punt niet wezenlijk verschilt van die in 19 andere landen (Nederland was bij dit onderzoek niet betrokken, wel enkele van onze buurlanden). Waarom zou men hier te lande afwijken van die algemene trend? Dat dit wellicht niet zo is, illustreert het slot van het NTvG-artikel, dat in de eerste bijdrage uitvoerig werd besproken: 'Bovendien bieden prenatale diagnostiek en selectieve abortus perspectief voor veel echtparen met een verhoogd genetisch risico, die anders geen zwangerschap zouden aandurven'<sup>2</sup>.

Niet alleen de cijfers uit het onderzoek zijn interessant. Duidelijk wordt ook dat genetici aan het leed van de ouders, dat zij willen voorkomen, soms een heel verschillende inhoud geven. Uiteraard is dat niet zonder consequenties voor hun houding ten opzichte van het kind.

Wie instemt met prenatale diagnostiek zonder genetische indicatie om een vrouw van haar irreële angsten te bevrijden, neemt het (beperkte) risico voor het kind op de koop toe. Dat is wellicht een ethisch verdedigbare beslissing als dat de uitkomst is van een serieuze waardenafweging. Of dat altijd het geval is valt te betwijfelen: heel wat genetici blijken informatie die noodzakelijk is voor een goede afweging, bewust achter te houden: in het onderzoek vond slechts 14%

van de instemmers het nodig het risico van prenatale diagnostiek voor het kind aan de vrouw mee te delen.

Een opmerkelijk hoog aantal klinisch genetici is bereid mee te werken aan selectieve abortus 'uit respect voor de autonomie van de patiënt'. Zij leggen dus het voorstellen van en het beslissen over de te volgen therapie ter behandeling van irreële angsten in handen van de patiënte zelf. Dit roept vragen op inzake bekwaamheid en bevoegdheid. Verder impliceert een dergelijke attitude een principiële desinteresse van de arts voor de positie van het kind. Het gevolg is dat, wanneer ouders 'voorkomen van leed' uithollen tot 'eliminieren van wat niet aan hun wensen beantwoordt' dit kan resulteren in een abortus van een kind dat, ofschoon het niet lijdt aan een ernstige genetische handicap, toch niet voldoet aan de wensen van de ouders.

In het NTvG-artikel zijn het niet de ouders, maar is het de hulpverlening zelf die 'voorkomen van leed' ombuigt tot een medische welzijnsservice aan ouders met een verhoogde kans op nageslacht met een genetische aandoening: dankzij de 'selectieve abortusverzekering' garandeert de hulpverlening hun een kind *zonder* verhoogde kans op die aandoening. Voor de 'ethische prijs' die hiervoor moet worden betaald, zijnde de waarde en het leed van het eventueel te aborteren kind, heeft deze service-geeneeskunde geen oog.

## ETHISCHE IMPLICATIES

In mijn vorige artikel heb ik geprobeerd aan te tonen dat bij erfelijkheidsvoorlichting het kind centraal behoort te staan. Het voorkomen van ouderlijk leed is op te vatten als een vorm van 'indirecte preventie', een neveneffect van de eerste twee beslissingsalternatieven waartoe ouders kunnen besluiten na terdege te zijn voorgelicht. De structuur van de hulpgever-hulpvragerrelatie is tot op grote hoogte vergelijkbaar met die uit de curatieve kindergeneeskunde. Zolang de primaire therapeutische doelstelling, namelijk genezen, nog niet haalbaar is, moeten ouders een keuze maken uit de drie beschikbare beslissingsalternatieven: afzien van biologisch-eigen kinderen; selectieve voortplanting of toch

voor eigen kinderen opteren ongeacht het genetisch risico, met soms de mogelijkheid van fenotypische correctie.

De praktijk van de hulpverlening beschouwt zichzelf als een vorm van preventieve geneeskunde. Het problematische van deze visie komt het scherpst naar voren bij het tweede beslissingsalternatief: selectieve voortplanting. Ofschoon wordt gezegd dat men op deze wijze leed van de ouders én van het kind wil voorkomen, bleek uit situaties waarin de belangen van beide partijen niet gelijklopend zijn, dat het voorkomen van leed van de ouders doorgaans het primaire oogmerk is. Niet het kind maar de ouders worden in de gangbare hulpverleningspraktijk als 'patiënt' aangemerkt. In de lijn van de ideologie van de individuele zelfontplooiing, die in onze samenleving stevig wortel heeft geschoten<sup>3</sup>, kunnen adviesvragers de neiging hebben het begrip 'eigen leed' te verruimen tot 'onvervulde persoonlijke verlangens'. De geneeskunde, een trendgevoelig cultuurfenomeen, kan op haar beurt op deze ideologie inhaken enerzijds door beslissingsbevoegdheid voor het medisch handelen eenzijdig naar de 'autonomie van patiënt' toe te schuiven<sup>4</sup>, anderzijds door zich aan de patiënten te presenteren als een service-instantie die een onvervuld gebleven verlangen naar een gezond kind alsnog kan helpen realiseren. In die optiek is het kind louter een object van wens: het mag er zijn, niet om wat het is, maar omdat het beantwoordt aan hoe zijn ouders willen dat het is.

Het gevaar is dus reëel dat in het preventieve denken het begrip 'voorkomen van leed' op de helling wordt gezet. Selectieve voortplanting dreigt dan te verworden tot instrument van discriminatie: een kind dat niet beantwoordt aan de gezondheidsverwachtingen van de ouders wordt de toegang tot de mensengemeenschap ontzegd. Bij eenzijdige nadruk op het principe 'respect voor de autonomie van de patiënt' is sekse-selectie de logische volgende stap. In Nederland zijn de meeste genetici daar (nog) niet aan toe; in de Verenigde Staten daarentegen brokkelt de weerstand snel af: 34% heeft daar geen bezwaar tegen, ook als er geen sprake is van een X-gebonden anomalie en 28% zal de ouders verwijzen naar een collega die daartoe wel bereid is<sup>1</sup>.

Eliminatie van kinderen die niet aan de (gezondheids)wensen van de ouders beantwoorden kan slechts via abortus. Dit betekent niet dat alleen foetussen slachtoffer kunnen worden van discriminatie op grond van gezondheidskwaliteit. 'Bij

prenatale diagnostiek . . . bestaat het gevaar dat de gehandicapten die toch nog worden geboren, door de samenleving gezien gaan worden als gevallen van mislukte preventie. De solidariteitsgedachte voor dit soort gevallen (. . .) kan daardoor wellicht onder druk komen te staan<sup>5</sup>'. Wat de overheid als een gevaar signaleert is voor vele ouders bittere realiteit: in de blik van anderen lezen zij voortdurend het verwijt dat zij niet alleen hun eigen leven verknoeien maar ook de samenleving opzadelen met een onrendabele last. Paul Marcoux, vader van een nu volwassen Softenon-zoon, verwoordt dit treffend in zijn boek 'Dans le regard des autres' (hieruit komt het motto boven dit artikel)<sup>6</sup>.

## OVERHEID

Enerzijds erkent de overheid dat er meer discriminatie van gehandicapten dreigt, anderzijds neemt zij zich voor om van datgene wat meer discriminatie in de hand werkt een speerpunt te maken van haar toekomstig gezondheidsbeleid, want 'van prenatale diagnostiek en afbreking van de zwangerschap worden grootse dingen verwacht<sup>5</sup>'. Welke 'grootse dingen' heeft de overheid op het oog? En zijn die zo waardevol dat zij opwegen tegen het feit dat 'de solidariteitsgedachte (. . .) daardoor wellicht onder druk kan komen te staan'?

### Bevordering volksgezondheid

'Preventie van aangeboren/erfelijke aandoeningen/ziekten door intensivering van erfelijkheidsadvisering en prenatale diagnostiek' moet een van de instrumenten worden ter realisering van 'de hoofd-doelstelling van het gehandicaptenbeleid (die) kan worden ontleend aan één van de door de WHO voor de Europese regio geformuleerde beleidsdoelstellingen, die als volgt luidt: Omstreeks het jaar 2000 dient het gemiddeld aantal jaren dat mensen vrij zijn van ernstige ziekten en invaliditeit met tenminste 10% te zijn toegenomen<sup>5</sup>'. Bij de manier waarop de overheid zinnens is invulling te geven aan deze WHO-doelstelling past wel een kanttekening.

Prenatale diagnostiek en – niet te vergeten – daaraan gekoppeld selectieve abortus leidt er niet toe dat mensen gedurende meer jaren vrij zijn van ernstige ziekten en invaliditeit. Wat een vorm van preventie van ziekten en handicaps wordt genoemd, is in feite een vorm van preventie van zieken en gehandicapten. De

WHO-doelstellingen stelt de mens centraal: meer mensen langer minder ziek of invalide, wat op het niveau van de bevolking resulteert in gemiddeld meer jaren vrij van ziekte en invaliditeit. De Nota 2000 maakt de mens echter ondergeschikt aan de cijfers: een gunstig ogend gemiddelde moet worden bereikt door bijtijds (dat wil zeggen voor ze in de telling worden opgenomen) zoveel mogelijk zieken en gehandicapten te elimineren. Met andere woorden, de overheid lijkt de oorspronkelijke WHO-doelstelling om te buigen tot: omstreeks het jaar 2000 dient het gemiddeld aantal mensen dat vrij is van ernstige ziekten en invaliditeit met tenminste 10% te zijn toegenomen<sup>7</sup>.

### Het economisch rendement

Volgens de Nota 2000 moet versterking van preventie een van de hoofdlijnen zijn van het nieuwe gezondheidsbeleid. Dat geldt vooral voor het gehandicaptenbeleid: 'Op dit gebied moet aan een preventiebeleid wel een relatief hoge prioriteit worden toegekend, gezien de vele maatschappelijke en sociale problemen en de hoge kosten van levenslange, soms zeer intensieve verzorging<sup>5</sup>'.

In het televisieprogramma 'Beter dan God' (1987) verstrekten Prof. Galjaard enkele cijfers over het economisch effect van de huidige 'preventie' in deze sector<sup>8</sup>. Jaarlijks is er bijna 25 miljoen gulden nodig om de centra voor erfelijkheidsonderzoek te laten functioneren. Per jaar wordt hier door prenatale diagnostiek en abortus de geboorte van ongeveer 500 gehandicapte kinderen voorkomen. Indien zo'n kind wel was geboren en 10 à 20 jaar had geleefd, had dit de gemeenschap 1 tot 2 miljoen gulden gekost. Die investering van 25 miljoen resulteert dus in een uitgavenbesparing van 500 miljoen tot 1 miljard. Een aardig rendement.

Deze preventie van hoge kosten wil de overheid verder uitbouwen in twee richtingen:

- Sterke promotie van erfelijkheidsvoorlichting en prenatale diagnostiek en daling van de leeftijd voor een medisch geïndiceerde vruchtwaterpunctie kan ertoe leiden dat van de momenteel beschikbare voorzieningen meer gebruik wordt gemaakt;

- De technische mogelijkheden van prenatale diagnostiek zullen snel toenemen: 'Het is niet ondenkbaar dat rond het jaar 2000 het onderzoek zover voortgeschreden is, dat de meeste erfelijke afwijkin-

gen vóór de geboorte opgespoord kunnen worden<sup>5</sup> (pag. 188).

Deze zaken, samen met een dalend geboortecijfer, 'maken een geringere behoefte aan intramurale capaciteit voor jongeren waarschijnlijk'.

## ETHIEK ALS DWARSLIGGER

Preventie van aangeboren afwijkingen en het voorkomen van leed zijn zeer eigen-tijdse doelstellingen: zij blijken zich immers uitstekend te verstaan met de noodzaak van bezuinigingen in een tijd waarin zelfontplooiing hoog scoort in de hiërarchie van waarden. De overheid, de klinische genetici en hun cliënten kunnen hierin goed gedijen. Maar het zijn wel de sterkeren die aan hun trekken komen, desnoods ten koste van de zwakkeren: de foetus met een aangeboren afwijking mag er niet zijn, de gehandicapte en zijn ouders worden met de nek aangekeken. Een ethiek, die stem wil geven aan wie geen stem in het debat wordt gegund, strooit zand in de geoliede machine. Nota 2000 verbloemt niet dat de ethiek hinderlijk dwarsligt: 'Lang niet alle zwangere vrouwen zijn (althans op dit moment) bereid aan prenatale diagnostiek mee te werken', en vervolgens noemt dit overheidsdocument als eerste reden van non-coöperatie: 'ethische bezwaren tegen abortus'<sup>5</sup>.

## BESLUIT

1. Het bovenstaande mag niet worden opgevat als een betoog tegen erfelijkheidsvoorlichting. Wél heb ik trachten aan te tonen dat het denken over deze vorm van medische hulpverlening in termen van preventie een tweevoudige tendens vertoont:

a. De neiging om hulp eenzijdig toe te splitsen op het leed, c.q. de wensen van de ouders, waarbij aan de principiële be-

schermwaardigheid van wordend menselijk leven onvoldoende, c.q. helemaal geen, recht wordt gedaan. Daarmee is niet gezegd dat een beslissing een kind niet geboren te laten worden als prenatale diagnostiek een afwijking heeft aangetoond, altijd immoreel is. Er kunnen situaties zijn, waarin, na een gewetensvolle afweging, die principiële beschermwaardigheid moet wijken voor andere in het geding zijnde waarden.

b. De neiging om, al dan niet op oneigenlijke gronden, prenatale diagnostiek, zo nodig gevolgd door selectieve abortus, te propageren en zo de keuzevrijheid van de ouders te manipuleren. Ouders moeten, na volledig en zo neutraal mogelijk te zijn voorgelicht over hun verhoogde kans op nageslacht met een genetische afwijking en de eventuele implicaties daarvan, worden vrijgelaten (en zo nodig begeleid) in het maken van een voor hen zelf ethisch verantwoorde keuze uit de drie beschikbare beslissingsalternatieven.

2. Over erfelijkheidsvoorlichting is mijns inziens eerder te denken volgens het model van de curatieve geneeskunde. Ook in dit denkmodel ligt een aantal ethische implicaties besloten:

a. In het algemeen gaat de preventie-optie vooraf aan de curatieve optie: voorkomen is beter dan moeten genezen. Bij erfelijkheidsvoorlichting geldt: voorkomen is beter dan niet genezen. Hier blijft de curatieve optie prioritair; voorkomen is hier een uit nood geboren optie: de therapeutische doelstellingen van de curatieve geneeskunde zijn immers (nog) niet realiseerbaar.

b. Research moet zich op deze therapeutische doelstellingen blijven concentreren en mag zich niet uitsluitend bezighouden met verruiming van diagnostische mogelijkheden.

c. Op curatie georiënteerde aandacht houdt het kind – degene op wie curatie

gericht zou moeten zijn – binnen het blikveld, en daarmee ook zijn principiële beschermwaardigheid. Hieruit volgt:

– Als prenatale diagnostiek een genetische anomalie aangetoond heeft kan pas tot abortus worden besloten nadat is gebleken dat andere met het leven van het kind onverenigbare waarden belangrijker zijn zodat daaraan voorrang moet worden gegeven.

– Service-geneeskunde, die de wensen van ouders wil helpen vervullen desnoods ten koste van een genetisch afwijkende foetus, is onethische geneeskunde.

– Overheidsbeleid, dat preventie van gehandicapten wil stimuleren, is een onethisch beleid. □

## Literatuur

1. Wertz DC, Fletcher JC. Ethics and medical genetics in the United States: A national survey. *American Journal of Medical Genetics* 1988; 29: 815-27.
2. Galjaard H, Sachs ES, Kleijer WJ, Jahoda MGJ. Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2252-62.
3. Christiaens M. Grenzen aan de zelfontplooiing. *Intermedi-air* 1986; 48: 75-81.
4. Christiaens M, Nijs P, Rolies J. Kunstmatige voortplanting. Over het rapport van de Gezondheidsraad. *Medisch Contact* 1987; 42: 1059-64.
5. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
6. Marcoux P. Dans le regard des autres. Paris: Le Centurion, 1975.
7. Pijnenburg M. Nota 2000: Preventie van gehandicapten? *Zwalm (Medisch Faculteitsblad KUN)* 1987; 7: 1-2.
8. Beter dan God. Deel 1: Een koude rekensom. VPRO-televisieprogramma, 1 maart 1987.

## RECHTZETTING

In de eerste aflevering van dit drieluik over erfelijkheidsvoorlichting en ethiek, getiteld 'Medische voorlichting en (mis)vorming', afgedrukt in MC nr. 27/28 van 15 juli jl, is op bladzijde 847 (eerste kolom onderaan) een fout geslopen. Daar waar staat: 'Deze *rechte* omis-sie . . .' is het tegengestelde bedoeld: 'Deze *onterechte* omis-sie . . .' *Red. MC*

# De Consultancy Group Maternal Health and Family Planning

## Nederlandse gynaecologen willen moedersterfte in ontwikkelingslanden helpen verlagen

*Een aantal gynaecologen, destijds werkzaam in ontwikkelingslanden en ook nu nog betrokken bij de moeder- en kindzorg in de derde wereld, heeft zich aaneengesloten tot een Consultancy Group voor Maternal Health and Family Planning. Aanzet hiertoe vormde de 'Call to Action' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om over de hele wereld activiteiten te ontplooiën ter verlaging van de moedersterfte in de ontwikkelingslanden.*

Gedurende de United Nations Decade for Women (1976-1985) stond de problematiek van de gezondheid, wonen en werken van speciaal vrouwen in ontwikkelingslanden centraal. In 1987 kwam hier als logisch gevolg de International Safe Motherhood Conference in Nairobi uit voort; er was immers een veelheid aan gegevens bekend geworden over de onevenredige belasting van vrouwen in de arbeidssituatie, alsmede over de ongewenste gevolgen van

hoge fertiliteit – jaarlijks sterven 500.000 vrouwen aan de gevolgen van abortus, zwangerschap en bevalling, van wie 99% in de derde wereld. De conferentie leidde tot een nieuwe WHO-activiteit onder de naam 'Safe Motherhood Initiative'. de zogenaamde 'Call to Action', waarin beleidsaanzetten op basaal niveau zijn vervat, richt zich ook tot de Nederlandse bij moederzorg betrokken beroeps-groepen.

De groep van de WHO was aanleiding om de tot dan versnipperde inzet van Nederlandse gynaecologen, veelal oud-tropenartsen, te bundelen. In het najaar van 1987 kwam een tiental hunner bijeen om vraag en aanbod op het terrein van Maternal Health (MH) en Family Planning (FP) met betrekking tot ontwikkelingslanden te inventariseren. Vrijwel allen bleken zich al in te zetten voor deelgebieden als:

- onderwijs (Nationale Tropencursus voor Artsen, Tropencursus voor Verpleegkundigen en Paramedici);
- advies betreffende 'family planning'-programma's in de derde wereld;
- evaluatie van WHO-activiteiten.

Vanwege de versnipperde inzet op het gebied van advisering, onderwijs en onderzoek van moederszorg in ontwikkelingslanden, werd tot een samenbundeling van krachten besloten. Een andere drijfveer was de behoefte van elkaars specifieke deskundigheid te leren en van elkaars netwerk in de lang niet altijd even toegankelijke wereld van de ontwikkelingssamenwerking gebruik te kunnen maken. Door middel van coördinatie van specifieke deskundigheid en registratie van beschikbare tijd werd een beter beeld verkregen van de groep, die zich geleidelijk aan profileerde tot de Consultancy Group for Maternal Health and Family Planning.

## DOELSTELLING

Men kan de maternale mortaliteit en morbiditeit in ontwikkelingslanden op twee wijzen benaderen. In de eerste plaats is er op macro-

niveau een zeer zorgelijke sociaal-economische positie van de bevolking in het algemeen, waardoor in het bijzonder de gezondheid van vrouwen in de fertile leeftijd wordt bedreigd. In de tweede plaats is er op micro-niveau sprake van een continue bedreiging van (op zichzelf met geringe kosten medieerbare) gezondheidsstoornissen, zoals bloedarmoede, infecties en malaria, die in een gebrekkig functionerende gezondheidszorg echter even zoveel stappen kunnen vormen op het pad dat leidt tot moedersterfte.

Op korte termijn stelt de groep zich dan ook ten doel in te gaan op de oproep van WHO's 'Safe Motherhood Initiative'. Nagegaan zal worden op welke wijze een bijdrage kan worden geleverd aan dit wereldwijde programma. Omdat verwacht mag worden dat in het komend decennium het Nederlandse ontwikkelingssamenwerkingsbeleid ten aanzien van de bevolkingsproblematiek zal worden geïntensiveerd, is een van de doelstellingen het begeleiden en participeren in het onderwijs betreffende dit aspect van de menselijke voortplanting. Ook acht de groep zich in staat om gebundelde mankracht aan te bieden aan gezondheidsorganisaties als WHO, UNFDP en UNICEF, en aan particuliere instellingen voor het verrichten van korter of langer durende veldwerkzaamheden.

## UITVOERING

De Consultancy Group is officieel ingeschreven bij het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking en bij de WHO. Er bestaan contacten met andere internationale instellingen

en met de Nederlandse medefinancieringsorganisaties. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie zijn de deelnemers aan de groep werkzaam als de 'Commissie Maternal Health and Family Planning' en treedt de groep op als rapporteur. Tevens bestaan er banden met de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde. De Consultancy Group meent, dat de uitwerking van voornoemd beleid vanuit gynaecologisch Nederland een bijdrage zal vormen aan het 'Safe Motherhood'-initiatief. Om de slagvaardigheid te behouden streeft de groep niet naar een zo groot mogelijk ledental. Commentaren en suggesties naar aanleiding van bovenstaande worden evenwel zeer op prijs gesteld.

□

Bestuur Commissie

Maternal Health and Family Planning:

Dr. C. D. van der Does, voorzitter;  
Dr. J. J. M. van Roosmalen, secretaris;  
Dr. P. W. J. van Dongen, lid;  
Dr. P. H. van Kessel, lid.

Julian Tudor Hart, Barbara Stilwell en J. A. Muir Gray. *Prevention of coronary heart disease and stroke. A workbook for primary care teams.* Faber and Faber, London/Boston 1988. 244 blz. Prijs: £ 5,95 netto (in Engeland).

Het is met preventie van ziekten in ons land zo langzamerhand paradoxaal gesteld: de bevolking lijkt te beseffen dat preventie nuttig is, maar de dokters willen nog niet erg. Ze bedenken voortdurend nieuwe argumenten om er niet aan te beginnen: veel gepraat, maar weinig daad. Voor de dokters voorshands zeker een goedkope methode.

Inderdaad is het toepassen van preventieve geneeskunde een inspannende aangelegenheid. Niemand weet dit beter dan de befaamde huisarts Julian Tudor Hart uit Wales, die al een kwart eeuw ervaring heeft met preventie. Hij deelt zijn rijke ervaring met de lezer en hij heeft hierbij de medewerking van Barbara Stilwell, die als 'nurse practitioner' een superverpleegkundige is. Hun praktische boek gaat niet alleen in op vrijwel alle denkbare vragen, maar geeft ook duidelijk aan hoe de preventieve zorg te verwezenlijken is op het meest basale niveau.



De term 'werkboek' is zeker goed gevonden. Gewapend met dit boek kunnen we goed aan de slag.

R. F. Westerman

\*\*

H. W. ter Haar. *Dementie, een vergeten aandoening.* Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1987. 70 blz. ISBN 90 313 0861 7. Prijs: f 17,50.

Over weinig ziektebeelden zijn de laatste jaren zoveel informatieve boekjes verschenen als over dementie. Toch heeft de uitgeverij Bohn c.s. het wenselijk geacht in de serie 'Mondig ziek zijn' ook een uitgave over dementie op te nemen. De reeks is bedoeld voor patiënten en hun naaste omgeving. Het bovengenoemde boekje is vooral voor de laatste categorie.

Na enkele inleidende paragrafen over ouderdom, worden verschillende vormen van dementie besproken. Bijzondere aandacht krijgt de ziekte van Alzheimer. Voor de doelgroep zijn vooral de hoofdstukken 'De zorg thuis' en 'De rol van de partner thuis' van belang. Ze bevatten veel praktische wenken.

Over opname in het verpleeghuis worden nuttige opmerkingen gemaakt, zoals: 'We mogen er niet van uitgaan dat het verpleeghuis dezelfde aandacht en tijd kan besteden aan de individuele bewoner als thuis gegeven kan worden'. Het hoofdstuk 'De beleavingswereld van de demente patiënt' komt er wat magertjes af.

Het boek besluit met mogelijkheden van behandeling, erfelijkheid en juridische problemen. Daarna volgt nog informatie over de Alzheimerstichting.

In het algemeen is het boek in begrijpelijke taal geschreven. Over het taalgebruik zijn wel wat kritische opmerkingen te maken en of je dementie een 'ziekte in de neurotransmitters' kunt noemen (pag. 16) is discutabel.

Voor wie al andere boekjes over dementie heeft gelezen biedt dit boek weinig nieuws meer, maar als eerste informatie kan het zeker zijn nut hebben.

A. Hoogerwerf



## KNMG

## Jaarverslag 1987

## 1. Inleiding

De gezondheidszorgwereld werd in 1987 voor een belangrijk gedeelte beheerst door de activiteiten van de commissie structuur en financiering gezondheidszorg, korthedshalve commissie Dekker. Het rapport van de commissie getiteld 'Bereidheid tot verandering' maakte vele tongen los en zette organisaties binnen, en zelfs buiten, de gezondheidszorgwereld aan tot het leveren van commentaar, zowel op de zeer korte als de wat langere termijn. Hoorzittingen door minister-president en Tweede Kamer alsmede een eerste schriftelijke reactie van de regering zorgden ervoor dat het rapport-Dekker de aandacht bleef houden.

Zoals meer gebeurt met wijzigingsvoorstellen van min of meer ingrijpende aard volgt op een eerste – in dit geval overwegend positieve – reactie de bezinning met daarop aansluitend de kritiek. De commissie Dekker heeft zich dit ook gerealiseerd, reden waarom haar voorzitter bij de presentatie van het rapport – en ook nadien – niet heeft nagelaten telkenmale te benadrukken dat de voorstellen van de commissie een totaalpakket vormen, een geïntegreerd geheel, waaruit niet bepaalde onderdelen kunnen worden gelicht zonder het geheel geweld aan te doen. Desalniettemin ziet het er niet naar uit dat de voorstellen van de commissie ongeschonden de eindstreep zullen halen.

Voor de KNMG is 1987 voorts een bijzonder jaar geweest, omdat de commissie die tot taak had met reorganisatievoorstellen te komen haar rapport uitbracht. En ook in dit geval waren het voorstellen van ingrijpende aard. Zozeer dat zelfs stemmen werden vernomen die zeiden dat acceptatie van de commissievoorstellen het einde van de KNMG zouden betekenen. Of de soep zo heet zal worden gegeten ligt in de schoot der toekomst verborgen. Dát de voorstellen ingrijpend waren bleek al uit het feit dat acceptatie ervan betekende dat de Algemene Vergadering zou verdwijnen, dat de samenstelling van het hoofdbestuur grondig zou worden gewijzigd en dat het rechtstreekse individuele lidmaatschap van de KNMG zou worden afgeschaft. Al bij de eerste besprekingen van het rapport in de afdelingen en tijdens de bijeenkomst van het dagelijks bestuur met afgevaardigden en vertegenwoordigers van afdelingsbesturen bleken er nogal wat bezwaren tegen de commissievoorstellen te bestaan. Reden voor het hoofdbestuur geen besluitvorming aan de Algemene Vergadering te vragen. In plaats daarvan werd aan de afgevaardigden gevraagd het rapport eerst ter discussie te stellen binnen de Algemene Vergadering, teneinde het hoofdbestuur de gelegenheid te bieden op basis van die discussie de besluitvorming in de volgende Algemene Vergadering voor te bereiden. Het hoofdbestuur achtte het niet raadzaam dat het rapport zou worden afgewezen, waardoor de moeizame voortgang op de weg naar een gewijzigde organisatiestructuur zou worden gefrustreerd, wellicht zelfs voor langere tijd. Immers, dát een reorganisatie vereist is vormt geen punt van discussie, wel de wijze waarop, de weg waarlangs en de tijd waarbinnen een reorganisatie dient te worden gerealiseerd.

Het jaar 1987 mag ook als een bijzonder jaar worden aangemerkt omdat voor het eerst na vele jaren het hoofdbestuur, daarin gesteund door de Algemene Vergadering, bereid bleek een duidelijke uitspraak over de schadelijke effecten van het roken te doen. Besloten werd namelijk een gedragsregel vast te stellen op grond waarvan artsen het zwaarwegend advies wordt gegeven niet te roken in het bijzijn van patiënten. Daarenboven besloot het hoofdbestuur tijdens zijn vergaderingen niet meer te roken, hetgeen met recht een belangrijk besluit mag worden genoemd, gezien de vele discussies die daaraan in de afgelopen jaren zijn vooraf gegaan en waarbij de primaire verantwoordelijkheid van het individu voor de eigen gezondheid centraal stond. Het hoofdbestuur heeft de een-

maal gekozen beleidslijn consequent doorgetrokken door de leden van de Tweede Kamer in het kader van de behandeling van de Tabakswet te benaderen. Daarbij maakte het hoofdbestuur zijn bezorgdheid over de schadelijke gevolgen van het roken voor de volksgezondheid kenbaar en uitte het kritiek op de terughoudende wijze waarmee het probleem in het voorgestelde wetsontwerp werd benaderd. Voorts bood het hoofdbestuur aan bij de uitvoering van de Tabakswet alle mogelijke medewerking te geven, met name in het kader van de gezondheidsvoorlichtingsactiviteiten. Wanneer men ziet hoe met name de artsorganisaties in de Angelsaksische landen zich al jaren inzetten om de schadelijke gevolgen van het roken voor de gezondheid in te perken is het opmerkelijk dat de KNMG zich al die tijd zo terughoudend heeft opgesteld. Des te verheugender is het in dit jaarverslag de koerswijziging in het beleid ten deze te kunnen melden.

## 2. Algemeen

## 2.1. Hoofdbestuur

## 2.1.1. Samenstelling

Per 1 januari 1987 trad als voorzitter aan W. H. Cense, huisarts op Urk. Ondervoorzitters waren in 1987: M. L. van Weert-Waltman (herverkiezing), jeugdarts te Amsterdam en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, hoogleraar neurofysiologie te Muiderberg.

In de eerste hoofdbestuursvergadering van 1987 werden tot leden van het dagelijks bestuur gekozen: J. J. Blom, huisarts te Dokkum en J. E. Reinders, internist te Olland. Plaatsvervangende leden werden: P. C. H. M. Holland, ziekenhuisdirecteur te Oisterwijk, Dr. C. J. Jonkman, verzekeringsgeneeskundige te Oosterbeek, Prof. Dr. W. J. Schudel (herverkiezing), hoogleraar psychiatrie te 's-Gravenhage en P. J. van Wiechen (herverkiezing), radioloog te Breda. Voor de volledige samenstelling van het hoofdbestuur moge naar de bijlage van dit verslag worden verwezen.

## 2.1.2. Vacature

Medio het verslagjaar ontstond een vacature in het hoofdbestuur door het tussentijds aftreden van Prof. Dr. J. G. van Dijk, bijzonder hoogleraar seksuologie te Leiden. Gelet op het moment van aftreden is geen gebruik gemaakt van art. 307, lid 1 van het Huishoudelijk Reglement op grond waarvan 1 der per 31 december 1986 afgetreden hoofdbestuursleden verzocht had kunnen worden de vacature te vervullen tot de verkiezingen van nieuwe hoofdbestuursleden in de Algemene Vergadering van oktober.

## 2.1.3. Verkiezing voorzitter en ondervoorzitters 1988

In de laatste hoofdbestuursvergadering van dit verslagjaar werden tot voorzitter respectievelijk ondervoorzitters voor het jaar 1988 gekozen: W. H. Cense, huisarts op Urk (herverkiezing), P. C. H. M. Holland, ziekenhuisdirecteur te Oisterwijk en Prof. Dr. W. J. Schudel, hoogleraar psychiatrie te 's-Gravenhage.

## 2.1.4. Dr. J. J. H. M. Daniëls †

Op 6 maart van het verslagjaar overleed onverwacht collega Dr. J. J. H. M. Daniëls die in de jaren 1982 t/m 1984 met veel enthousiasme en vanuit een grote deskundigheid het voorzitterschap van de KNMG bekleedde. Ook na zijn aftreden was hij als vertegenwoordiger van het hoofdbestuur in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, waarvan hij tevens ondervoorzitter was, actief voor de

## OFFICIEEL

KNMG gebleven. Het hoofdbestuur en vele anderen hebben hem op 13 maart uitgeleide gedaan.

### 2.1.5. Rookverbod

In de eerste hoofdbestuursvergadering van dit verslagjaar werd een kleine commissie ingesteld om advies uit te brengen inzake het toestaan c.q. (partieel) verbieden van het roken tijdens de hoofdbestuursvergaderingen. De commissie bracht binnen de kortst mogelijke tijd haar rapport uit dat daardoor al in de eerstvolgende hoofdbestuursvergadering kon worden besproken. Verheugend was het besluit van het hoofdbestuur, namelijk om tijdens hoofdbestuursvergaderingen in het geheel niet meer te roken. Hiermee ging het hoofdbestuur verder dan de commissie, die had voorgesteld gedurende de periode van de vergadering vóór de pauze niet te roken.

## 2.2. Algemene Vergadering

### 2.2.1. De 191ste Algemene Vergadering

In de op 24 april gehouden 191ste Algemene Vergadering (AV) vormde het agendapunt 'Verandering van de procedure inzake informatieverstrekking in het kader van de sociale wetgeving als gevolg van de invoering van het inzagerecht bij GMD en Federatie van Bedrijfsverenigingen' een belangrijk punt van bespreking. De AV ging unaniem akkoord met de in de procedure voorgestelde regels voor het vragen van gegevens door verzekeringsgeneeskundigen aan behandelend artsen.

Een niet minder belangrijk agendapunt betrof de benoeming van een nieuwe hoofdredacteur als opvolger van Prof. Dr. J. C. van Es. Het voorstel tot benoeming van Prof. Dr. C. Spreeuwenberg tot hoofdredacteur van Medisch Contact per 1-9-1987 werd unaniem bekrachtigd.

Ook met het voorstel van het hoofdbestuur de tijdelijke toevoeging in punt 6 van de richtlijnen voor opnemingsin, respectievelijk uitsluiting van waarnemingsregelingen in het kader van het LHV-vestigingsbeleid nog gedurende één jaar te handhaven werd unaniem akkoord gegaan.

Met de bespreking van deze agendapunten kon de AV tijdig vóór de pauze worden beëindigd, waarna een openbare ledenvergadering plaatsvond met als discussiethema 'Het rapport van de commissie structuur en financiering gezondheidszorg'. In deze, ook door niet-artsen – waaronder diverse leden van de Tweede Kamer – druk bezochte bijeenkomst hield Prof. Dr. A. J. Dunning, waarnemend voorzitter van de commissie structuur en financiering gezondheidszorg een inleiding over het recent uitgebrachte advies van deze commissie. Vervolgens brachten de collegae H. G. Bessem en Dr. A. Kastelein, respectievelijk oud-voorzitter van de LHV en van de LSV een co-referaat uit, waarna de drie sprekers tezamen met de voorzitter van de KNMG in een forum plaats namen dat onder leiding van Prof. Mr. W. B. van der Mijl in discussie ging met de zaal. Een levendige discussie droeg al eveneens bij tot het welslagen van deze openbare ledenvergadering van de KNMG.

### 2.2.2. De 192ste Algemene Vergadering

Het belangrijkste agendapunt van de 192ste Algemene Vergadering vormde uiteraard de bespreking van het advies van de commissie KNMG 2000 over de toekomstige structuur van de KNMG. Zoals aangekondigd betrof het een opiniërende bespreking zonder besluitvorming. Dit laatste zou eerst in de voorjaarsvergadering van 1988 plaatsvinden. Diverse sprekers stelden zich kritisch op ten opzichte van het rapport. Duidelijk werd dat het van het hoofdbestuur nog veel stuurmanskunst zal vergen om de discussie en de besluitvorming over de toekomstige structuur van de KNMG in goede banen te blijven houden.

Tot nieuwe hoofdbestuursleden per 1 januari 1988 werden gekozen: Th. J. M. Beyerinck, huisarts te Eemnes, P. J. M. Sicking, huisarts te Tilburg en R. J. M. Vandevelde, anaesthesist te Berlicum.

Op de in deze Algemene Vergadering goedgekeurde reglementswijzigingen wordt in de punten 2.4 en 2.6 nader teruggekomen. Zoals gebruikelijk vond in deze najaarsvergadering de bespreking van een groot aantal jaarverslagen en financiële stukken plaats die allen werden aanvaard.

Een belangrijk agendapunt was het voorstel voor een gedragsregel (41 A) inzake het roken. Ingevolge deze gedragsregel wordt artsen het zwaarwegend advies gegeven niet te roken in het bijzijn van patiënten. Van hulppersoneel en patiënten kan hetzelfde worden gevraagd, teneinde het roken in behandel- en spreekkamers zo veel mogelijk te beperken. De AV aanvaardde de gedragsregel met een zeer grote meerderheid.

Het slot van de AV was gewijd aan de bespreking van een nieuw voorstel van het hoofdbestuur met betrekking tot het inzagerecht. Hoewel de AV nog in het voorgaande jaar een standpunt inzake een geclausuleerd inzagerecht had ingenomen was het hoofdbestuur van mening dat ontwikkelingen die sedertdien hadden plaatsgevonden een herbezinning rechtvaardigden, dat wil zeggen een voorstel aan de AV voor een ongeclausuleerd inzagerecht aan patiënten. Na een uitvoerige discussie bleek een meerderheid van de AV zich niet in het hoofdbestuurvoorstel te kunnen vinden, waarmee dit was verworpen. Voor een ongeclausuleerd inzagerecht voelt de AV nog steeds weinig bleek ook uit deze bespreking.

### 2.3. KNMG-ledencongres

Op 8, 9 en 10 oktober vond te Eindhoven het jaarlijks KNMG-ledencongres plaats. Het thema van dit 39ste ledencongres luidde: 'Science geen fiction' en handelde over nieuwe technieken in de geneeskunst. Ondanks tegenslagen tijdens de voorbereiding is de congrescommissie te Eindhoven erin geslaagd een goed georganiseerd, interessant en bijdetijds congres aan de deelne(e)m(st)ers te presenteren dat ook voor de partners zeer aantrekkelijk was. De congrescommissie verdient voor deze prestatie alle hulde.

Het onderwerp van de congresrede van KNMG-voorzitter W. H. Cense 'Uitdagend perspectief' sloot aan bij het congressthema door de idee van een KNMG-keurmerk niet louter als een fictie te zien, maar als een concrete zaak die nadere uitwerking waardig is. De congresrede werd gepubliceerd in MC nr. 41/1987, blz. 1292-1295. Het congressthema werd in verschillende sessies behandeld, waardoor de congresganger een ruime keuzemogelijkheid werd geboden, ook al doordat de vergaderzalen dicht bijeen waren gelegen. Tot het welslagen van het congres droeg zeker bij de uitermate boeiende inleiding van Prof. Dr. H. B. G. Casimir 'De rol van de fysica in de geneeskunde', waarmee in feite het congressthema werd ingeluid. Op zijn beurt sloot Prof. Dr. S. J. Doorman dit thema af met een interessante inleiding over 'Medische techniek: creëren of beheersen?'

### 2.4. Statuten en Huishoudelijk Reglement

Dit verslagjaar werd een belangrijke wijziging van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG door de AV aanvaard. Het betrof de wijziging en aanpassing van het gehele hoofdstuk X van het HR, dat handelt over de KNMG-rechtspraak. Het wijzigingsvoorstel vloeiende voort uit het besluit van de AV van 31-10-1986 tot beperking van de interne rechtspraak tot artsen-leden van de KNMG, welke beperking met ingang van 1-1-1988 gerealiseerd diende te worden.

Voorts besprak het hoofdbestuur een voorstel van het KNMG-secretariaat om een nieuw artikel (216) in het HR-KNMG op te nemen, waarin de financiële aansprakelijkheid van de KNMG voor de financiële verplichtingen van KNMG-afdelingen wordt geregeld.

## OFFICIEEL

en, zo goed mogelijk, veilig gesteld. Het door het hoofdbestuur aanvaarde voorstel komt in de voorjaars-AV van 1988 aan de orde.

### 2.5. Structuur KNMG

De in het vorige jaarverslag vermelde commissie KNMG 2000 is met grote voortvarendheid aan de slag gegaan, waardoor nog ruim voor de zomervakantie haar rapport door het hoofdbestuur kon worden besproken. Daarbij is afgezien van een diepgaande bespreking teneinde de periferie alle gelegenheid te bieden zich over het rapport uit te spreken. Wel is naar de KNMG-afdelingen de bereidheid uitgesproken desgewenst het rapport door een der hoofdbestuurleden te laten toelichten. Van dit aanbod hebben een aantal afdelingsbesturen gebruik gemaakt.

Ten aanzien van de procedure besloot het hoofdbestuur tot een opiniërende bespreking van het rapport in de AV van het najaar gevolgd door een besluitvormende in de voorjaarsvergadering van 1988.

Zoals in punt 2.2. vermeld bleek de Algemene Vergadering op 30-10-1987 nogal wat kritiek te hebben op de voorstellen van de commissie, hetgeen een nadere bezinning binnen de boezem van het hoofdbestuur noodzakelijk maakte. Dit interne beraad mondde uit in een notitie van het secretariaat waarin een aantal alternatieven stonden vermeld voor de behandeling van het rapport 'Structuur KNMG 2000', alsmede de voor- en nadelen van elk alternatief. In de notitie werd een voorkeur uitgesproken voor het alternatief waarin de taak van het hoofdbestuur werd beperkt en de positie van het dagelijks bestuur versterkt. Aan het einde van het verslagjaar waren de besprekingen over het secretariaatsvoorstel nog gaande.

### 2.6. Interne rechtspraak

In aansluiting op het vorige jaarverslag kan worden gemeld dat de reorganisatie van de interne rechtspraak van de KNMG dit verslagjaar zijn beslag heeft gekregen.

De twintig districtsraden werden ontbonden, gehergroepeerd en teruggebracht tot vijf districtsraden, waarvan de samenstelling aan het einde van het verslagjaar nagenoeg rond was.

Hoofdstuk X van het Huishoudelijk Reglement werd grotendeels herschreven, door het hoofdbestuur omgezet in een voorstel aan de AV die het vervolgens in het najaar goedkeurde.

Een en ander betekent dat met ingang van 1-1-1988:

- de interne rechtspraak van de KNMG, zowel wat tuchtzaken als wat de geschillenprocedures betreft, alleen nog is opengesteld voor leden;
- de kosten van het instandhouden van een interne rechtspraak, als in het vorige punt omschreven, voor een belangrijk deel worden gedragen door partijen;
- er vijf districtsraden zijn met als vestigingsplaatsen: Den Haag, Rotterdam, Arnhem, Utrecht en Groningen;
- de mogelijkheid van hoger beroep op de Raad van Beroep gehandhaafd blijft.

### 2.7. Contacten met de periferie

Evenals in voorgaande jaren heeft ook in dit verslagjaar een tweetal bijeenkomsten plaatsgevonden van het dagelijks bestuur met vertegenwoordigers van de afdelingsbesturen en de afgevaardigden.

Tijdens de eerste bespreking op 17 maart waren punten van bespreking: overschrijving van leden naar een andere afdeling; het functioneren van de SDM-KNMG; voorstel tot verbetering van de communicatiestructuur der KNMG; hoe dient de opstelling van afdelingsbesturen te zijn ten aanzien van leden die zich niet aan de gedragsregels houden; KNMG-standpunt met betrekking tot het

conceptbesluit gebiedsindeling WVG/WZV; KNMG-structuur en KNMG-ledencongres.

Op de tweede bijeenkomst van 29 september werd van gedachten gewisseld over het rapport van de commissie KNMG 2000 als voorbereiding op de opiniërende bespreking in de AV. Reeds tijdens deze bijeenkomst kwam de kritiek naar boven zoals in de daaropvolgende AV in versterkte mate werd geuit. Overige punten van bespreking waren: het gezicht der KNMG; hoogte inschrijf- en registratiegelden; beleidsplan KNMG-afdeling Rotterdam; stand van zaken met betrekking tot de regionale klachtenopvang; experiment district XX; conflict met twee Belgische artsen en het inzage-recht. Met name dit laatste punt leidde tot een uitvoerige gedachtenwisseling. Overigens met een positieve opstelling van de aanwezigen ten opzichte van het hoofdbestuurvoorstel. Dit in tegenstelling tot de latere besluitvorming in de AV (zie 2.2.).

Een voorstel van district XX om tot een verbetering van de communicatie tussen periferie en centraal te komen werd door het hoofdbestuur aanvaard. Volgens dit voorstel dient er een regionale onderbouw van de KNMG te komen teneinde tot daadwerkelijke regionale beleidsvoorbereidende arbeid te geraken. Daartoe moeten regionale vergaderingen, voorafgaand aan de Algemene Vergaderingen worden gehouden waaraan tevens een lid van het hoofdbestuur der KNMG en een staffunctionaris van het KNMG-secretariaat deelnemen. In zo'n setting verwacht men dat de periferie optimaal kan worden geïnformeerd over inhoud en bedoeling van de agendapunten van de AV en dat, omgekeerd, de hoofdbestuurvertegenwoordigers inzicht krijgen in de perifere problematiek. Een eerste bijeenkomst als voorbereiding op de AV van oktober werd in september te Groningen belegd en wordt in 1988 herhaald.

### 2.8. Contacten met andere (artsen)organisaties in de gezondheidszorg

Het periodieke overleg met de NZR vond ook in dit verslagjaar voortgang. Naast punten waarvan bezien wordt of en in hoeverre gemeenschappelijk opgetrokken kan worden (rapport Commissie Dekker, medisch-ethische toetsingscommissies in ziekenhuizen) gaat het daarbij ook om controverse punten (inzagerecht) waaromtrent wordt getracht tot een zekere afstemming te komen.

De in het vorige jaarverslag aangekondigde gemeenschappelijke werkgroep van KNMG en Nederlands Artsenverbond (NAV) werd dit verslagjaar ingesteld. De werkgroep bereidde de totstandkoming van een gemeenschappelijke commissie voor ter bestudering van de verschillende aspecten van de stervensbegeleiding. Genoemde commissie kwam eveneens in het verslagjaar van de grond. Een rapport van deze commissie is op z'n vroegst in het komend verslagjaar te verwachten.

Ook met de zusterorganisaties van apothekers en tandartsen vonden in dit verslagjaar enkele malen besprekingen plaats.

### 2.9. Contacten met het SDM-bestuur

Naar aanleiding van een verschil van inzicht over de wijze waarop de huisarts wegwijs moet worden gemaakt in de automatiseringsmogelijkheden van zijn praktijk wendde het SDM-bestuur zich tot het hoofdbestuur. Een en ander leidde tot nader overleg tussen het LHV- en het SDM-bestuur waardoor meer wederzijds begrip ontstond, zij het dat nog geen duidelijke werkafspraken tot stand kwamen. Gehoopt wordt in 1988 tot een positieve afronding te komen.

Mede naar aanleiding van het zojuist vermelde gebeuren is besloten tot een periodiek overleg tussen de voorzitter van het SDM-bestuur en het presidium van de KNMG. Dit overleg vindt steeds aansluitend aan een bestuursvergadering van de SDM plaats.

## OFFICIEEL

**2.10. Conflict LSV-overheid**

De uitvoering van het, een paar jaar geleden overeengekomen, 'Generaal accoord' tussen LSV en regering blijkt een voortdurende bron van conflictstof met zich mee te brengen. Afgezien van het feit dat de meeste specialisten nog steeds niet weten waar ze nu precies aan toe zijn dreigt voortdurend een regeringsmaatregel die het sluimerende conflict doet oplaaien met alle gevolgen van dien. De situatie in het voorjaar leidde ertoe dat de voorzitter van de KNMG op de ledenvergadering van de LSV in mei nog eens de solidariteit van het hoofdbestuur met het LSV-standpunt heeft betuigd. Bovendien schreef de voorzitter namens alle verenigingen een brief aan de leden om het hoe en waarom van de te voeren acties uiteen te zetten.

**2.11. Domus Actie Commissie**

De aan het einde van het vorige verslagjaar ingestelde Domus Actie Commissie (DAC), die tot taak kreeg de interne coördinatie en communicatie inzake de te voeren acties te activeren en te begeleiden, kwam in het verslagjaar een aantal malen bijeen. Naar aanleiding van de activiteiten van deze commissie in het kader van de LSV/LAD-acties in het voorjaar werd een evaluatie opgesteld ten behoeve van de besturen. Het is verheugend daarin te lezen dat de acties, ondanks de soms zware wissel die op de solidariteit van bepaalde artsencategorieën wordt getrokken, geen aanleiding hebben gevormd tot het opzeggen van het lidmaatschap van meer dan incidentele aard. Duidelijk is dat het werk van een Domus Actie Commissie ertoe bijdraagt dat er geen besluiten tot acties worden genomen zonder dat er enigerlei overleg met de andere verenigingen heeft plaatsgevonden. Ook het feit dat zo veel mogelijk wordt nagestreefd om in het actiecomité van de actievoerende vereniging in een zo vroeg mogelijk stadium een vertegenwoordiging van de meest betrokken partner(s) op te nemen kan mede worden gezien als een verklaring voor een verbeterd begrip bij de niet bij de actie betrokken artsencategorieën voor het actiegebeuren. Kortom, de Domus Actie Commissie heeft een duidelijk positieve rol vervuld zonder daarbij een slagvaardig actiebeleid in de weg te staan.

**2.12. Maatschappelijke verenigingen**

Het samengaan van een aantal zelfstandige verenigingen die alle hun eigen identiteit proberen te vinden binnen één overkoepelende organisatie brengt een spanningsveld met zich mee. Interne wrijfpunten, meningsverschillen en dergelijke meer hebben dit spanningsveld bij tijd en wijle in intensiteit doen toenemen. De relaties binnen de Domus Medica zijn in het verslagjaar niet altijd optimaal geweest.

In het verslagjaar kwam de relatie tussen centraal bestuur LHV en hoofdbestuur onder een toenemende druk te staan. Een en ander resulteerde in een bespreking aan het einde van het jaar tussen de beide besturen, waarin de oplossing van de in de loop van het jaar duidelijk geworden ruimteproblematiek werd gekoppeld aan de onvrede bij het LHV-bestuur over de wijze waarop het hoofdbestuur naar de mening van de LHV omging met de structuurproblematiek. Uiteraard was het niet mogelijk in één bespreking alle emoties weg te nemen. Verder overleg is daarvoor noodzakelijk. In het volgend jaarverslag zal hierover nader gerapporteerd worden.

**2.13. Oriënterend lidmaatschap**

De verwachting, uitgesproken in het vorige jaarverslag, dat in 1987 het oriënterend lidmaatschap zou kunnen worden ingevoerd is niet bewaarheid geworden. Nadere analyse leerde namelijk dat de financiële consequenties wel eens groter (in negatieve zin) zouden kunnen zijn dan aanvankelijk gedacht. Hernieuwd overleg was derhalve noodzakelijk. Een overleg dat eind van het verslagjaar

nog niet geheel was afgerond. Wel is besloten een onderscheid te maken tussen medische studenten en afgestudeerde artsen voor wat betreft de wijze van benadering. Dit heeft enerzijds toe geleid aan de Algemene Vergadering voor te leggen een studentlidmaatschap in te voeren onder gelijktijdige opheffing van het adspirant lidmaatschap dat immers alleen gold voor medische studenten die hun doctoraal examen met goed gevolg hadden afgelegd. Anderzijds is besloten het oriënterend lidmaatschap uitsluitend open te stellen voor afgestudeerden. Zoals gezegd is het overleg over de uitwerking van dit laatste nog gaande.

**2.14. Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen (SWG)**

Op 5 februari 1987 vond de officiële oprichting plaats van de Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen. Een belangrijke gebeurtenis die een nieuwe stap betekende op de weg van verbetering der werkgelegenheid voor pas afgestudeerde artsen. Een stap die een vrij lange voorgeschiedenis heeft gekend omdat het geen eenvoudige zaak bleek te zijn een soort uitzendbureau voor artsen te creëren. Al in 1984 hebben KNMG en LAD de eerste moeizame stappen gezet om tot de oprichting van een zodanig uitzendbureau te komen. Talloze besprekingen zowel intern als extern waren nodig alvorens tot concretisering kon worden gekomen. De voorzitter van de LAD noemde in MC nr. 7 van 13-2-1987 (blz. 196) vier redenen op waarom de stichting is opgericht. In de eerste plaats om iets voor de eigen leden te doen (de vacaturebank is er immers voor alle werkzoekende artsen). In de tweede plaats om langs deze weg te proberen artsen aan een vaste baan te helpen. In de derde plaats ter voorkoming van een mogelijke commerciële uitbuiting van de slechte werkgelegenheidssituatie voor artsen. En in de vierde plaats omdat de stichting de functie van de waarnemebureaus van LHV en LSV in zich kan incorporeren. Dit verslagjaar is al gebleken dat de stichting in een duidelijke behoefte voorziet en derhalve aan de gestelde verwachtingen voldoet.

**2.15. Public relations**

In het vorige jaarverslag is al melding gemaakt van het spanningsveld dat ontstaat als wordt getracht Medisch Contact ook als verenigingstijdschrift te laten functioneren. Dit verslagjaar is dit laatste toch gepoogd door een keer per maand de rubriek 'Uit de verenigingen' in wat uitgebreidere vorm voorin Medisch Contact te plaatsen. De redactie van MC en met name de nieuwe hoofdredacteur bleek al spoedig weinig heil te zien in een voortzetting van dit 'experiment', weshalve besloten werd de rubriek weer zijn oude plaats bij het officiële gedeelte te geven. Of dit een oplossing betekent voor de behoefte aan meer op de leden gerichte berichtgeving mag worden betwijfeld.

In het verslagjaar werd een begin gemaakt met een servicerubriek voor werkzoekende KNMG-leden die zich via deze rubriek als zodanig kunnen presenteren. Hiervoor blijkt een voortdurende belangstelling te bestaan. Helaas is de feed-back – ondanks het verzoek daartoe – gering, zodat geen inzicht bestaat in de bijdrage die via deze rubriek aan de werkgelegenheid wordt geleverd. In het voorjaar vond voor de tweede maal een 'open huis' in de Domus Medica plaats alwaar aan leden en hun gezinsleden de gelegenheid werd geboden kennis te maken met de automatisering van en in de medische praktijk. Evenals de eerste maal was ook dit keer de belangstelling bijzonder groot.

Tweemaal vonden er dit jaar regionale congressen plaats. Minicongressen opgezet en uitgevoerd door een KNMG-afdeling in nauwe samenwerking met het KNMG-secretariaat met als doel de artsen in de regio vlak bij huis en op een geschikt tijdstip met een belangrijke onderwerp in de gezondheidszorg te confronteren. De beide congressen te Den Helder en Emmen werden uitstekend bezocht.

Een geheel andere zaak betrof de infomarkt die in het najaar te Utrecht plaatsvond. Infomarkten zijn bedoeld om medische studenten te laten kennismaken met het werk van de KNMG, de maatschappelijke verenigingen en de vier maatschappijen die in het bijzonder voor artsen dienstverlening op het gebied van verzekeringen en financieringen verrichten. De organisatie van de infomarkt is een gezamenlijke activiteit van genoemde verenigingen en organisaties. Enkele honderden studenten bezochten deze infomarkt, waarbij ook veel belangstelling bestond voor de sprekershoek, waar verschillende vertegenwoordigers van de deelnemende verenigingen over hun organisatie vertelden. Het is de bedoeling ook in de andere universiteitssteden deze infomarkten te organiseren.

In het voorjaar werd het boekje 'Mogelijkheden na het artsexamen' van Dutrée voor het eerst als een KNMG-uitgave uitgebracht. Voor dit boekwerkje blijkt bij medische studenten grote belangstelling te bestaan. Het is de bedoeling ook de komende herdrukken onder verantwoordelijkheid van de KNMG te verzorgen.

Verheugend is voorts de vaststelling dat in het verslagjaar een toenemend aantal KNMG-leden zich tot de secretaris PR van de KNMG wendde om advies te vragen over alle mogelijke PR-activiteiten.

#### 2.16. Medisch Contact

De goede berichten over de uitgave van een Nederlandstalige JAMA zijn helaas van korte duur geweest. De exploitatie van deze uitgave bleek door de firma Tijl, die dit op zich had genomen, niet sluitend te krijgen, weshalve besloten werd ermee te stoppen. Een teleurstellende ontwikkeling voor de hoofdredacteur en zijn enthousiaste redactieraad.

Bij Medisch Contact vond een wisseling van de wacht plaats. Hoofdredacteur Van Es ging met pensioen en werd opgevolgd door Prof. Dr. C. Spreeuwenberg die per 1 september in dienst trad. Van de ontwikkelingen met betrekking tot de rubriek 'Uit de verenigingen' is in het voorgaande punt al verslag gedaan.

#### 2.17. Registratiecommissie

Dit verslagjaar heeft het hoofdbestuur gezien of het beleid met betrekking tot de dekking van de kosten van registratiecommissies en colleges moest worden voortgezet of bijgesteld. Zoals bekend heeft de overheid in 1982 besloten haar bijdrage geleidelijk te verminderen tot de helft van het in 1982 gegeven bedrag. Het hoofdbestuur heeft getracht via de AROB-procedure deze overheidsbeslissing ongedaan te maken, hetgeen niet is gelukt. Overigens heeft het hoofdbestuur de beslissing van de Raad van State in de procedure niet afgewacht, doch is begonnen met het invoeren van inschrijfgelden en het verhogen van de registratiegelden. Voor KNMG-leden is een reductie op deze gelden ingevoerd afhankelijk van de lidmaatschapsduur. Dit jaar was de vraag aan de orde of een verdere verhoging moest plaatsvinden dan wel pas op de plaats gemaakt. Dit laatste werd afgewezen, aangezien het hoofdbestuur van oordeel bleek te zijn dat via de bijdragen tot een volledige dekking van de kosten diende te worden gekomen.

#### 2.18. Stichting Dienstverlening Medici

Aangezien het bestuur van de SDM-KNMG een jaarverslag uitbrengt kan kortheidshalve daarnaar worden verwezen. In dit verslag dient de beleidsnotitie van de SDM vermelding, aangezien deze werd uitgebracht aan en besproken in het hoofdbestuur. In deze beleidsnotitie schetste het stichtingsbestuur de moeilijkheden waarmee het tot nog toe werd geconfronteerd. Door deze problemen wordt de SDM ernstig in zijn ontplooiingsmogelijkheden belemmerd, reden om zich tot het hoofdbestuur te wenden teneinde enerzijds meer steun van de besturen voor het werk van

de SDM te verkrijgen en anderzijds de toestemming om de vleugels wat wijder uit te slaan om het financiële draagvlak te vergroten. Het hoofdbestuur reageerde voorzichtig positief en besloot ter voorbereiding van de expansieplannen van het SDM-bestuur een gesprek met de VVAA te arrangeren. Dit gesprek vond begin 1988 plaats.

#### 2.19. 100ste sterfdag Ramaer

Het antwoord op de vraag wie nu in feite de (Koninklijke) Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft opgericht is, zoals zo vaak met dit soort zaken, niet eensluidend. Feit is in elk geval dat Johannes Nicolaas Ramaer een hele belangrijke rol bij die oprichting heeft gespeeld. Reden om aandacht te besteden aan zijn 100ste sterfdag op 2 november 1987. Dit is gebeurd door een symposium te Zutphen te organiseren in de afdeling waar hij niet alleen geboren is maar ook zijn activiteiten voor de oprichting van een landelijke organisatie is begonnen. Tijdens dit symposium 'Leren van Ramaer' dat – geleid op de belangrijke rol die Ramaer ook op het terrein van de psychiatrie heeft gespeeld – in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werd georganiseerd, stonden de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in het bijzonder centraal.

#### 2.20. Zilveren legpenning

Tijdens de openingszitting van het 39ste KNMG-ledencongres te Eindhoven heeft de KNMG-voorzitter de zilveren legpenning der Maatschappij uitgereikt aan Prof. Dr. F. Doeleman voor zijn stimulerende rol in het College Sociale Geneeskunde, aan H. Goedhart voor zijn bezielende werk gedurende vele jaren binnen de KNMG-afdeling Eindhoven en aan Dr. L. H. Th. S. Kortbeek voor zijn actieve rol binnen LSV- en KNMG-verband.

Tijdens de najaars Algemene Vergadering werd bovendien de zilveren legpenning uitgereikt aan de afgetreden hoofdredacteur van MC, Prof. Dr. J. C. van Es.

#### 2.21. Financiën

De commissie voor de geldmiddelen van de Algemene Vergadering maakte in 1986 bezwaar tegen het overschrijden van individuele begrotingsposten in enig jaar. Genoemde commissie was van mening dat ten aanzien van dit soort overschrijdingen duidelijke richtlijnen moesten worden opgesteld op grond waarvan kan worden bepaald wanneer het instrument van een suppletoire begroting dient te worden gehanteerd.

De door de financiële commissie van het hoofdbestuur naar aanleiding hiervan opgestelde richtlijnen werden dit verslagjaar besproken en aanvaard door het hoofdbestuur. Zij vormen voortaan de basis voor eventuele suppletoire begrotingen.

#### 2.22. Ruimteproblemen

Begin van het verslagjaar werd door de LHV om extra kantoorruimte verzocht aangezien deze extra behoefte niet binnen de voor de LHV beschikbare ruimte kon worden opgelost. Nadere analyse leerde dat de mogelijkheden binnen de Domus Medica beperkt waren, zeker als bovendien rekening moest worden gehouden met de wens van de LHV de extra ruimte direct aangrenzend aan de bestaande te doen zijn.

Een en ander heeft ertoe geleid dat enerzijds een inventarisatie werd opgesteld van de bestaande wensen en verlangens voor nu en in de naaste toekomst, alsmede welke nieuwe huurders in de markt waren en dat anderzijds de mogelijkheden van noodvoorzieningen werden nagegaan. Ook werden de mogelijkheden voor nieuwbouw op het eigen terrein onderzocht.

In het najaar bleek dat de ruimtebehoefte van de LHV zich niet beperkte tot uitbreiding in verband met het aantrekken van extra



## OFFICIEEL

personeel maar dat men ook met aanverwante organisaties als NHG e.d. binnen één gebouw wilde zijn gehuisvest. De in het dagelijks bestuur uitgesproken bereidheid van alle verenigingen om gezamenlijk een oplossing te zoeken voor de LHV leek niet genoeg om aan deze extra verlangens tegemoet te kunnen komen. Een en ander was aan het einde van het verslagjaar nog in onderzoek.

### 2.23. Automatisering

De ontwikkelingen op het gebied van de automatisering van ledenbestanden, boekhoudingen, etc. brengen mee dat de computer veel werk uit handen neemt. Aan de andere kant schept de computer ook een toenemende vraag naar gegevens waardoor voortdurend programma-aanpassingen nodig zijn met als consequentie de noodzaak tot schoning van programma's.

Toen de KNMG – na tien jaar van de automatiseringswerkzaamheden van een servicebureau gebruik te hebben gemaakt – in 1982 een computer in eigen beheer nam was de gedachte dat het ontwikkelde programma na vijf jaar opnieuw zou moeten worden geschreven. Bovendien dacht men met de in gebruik genomen computer lange tijd toe te kunnen. De praktijk heeft anders geleerd. De ontwikkelingen binnen het administratieve gebeuren van de KNMG en maatschappelijke verenigingen was dermate stormachtig dat al na een paar jaar een grotere computer moest worden aangeschaft en dat aan het opzetten van een nieuw programma door tijdgebrek niet kon worden toegekomen. Dit betekende dat het bestaande programma voortdurend moest worden bijgesteld; met alle kinderziekten van dien. De kwetsbaarheid nam daardoor toe terwijl bepaalde aanpassingen niet uitvoerbaar waren zonder een geheel nieuw programma. Vooral de niet te vervullen extra wensen waren aanleiding voor het inschakelen van een adviesbureau. Het rapport van dit bureau leidde tot het instellen van een commissie die tot taak kreeg op basis van de aanbevelingen van voornoemd rapport de mogelijke alternatieven op te stellen voor de opzet van de automatisering van de administratie van de verschillende bureaus, rekening houdend met de bestaande situatie en de acute knelpunten daarin.

De commissie bracht nog in het verslagjaar een eerste rapport uit waarin een stappenplan werd aangegeven door de reorganisatie van de geautomatiseerde administratie. Dit voorstel werd door alle participanten aanvaard, behalve de LHV die een beslissing terzake wenste aan te houden totdat meer duidelijkheid over onder meer de structuur van de KNMG (zie punt 2.12) zou zijn verkregen. De hierdoor ontstane vertraging in de uitvoering van de reorganisatie van het automatiseringsgebeuren was aan het einde van het verslagjaar nog onverminderd aanwezig.

### 2.24. Opvolging secretaris-generaal

Reeds in 1986 had de secretaris-generaal verzocht in 1988 gebruik te kunnen maken van de overbruggingsregeling van het PGGM. Dit verslagjaar besloot het hoofdbestuur een commissie ter voorbereiding van de opvolging in te stellen, waarin naast twee hoofdbestuurleden, waaronder de voorzitter, de vier voorzitters van de maatschappelijke verenigingen zitting namen, bijgestaan door de secretaris-generaal als adviseur. Deze commissie besloot het Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie (GITP) in de arm te nemen om haar bij de opvolgingsprocedure bij te staan. Een profielschets werd opgesteld en de selectieprocedure vastgesteld, waarna in het najaar de advertenties werden geplaatst. Op basis van de binnengekomen reacties vond een selectie plaats, waarvan in het volgende jaarverslag de resultaten zullen worden weergegeven.

### 2.26. Personeel

Dit jaar werden enkele medewerk(st)ers in het zonnetje gezet die het feit herdachten dat zij 12½ respectievelijk 25 jaar geleden in dienst van de KNMG traden. De notulist van diverse besturen binnen de Domus Medica, de heer B. Meier, was 1 juni 25 jaar bij de KNMG werkzaam. Ook de heren F. N. Hoogendijk (1 september) en J. A. Alst (1 december) respectievelijk stafmedewerker op het KNMG-secretariaat en hoofd van de afdeling comptabiliteit vierden hun 25-jarig ambtsjubileum.

Een 12½-jarig dienstverband vierden de dames L. Dekker (1 februari) en P. H. Wanders (1 oktober) respectievelijk werkzaam als secretaresse voor de colleges en telefoniste/receptioniste. Voorts nam het hoofdbestuur het voorstel van de secretaris-generaal over een arts-stafmedewerker aan te trekken die enerzijds als secretaris van de Colleges – dit in verband met het feit dat de huidige secretaris part-time gaat werken – zal gaan functioneren en anderzijds het KNMG-secretariaat komt versterken. Dit laatste omdat de secretaris-jurist part-time wilde gaan werken en in verband met het vertrek over ruim een jaar van de adviseur voor onderwijszaken. De nieuwe functionaris was aan het eind van het verslagjaar nog niet uitgekozen uit de kandidaten die zich gemeld hadden.

### 2.27. Ondernemingsraad

Het samenspel tussen bestuurders en Ondernemingsraad (OR) bereikte in het verslagjaar een dieptepunt en was aanleiding tot een nadere bezinning onder leiding van een neutrale, voor beide partijen aanvaardbare, gespreksleider. Deze laatste voerde eerst afzonderlijke gesprekken met bestuurders en OR en arrangeerde vervolgens een gezamenlijke bespreking waarin de knelpunten werden doorgenomen. Deze aanpak bleek een goede, want de sfeer werd er aanmerkelijk door verbeterd zodat goede hoop bestaat dat in het volgende jaarverslag optimistischer geluiden zullen doorklinken ten aanzien van het periodiek overleg van OR met de bestuurders.

In het kader van de toepassing der arbeidsvoorwaarden kwamen in het overleg tussen werkgever en OR zaken aan de orde als de aanpassingsmethodiek der arbeidsvoorwaarden, de vakantietoeslag over de kinderbijslag en een eventuele overgang, voor wat betreft de collectieve ziektekostenverzekering van de OHRA naar de VVAA. Voorts werd onder meer gesproken over werkoverleg op de verschillende afdelingen, de huisvesting en de automatisering, en werd gekomen tot een clustering van onderwerpen ten aanzien waarvan de OR een informatie-, advies- dan wel instemmingsrecht bezit.

### 2.28. Geluidsinstallatie

Na vele jaren zonder geluidsinstallatie naar behoren te hebben gefunctioneerd bereikte het hoofdbestuur het verzoek van één der maatschappelijke verenigingen om in de hoofdbestuurssaal een geluidsinstallatie aan te brengen. In overleg met terzake deskundigen is gekozen voor een installatie waardoor alle aan de hoofdbestuurstafel gezeten personen zich via een microfoon verstaanbaar kunnen maken. De installatie werd nog dit verslagjaar geplaatst.

## 3. Arts en samenleving

### 3.1. Gedragsregels voor artsen

#### 3.1.1. Richtlijnen voor waarneming

In 1984 is de Algemene Vergadering na veel discussies uiteindelijk akkoord gegaan met een wijziging van de richtlijnen voor de opname in en de uitsluiting van waarnemingen waardoor



een verband werd gelegd met de LHV-vestigingsregeling. De AV bepaalde daarbij uitdrukkelijk dat het een tijdelijke wijziging betrof die ongedaan diende te worden gemaakt zodra een wettelijk vestigingsbeleid van kracht was geworden.

Inmiddels is een wettelijk vestigingsbeleid tot stand gekomen zodat het hoofdbestuur voor de vraag werd gesteld of het moment was aangebroken de voornoemde wijziging ongedaan te maken. Op dringend verzoek van het centraal bestuur van de LHV – dat erop wees dat weliswaar een wettelijk vestigingsbeleid bestaat, doch dat de uitvoering daarvan nog lang niet in alle gemeenten bevredigend verloopt – besloot het hoofdbestuur aan de Algemene Vergadering te verzoeken goed te keuren dat de bovengenoemde tijdelijke wijziging van de richtlijnen voor waarneming nog gedurende een jaar van kracht zou blijven. Deze goedkeuring werd verkregen.

### 3.1.2. Seksueel contact binnen de hulpverlening

Een werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van landelijke hulporganisaties, waaronder de KNMG, bracht een rapport uit over het voorkomen van seksueel contact binnen de hulpverlening, over de oorzaken daarvan en over de mogelijkheden van preventie. Het slot van het rapport bevatte een wensenlijst, waarvan de eerste wens luidde: 'In beroepscode en reglementen dient expliciet te worden vermeld dat seksueel contact een handeling is die niet toegestaan wordt in de hulpverleningsrelatie. Seksueel contact hoort niet thuis in de hulpverlening.' Naar aanleiding van deze wens stelde de secretaris-arts, die deel uitmaakte van de werkgroep, voor gedragsregel 6, waarin respect voor de privacy wordt genoemd, aan te vullen met onder meer een zin, waarin het de arts verboden is contacten van seksuele aard met zijn/haar patiënten aan te gaan. Het hoofdbestuur wijdde veel aandacht aan het rapport, doch kon zich niet vinden in het zojuist vermelde voorstel van de secretaris-arts. Het was van mening dat het niet toegestaan zijn van seksueel contact in de hulpverleningsrelatie impliciet in gedragsregel 6 lag besloten. Teneinde elk misverstand te voorkomen besloot het hoofdbestuur de bedoeling van gedragsregel 6 op dit punt nog eens expliciet in een toelichting bij deze gedragsregel te vermelden.

### 3.2. Uitwisselen van medische gegevens

#### 3.2.1. Procedures bij Raden van Beroep/Centrale Raad van Beroep

In het vorige jaarverslag is melding gemaakt van de nadere regeling met betrekking tot het verstrekken van gegevens door behandelend artsen aan verzekeringsgeneeskundigen als aanvulling op het door GMD, bedrijfsverenigingen en GAK ingestelde inzage- en correctierecht inzake bij deze diensten aanwezige dossiers met medische gegevens.

Dit verslagjaar kwamen in gezamenlijk overleg met de Raden van Beroep/Centrale Raad van Beroep procedures tot stand met betrekking tot het inschakelen van vaste medische deskundigen en de door deze deskundigen te verwerven medische gegevens. Het hoofdbestuur kon zich met de voorgestelde procedures verenigen en besloot deze tezamen met de hiervoor genoemde regels ter goedkeuring voor te leggen aan de Algemene Vergadering. De voorstellen werden door de AV unaniem aanvaard. Zij zullen als een supplement aan het 'groene boekje' worden toegevoegd en te zijner tijd in een nieuwe uitgave worden opgenomen.

### 3.3. Patiëntenrecht

#### 3.3.1. Inzagerecht

In het vorige jaarverslag is het standpunt vermeld met betrekking

tot het inzagerecht zoals dit toen door de Algemene Vergadering werd aanvaard. Dit verslagjaar heeft het hoofdbestuur zich opnieuw over het inzagerecht gebogen, naar aanleiding van een notitie van de hoofdbestuurscommissie juridische relatie arts/patiënt (RAP). Deze commissie achtte – zij het met schroom gelet op het recent ingenomen standpunt van de AV – een herbezinning op het inzagerecht noodzakelijk gezien de voortschrijdende maatschappelijke en juridische ontwikkelingen. Daarbij ging het de commissie RAP met name om een rechtstreekse inzage in de medische gegevens door de patiënt, ook in het door de KNMG in 1986 geformuleerde uitzonderingsgeval wanneer de arts van mening is dat inzage kennelijk ernstig nadeel voor die patiënt kan opleveren (zie MC nr. 42 van 17-10-1986 blz. 1378). De commissie baseerde haar verzoek op de constatering dat die patiënt die ondanks waarschuwingen persisteert bij zijn/haar verzoek om inzage daarvoor dan ook zelf de verantwoordelijkheid dient te dragen. Het hoofdbestuur besloot het voorstel van de commissie RAP over te nemen en ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering voor te leggen. Na een lange discussie werd het voorstel daar door een meerderheid verworpen.

Dit verslagjaar besprak het hoofdbestuur ook een gezamenlijk procedurevoorstel van KNMG en NZR inzake het inzagerecht van patiënten in instellingen. Deze procedure-afspraken werden noodzakelijk geacht gezien de verschillende opvattingen van beide organisaties over het inzagerecht van de patiënt. Zij zijn dan ook bedoeld om conflictsituaties te helpen voorkomen en om, mochten onverhoopt toch conflicten ontstaan, wegen ter oplossing aan te geven. Ingevolge de procedure-afspraken blijft de arts autonoom in zijn/haar beslissing omtrent het al of niet verlenen van inzage. Voorts wordt de mogelijkheid (niet de verplichting) geschapen om bemiddeling in te roepen. Op deze mogelijkheid van bemiddeling wordt in de procedure-afspraken nader ingegaan.

Aan de maatschappelijke verenigingen, aan de vereniging van verpleeghuisartsen en aan de vereniging van artsen in de zwakzinnigenzorg werd het oordeel over deze procedure-afspraken gevraagd, opdat het hoofdbestuur op basis daarvan zijn standpunt zou kunnen bepalen. Uiteindelijk konden de procedure-afspraken zoals deze door een gezamenlijke werkgroep van KNMG en NZR waren voorbereid door het hoofdbestuur worden onderschreven.

#### 3.3.2. Juridische relatie arts/patiënt

In de afgelopen paar jaar is vele malen op bureauniveau tussen KNMG en LPCP (Landelijk Patiënten/Consumenten Platform) gesproken over een modelregeling voor de relatie arts/patiënt. Daarnaast heeft de commissie juridische relatie arts/patiënt (RAP) zich diverse malen over zo'n regeling gebogen en heeft eenmaal bestuurlijk overleg hierover tussen KNMG en LPCP plaatsgevonden. Een en ander heeft geresulteerd in een voorstel van de commissie RAP voor een KNMG-standpunt inzake een modelregeling voor de relatie arts/patiënt. Uitgangspunt voor dit voorstel vormde de proeve van een concept-modelregeling van de relatie arts/patiënt zoals deze al in 1985 door het hoofdbestuur was goedgekeurd. In 48 artikelen worden de belangrijkste aspecten van de arts/patiëntrelatie nader omschreven, waarbij wordt uitgegaan van een gelijkwaardige positie van arts en patiënt. In een gezamenlijke bespreking met de commissie van haar voorstel voor een modelregeling kwam het hoofdbestuur op diverse punten tot een aanpassing daarvan. Het hoofdbestuur besloot vervolgens dat de aangepaste versie van het voorstel basis zou zijn voor verdere besprekingen met het LPCP.

#### 3.3.3. Klachtenopvang patiënten

Om verschillende redenen besloot het hoofdbestuur dit verslagjaar

## OFFICIEEL

het initiatief te nemen voor de oprichting van een instituut voor klachtenopvang voor patiënten, welk instituut een informerende en bemiddelende rol werd toegedacht bij klachten over alle categorieën artsen. In de eerste plaats had het hoofdbestuur in zijn commentaar op het hoofdstuk tuchtrecht van het wetsontwerp BIG (= Beroepen Individuele Gezondheidszorg) geopteerd voor een aparte geschillencommissie voor patiënten. In de tweede plaats zocht het hoofdbestuur een compensatie voor zijn besluit de interne rechtspraak van de KNMG niet langer open te stellen voor de behandeling van klachten van patiënten. In de derde plaats wilde het hoofdbestuur aansluiting bij het wetsvoorstel 'Democratisch functioneren van gesubsidieerde en gepremieerde instellingen'. Het hoofdbestuur was zich ervan bewust dat het opzetten en financieren van een instituut voor de klachtenopvang van patiënten geen uitsluitende zaak van een beroepsorganisatie van artsen kan zijn. Om die reden werd zowel contact gezocht met het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LPCP) over de inhoudelijke aspecten als met het ministerie van WVC over de financiële aspecten van een dergelijk instituut.

De voorbereiding van een en ander werd in handen gelegd van de commissie juridische relatie arts/patiënt, nadat het voorstel van deze commissie voor het oprichten van een zodanig instituut in beginsel was aanvaard door het hoofdbestuur en centrale besturen der maatschappelijke verenigingen. Al spoedig bleek dat de uitwerking van het initiatief van de KNMG meer tijd vergde dan voorzien zodat naar een noodvoorziening werd gezocht. Uitgangspunten voor een dergelijke noodvoorziening waren: geen structureel beslag op de KNMG-middelen; inpasbaar in de reeds bestaande service van het KNMG-secretariaat; tijdelijk karakter en laagdrempelige voorziening met de mogelijkheid van doorverwijzing naar regionaal niveau. Het bleek helaas niet mogelijk het overleg met het LPCP tijdig af te ronden vóór 1-1-1988, de datum waarop de inperking van de KNMG-rechtspraak van kracht zou worden.

### 3.3.4. Geneeskundige behandelingsovereenkomst

Het hoofdbestuur besprak dit verslagjaar het concept-advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) inzake het voorontwerp van wet betreffende de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dit voorontwerp van wet bevat met name bepalingen voor de rechtsverhouding tussen hulpverlener en hulpvrager in de gezondheidszorg met als doel de rechtspositie van de hulpvrager te versterken. Genoemde bepalingen betreffen onder meer: het recht van de patiënt op informatie, het toestemmingsver-eiste, de privacy, het inzagerecht, de bewaartermijn van medische dossiers en de medische aansprakelijkheid. Het voorontwerp beperkt zich daarbij niet tot de behandelsituatie maar bestrijkt ook de bedrijfsgezondheidszorg, de verzekeringsgeneeskunde en keuringssituatie. Aangezien het voorontwerp van wet inhoudelijk in het verlengde lag van eerdere adviezen van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid kon de NRV zich er in beginsel mee verenigen hetgeen in het Raadsadvies tot uitdrukking kwam. Het concept-advies van de NRV werd van commentaar voorzien door de commissie juridische relatie arts/patiënt, welk commentaar door het hoofdbestuur kon worden onderschreven. Verheugend was dat in het voorontwerp een belangrijk gedeelte van de kritiek was verwerkt die de KNMG in een eerder stadium had geleverd. Uiteraard bevatte het nog steeds punten die voor de KNMG moeilijk aanvaardbaar waren, zoals een ongeclausuleerd inzagerecht, het samenlopen van de aansprakelijkheid van ziekenhuis en specialist, de gegevensverstrekking voor wetenschappelijk onderzoek, de klachtenbemiddeling en dergelijke meer.

### 3.4. Euthanasie

Ook dit verslagjaar heeft het hoofdbestuur weer veel tijd en aan-

dacht moeten besteden aan het euthanasievraagstuk. Vermelding verdienen in het bijzonder de volgende zaken:

- Op 11 februari vond een gesprek plaats met de minister van Justitie over het advies dat deze tezamen met zijn ambtsge-noot van WVC heeft gevraagd aan de Gezondheidsraad over onder meer de bij euthanasie te stellen zorgvuldigheidseisen. Door de hoofdbestuursvertegenwoordiging is tijdens dit gesprek verbazing uitgesproken over deze adviesaanvraag waarbij op generlei wijze de betreffende beroepsgroep is betrokken. Tijdens dit gesprek is tevens de kwestie aan de orde gesteld, waarvan in het vorige jaarverslag mededeling werd gedaan, namelijk de met het Openbaar Ministerie en Geneeskundige Hoofdingspectie voorlopig over-eengekomen concept-richtlijnen voor de melding van euthanasie. Tot grote verbazing van de KNMG-vertegenwoordiger bleek de minister niet bekend te zijn met deze concept-richtlijnen. Hij zegde evenwel toe hieromtrent zo spoedig mogelijk met de procureurs-generaal te zullen spreken.

- Naar aanleiding van de adviesaanvraag van de ministers van WVC en Justitie aan de Gezondheidsraad over onder meer de vereisten voor zorgvuldig medisch handelen bij toepassing van euthanasie besloot het hoofdbestuur ernaar te streven dat de KNMG op enigerlei wijze bij de opstelling van dit advies zou worden betrokken, hetgeen is geschied. Bovendien besloot het hoofdbestuur ook zelf zorgvuldigheidsvereisten op te stellen, waartoe een commissie werd ingesteld.

- Medio het verslagjaar werd het wetsvoorstel euthanasie door de ministers van WVC en Justitie aan de Tweede Kamer aangeboden. Ingevolge dit wetsvoorstel blijft het Wetboek van Strafrecht ten aanzien van de strafbaarheid van euthanasie ongewijzigd. Voorts worden in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst drie handelingen opgenomen die niet als euthanasie worden aangemerkt, de zogenaamde negatieve delictomschrijving. Teleurstellend was dat bij de in het wetsvoorstel opgenomen vereisten voor zorgvuldig medisch handelen grotendeels voorbij bleek te zijn gegaan aan de adviezen hierover van de Gezondheidsraad en van het hoofdbestuur. Het belangrijkste bezwaar van het hoofdbestuur tegen het wetsvoorstel was echter dat de juridische positie van artsen en patiënten die zich aan de wettelijk neergelegde zorgvuldigheidsvereisten houden nog steeds even onduidelijk was gebleven. Dit was dan ook aanleiding om over het wetsvoorstel met de beide bewindslieden te gaan praten. In het gesprek dat op 3 december plaatsvond en waar de minister van Justitie verstek liet gaan heeft de hoofdbestuursvertegenwoordiging zijn bezwaren kenbaar gemaakt.

- Zoals hiervoor vermeld heeft het hoofdbestuur, los van het advies van de Gezondheidsraad doch wel in samenhang daarmee, aan de ministers van WVC en Justitie duidelijk gemaakt aan welke zorgvuldigheidseisen het uitvoeren van de euthanasievraag dient te voldoen. In hetzelfde schrijven is bovendien ingegaan op de inhoudelijke en wetstechnische bezwaren die het hoofdbestuur heeft tegen het opnemen van een negatieve delictomschrijving in de wet.

Zoals in het vorige jaarverslag aangekondigd vond dit jaar het gesprek plaats met de groep-Enschede over hun opvattingen met betrekking tot de positie van de arts die euthanasie toepast. Tijdens dit gesprek bleek overeenstemming te bestaan over de inschakeling van de gemeentelijk lijkschouwer bij de toetsing achteraf van euthanasiegevallen. Echter, enige maanden na dit gesprek besliste de Hoge Raad dat bij uitvoering van euthanasie geen verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven. Door deze uitspraak bleef voortzetting van het hiervoor vermelde overleg met het Openbaar Ministerie noodzakelijk.

- Begin van het verslagjaar werd een gezamenlijke werkgroep van KNMG en Nederlands Artsenverbond (NAV) ingesteld die tot taak kreeg een inventarisatie op te stellen van een mogelijk gemeenschappelijk beleid met betrekking tot de stervensbegeleiding. Als

resultaat van het werk van deze werkgroep werd later in het jaar een gezamenlijke commissie ingesteld ter bestudering van het vraagstuk der stervensbegeleiding.

– Dit verslagjaar vond een tweede gesprek plaats met de in het vorige jaarverslag vermelde groep van verontrusten van katholieke signatuur. Tijdens dit gesprek kon mededeling worden gedaan van de activiteiten van het hoofdbestuur met betrekking tot het wetenschappelijk onderzoek naar euthanasie. In de eerste plaats is de KNMG vertegenwoordigd in een commissie die een onderzoek begeleidt van het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werkonderzoek, waarbij hulpverleners die bij euthanasie zijn betrokken worden geïnterviewd. Dit onderzoek, waarin via diepte-interviews de beweegredenen voor het omgaan met de vraag naar euthanasie zullen worden geanalyseerd, is tot stand gekomen door het ministerie van WVC.

– Met het Beterschap, een representatieve organisatie van verpleegkundigen, heeft sinds 1985 overleg plaatsgevonden over bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden van artsen enerzijds en verpleegkundigen anderzijds met betrekking tot euthanasie. Een en ander is geresulteerd in een gezamenlijke intentieverklaring die een handvat moet bieden voor artsen en verpleegkundigen in het veld die met een euthanasieverzoek (kunnen) worden geconfronteerd. De intentieverklaring werd twee maal in het hoofdbestuur besproken, evenals uiteraard in het bestuur van het Beterschap, alvorens definitief te worden vastgesteld en gepubliceerd. (zie MC van 10-4-1987, nr. 15/1987, blz. 476 t/m 479).

– Met het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) vonden besprekingen plaats naar aanleiding van het door de KNMP uitgebrachte rapport inzake euthanatica. Met name de opvatting van de KNMP dat de apotheker zich een oordeel zou moeten vormen over de juistheid van de toepassing van euthanatica alvorens een voorgeschreven euthanaticum af te geven was voor het hoofdbestuur onaanvaardbaar. In het gezamenlijk overleg is dit punt tot genoegen van het hoofdbestuur opgelost.

– Het hoofdbestuur besloot dit jaar een financiële bijdrage te geven in een cassatiezaak van principiële aard welke het individuele belang van de betrokken arts verre oversteeg. In deze zaak ging het erom of en in hoeverre de arts die euthanasie toepast gerechtigd is een verklaring van natuurlijk overlijden af te geven. Zowel de rechtbank als het gerechtshof waren van oordeel dat de arts hiertoe niet gerechtigd was. Gezien de eerder vermelde, andersluidende, opvattingen van de groep-Enschede was een duidelijke uitspraak van de Hoge Raad hierover van essentieel belang. De Hoge Raad besliste, zoals hiervoor vermeld, dat bij toepassing van euthanasie geen verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven.

– Vermelding dienen hier de gesprekken die een hoofdbestuur vertegenwoordiging heeft gevoerd met de VVD- en CDA-fractie over onder meer het KNMG-standpunt inzake euthanasie.

– Naar aanleiding van uitspraken van twee bekende Belgische artsen over de wijze waarop de Nederlandse artsen euthanasie zouden toepassen heeft het hoofdbestuur een klacht tegen deze artsen ingediend bij de Belgische Orde van Geneesheren. In punt 8.2. zal nader op dit conflict worden ingegaan.

### 3.5 Medische ethiek

In het jaarverslag over 1985 is melding gemaakt van de instelling van een commissie medische ethiek als opvolger van de jaren geleden opgeheven commissie die op dit zo belangrijke terrein voor de KNMG werkzaam was. Al gauw bleek dat het goede functioneren van een KNMG-commissie medische ethiek meer professionele secretariële ondersteuning noodzakelijk maakte. Dit werd dit jaar gevonden in een samenwerkingsverband met het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Op basis van dit samenwerkingsverband is vanuit

het Centrum een medewerkster part-time permanent beschikbaar voor het geven van deskundige ondersteuning van de KNMG-commissie, terwijl voorts op projectbasis deskundige inbreng vanuit het Centrum plaats zal vinden. Voor de aanpak en verdieping van de medische ethiek uit KNMG-standpunt bezien een belangrijke ontwikkeling. Zij het ook dat de samenwerkingsovereenkomst voor beperkte duur is aangegaan teneinde na twee jaar te bezien of continuering aangewezen is.

### 3.6. Artsen en roken

In het verlengde van het besluit niet meer te roken tijdens de hoofdbestuursvergaderingen (zie punt 2.1.5) besloot het hoofdbestuur in te haken op het door de regering ingediende voorstel voor een Tabakswet. Dit gezien de belangrijke rol die artsen kunnen spelen bij het inperken van het roken. In tegenstelling tot een aantal andere nationale artsenorganisaties is de KNMG tot nog toe nauwelijks actief geweest op het gebied van het bestrijden van de schadelijke effecten voor de gezondheid van het roken. Een en ander resulteerde in een tweetal activiteiten. In de eerste plaats is een gedragsregel opgesteld die werd voorgelegd aan de Algemene Vergadering die dit voorstel met een zeer grote meerderheid aanvaardde (zie punt 2.2.2.). In de tweede plaats heeft overleg met kamerleden plaatsgevonden over het Tabakswetontwerp, hetgeen heeft geleid tot de afspraak dat de KNMG een actieve rol zal gaan spelen bij de implementatie van de wet, zodra deze door de beide Kamers is aanvaard. Een en ander in samenwerking met de Stichting Roken en Volksgezondheid.

### 3.7. Informaticabeleid

De ontwikkelingen op automatiseringsgebied, gevoegd bij de wetgeving ter waarborging van onder meer de privacy bij het hanteren van gegevensbestanden, hebben ertoe geleid dat door de commissie coördinatie ontwikkeling informaticabeleid geen duidelijk werkteerrein beschikbaar bleef, met name ook omdat zij zich onvoldoende deskundig achtte om zich met de technische aspecten van de automatisering bezig te gaan houden. In het hoofdbestuur vond derhalve een bespreking plaats over taak en positie van deze commissie. Na ampele discussie werd besloten de commissie een stand-by karakter te geven en te laten fungeren als meldingspunt voor privacy-problemen samenhangend met het koppelen van geautomatiseerde gegevensbestanden.

### 3.8. Ziekenhuis, medisch specialist en medische ethiek

Door fusie van enkele ziekenhuizen in een bepaalde regio ontstond een spanningsveld tussen de zorgvraag van in de betreffende regio woonachtige patiënten en de levensbeschouwelijke signatuur van het na de fusie ontstane ziekenhuis, waardoor tevens een paar medisch specialisten in hun beroepsuitoefening werd beperkt. Met name ging het hier om de opvattingen van het nieuwe ziekenhuisbestuur over de toelaatbaarheid van abortus provocatus en kunstmatige inseminatie.

Op verzoek van de beide specialisten heeft het hoofdbestuur een duidelijk standpunt in dit conflict ingenomen. Kernpunt van het hoofdbestuursstandpunt was de verantwoordelijkheid die elk ziekenhuis draagt ten opzichte van de in de regio woonachtige patiënten met betrekking tot het voorzieningenpakket. Anders gezegd: de gezamenlijke ziekenhuizen dienen zorg te dragen voor het beschikbaar stellen van een zo compleet mogelijk en goed bereikbaar stelsel van voorzieningen aan de gehele bevolking in die regio.

### 3.9. Amnesty International

Evenals in voorgaande jaren bereikte het hoofdbestuur een aantal

## OFFICIEEL

verzoeken van Amnesty International om in bepaalde gevallen waarin artsen om politieke redenen en zonder vorm van proces waren gevangen genomen actie te nemen.

Een bijzondere vraag betrof dit jaar of het al of niet toelaatbaar is dat artsen bij de invoering van de doodstraf zijn c.q. worden betrokken. Met Amnesty International was het hoofdbestuur van mening dat dit onder geen enkele omstandigheid medisch ethisch toelaatbaar is. Een verklaring van die strekking werd dan ook van harte door het hoofdbestuur onderschreven.

### 3.10. Johannes Wier Stichting

Conform de gemaakte afspraken (zie het vorige jaarverslag punt 3.9.) werd dit verslagjaar de administratieve ondersteuning van de Johannes Wier Stichting in goed onderling overleg beëindigd. Wel werd het bestuur van de Stichting gastvrijheid verleend voor zijn bestuursvergaderingen en werd het convoceren voor een symposium in het najaar te Leiden door het KNMG-secretariaat verzorgd.

## 4. Beroepsuitoefening

### 4.1. Automatisering

Door het SDM-bestuur werd in overleg met de VVAA besloten het beleid met betrekking tot de automatisering van en in medische praktijken te wijzigen en wel door commercie en informatievoorziening te ontkoppelen. Dit betekende dat beide organisaties zich niet meer rechtstreeks zouden bezighouden met het beleid inzake noch de voorlichting over de automatisering van de medische beroepsuitoefening doch uitsluitend met de verkoop van soft- en hardware. Om die reden werd het samenwerkingsverband Compris/SDM opgeheven. Voor de KNMG was deze, terechte, koerswijziging van SDM en VVAA aanleiding in goed overleg met de LSV en de wetenschappelijke specialistenverenigingen een informatiepunt voor medisch specialisten in de Domus Medica op te richten ter voorlichting van leden-specialisten over de automatisering in de medische praktijk.

Naast het geven van voorlichting is het de bedoeling dat het informatiepunt ook een referentiemodel met toetsingsprocedure gaat ontwikkelen opdat in de naaste toekomst softwarepakketten kunnen gaan worden getoetst. Medisch specialisten die goedgekeurde pakketten aanschaffen hebben dan de zekerheid over kwalitatief verantwoorde software te beschikken.

### 4.2. Positie huisarts in de toekomst

Het centraal bestuur van de LHV bracht in het najaar van 1987 een discussienota uit getiteld: 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Het hoofdbestuur achtte het een belangrijke nota en besloot deze door een werkgroep te laten bestuderen ter voorbereiding van de oordeelsvorming binnen het hoofdbestuur. Met name zal daarbij een toetsing van de discussienota aan het KNMG-rapport 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen' plaatsvinden.

### 4.3. Sociaal-medische begeleiding ziekteverzuim

Dit verslagjaar besprak de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het complete concept-advies sociaal-medische begeleiding (zie ook het jaarverslag over 1985 punt 4.9.). In dit concept-advies kwam de Raad tot het opstellen van een model voor de sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen, waarin het in Nederland vigerende systeem van de scheiding van behandeling en controle als een gegeven werd aanvaard. In het model is dan ook een onderscheid aangebracht tussen activiteiten verband houdend met diagnostiek en behandeling en die welke samenhangen met de werkherleving. Voor het behande-

lingsproces werd de huisarts in de meeste gevallen als de coördinator gedacht en voor het werkherlevingsproces als regel de verzekeringsgeneeskundige.

Het hoofdbestuur besprak het concept-advies in zijn novembervergadering. Aangezien het grotendeels overeenkwam met eerder door de KNMG ingenomen standpunten en met name met de inhoud van het zogeheten groene boekje van de KNMG, kon het hoofdbestuur zich zeer wel in het advies vinden, zodat zijn vertegenwoordiging in de Nationale Raad zich in positieve zin kon uitspreken.

### 4.4. Alternatieve behandelwijzen

De in het jaarverslag over 1985 aangekondigde besprekingen met landelijke organisaties van alternatief werkzame artsen resulteerden begin van dit verslagjaar in het instellen van een gezamenlijke commissie ter bestudering van de mogelijkheden tot enige vorm van erkenning van alternatief werkzame artsen te komen. Daarbij zullen met name de aspecten methodiek, indicatiestelling, kwaliteitscontrole en opleiding de bijzondere aandacht moeten krijgen. De commissie was aan het einde van het verslagjaar nog niet gereedgekomen met haar arbeid.

### 4.5. Huisarts in dienst van huisarts

In aansluiting op de mededelingen in de beide voorgaande jaarverslagen over de eventuele consequenties van een verschil in beleidsvisie tussen LHV en LAD over de financiële positie van de huisarts in dienstverband van een huisarts kan in dit verslag volstaan worden met de constatering dat geen van beide maatschappelijke verenigingen op knelpunten zijn gestoten bij hun advisering over deze problematiek.

### 4.6. Medische dossiers

Eind van het vorige jaar bracht de indertijd door het hoofdbestuur ingestelde commissie Archivering Nominale Patiëntengegevens (ANP) haar eindrapport over het medische dossier uit. Aangezien het rapport zich voornamelijk beperkte tot het medische dossier in ziekenhuizen was de LSV van mening dat bespreking in het hoofdbestuur eerst aan de orde kon komen nadat het centraal bestuur van de LSV zich zelfstandig een oordeel over opzet en inhoud van het medisch specialistendossier had gevormd. Genoemd bestuur stelde daartoe een projectgroep in die dit verslagjaar aan het bestuur van de LSV rapporteerde. Na bespreking en correctie legde het LSV-bestuur zijn rapport vervolgens aan het hoofdbestuur voor.

Voor een zinvolle bespreking van beide rapporten in het hoofdbestuur werd een andere analyse noodzakelijk geacht, welke analyse in handen werd gegeven van twee doctoraal studenten, studierichting 'Beleid en Management Gezondheidszorg' aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Eind van het verslagjaar werd met deze analyse een begin gemaakt.

### 4.7. Regionale verschillen in ziekenhuisproductie

Het hoofdbestuur ging, na overleg met de LSV, dit verslagjaar akkoord met het instellen van een onderzoek door het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) naar de regionale verschillen in productievolumina van ziekenhuizen. De bedoeling van dit onderzoek is het nagaan van de mogelijkheden van een doelmatiger aanbod en gebruik van ziekenhuisvoorzieningen per regio, alsmede het aangeven van wegen voor een regionale beheersing van de kwaliteit van de zorg.

Ter begeleiding van het onderzoek stelde het hoofdbestuur een commissie in waarin naast vertegenwoordigers van het ministerie

van WVC, dat via een subsidie het onderzoek mogelijk maakte, diverse disciplines die nauw bij de problematiek betrokken waren zitting kregen. Het onderzoek was aan het einde van het verslagjaar nog niet afgerond.

#### 4.8. Deeltijdarbeid

Door de Nederlandsche Internisten Vereeniging werd een rapport uitgebracht over deeltijdarbeid in de inwendige geneeskunde. Het hoofdbestuur toonde zich verheugd over de inhoud van dit rapport; dit te meer waar het juist deze vereniging was geweest die destijds als enige niet had willen meewerken aan het door de KNMG geëntameerde en door het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen uitgevoerde onderzoek naar deeltijdarbeid door medici. In het kader van het vervolgonderzoek, waaromtrent het hoofdbestuur nog in gesprek is met het ministerie van WVC, zou het zeer wel passen indien de internisten aan experimenten op het gebied van deeltijdarbeid zouden willen meewerken. In die zin werd aan het bestuur van de Nederlandsche Internisten Vereeniging bericht.

#### 4.9. Medische bibliotheek in ziekenhuis

De in 1985 door het hoofdbestuur ingestelde commissie die tot taak had gekregen landelijke richtlijnen op te stellen voor medische bibliotheken in algemene ziekenhuizen (zie jaarverslag 1985 punt 4.12) bracht dit verslagjaar haar rapport uit. Het hoofdbestuur kon zich met de door de commissie opgesteld basiseisen voor medische bibliotheken in ziekenhuizen verenigen en besloot in overleg met de LSV het rapport onder de ziekenhuisstaven te doen verspreiden, ervan uitgaande dat de Nationale Ziekenhuisraad de verspreiding onder de ziekenhuisdirecties zou verzorgen.

#### 4.10. Financiële opvang bij zwangerschap

In aansluiting op de mededelingen in het vorige jaarverslag over de eventuele mogelijkheden voor niet in dienstverband werkzame vrouwelijke artsen van een verzekering tegen de financiële consequenties van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een normaal verloopende bevalling en kraambed kan worden bericht dat dit verslagjaar verdere pogingen door het hoofdbestuur zijn gedaan een oplossing voor dit vraagstuk te vinden. Daartoe werd contact gezocht met het Centrum voor Vrije Beroepen, waarin alle voor eigen rekening en risico werkzame academici zijn verenigd. Helaas bleken de binnen het Centrum gebundelde organisaties niet bereid op basis van solidariteit aan de totstandkoming van een zodanige verzekering mee te werken. Des te verheugender was het daarom dat het centraal bestuur van de LHV met een voorstel voor een regeling kwam op grond waarvan het vrouwelijke huisartsen mogelijk zou worden gemaakt een zwangerschapsverlof van vooralsnog beperkte duur te genieten. Afgewacht moet worden in welke vorm deze regeling door de ledenvergadering van de LHV zal worden aanvaard en hoe die regeling dan in de praktijk gaat worden uitgevoerd. In elk geval heeft het centraal bestuur met zijn voorstel een belangrijke daad gesteld, zoals ook door het bestuur van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) werd onderkend.

### 5. Onderwijs en Wetenschappen

#### 5.1. Algemeen

##### 5.1.1. Positie academische ziekenhuizen

Begin van dit jaar besloot het kabinet akkoord te gaan met een beleidsnotitie van de bewindsman van Onderwijs en Wetenschappen (O&W) en de staatssecretaris van WVC waarin een nadere

regeling van en verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen werd voorgesteld. Op basis van dit voorstel zullen academische ziekenhuizen voortaan in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden ingepast in de provinciale planvorming van de gezondheidszorg. De minister van O&W blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de opleiding tot arts en het onderzoek in de academische ziekenhuizen.

Over deze beleidsnotitie werd ook het advies van de KNMG gevraagd. Het hoofdbestuur stond uiteraard zeer positief tegenover het voorstel de academische ziekenhuizen te integreren in het volksgezondheidsbeleid. Bovendien toonde het hoofdbestuur zich verheugd over het feit dat na een jarenlang slepende discussie nu eindelijk een oplossing, zij het een arbitraire, was gevonden voor de financiële verdeelsleutel. Positief werd ook de beëindiging van de verantwoordelijkheid van de minister van O&W voor de bedrijfsvoering van de academische ziekenhuizen beoordeeld. Duidelijk minder positief stond het hoofdbestuur tegenover het gegeven dat ondanks een verschuiving in de verantwoordelijkheden uiteindelijk de minister van O&W de primaire verantwoordelijkheid blijft dragen voor de academische ziekenhuizen.

Door de adviseur voor onderwijszaken, Dr. H. Roelink, werd een concept-reactie opgesteld waarin gedetailleerd op alle aspecten van de beleidsnotitie van minister van O&W en staatssecretaris van WVC werd ingegaan. Het hoofdbestuur kon zich geheel in deze notitie vinden, zodat deze als commentaar van de KNMG aan de bewindslieden werd aangeboden.

##### 5.1.2. Selectie medische beroepsopleidingen

In vorige jaarverslagen is al ingegaan op het vraagstuk van de selectie voor de medische beroepsopleidingen. In het jaarverslag over 1985 werd melding gemaakt van de instelling van een projectgroep met externe deskundigen om over selectiemethodieken voor de medische beroepsopleiding te adviseren. In het jaarverslag over 1986 werd mededeling gedaan van de bespreking van het rapport van de projectgroep tezamen met de adviezen van de maatschappelijke verenigingen, de colleges en de registratiecommissies. Deze bespreking resulteerde in een verzoek aan de centrale adviescommissie – waaruit de projectgroep was voortgekomen – om het rapport van de projectgroep, de adviezen van voornoemde organisaties en de resultaten van de discussie in het hoofdbestuur tot één definitief rapport te integreren. Hierin slaagde de commissie niet aangezien binnen de commissie geen overeenstemming kon worden bereikt over de toe te passen selectiemethodiek anders dan een geüniformeerde sollicitatieprocedure. Op voorstel van de commissie besloot het hoofdbestuur nog in 1986 laatstgenoemde procedure door een technische werkgroep verder uit te laten werken.

De resultaten van het werk van de technische werkgroep besprak het hoofdbestuur dit verslagjaar. De werkgroep bood een ontwerp voor een sollicitatieprocedure aan waarin de mogelijkheid van een algemene psychologische test als vorm van vóórselectie werd opengelaten. Uitgangspunten zijn een standaard-sollicitatieformulier, beoordeling van het ingevulde formulier door een selectiecommissie en een gestructureerd sollicitatiegesprek op basis van het sollicitatieformulier. Het hoofdbestuur besloot dit advies van de technische werkgroep te laten beoordelen door de wetenschappelijke specialistenverenigingen, de beroepsspecifieke verenigingen van sociaal-geneeskundigen en de universitaire huisartsinstituten. De adviezen van deze verenigingen en instituten waren aan het einde van het verslagjaar nog niet allemaal ontvangen.

##### 5.1.3. Centrale registratie

Nauw met het vorige punt samenhangend is het streven van het hoofdbestuur om tot een centrale registratie van vraag naar en



## OFFICIEEL

aanbod van opleidingsplaatsen voor de medische beroepsopleidingen te komen. Immers het grote aanbod van artsen die een vervolgopleiding willen volgen en het daardoor inmiddels ontstane stuwmeer maakten naar het oordeel van het hoofdbestuur zowel een centrale registratie als een selectieprocedure noodzakelijk.

Op initiatief van de KNMG werd tezamen met de Landelijke Belangenvereniging van Basisartsen (LBB) een onderzoek ingesteld naar de behoefte aan opleidingsplaatsen voor de medische beroepsopleidingen. De resultaten van dit onderzoek werden dit verslagjaar aan de besturen van beide organisaties aangeboden. Uit het onderzoek is onder meer gebleken dat de huisartsopleiding de grootste populariteit geniet, gevolgd door de opleidingen tot internist, chirurg, gynaecoloog en kinderarts. Meer dan de helft van de basisartsen kiest voor één van deze opleidingen.

Het hoofdbestuur besloot het rapport aan de staatssecretaris van WVC aan te bieden met de vraag of de staatssecretaris van oordeel was dat de KNMG een dergelijke centrale registratie moest gaan uitvoeren in welk geval de overheid de kosten daarvan zou dienen te dragen.

## 5.2. Voortgezette specifieke opleidingen

### 5.2.1. Besluit no. 5-1985 van het Centraal College

Zoals gemeld in het vorige jaarverslag werd begin van dat jaar een besluit van het Centraal College inzake de kwaliteitsbevordering van specialistenopleidingen door het hoofdbestuur van een negatief advies voorzien. Er werd toen besloten een gezamenlijke commissie in te stellen, waarin ook de overheid zou zijn vertegenwoordigd, die tot taak zou krijgen vast te stellen welke bezwaren er tegen het gewraakte besluit bestonden en na te gaan of en in hoeverre aan deze bezwaren tegemoet zou kunnen worden gekomen.

Het rapport van deze gezamenlijke commissie werd dit verslagjaar in het hoofdbestuur besproken. De commissie stelde voor in de plaats van het gewraakte besluit een vijftal door haar opgestelde kwaliteitsregels in de algemene eisen voor de specialistenopleidingen op te nemen. Zowel hoofdbestuur als Centraal College konden zich in dit voorstel van de commissie vinden, waarmee de bestaande controverse tot aller tevredenheid kon worden opgelost.

### 5.2.2. Centraal College voor de erkenning en registratie van medisch specialisten

Een groot aantal besluiten van het Centraal College passeerde dit verslagjaar het hoofdbestuur. Als zodanig kunnen worden vermeld:

- het besluit de geldigheidsduur van eerder genomen besluiten met betrekking tot de opleidingseisen allergologie met ten hoogste twee jaar te verlengen;
- het besluit tot erkenning van de klinische genetica als medisch specialisme;
- het besluit tot het vaststellen van de duur van de opleiding voor het specialisme klinische genetica op vier jaar, alsmede de aan deze opleiding te stellen eisen;
- het besluit tot herziening van de opleidingseisen cardiopulmonale chirurgie;
- het besluit tot herziening van de opleidingseisen radiodiagnostiek;
- het besluit tot herziening van de opleidingseisen revalidatiegeneeskunde onder gelijktijdige wijziging van de naam van het specialisme van revalidatie in revalidatiegeneeskunde;
- het besluit tot herziening van de opleidingseisen inwendige geneeskunde;
- het besluit tot herziening van de opleidingseisen heilkunde.

Al deze besluiten werden door het hoofdbestuur van een positief advies voorzien.

### 5.2.3. College voor Huisartsgeneeskunde

Door het College voor Huisartsgeneeskunde werd dit jaar één besluit aan het hoofdbestuur voorgelegd. Het betrof het besluit inzake de eisen te stellen aan een nieuwe beroepsopleiding tot huisarts met een curriculumduur van drie jaar. Het hoofdbestuur ging van harte gaarne met dit besluit akkoord en besloot in zijn brief aan de staatssecretaris van WVC te benadrukken dat de KNMG van oordeel was dat met de realisering van dit besluit een belangrijke impuls zou worden gegeven aan de politiek allerwegen onderschreven versterking van de eerste lijn en de plaats van de huisarts daarin. In verband hiermede sprak het hoofdbestuur tegelijkertijd zijn grote verontrusting uit over de nog steeds bestaande onduidelijkheid met betrekking tot de invulling van de financiële paragraaf bij deze meerjarige opleiding. Het hoofdbestuur drong er in zijn brief krachtig op aan dat op dit punt op korte termijn klaarheid zou worden verkregen. Helaas liep het allemaal anders, zoals in het volgende punt zal worden uiteengezet.

### 5.2.4. Meerjarige huisartsopleiding

Van de staatssecretaris van WVC werd bericht ontvangen dat hij overwegende bezwaren had tegen het besluit nr. 2-1986 van het College voor Huisartsgeneeskunde inzake een nieuwe beroepsopleiding tot huisarts met een curriculumduur van drie jaar. Het hoofdbestuur reageerde zeer verontwaardigd evenals het centraal bestuur van de LHV en het College voor Huisartsgeneeskunde. Pogingen van de voorzitter der KNMG de staatssecretaris van WVC tot andere gedachten te brengen hadden geen direct effect. Uiteindelijk kon een gesprek worden gearrangeerd met de directeur-generaal van de volksgezondheid waarin een compromis werd bereikt. Kern van het compromis is dat ingaande 1-1-1988 een tweejarige opleiding tot huisarts zal worden gestart met een evaluatie van twee jaar. Daarna zal worden vastgesteld of er aanleiding is de curriculumduur tot drie jaar uit te breiden dan wel op twee jaar te handhaven. Hoewel het hoofdbestuur grote moeite had met dit compromis-voorstel, gezien het feit dat een mede door de overheid ingestelde en gefinancierde onderzoekcommissie unaniem een driejarige huisartsopleiding had geadviseerd, werd na ampel beraad besloten ermee akkoord te gaan.

### 5.2.5. College voor Sociale Geneeskunde

Dit jaar bereikten geen besluiten van het College voor Sociale Geneeskunde het hoofdbestuur.

### 5.3. Post-academisch onderwijs geneeskunde (PAOG)

In het vorige jaarverslag werd bericht over een nota van het Orgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde waarin de beleidsvoornemens van dit orgaan waren neergelegd. Zoals in dat verslag vermeld besloot het hoofdbestuur eerst advies over deze nota te vragen aan de centrale besturen van de maatschappelijke verenigingen, aan de drie colleges en aan de drie registratiecommissies. Op basis van de ontvangen adviezen besprak het hoofdbestuur dit jaar de nota. Daarbij stelde het het volgende vast. Eerst verantwoordelijke voor de nascholing dient de beroepsgroep te zijn en te blijven. De KNMG is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de beroepsopleidingen. Aangezien de nascholing in het verlengde van deze opleidingen ligt moet deze één samenhangend geheel met de beroepsopleidingen vormen. Daarbij is samenwerking met de medische faculteiten en de specifieke inbreng van de wetenschappelijke verenigingen van groot belang. Bij het opstellen van eisen voor de nascholing zullen 'derden', waaronder patiëntenverenigingen en financiers, moeten worden betrokken. Besloten werd in deze geest aan het Orgaan PAOG te berichten.

## 6. KNMG en gezondheidszorg

### 6.1. Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (FOGM)

Evenals in voorgaande jaren bracht de KNMG-commissie financieel overzicht gezondheidszorg (FOG), na goedkeuring door het hoofdbestuur en de centrale besturen der maatschappelijke verenigingen, advies uit aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) als bijdrage aan de door deze Raad aan het ministerie van WVC uit te brengen beleidsnota ten behoeve van het FOGM-1989.

Het hoofdbestuur liet het advies van zijn commissie FOG vergezeld gaan van een begeleidend schrijven waarin er bij de raad op werd aangedrongen op te komen voor het behoud van de kwaliteit van de gezondheidszorg nu de regering er steeds weer blijk van gaf te volharden in een opportunistisch bezuinigingsbeleid zonder blijkbaar rekening te willen houden met de eventuele repercussies daarvan voor de kwaliteit van de zorg en voor de motivatie van het veld. Het hoofdbestuur hield de raad voor dat eerst over de problematiek van substitutie dan wel kostenbesparing meegedacht zou kunnen worden als de overheid de bereidheid zou tonen het vereiste kwaliteitsniveau in de gezondheidszorg te willen waarborgen.

In het advies van de KNMG-commissie FOG werd aandacht gevraagd voor de onvoldoende steun van de overheid voor de versterking van de eerste lijn; voor de ontoereikende financiering van een tweejarige, laat staan driejarige, huisartsopleiding; voor het uitblijven van de goedkeuring van de overheid voor het kostenbudget voor de nascholing; voor de geringe bereidheid tot medewerking aan het terugbrengen van de normatieve praktijkomvang mede gelet op de taakverzwaring van de huisarts, bijvoorbeeld door het streven van de overheid naar meer thuiszorg. Voorts werd in het advies gewezen op het belang van een instroombevordering in specialistenpraktijken gezien de onaanvaardbaar lange werktijden van assistent-geneeskundigen en medisch specialisten. Met betrekking tot het substitutiebeleid werd verbazing uitgesproken over het feit dat de overheid nog steeds geen financieringsmaatregelen had getroffen om een vervanging, waar mogelijk van klinische door poliklinische zorg te realiseren. Tenslotte werd uitgebreid aandacht gevraagd voor het belang, met name ook uit kosten oogpunt, van een goede collectieve preventieve zorg.

### 6.2. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg

In het vorige jaarverslag werd in de punten 6.9 en 6.11 melding gemaakt van de eerste reacties van het hoofdbestuur op de passages in het regeerakkoord met betrekking tot het voornemen tot instellen van een onafhankelijke commissie 'Structuur en financiering gezondheidszorg' en op het functioneren van deze commissie na haar installatie.

Dit jaar heeft het hoofdbestuur tezamen met de centrale besturen van de maatschappelijke verenigingen veel tijd en energie gestoken in het becommentariëren van het rapport van voornoemde commissie en de daarop geënte kabinetsvoorstellen. Verheugend is het daarbij te kunnen constateren dat binnen de Domus Medica een eendrachtige samenwerking heeft plaatsgevonden. Daardoor kon een gezamenlijk commentaar worden opgesteld, aangevuld met specifieke reacties.

De commissie structuur en financiering gezondheidszorg, kortweg commissie Dekker geheten, bracht haar advies in een rapport 'Bereidheid tot verandering' al in maart uit. Kernpunten van het advies waren: basisverzekering voor iedereen, substitutie, concurrentie, kwaliteit en regio-beleid. Al tijdens de aprilbijeenkomst van de Algemene Vergadering werd ruime aandacht aan het rapport van de commissie Dekker besteed. Zoals in punt 2.2.1. vermeld

werd tijdens een openbare bijeenkomst, waar ook diverse kamerleden aanwezig waren, het rapport toegelicht door de vicevoorzitter van de commissie, Prof. Dr. A. J. Dunning. Door de co-referenten Bessens en Kastelein werd commentaar geleverd, waarna een forumdiscussie onder leiding van Prof. Mr. W. B. van der Mijl plaatsvond.

Nog vóór de Algemene Vergadering plaatsten de voorzitters van KNMG, LAD, LHV, LSV en LVSG al een eerste gezamenlijke reactie op het rapport in de voorzitterskolom van Medisch Contact (zie MC nr. 14 van 3-4-1987, blz. 420). Deze eerste reactie werd door een veel uitgebreider commentaar gevolgd (zie MC nr. 17 van 29-4-1987, blz. 539-543) dat namens de vijf verenigingen aan de Tweede Kamer en de minister van WVC werd aangeboden. De voorbereiding van dit commentaar vond plaats tijdens het studieweekend van het hoofdbestuur waarin uitgebreid aandacht aan het Dekker-rapport werd besteed. Op 6 mei vonden bilaterale gesprekken plaats tussen de minister-president en de meest bij het rapport-Dekker betrokken ministers enerzijds en vertegenwoordigers van enkele landelijke organisaties, waaronder de KNMG, anderzijds. De KNMG-voorzitter is tijdens dit gesprek met name op de punten concurrentie, kwaliteit en regio-beleid ingegaan (zie MC nr. 22 van 29-5-1987, blz. 696 en 697).

De hoorzitting van de Tweede Kamer over het rapport-Dekker vond eerst 31 augustus plaats. Voordien hebben voorzitters van KNMG, NZR, VNZ, NRV en LPCP een gezamenlijk schrijven aan de minister en de staatssecretaris van WVC verzonden (zie MC nr. 28 van 10-7-1987, blz. 890) waarin werd gereageerd op de eerste reactie in hoofdlijnen van de regering op het rapport. Hoofdbestuur der KNMG en centrale besturen der maatschappelijke verenigingen reageerden in een gezamenlijk schrijven eveneens op dit regeringsstandpunt. Ook deze reactie werd aan de Tweede Kamer aangeboden (zie MC nr. 30 van 24-7-1987, blz. 944), mede als voorbereiding op de hoorzitting.

Naast deze activiteiten richting regering en parlement heeft het hoofdbestuur ook in eigen kring de nodige aandacht aan 'Bereidheid tot verandering' gegeven. Met name werd besloten de aspecten 'kwaliteit' en 'regiobeleid' verder uit te diepen waarbij voor wat betreft de kwaliteit een soort KEMA-keur voor ogen stond. De werkgroep 'commercialisering gezondheidszorg' kreeg de opdracht de kwaliteit van het medisch handelen en de rol die de KNMG daarin zou moeten spelen nader te analyseren. De commissie regionalisatie leek de geëigende commissie voor de bestudering van een regiobeleid.

Tenslotte dient vermeld dat in dit verslagjaar ook in de voorzitterskolom een paar maal aandacht is besteed aan het rapport-Dekker en dat tijdens de in punt 3.4. vermelde gesprekken met kamerleden uiteraard ook over dat rapport is gesproken.

### 6.3. Nota 2000

Zoals in het jaarverslag 1986 is gemeld werd door het hoofdbestuur een commissie ingesteld om de lijvige 'Nota 2000' van het ministerie van WVC te bestuderen ter voorbereiding van een bespreking in het hoofdbestuur. Bovendien was het de taak van de hoofdbestuurscommissie nauw voeling te houden met de KNMG-vertegenwoordigers in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), welke raad zich eveneens over de 'Nota 2000' aan het buigen was. Door deze werkwijze kon de KNMG al in een vroeg stadium commentaar leveren op de concept-commentaren van de raad, waardoor kon worden bereikt dat het uiteindelijke raadscommentaar in belangrijke mate overeenkwam met de inzichten van de hoofdbestuurscommissie.

### 6.4. Commercialisering in de gezondheidszorg

De introductie door een Nijmeegse specialist van zogeheten



medisch-diagnostische adviescentra waarvoor hij de (financiële) steun verwierf van het Vendex-concern veroorzaakte in 1986 de nodige beroering. Dit jaar kreeg zijn initiatief een onverwacht vervolg doordat het provinciebestuur van Gelderland besloot een experiment op te zetten gebaseerd op de filosofie van de medisch-diagnostische centra. Het provinciaal bestuur werd hiertoe overigens door de staatssecretaris van WVC aangemoedigd. Ondanks een negatief advies van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid bleek het provinciaal bestuur toch van plan het experiment te gaan uitvoeren. Daartoe behoeft het echter de steun van de staatssecretaris die op zijn beurt ter onderbouwing daarvan advies vroeg aan onder meer de Ziekenfondsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Door deze adviesaanvraag werd het hoofdbestuur in de gelegenheid gesteld zijn oordeel over de Gelderse plannen te geven. Het hoofdbestuur wees het experiment af op dezelfde gronden als de Provinciale Raad. Deze gronden waren onder meer: het accentueren en er uitlichten van technisch-diagnostische onderzoeken past niet in de huidige opvattingen, waar men zich juist in toenemende mate rekenschap geeft van de begrensde voordelen van eenzijdige nadruk op technische diagnostiek. Voorts zijn de ervaringen met diagnostische centra te Maastricht en in het Oudenrijn Ziekenhuis te Utrecht uitvoerig geëvalueerd waarbij een duidelijke effectmeting niet mogelijk bleek door versturende variabelen. Ditzelfde risico is in het voorgestelde experiment in sterke mate aanwezig. Gebieken is ook dat het experiment niet door alle betrokkenen wordt gedragen, zodat niet zonder meer op aller medewerking kan worden gerekend. Vooral dit laatste argument, gevoegd bij het feit dat de deelnemers aan het experiment in een bevoorrechte positie ten opzichte van andere hulpverleners kwamen te verkeren, gaven de doorslag bij het afwijzend standpunt van het hoofdbestuur.

#### 6.5. Bedrijfsgezondheidszorg

Reeds in 1980 werd door onder meer de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid advies gevraagd aan de Centrale (later: Nationale) Raad voor de Volksgezondheid over de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Eenzelfde advies van de bewindsman van Sociale Zaken bereikte het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde (later Bedrijfsgezondheidszorg). Door Raad en College werd een gezamenlijke commissie ingesteld die in 1983 het eerste deelrapport over de bedrijfsgezondheidszorg bij gemeenten uitbracht. De Nationale Raad besprak het rapport doch bracht het nog niet uit in afwachting van de behandeling daarvan in de inmiddels opgerichte Arboraad, waarvan het bovengenoemde College van Bijstand en Advies een onderdeel was gaan vormen. De Raad wacht nog steeds.

Inmiddels was de gezamenlijke commissie verder gegaan met de behandeling van de adviesaanvraag uit 1980 en bereidde een deelrapport over de relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en overige gezondheidszorg voor. Het feit dat de Arboraad zonder enig overleg met de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) zelfstandig een rapport uitbracht over de bedrijfsgezondheidszorg bij gemeenten, gevoegd bij de vertragende procedure in de Arboraad deed de NRV ertoe besluiten niet langer gezamenlijk te adviseren. Reden waarom een nieuwe commissie werd ingesteld die het vraagstuk van de relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en overige gezondheidszorg in behandeling nam. Wel werd de gezamenlijke commissie gehandhaafd met als taakopdracht de beide deeladviezen tot één geheel samen te smeden. Nieuwe verwickelingen goiden roet in het eten. Weliswaar werd een gecombineerd advies opgesteld doch dit werd niet overgenomen door de NRV maar verkreeg de status van commissierapport. Het hoofdbestuur achtte al deze complicaties gelet op het belang van de materie van ondergeschikte aard en besprak het concept-

advies van de gecombineerde commissie inzake de relatie tussen bedrijfsgezondheidszorg en overige zorg. Het advies gaat vooral in op de verschillende aspecten van de preventieve gezondheidszorg – waarvan de bedrijfsgezondheidszorg onderdeel uitmaakt – alsmede op de relatie van de preventieve gezondheidszorg met de curatieve zorg en stelt vast dat in het beleid een duidelijke accentverschuiving richting preventieve zorg zal moeten plaatsvinden. Het hoofdbestuur kon zich grotendeels in het advies vinden, zij het dat het van mening was dat extra aandacht diende te worden besteed aan de positie van de huisarts in het kader van de samenwerking op microniveau met betrekking tot de continuïteit van de zorg. Voorts benadrukte het hoofdbestuur het belang van het afstemmen van dit deeladvies op de rapportage van de raadscommissie sociaal-medische begeleiding.

#### 6.6. Bezuinigingsmaatregelen en de relatie KNMG-overheid

Medio dit jaar ontving het hoofdbestuur een uitnodiging om op zeer korte termijn tezamen met vertegenwoordigers van andere gezondheidszorgorganisaties met de staatssecretaris van WVC bijeen te komen. Aangezien het onderwerp van gesprek onduidelijk was werd navraag gedaan. Daarbij bleek dat de heer Dees over de kabinetsbesluiten inzake de ziekenfondspremie en eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden wilde praten. Toen vervolgens duidelijk werd dat van een uitwisseling van gedachten geen sprake zou zijn maar dat zou worden volstaan met het mededelen van de betreffende besluiten heeft het hoofdbestuur besloten het volgende telegram aan de staatssecretaris te zenden: 'De KNMG is niet bereid op zo korte termijn gevolg te geven aan uw, verder niet gemotiveerde, uitnodiging. Voor een adequaat voorbereid overleg met diepgang staat de KNMG altijd open'. Verheugend is dat de maatschappelijke verenigingen en de Nationale Ziekenhuisraad zich bij dit hoofdbestuursstandpunt hebben aangesloten. Dit voorval is overigens illustratief voor de relatie tussen de gezondheidszorgorganisaties en de staatssecretaris van WVC.

#### 6.7. Eigen bijdrage specialistische hulp

Eveneens halverwege het jaar vroeg de staatssecretaris van WVC advies aan de Ziekenfondsraad inzake de invoering van een eigen bijdrage terzake van specialistische hulp. In de adviesaanvraag werd een bedrag van f 25,— per verwijs- c.q. jaarkaart voorgesteld met een op grond van het advies van de raad nader vast te stellen maximering. Het hoofdbestuur wees een eigen bijdrage voor specialistische hulp af aangezien het van mening was dat van een dergelijke regeling tevoren al vast stond dat het niet aan zijn doel zou beantwoorden, doch integendeel negatief ten aanzien van de kwaliteit van de zorg zou uitwerken. Bovendien voelde het hoofdbestuur niets voor het nemen van geïsoleerde maatregelen.

#### 6.8. Beddenreductie

Halverwege het jaar werden de plannen van de staatssecretaris van WVC bekend inzake een reductie van ziekenhuisbedden en medisch-specialistische functies. Het hoofdbestuur besloot een reactie van de LSV op deze plannen te ondersteunen. In de LSV-reactie wordt de staatssecretaris er onder meer op gewezen dat zijn voorstellen tot functie- en beddenreductie niet vergezeld gaan van voorstellen welke de substitutiegedachte van de commissie Dekker gestalte tracht te geven. Voorts zal een functiereductie op z'n minst leiden tot, eventueel aanzienlijke, wachttijden. De plannen houden geen rekening met de verschuiving die heeft plaatsgevonden van minder naar meer arbeidsintensieve patiëntengroepen. Kortom plannen waarvan de patiënt het kind van de rekening zal gaan worden. Een ontwikkeling die het hoofdbestuur grote zorgen baart.

## 7. KNMG en wetgeving

### 7.1. Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG)

In aansluiting op het vorige jaarverslag kan worden bericht dat de door het hoofdbestuur ingestelde begeleidingscommissie zich dit jaar vooral heeft beziggehouden met het vraagstuk van de voorbehouden handelingen. Eén van de pijlers waarop het wetsvoorstel berust zijn de artikelen die regelen welke beroepsbeoefenaren bij uitzondering zogeheten voorbehouden handelingen mogen verrichten. Tot deze voorbehouden handelingen behoren: heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, catheterisaties en endoscopieën, injecties, puncties, het brengen onder narcose en handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radio-actieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Naast de vraag of nieuwe handelingen (toepassing van laserstralen bijvoorbeeld) zouden moeten worden toegevoegd en de vraag of bepaalde in het wetsvoorstel al vermelde beroepen (klinisch chemici, mondhygiënisten) nu wel bevoegd moesten worden verklaard tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen, ging het in dit verslagjaar vooral om de positie van de verpleegkundigen in relatie tot de voorbehouden handelingen. En dit gezien de ervaringen in de dagelijkse praktijk waar verpleegkundigen bijvoorbeeld injecties toedienen buiten aanwezigheid van de arts.

De commissie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) die de adviezen van de raad met betrekking tot de wet BIG voorbereidt, bracht een advies uit waarin werd voorgesteld vier niveaus van bekwaamheid te onderscheiden gebaseerd op het opleidingsniveau, het gebied van deskundigheid en de praktijk van de individuele gezondheidszorg. Hiervan uitgaande werd voorgesteld een nieuwe bepaling in de wet op te nemen op grond waarvan beroepsbeoefenaren bepaalde voorbehouden handelingen mogen verrichten indien zij bekwaam geacht worden deze handelingen functioneel zelfstandig, dat wil zeggen zonder toezicht, uit te voeren en mits dat geschiedt op voorschrift en aanwijzing van een arts.

Aangezien met deze voorstellen van de raadscommissie de lijn werd doorgetrokken van het eerder vastgestelde raadsadvies inzake de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen in de extramurale gezondheidszorg – welk advies ook de steun van het hoofdbestuur had – kon de begeleidingscommissie het hoofdbestuur adviseren de gedachten van de raadscommissie te ondersteunen. Hetgeen geschiedde.

### 7.2. Tabakswet

Dit jaar behandelde de Tweede Kamer de Tabakswet. Naar aanleiding hiervan stuurde het hoofdbestuur een telegram aan de leden van de Tweede Kamer waarin de bezorgdheid van het hoofdbestuur werd uitgesproken over de schadelijke gevolgen van roken op de volksgezondheid en kritiek werd uitgeoefend op de terughoudende wijze waarmee de Tabakswet het werkprobleem benaderde. In punt 3.6. is melding gemaakt van de overige activiteiten van het hoofdbestuur op dit gebied.

## 8. KNMG en buitenland

### 8.1. Afdeling buitenland en Comité Permanent

De werkzaamheden van de afdeling buitenland (secretaris-arts Th. M. G. van Berkestijn en mevr. M. Th. van der Meulen) bestonden in het verstrekken van informatie in het kader van de ledenservice aan buitenlandse en Nederlandse collegae die overwegen zich in Nederland respectievelijk in het buitenland te vestigen, in de relatie

die wordt onderhouden met de Conférence International des Ordres (waarbij de KNMG de status van waarnemer bekleedt. Zie voorts punt 8.3.), in de deelname aan de activiteiten van het Comité Permanent van artsen van de EG (CP) en tenslotte in het periodiek informeel overleg tussen artsenorganisaties die in de afgelopen jaren de World Medical Association (WMA) hebben verlaten (zie punt 8.4.). De samenstelling van de Nederlandse delegatie bij het CP, onder leiding van collega Dr. J. L. A. Boelen werd niet gewijzigd. Het presidium en secretariaat van het CP waren dit jaar in handen van de Deutsche Ärztekammer te Keulen.

Een belangrijk gespreksonderwerp in het CP vormde dit jaar de euthanasie. Hierop zal in punt 8.2. nader worden ingegaan.

Belangrijke onderwerpen die dit verslagjaar voorts in het CP aan de orde kwamen betroffen onder meer het AIDS-vraagstuk, de sociale verzekeringsstelsels, de bedrijfsgeneeskunde, medisch-ethische vraagstukken en de versteviging van de contacten met het Europese parlement en de WHO. Ook heeft het CP zijn ongerustheid uitgesproken over de stagnerende activiteiten van het Raadgevend Comité van de Medische Opleiding te Brussel als gevolg van ontbrekende financiële middelen. Zowel binnen als buiten Nederland is door bepaalde organisaties en personen wel de indruk gewekt dat de verwikkelingen met betrekking tot het euthanasievraagstuk er oorzaak van zijn geweest dat het presidium en het secretariaat van het CP per 1-1-1989 niet aan Nederland zijn toegewezen, zoals in 1985 afgesproken, maar aan het nieuwe lid van het CP, Spanje. Dit geheel ten onrechte want het is vaste gewoonte bij het CP om nieuwe leden – in dit geval de nationale artsenorganisaties van Spanje en Portugal – het eerstvolgende voorzitterschap en secretariaat van het CP toe te wijzen.

De voor de Nederlandse delegatie uiterst onaangenaam verlopende discussies over euthanasie met de negatieve uitstralingen daarvan in de media riepen bij het hoofdbestuur de vraag op of het nog wel zinvol was lid van het CP te blijven. Het feit dat momenteel de EG-richtlijnen inzake artsenopleidingen, registratie, etc. volop binnen het CP aan de orde zijn deden het hoofdbestuur besluiten vooralsnog het lidmaatschap te continueren.

### 8.2. Comité Permanent en euthanasie

Zoals eerder vermeld (zie punt 3.4.) deed zich dit verslagjaar een conflict voor met twee Belgische artsen die binnen de Belgische artsenorganisaties belangrijke functies bekleden. Zowel in de schrijvende media als voor radio en TV lieten deze artsen zich zeer negatief uit over de Nederlandse artsen die volgens hun zeggen op laakbare wijze euthanasie toepasten in duizenden gevallen per jaar. Daarbij schroomden deze twee artsen niet vergelijkingen met het Nazitijdperk te trekken.

Het hoofdbestuur heeft fel gereageerd op deze tendentieuze en volstrekt onterechte berichtgeving. In de eerste plaats is tegen beide artsen een klacht ingediend bij de Vlaamse en Waalse Kamer van de Orde van Geneesheren, ook al verwachtte het hoofdbestuur hier niet veel van gezien het feit dat de uitspraak niet openbaar wordt gemaakt, noch de klager deze verneemt.

In de tweede plaats heeft het presidium van de KNMG een pittig onderhoud gehad met het Duitse presidium van het CP, waarin is geëist dat het presidium zich zou distantieëren van de uitlatingen van de beide Belgische artsen, tevens lid van het CP. Dit laatste is gebeurd, zij het enigszins gemitigeerd. Bovendien heeft met de voorzitter van het CP als gespreksleider een gesprek plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de Nederlandse en Belgische delegatie in het CP over de wijze waarop door de Belgische artsen de publiciteit is gezocht over het euthanasievraagstuk, waarbij niet is geschroomd tegen alle regels van het CP in mededelingen te doen – die bovendien tendentiekus waren – vanuit het CP.

Door de subversieve acties van de beide Belgische artsen werd de euthanasiediscussie in het CP uitermate vertroebeld. Juist binnen

## OFFICIEEL

een internationale organisatie, waar al te gemakkelijk misverstanden ontstaan door taalproblemen, vereist de discussie over een moeilijk vraagstuk als euthanasie de grootste om- en voorzichtigheid. Begripsverwarringen ontstaan gemakkelijk en vertroebelen de discussie. Juist toen binnen de commissie medische ethiek een voor allen aanvaardbaar rapport over het euthanasievraagstuk was opgesteld gooiden de beide Belgen roet in het eten. Hierdoor kon het zelfs gebeuren dat het CP een motie aannam, met de stem van Nederland tegen en een Deense onthouding, waarin iedere medische handeling die het opzettelijk teweegbrengen van de dood tengevolge heeft als een onethische daad moet worden beschouwd. Deze motie stond immers haaks op hetgeen in de medisch-ethische commissie van het CP met zoveel moeite bereikt was.

Het hoofdbestuur overlegde enkele malen met de Nederlandse delegatie in het CP over de wijze waarop de delegatie zich zou moeten opstellen. Afgesproken werd dat tot het uiterste zou worden getracht aan de leden van het CP duidelijk te maken wat het Nederlandse standpunt inzake euthanasie nu werkelijk behelst; dat een herhaling van het gebeuren met de Belgische artsen echter onder geen beding zou worden geaccepteerd en dat in het uiterste geval het lidmaatschap van het CP zou worden opgezegd. Overigens heeft het beleid en de houding van de Nederlandse delegatie aanzienlijk meer begrip bij de leden van het CP ontmoet dan die van de Belgische delegatie.

### 8.3. Europese medisch-ethische code

Binnen de Conférence Internationale des Ordres, een overlegorgaan van Westeuropese publiekrechtelijke artsenorganisaties waarin de KNMG als privaatrechtelijke organisatie de status van waarnemer heeft, is enkele jaren geleden het initiatief genomen om tot een internationale medisch-ethische code te komen. Een belangrijke aanleiding tot dit initiatief was het gegeven dat binnen het Europese Parlement moties waren aangenomen waarin er bij de lidstaten op werd aangedrongen de artsenorganisaties minder macht en invloed te geven op onder andere medisch-ethisch terrein. Ruim drie jaar van noeste arbeid van met name de Belgische arts Farber heeft tenslotte geresulteerd in een concept voor een Europese medisch-ethische code. Dit concept werd door het hoofdbestuur besproken waarbij kon worden vastgesteld dat het paste binnen het huidige KNMG-beleid en niet in strijd was met door de KNMG vastgestelde gedragsregels voor artsen. De code werd vervolgens besproken in het CP waar enkele artikelen, waaronder die over de stervensbegeleiding, over het geen bezwaar- of toestemmingssysteem en over de honorering veel stof tot discussie opleverden. Uiteindelijk werd op alle punten overeenstemming bereikt.

sie opleverden. Uiteindelijk werd op alle punten overeenstemming bereikt.

### 8.4. Internationale conferentie

Sinds een tiental jaren vinden periodiek internationale conferenties plaats die aanvankelijk bedoeld waren de deelnemers op de hoogte te brengen van de structuur en organisatie van de gezondheidszorg in het gastland en de rol die de gastorganisatie daarin speelde. Na het uitreden van de Scandinavische artsenorganisaties en de KNMG uit de WMA kwam het accent steeds meer te liggen op het bespreken van actuele, gemeenschappelijke problemen van medisch-ethische vraagstukken. Van de aanvang af namen naast de KNMG en de Scandinavische artsenorganisaties, de British Medical Association en de Irish Medical Association aan deze conferenties deel. Inmiddels is het gezelschap uitgebreid met de Canadese en de Nieuw-Zeelandse artsenorganisaties, terwijl dit jaar ook Jamaica was vertegenwoordigd.

Tijdens de conferentie die dit verslagjaar in Toronto plaatsvond kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: a. de positie van de deelnemers ten opzichte van de WMA; b. de positie van de deelnemers ten opzichte van de WHO; c. medical manpower planning; d. het voeren van acties, met name de ethische aspecten daarvan en het effect; e. gezondheidszorg bij beperkte middelen en commercialisering.

Ten aanzien van het eerste onderwerp werd vastgesteld dat alle deelnemers het van belang achtten dat er een gezaghebbende wereldwijde artsenorganisatie zou zijn. Tezelfdertijd werd geconstateerd dat de invloed van de WMA teneinde was. Zo wordt de WMA niet meer door de WHO erkend als toonaangevend gezelschap voor medisch-ethische kwesties.

Anderzijds is vooralsnog niet te verwachten dat de American Medical Association te vinden zal zijn voor een alternatieve wereldwijde artsenorganisatie naast de WMA. Vooralsnog geven de deelnemers dan ook de voorkeur aan een terugkeer in de WMA. Daartoe zou echter aan een viertal voorwaarden moeten worden voldaan, te weten: leden van de WMA dienen representatief te zijn voor de artsen in hun eigen land, WMA-leden moeten onafhankelijk zijn van hun regeringen, er moet een meer democratisch stelsysteem komen dat de macht – niet zoals thans het geval is – overwegend bij enkele grote artsenorganisaties (Amerika, Duitsland, Japan) legt en de regels van de WMA mogen het niet onmogelijk maken dat verklaringen en dergelijke welke van belang zijn voor de medische professie worden tegengehouden. Het hoofdbestuur besprak de resultaten van de conferentie te Toronto en aanvaardde de vier voorwaarden voor terugkeer in de WMA.

## BIJLAGE

### Samenstelling hoofdbestuur

De samenstelling van het hoofdbestuur was in het jaar 1987 als volgt (het jaar achter de naam geeft aan het jaar aan het eind waarvan het lid aftreedt):

W. H. Cense, voorzitter (1988)  
M. L. van Weert-Waltman (1988)  
Prof. Dr. P. E. Voorhoeve (1990)  
J. J. Blom (1988)  
J. E. Reinders (1987)  
P. C. H. M. Holland (1991)  
Dr. C. J. Jonkman (1987)  
Prof. Dr. W. J. Schudel (1989)  
P. J. van Wiechen (1989)  
P. B. L. Attema (1992)  
Prof. Dr. J. G. van Dijk (1991)  
W. B. J. Funk (1990)  
H. P. A. F. Hoeben (1992)  
M. C. P. J. Verpalen (1992)  
J. J. van IJssel (1992)  
J. C. F. M. Aghina, voorzitter LAD  
Dr. M. van Leeuwen, ondervoorzitter LAD  
A. M. C. van de Zandt, voorzitter LHV

A. C. J. van der Hoeven, lid CB-LHV  
C. F. A. Heijen, voorzitter LSV  
R. A. F. de Lind van Wijngaarden, lid CB-LSV  
Dr. C. Hermann, voorzitter LVSG  
J. M. H. Verhagen-Flieringa, ondervoorzitter LVSG

Aan de vergaderingen van het hoofdbestuur namen deel:

E. Iwema Bakker, vertegenwoordiger Medisch Contact  
Prof. Dr. J. C. van Es, hoofdredacteur Medisch Contact (tot 1 september 1987)  
Prof. Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur Medisch Contact (vanaf 1 september 1987)  
J. Diepersloot, secretaris-generaal van de Maatschappij met adviserende stem  
Th. M. G. van Berkestijn, secretaris van de Maatschappij  
G. J. Eikmans, secretaris p.r. van de Maatschappij  
Prof. Mr. W. B. van der Mijn, adviseur van de Maatschappij  
Mr. W. R. Kastelein, secretaris van de Maatschappij  
Dr. J. J. H. M. Daniëls, vertegenwoordiger namens de Maatschappij in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Na diens overlijden op 6 maart 1987 werd in zijn plaats benoemd Z. S. Stadt  
S. van Randen, vertegenwoordiger namens de Maatschappij in de Ziekentondsraad

### Samenstelling dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter  
M. L. van Weert-Waltman, ondervoorzitter  
Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, ondervoorzitter  
J. J. Blom, lid  
J. E. Reinders, lid  
P. C. H. M. Holland, plv. lid  
Dr. C. J. Jonkman, plv. lid  
Prof. Dr. W. J. Schudel, plv. lid  
P. J. van Wiechen, plv. lid  
J. C. F. M. Aghina, voorzitter LAD  
A. M. C. van de Zandt, voorzitter LHV  
C. F. A. Heijen, voorzitter LSV  
Dr. C. Hermann, voorzitter LVSG

Aan de vergadering van het dagelijks bestuur namen deel:

J. Diepersloot, secretaris-generaal met adviserende stem  
Th. M. G. van Berkestijn, secretaris  
G. J. Eikmans, secretaris public relations  
Prof. Mr. W. B. van der Mijn, adviseur  
Mr. W. R. Kastelein, secretaris.



## Besluit Reumatologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 2 - 1986 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme reumatologie bevat. Het besluit treedt in werking op 15 augustus 1988.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris

### Besluit nr. 2/1986-Reumatologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medisch specialisten in vergadering bijeen op 17 maart 1986; gezien het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme reumatologie;

*overwegende dat de opleiding in de reumatologie zelf, welke tot dusverre twee jaar duurt, dient te worden uitgebreid tot drie jaar, waardoor met name de noodzakelijk geachte stagemogelijkheden worden verruimd;*

*in aanmerking nemende dat de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen op 27 januari 1982 haar goedkeuring heeft gehecht aan de nieuwe opleidings-eisen;*

*gehoord de Specialisten Registratie Commissie;*

*gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;*  
*heeft besloten*

Besluit nr. 1 - 1977 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te leggen.

De duur van de opleiding voor het specialisme reumatologie is zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2 - 1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1 - 1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd:

De zes jaar opleiding bestaat met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, uit drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde, gevolgd door drie jaar opleiding in de reumatologie. De drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde wordt gevolgd in een voor dit specialisme erkende opleidingsinrichting. De drie jaar opleiding in de reumatologie wordt gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting, te weten: een algemeen ziekenhuis met een afdeling reumatologie of een inrichting voor reumatologie (met inachtneming van hetgeen in punt II.3. van het opleidingsschema is bepaald).

Aan de algemene eis van A.13 wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de zorg heeft voor het aantal patiënten genoemd in de bijzondere eis C.11.;

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de oplei-

ding wetenschappelijke vergaderingen bezoekt en ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp, de reumatologie betreffende, een voordracht houdt of een artikel publiceert.

Ingevolge A.22 van de algemene eisen geven zowel de opleider in de inwendige geneeskunde als die in de reumatologie de noodzakelijke beoordelingen af; de opleider in de inwendige geneeskunde brengt de door hem gegeven beoordelingen ter kennis van de opleider in de reumatologie.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen moet:

in een algemeen ziekenhuis met een afdeling reumatologie en in een inrichting voor reumatologie een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 600 zijn.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a. wordt voor een algemeen ziekenhuis met een afdeling reumatologie het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Aan de algemene eis van C.1. sub b. wordt toegevoegd, dat de afdeling reumatologie gebruik moet kunnen maken van de diensten van een afdeling fysische therapie en een afdeling ergotherapie.

Ingevolge C.2 van de algemene eisen is voor een algemeen ziekenhuis met een afdeling reumatologie bovendien het volgende vereist:

a. In het ziekenhuis moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anesthesiologie, kindergeneeskunde, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, oogheelkunde en orthopedie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

b. Als consulent moeten regelmatig kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, longziekten en tuberculose, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie, revalidatie en urologie in het register zijn ingeschreven.

c. In het ziekenhuis moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heilkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

d. De afdeling reumatologie moet gebruik kunnen maken van de diensten van maatschappelijk werk.

Ingevolge C.3. van de algemene eisen is voor de erkenning van een inrichting voor reumatologie als opleidingsinrichting het volgende vereist:

1. In de inrichting moeten regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen anesthesiologie, cardiologie, dermatologie, gastro-enterologie, heilkunde, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, oogheelkunde, orthopedie, pathologische anatomie, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie, radiodiagnostiek c.q. radiologie, revalidatie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

2. Aan de inrichting moeten ter beschikking staan de diensten van een pathologisch-anatomisch, een bacteriologisch-serologisch en een klinisch-chemisch laboratorium, een afdeling voor röntgenonderzoek en een afdeling fysische en ergotherapie.

## OFFICIEEL

3. De inrichting moet gebruik kunnen maken van de diensten van maatschappelijk werk.

Ingevolge C.11 van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. In de opleidingsinrichting dient het aantal opnames  $100 \pm 20$  per jaar te zijn.

2. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg hebben over ten minste 10 en ten hoogste 25 patiënten.

3. In de opleidingsinrichting moet behalve de erkende opleider ten minste één specialist, die voor het specialisme reumatologie in het register van erkende specialisten is ingeschreven en, evenals de opleider, in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

4. De ratio specialisten: assistent-geneeskundigen dient ten minste 1:1 te zijn.

De bepalingen C.12 sub b. van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. In de bibliotheek van een opleidingsinrichting moeten aanwezig zijn ten minste 5 vaktijdschriften en de gangbare handboeken op het gebied van de reumatologie.

2. Het instrumentarium moet voldoende zijn voor een goede opleiding voor het specialisme. Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

#### Opleidingsschema

##### I. Voor de opleiding in de inwendige geneeskunde

1. De drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde dient op het brede spectrum van de inwendige geneeskunde gericht te zijn.

2. De opleiding dient te beginnen met 2 jaar algemene interne kliniek. In die periode mogen geen poliklinische werkzaamheden worden verricht, anders dan voor nabehandeling van door de assistent-geneeskundige zelf ontslagen patiënten.

3. In het derde jaar dient bij voorkeur een stage cardiologie en een stage longziekten plaats te vinden. Ieder van deze stades moet ten minste drie en mag ten hoogste zes maanden duren.

4. De drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde dient in een voor de driejarige opleiding inwendige geneeskunde erkende opleidingsinrichting te worden gevolgd.

5. Tijdens de opleiding inwendige geneeskunde dient de assistent-geneeskundige het cursorisch (basis-)onderwijs te volgen en de daaraan verbonden toetsen af te leggen, conform hetgeen onder auspiciën van de Nederlandsche Internisten Vereeniging wordt georganiseerd.

##### II. Voor de opleiding in de reumatologie

1. De drie jaar opleiding in de reumatologie dient zowel klinisch als poliklinisch te zijn, waarbij aan beide onderdelen ongeveer de helft van de tijd wordt besteed.

2. Het tweede jaar van de opleiding kan de assistent-geneeskundige in overleg met de opleider stages volgen in de anatomie, fysiologie, klinische farmacologie, klinische immunologie, pathologische anatomie, orthopedie of revalidatie. De duur van ieder van deze stages dient ten minste drie en ten hoogste zes maanden te bedragen. Ten minste een van deze stages dient een klinische stage te zijn; worden in totaal vier stages gevolgd, dan dienen ten minste twee daarvan klinische stages te zijn. Voor zover deze stages niet bij een andere erkende opleider worden gevolgd, geschiedt dit onder verantwoordelijkheid van de opleider reumatologie.

3. In het tweede jaar kan door de assistent-geneeskundige in overleg met zijn opleider en met toestemming van de Specialisten Registratie Commissie, ten minste een half jaar tot maximaal een heel jaar worden doorgebracht in een gerenommeerde buitenlandse instelling op het gebied van de reumatologie. Wanneer deze stage langer duurt dan een half jaar, dient gedurende deze periode de betrokkene – ten minste gedeeltelijk – poliklinische c.q. klinische werkzaamheden te verrichten.

4. Tijdens de opleiding in de reumatologie moet de assistent-geneeskundige:

- vaardigheid verkrijgen in de technieken, welke voor de reumatologie van belang zijn, zoals gewrichtspuncties en het beoordelen van punctaten;

- zich bekwamen in de voorbereiding en nabehandeling van patiënten met reumatische aandoeningen, die een operatieve behandeling zullen of hebben ondergaan;

- kennis nemen van en ervaring opdoen in de klinische immunologie, met name ten aanzien van de gegeneraliseerde bindweefselziekten;

- kennis nemen van de klinische toepassing van de farmacologie, de pathologische anatomie, de revalidatie, de orthopedie, de neurologie, de radiodiagnostiek en de nucleaire geneeskunde, een en ander voor zover van belang voor de reumatologie en bij voorkeur mede in de vorm van cursorisch onderwijs;

- inzicht krijgen in de sociaal-geneeskundige aspecten van de reumatologie.

5. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige regelmatig deel te nemen aan:

- klinische besprekingen en besprekingen met orthopedisch en/of plastisch chirurg, patholoog-anatoom en radiodiagnost;

- literatuurbesprekingen;

- cursorisch onderwijs in onderdelen de reumatologie betreffende.

6. De assistent-geneeskundige moet voorts:

- in de ziektegeschiedenis duidelijk vermelden een differentiaal diagnose, een onderzoek- en een behandelingenplan;

- in de door hem te schrijven en door of namens de opleiders te controleren ontslagbrieven de anamnese, het onderzoek, de diagnose en de therapie vermelden;

- tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de reumatologie betreffend, een voordracht houden voor een wetenschappelijke vereniging of een artikel in een vaktijdschrift publiceren.

#### Slotbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie Commissie te worden gemeld.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van door hem verrichte werkzaamheden, gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.





## Besluit Keel-Neus-Oorheelkunde

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 3 – 1986 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme keel-neus-oorheelkunde bevat. Het besluit treedt in werking op 15 augustus 1988.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris

### Besluit nr. 3/1986 Keel-Neus-Oorheelkunde

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 21 april 1986; *gezien* het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied tot wijziging van de opleidingseisen voor het specialisme keel-neus-oorheelkunde; *in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied op 26 oktober 1984 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen; *gehoord* de Specialisten Registratie Commissie; *gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; *heeft besloten*

Besluit nr. 4 – 1974 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen:

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme keel-neus-oorheelkunde bedraagt vijf jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2 – 1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1 – 1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichting (C) in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt toegevoegd:

De opleiding kan worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting-A en een erkende opleidingsinrichting-B, zoals nader omschreven in de bijzondere eis C.10.

Aan de algemene eis van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige aan het einde van de opleiding voldoende kennis heeft van de keel-neus-oorheelkunde in het algemeen en de gangbare ingrepen en operaties op het gebied van de keel-neus-oorheelkunde in voldoende mate beheerst;

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de zorg heeft voor het aantal patiënten, genoemd in de bijzondere eis C.11. sub 3;

h. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding een wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van de keel-neus-oorheelkunde in het algemeen of één van haar deelgebieden en dit afrondt met een voordracht voor een wetenschappelijke vereniging, publikatie in een medisch vakblad of proefschrift.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. In de opleidingsinrichting moet een polikliniek ter beschikking van de opleiders staan.
2. Het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten, waaronder ook te verstaan reeds ingeschreven patiënten met een nieuwe afwijking, moet in een opleidingsinrichting-A per jaar ten minste 2500 zijn en in een opleidingsinrichting-B per jaar ten minste 2000.
3. Het aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen, dat volgens ziekenfondsnormen gecodeerd kan worden, dient in een opleidingsinrichting-A ten minste 2500 per jaar en in een opleidingsinrichting-B ten minste 1500 per jaar te bedragen en van voldoende variëteit te zijn. Bij deze verrichtingen dienen de functie-onderzoeken niet te worden gerekend.
4. In een opleidingsinrichting dient aantekening te worden gehouden van de aard en het aantal van de operaties dat door de assistent-geneeskundigen wordt verricht, dit ter inzage door de visitatiecommissie.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1 sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie. Aan de algemene eis van C.1. sub b wordt het volgende toegevoegd:

1. Aan een opleidingsinrichting-A moet verbonden zijn:
  - a. een laboratorium dat is uitgerust voor de bestudering van de fysica, de fysiologie en de pathologie van het gehoororgaan en het evenwichtsgeslacht;
  - b. een afdeling foniatrie;
  - c. een afdeling audiologie;
  - d. een afdeling voor evenwichtsonderzoek.
2. Aan het hoofd van bovengenoemd laboratorium en afdelingen dienen gespecialiseerde krachten te staan.
3. Aan een opleidingsinrichting-B dienen de afdelingen genoemd onder 1.b. en 1.c. ter beschikking te staan.

Ingevolge C.2. van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

1. Wat betreft een opleidingsinrichting-A:
  - a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie) en anesthesiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
  - b. Als consulent moeten regelmatig kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, oogheelkunde, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie) en radiotherapie in het register zijn ingeschreven. Voorts moet als consulent regelmatig kunnen worden geraadpleegd een specialist die voor het specialisme mondheelkunde en chirurgische prothetiek in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde is ingeschreven.
  - c. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.
2. Wat betreft een opleidingsinrichting-B:
  - a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie) en anesthesiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
  - b. Als consulent moeten regelmatig kunnen worden geraadpleegd

specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, oogheelkunde en plastische chirurgie in het register zijn ingeschreven. Indien in de inrichting een specialist die voor het specialisme radiodiagnostiek in het register is ingeschreven, maar geen specialist die voor het specialisme radiologie is ingeschreven, werkzaam is, zal als consulent regelmatig moeten kunnen worden geraadpleegd een specialist die voor het specialisme radiotherapie is ingeschreven.

Ingevolge C.10. van de algemene eisen kan de Specialisten Registratie Commissie een inrichting erkennen als opleidingsinrichting-A voor de gehele duur van de opleiding of als opleidingsinrichting-B voor een opleidingsduur van ten hoogste één jaar.

Ingevolge C.11. van de algemene eisen wordt het volgende vereist:

1. Het aantal opnamen per jaar dient in een opleidingsinrichting-A ten minste 1000 te bedragen, inclusief de zogenaamde dagopnamen.

2. Het aantal opnamen per jaar dient in een opleidingsinrichting-B ten minste 500 te bedragen, inclusief de zogenaamde dagopnamen.

3. In een opleidingsinrichting-A moet de assistent-geneeskundige in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg hebben voor ten minste 10 en ten hoogste 25 patiënten.

4. In een opleidingsinrichting dient naast de erkende opleider ten minste één specialist die voor het specialisme keel-neus-oorheelkunde is ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam te zijn en bij de opleiding te zijn betrokken.

5. De ratio specialisten: assistent-geneeskundigen dient ten minste 1:1 te zijn.

De bepalingen van de algemene eis C.12. sub b worden als volgt aangevuld:

1. De opleidingsinrichting moet een bibliotheek bezitten waarin ten minste vijf vaktijdschriften en de gangbare handboeken op het gebied van de keel-neus-oorheelkunde aanwezig zijn.

2. Het instrumentarium moet voldoende zijn voor een goede opleiding voor het specialisme, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie.

### Opleidingsschema

1. Gedurende de opleiding moet, behalve aan de keel-neus-oorheelkunde in het algemeen, in het bijzonder aandacht worden besteed aan:

- de audiologie met name de fysica van het oor, de psychofysische en de elektro-audiometrie, de revalidatie van slechthorendheid en doofheid alsmede de psychosociale consequenties daarvan;

- de foniatrie met name de fysica van de stemvorming en spraakproductie, de diagnostiek en therapie van stem- en spraakstoornissen met speciale aandacht voor de multifactoriële problematiek;

- de allergologie met name de klinische immunologie en de diagnostiek en therapie van allergische aandoeningen van de bovenste luchtwegen;

- de oncologie van het hoofd-halsgebied met aandacht voor de algemene oncologie en in het bijzonder de diagnostiek en therapie van hoofd-halstumoren in het kader van een als regel multi-disciplinaire behandeling;

- de vestibulologie met name de fysica van het vestibulaire systeem en de diagnostiek en therapie van evenwichtsstoornissen;

2. De assistent-geneeskundige moet gedurende ten minste twee jaar op de polikliniek werkzaam zijn.

3. Van de in een opleidingsinrichting-B doorgebrachte periode, als door de A-opleider al of niet verplicht gesteld onderdeel der opleiding, kan slechts ten hoogste een jaar als opleidingstijd worden geteld. Deze periode dient bij voorkeur te vallen in de tweede helft van de opleidingstijd.

4. De assistent-geneeskundige moet zich tijdens de opleiding op

de hoogte stellen van de complicaties die zich tijdens anesthesie kunnen voordoen. Hij moet zich – onder leiding van een anesthesist – de verschillende handgrepen eigen maken die bij de resuscitatie nodig kunnen zijn.

5. De assistent-geneeskundige dient, verspreid over de eerste twee jaar van de opleiding, de voor het specialisme keel-neus-oorheelkunde relevante cursusstof, overeenkomende met een jaar theoretische basiscursus heelkundige specialismen te volgen en aan de aan deze cursus verbonden toetsen deel te nemen, een en ander conform het besluit van het CC no. 2-1981.

6. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding een wetenschappelijk onderzoek te verrichten op het gebied van de keel-neus-oorheelkunde in het algemeen of één van haar deelgebieden en dit af te ronden met een voordracht voor een wetenschappelijke vereniging, publikatie in een medisch vakblad of proefschrift.

### Nadere voorschriften

De assistent-geneeskundige moet tijdens de opleiding in de keel-neus-oorheelkunde kennis verkrijgen van en vaardigheid in de meest voorkomende diagnostische en heelkundige ingrepen van het specialisme. Tot de diagnostische onderzoeken worden gerekend: gehooronderzoek (waaronder toonaudiometrie, spraakaudiometrie, evoked responses en recruitment tests), uitgebreid vestibulair onderzoek met nystagmometrie, allergisch en phoniatrisch onderzoek. De assistent-geneeskundige zal voldoende ervaring moeten verkrijgen in het zelfstandig beoordelen en uitvoeren van deze diagnostische onderzoeken. De assistent-geneeskundige zal tijdens de opleiding ten minste de volgende chirurgische ingrepen\* zelfstandig of onder leiding dienen te verrichten:

40 operaties van uitwendige oor en rotsbeen, waaronder sanerende en reconstructieve operaties (mastoidectomie, radicaal, tympanoplastiek, ketenreconstructie, etc.);

40 operaties van neus- en neusbijholten (Luc-Cadwell, septumcorrectie, neuscorrectie, ethmoidectomie, antrostomie, etc.);

50 operaties van keel, pharynx en hals (tonsillectomie, adenotomie, tracheotomie, halscysten, kleine speekselklier-chirurgie);

50 endoscopieën van bovenste en onderste luchtwegen (laryngoscopie, micro-laryngoscopie, bronchoscopie, oesophagoscopie, nasendoscopie, nasopharyngoscopie en antroscopie).

Tevens zal de assistent-geneeskundige moeten assisteren bij neuro-otologische ingrepen van het binnenoer en grote oncologische operaties in het hoofd-hals-gebied.

### Slotbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond ter goedkeuring aan de Specialisten Registratie Commissie te worden voorgelegd. Tijdens de opleiding moet de assistent-geneeskundige de lijst van de door hem verrichte gangbare ingrepen en operaties op het gebied van de keel-neus-oorheelkunde desgevraagd aan de visitatiecommissie ter beoordeling voorleggen. Bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten dient de assistent-geneeskundige deze lijst, geparafeerd door de opleider, alsmede een overzicht van door hem gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.

\* De hier genoemde minima betreffen richtgetallen, welke door de Specialisten Registratie Commissie op verzoek van de plenaire visitatiecommissie kunnen worden gewijzigd indien de stand der wetenschap dit wenselijk maakt.





## Besluit Verloskunde en Gynaecologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 7-1986 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme verloskunde en gynaecologie bevat. Het besluit treedt in werking op 15 augustus 1988

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris

### Besluit nr. 7/1986 – Verloskunde en Gynaecologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medisch specialisten in vergadering bijeen op 17 november 1986; gezien het voorstel van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie tot wijziging van de opleidingseisen verloskunde en gynaecologie;

*overwegende* dat in de afgelopen 10 à 15 jaar belangrijke ontwikkelingen in de verloskunde en gynaecologie zijn opgetreden; dat de vigerende opleidingsduur onvoldoende is om de noodzakelijke leerstof, verband houdende met deze ontwikkelingen, daar mede in onder te brengen, zodat verlenging van de opleidingsduur met een jaar noodzakelijk is;

dat de opleiding in de verloskunde en gynaecologie in een academisch ziekenhuis waar met name wetenschappelijke aspecten en onderwijsaspecten van het specialisme aan de orde moeten komen, dient te worden gecombineerd met een opleiding in een niet-academische inrichting, waar meer in het bijzonder de nadruk wordt gelegd op de ervaring in de praktische beoefening van het specialisme;

*in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie op 26 oktober 1983 haar instemming heeft betuigd met de herziening van de opleidingseisen;

*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie; *gelet* op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; *heeft besloten*

Besluit nr. 1-1971 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te leggen.

De duur van de opleiding voor het specialisme verloskunde en gynaecologie is zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1-1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt toegevoegd:

De opleiding in de verloskunde en gynaecologie duurt zes jaar en wordt, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, gevolgd in voor dat specialisme erkende opleidingsinrichtingen, welke ten behoeve van de opleiding samenwerken, zoals nader omschreven in de bijzondere eis C.1.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien, dat de assistent-geneeskundige een lijst bijhoudt van door hem verrichte obstetrische behandelingen, instrumentele onderzoeken, gynaecologische operaties en andere activiteiten welke op de opleiding betrekking hebben. Deze lijst dient aan het einde van de opleiding aan de Specialisten Registratie Commissie te worden toegezonden;

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste:

- eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de verloskunde en/of gynaecologie betreffend een artikel publiceert en een voordracht houdt;
- driemaal een symposium bijwoont of een cursus bezoekt;
- driemaal per jaar het wetenschappelijk gedeelte van de vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie of een daarmee vergelijkbare wetenschappelijke vereniging c.q. werkgroep bezoekt;
- het cursorisch onderwijs volgt.

Ingevolge de algemene eis van A.20. geven beide opleiders de noodzakelijke beoordelingen af; de opleider bij wie de assistent-geneeskundige de eerste jaren van de opleiding heeft gevolgd, brengt zijn beoordeling ter kennis van de opleider waar de opleiding wordt voortgezet.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen moet:

1. In een academische opleidingsinrichting

a. wat betreft de verloskunde:

- het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 500 zijn;
- het aantal bevallingen per jaar ten minste 800 zijn;
- het aantal ter observatie opgenomen zwangeren per jaar ten minste 100 zijn.

b. wat betreft de gynaecologie:

- het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 1500 zijn;
- het aantal grote operaties per jaar ten minste 300 zijn en het aantal kleine operaties per jaar ten minste 500.

2. In een niet-academische opleidingsinrichting

a. wat betreft de verloskunde:

- het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 200 zijn;
- het aantal bevallingen per jaar ten minste 400 zijn;
- het aantal ter observatie opgenomen zwangeren per jaar ten minste 50 zijn.

b. wat betreft de gynaecologie:

- het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 1.000 zijn;
- het aantal grote operaties per jaar ten minste 250 zijn en het aantal kleine operaties per jaar ten minste 500.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

De algemene eis van C.1. wordt met het volgende aangevuld:

Een erkende afdeling verloskunde en gynaecologie van een academische inrichting en een of meer erkende afdelingen van niet-academische inrichtingen dienen ten behoeve van de opleiding voor het specialisme verloskunde en gynaecologie een geïnstitutionaliseerde samenwerking aan te gaan.

Ingevolge C.2. van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

1. wat betreft een academische inrichting:

## OFFICIEEL

- a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anesthesiologie, cardiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), oogheelkunde, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), radiodiagnostiek en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
- b. In de inrichting moeten regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten deskundig op het gebied van de immunologie, klinische genetica, oncologie en radiotherapie; er dient een gestructureerd samenwerkingsverband met een radiotherapeutische afdeling te zijn.
- c. In de inrichting dienen laboratoriumfaciliteiten ten behoeve van de hematologie en nucleaire geneeskunde aanwezig te zijn.
- d. In de inrichting dient een neonatale intensive care unit aanwezig te zijn.
- e. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

## 2. Wat betreft een niet-academische inrichting:

- a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anaesthesiologie, cardiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, neurologie, c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), oogheelkunde, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), radiodiagnostiek en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
- b. In de inrichting moet regelmatig een radiotherapeut als consulent kunnen worden geraadpleegd; er dient een gestructureerd samenwerkingsverband met een radiotherapeutische afdeling te zijn.
- c. In de inrichting dienen laboratoriumfaciliteiten ten behoeve van de hematologie en nucleaire geneeskunde aanwezig te zijn.
- d. In de inrichting dient een neonatale medium care unit, minstens op het niveau van bijzondere klinische zorg, aanwezig te zijn.
- e. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen heelkunde en/of inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

Ingevolge C. 11. van de algemene eisen wordt het volgende vereist: Naast de erkende opleider moeten ten minste nog twee andere specialisten, die voor het specialisme verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken. Het aantal specialisten, dat bij de opleiding betrokken is (omgerekend naar volle werktijd op de afdeling) mag niet minder zijn dan het aantal assistenten in opleiding. Op de afdeling dient eenheid van beleid en operatietechniek in aanzienlijke mate gerealiseerd te zijn. De bepalingen van de algemene eis C. 12. worden als volgt aangevuld:

- a. In de bibliotheek van een opleidingsinrichting moeten ten minste 10 abonnementen op vaktijdschriften aanwezig zijn, alsmede voldoende studieboeken van goede kwaliteit en eigentijds.
- b. Het instrumentarium en de apparatuur moeten voldoende zijn voor een goede opleiding voor het specialisme, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie. Dit houdt ook in dat er voldoende ruimtelijke voorzieningen zijn ten behoeve van patiëntenonderzoek, administratief werk en het onderwijs.
- c. In de inrichting moet de mogelijkheid aanwezig zijn voor de isolering van daarvoor in aanmerking komende patiënten.

## Opleidingsschema

- 1.a. Van de opleidingsduur van zes jaar dient ten minste twee jaar en ten hoogste vier jaar in een academische opleidingsinrichting te worden gevolgd.
- 1.b. Het programma voor de zes jaar opleiding zal in gezamenlijk

overleg tussen de opleiders in de academische inrichting en die in de daarmee samenwerkende niet-academische inrichting(en) worden geregeld en vastgesteld. De aanstelling van de assistent-geneeskundige dient eveneens in gezamenlijk overleg door de beide opleiders te geschieden.

1.c. De opleiding dient in principe in niet meer dan twee opleidingsinrichtingen te worden gevolgd. Indien in een opleidingsinrichting niet zowel een erkende opleiding heelkunde als inwendige geneeskunde aanwezig is, zal het opleidingsschema zo moeten worden opgesteld dat de assistent-geneeskundige ten minste drie jaar van de opleiding volgt in een inrichting waar wél voor beide genoemde specialismen een erkende opleidingsafdeling is.

2. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding zowel poliklinisch als klinisch werkzaam te zijn. De assistent-geneeskundige dient zowel in het academische als in het niet-academische deel van de opleiding ten minste zes maanden op de polikliniek werkzaam te zijn, waarbij hij ook deelneemt aan onderzoek en behandeling van nieuwe patiënten.

3. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding het cursorisch onderwijs zoals dat onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie wordt gegeven, te volgen.

4. De assistent-geneeskundige moet tijdens de opleiding:

- zich eigen maken de diagnostiek en begeleiding van de normale en gestoorde zwangerschap, baring en kraambed, met zelf begeleiden van ten minste 250 normale baringen; 50 baringen met verhoogd risico voor de foetus en 25 stuitgeboorten, alsmede 25 zelf verrichte sectiones caesareae, 20 forcipale extracties, 20 vacuümextracties en 10 manuele placenta verwijderingen;
- zich grondige kennis verwerven van de fysiologie en pathologie van de pasgeborene met inbegrip van congenitale afwijkingen en reanimatie;
- zich grondige kennis verwerven van de heelkundige beginselen en technieken;
- zich grondig eigen maken van de diagnostiek en behandeling van gynaecologische aandoeningen waaronder geboorteregeling, infertiliteit, endocrinologische gynaecologie, oncologische gynaecologie waarbij begrepen de colposcopie en incontinentia urinae op basis van een gynaecologische aandoening;
- zich grondig eigen maken van de operatieve indicatiestellingen en vaardigheden. Ten behoeve van het verkrijgen van voldoende vaardigheid dient de assistent zelf de volgende minimum aantallen operatieve verrichtingen te doen: 175 gynaecologische operaties, exclusief laparoscopieën, curettages en sectiones caesareae, maar inclusief 40 abdominale en 30 vaginale uterusextirpaties; en 25 sectiones caesareae;
- zich kennis verwerven van de psychosomatiek in de gynaecologie en verloskunde, van de sexuele en van de klinische genetica;
- zich eigen maken van de verloskundige en gynaecologische echoscopische technieken.

Wijzigingen ten aanzien van punt 4, waaronder wijzigingen in de aantallen kunnen door de S.R.C. op verzoek van de plenaire visitatiecommissie worden aangebracht indien de stand der wetenschap dit wenselijk maakt.

5. De assistent-geneeskundige moet zich tijdens de opleiding op de hoogte stellen van de complicaties die zich tijdens anesthesie kunnen voordoen. Hij moet zich – onder leiding van een anesthesist – die verschillende handgrepen eigen maken die bij de resuscitatie nodig kunnen zijn.

6. Tijdens de opleiding moet de assistent-geneeskundige kennis nemen van de radiotherapie, de röntgendiagnostiek en isotopentechniek, de pathologische anatomie, de cytologie, de immunologie, de hematologie, de microbiologie, de biochemie, de medische fysica, de methodologie en statistiek, de informatica, de kwaliteitsbewaking en het kostenaspect, een en ander voor zover van belang voor het specialisme verloskunde en gynaecologie. De

assistent-geneeskundige dient mee te werken aan de registratie en analyse van de gegevens over moederlijke en kinderlijke morbiditeit en mortaliteit.

7. De assistent-geneeskundige moet tijdens de opleiding aantekening houden van zijn verrichtingen en deze bij visitatie ter inzage geven aan de visitatiecommissie.

8. Tijdens de opleiding moet de assistent-geneeskundige eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de verloskunde en/of gynaecologie betreffend, een voordracht houden en eenmaal een wetenschappelijk artikel publiceren.

### Slotbepalingen

De opleiders stellen in gezamenlijk overleg met de assistent-

geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie commissie ter goedkeuring te worden voorgelegd.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van door hem gedane verrichtingen, gevolgde cursussen, gehouden voordrachten en gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.



## Besluit Radiodiagnostiek

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 2 – 1987 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek bevat. Het besluit treedt in werking op 15 augustus 1988.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris

### Besluit nr. 2/1987 Radiodiagnostiek

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 16 maart 1987; gezien het verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 3 – 1981; in aanmerking nemende dat de Algemene Vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek op 22 september 1984 heeft ingestemd met de voorgestelde opleidingseisen; gehoord de Specialisten Registratie Commissie; gelet op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; heeft besloten

**Artikel 1:** Besluit nr. 3 – 1981 inzake de opleidingseisen radiodiagnostiek wordt vervangen door besluit nr. 2 – 1987.

**Artikel 2:** De duur van de opleiding voor het specialisme radiodiagnostiek is vijf jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2 – 1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1 – 1982 vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen, opleidingsschema en overige bepalingen.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd: De opleiding kan, met inachtneming van hetgeen in het opleidings-schema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting te weten: in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek, te onderscheiden in een opleidingsinrichting-A en een opleidingsinrichting-B, zoals nader omschreven in de bijzondere eis C.10.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

f. er zorg voor te dragen, dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de radiodiagnostiek betreffend, een voordracht houdt of een artikel publiceert.

De algemene eis van A.14. wordt aangevuld met:

Gedurende de opleiding moet de opleider erop toezien, dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en van de wijze waarop bescherming tegen deze gevaren kan worden verkregen, zodat de assistent-geneeskundige bij zijn inschrijving in het register van erkende specialisten voldoet aan de eisen gesteld in het Toestellenbesluit Kernenergiwet.

Ter voldoening aan deze eis zal de opleider de assistent-geneeskundige gedurende de opleidingstijd verplichten, een op deze kennis gerichte – en door de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie, als zodanig erkende – cursus te volgen.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. In een opleidingsinrichting-A moet het aantal radiologische onderzoeken per jaar ten minste 50.000 zijn, met een voldoende gevarieerde pathologie, zowel van volwassenen als van kinderen. Het aantal en de gevarieerdheid van de verrichtingen moeten zodanig zijn, dat de assistent-geneeskundige na beëindiging van zijn opleiding in staat moet worden geacht de radiodiagnostische praktijk naar behoren te kunnen uitoefenen.

2. In een opleidingsinrichting-B moet het aantal radiologische onderzoeken per jaar ten minste 40.000 zijn, met een voldoende gevarieerde pathologie.

3a. Bij de beoordeling van het aantal bij de opleiding betrokken radiodiagnosten/radiologen en het aantal artsen in opleiding, in relatie tot het aantal radiologische onderzoeken per jaar, wordt er in beginsel van uitgegaan dat, zowel in een opleidingsinrichting-A als in een opleidingsinrichting-B, het gemiddeld aantal onderzoeken per jaar, afhankelijk van de aard der onderzoeken, per radiodiagnost/radioloog 10.000 dient te zijn. Het aantal onderzoeken per arts in opleiding – gerekend over de totale opleidingsperiode – dient, zowel in een opleidingsinrichting-A als in een opleidingsinrichting-B per jaar ten hoogste 5000 te zijn.

3b. De verhouding tussen het aantal bij de opleiding betrokken radiodiagnosten/radiologen en het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding, dient ten minste 1:1 te zijn.

3c. Het minimum aantal assistent-geneeskundigen dat in een inrichting wordt opgeleid dient twee te zijn.

4. In de opleidingsinrichting dienen dagelijkse onderlinge fotobesprekingen te worden gehouden onder leiding van de opleider.

## OFFICIEEL

## C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

Ingevolg C.2. van de algemene eisen is voor de erkenning van een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek als opleidingsinrichting bovendien het volgende vereist:

## 1. Wat betreft de opleidingsinrichting-A en -B:

In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anesthesiologie, cardiologie, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), orthopedie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven. Voorts dient in de inrichting een specialist met deskundigheid op het terrein van de nucleaire geneeskunde aanwezig te zijn.

## 2. Wat betreft een opleidingsinrichting-A:

a. Een specialist die voor het specialisme neurochirurgie in het register is ingeschreven dient in de inrichting werkzaam te zijn of regelmatig als consultant te worden geraadpleegd.

b. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

Ingevolg C.10. van de algemene eisen kan de Specialisten Registratie Commissie een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek erkennen als opleidingsinrichting-A voor de gehele duur van de opleiding of als opleidingsinrichting-B, voor een opleidingsduur van ten hoogste twee jaar. Ten behoeve van een goede indeling van de opleiding en een goede onderlinge afstemming van het opleidingsprogramma, dient een opleidingsinrichting-B een samenwerkingsverband aan te gaan met een of meer opleidingsinrichtingen-A.

Ingevolg C.11. van de algemene eisen is het volgende vereist:

## 1. Wat betreft een opleidingsinrichting-A:

Naast de erkende opleider moeten ten minste drie specialisten die voor het specialisme radiodiagnostiek of radiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, met volledige dagtaak in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

## 2. Wat betreft een opleidingsinrichting-B:

Naast de erkende opleider moeten ten minste twee specialisten, die voor het specialisme radiodiagnostiek of radiologie in het register zijn ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

De bepalingen van C.12. sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

a. De bibliotheek van een opleidingsinrichting-A moet op ten minste acht vaktijdschriften geabonneerd zijn en in de bibliotheek behoren recente radiodiagnostische handboeken en handboeken over radiobiologie en radiofysica aanwezig te zijn. De bibliotheek van een opleidingsinrichting-B moet op ten minste zes vaktijdschriften geabonneerd zijn en in de bibliotheek behoren handboeken op het gebied van de radiodiagnostiek aanwezig te zijn.

b. Het instrumentarium en de apparatuur dienen zodanig te zijn, dat een goede opleiding voor het specialisme is gewaarborgd. Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

## Opleidingsschema

1. Van de in een opleidingsinrichting-B doorgebrachte periode kunnen twee jaren als opleidingstijd worden geteld. De indeling van de opleiding en de onderlinge afstemming van het opleidingsprogramma in de opleidingsinrichtingen-A en -B, behoeven de instemming van de Specialisten Registratie Commissie. Daartoe dient bij de aanvang van de opleiding een opleidingsschema – opgesteld door twee opleiders in overleg met de assistent-geneeskundige – aan de Specialisten Registratie Commissie te worden voorgelegd.

2. De assistent-geneeskundige kan, in overleg met de opleider(s), ten hoogste drie maanden besteden aan het volgen van een stage, of elders worden gedetacheerd.

3. Gedurende de opleiding moet, bij voorkeur ook in de vorm van cursorisch onderwijs, aandacht worden besteed aan:

- de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, zowel wat betreft de patiënten als de radiologische werkers;
- de radiobiologie en de stralen-genetica.

4. De assistent-geneeskundige moet kennis verkrijgen van en vaardigheid ontwikkelen in alle soorten en vormen van radiologische diagnostiek, die ten tijde van de opleiding naar het oordeel van de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie behoren of kunnen behoren tot het werktein van de radiodiagnost. Met name geldt dit voor: angiografie, artrografie, bronchografie, computertomografie, echografie, hysterosalpingografie, interventie radiologie, lymfografie en myelografie.

5. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding kennis en kunde te verkrijgen op het gebied van de nucleaire in vivo-diagnostiek.

6. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige geconfronteerd te worden met de klinische vraagstellingen die leiden tot een bepaalde keuze en volgorde van radiologisch onderzoek, onder andere door regelmatige gemeenschappelijke besprekingen en demonstraties met andere medische disciplines, zodat hij ook ten aanzien van de indicatie- en prioriteitenstelling adviserend kan optreden.

7. De assistent-geneeskundige dient zoveel mogelijk te worden geconfronteerd met de brede scala van afwijkingen en van variaties van het normale, onder meer door het bijwonen van dagelijkse onderlinge fotobesprekingen.

8. In het eerste jaar van de opleiding moet de assistent-geneeskundige algemene kennis verkrijgen van:

- de apparatuur (techniek, mogelijkheden en beperkingen);
- de filmeigenschappen en de ontwikkeltechnieken;
- de methoden en technieken van doorlichten en van het vastleggen van radiologische gegevens;
- de wijze van beoordelen van röntgenfoto's en van andere afbeeldingen van radiologisch onderzoek.

9. Tijdens de verdere opleiding moet de assistent-geneeskundige deze algemene kennis verdiepen en bovendien vaardigheid verkrijgen – aanvankelijk onder toezicht en later meer zelfstandig – in:

- het uitvoeren van onderzoeken;
- het beoordelen van de resultaten van radiodiagnostisch onderzoek, mede in samenhang met de klinische gegevens en de vraagstelling;
- het maken van rapporten.

10. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de radiodiagnostiek betreffend een voordracht te houden of een artikel te publiceren.

11. Gedurende de gehele opleiding dient de assistent-geneeskundige zelfstandig en door het volgen van cursorisch onderwijs, bijvoorbeeld zoals thans door de Onderwijscommissie van het Concilium Radiodiagnosticum wordt georganiseerd, zijn kennis te verdiepen en bereid te zijn de verworven kennis en vaardigheid te laten evalueren. In het kader van evaluatie van de opleiding worden landelijke toetsen afgenomen, waaraan de assistent-geneeskundige verplicht is deel te nemen. De resultaten van deze toetsen kunnen meetellen bij de beoordeling van de assistent-geneeskundige.

## Slotbepalingen

De opleider(s) stel(t)len in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond ter goedkeuring aan de Specialisten Registratie Commissie te worden voorgelegd.

De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding een staat bij te houden van bepaalde categorieën van de door hem zelfstandig uitgevoerde verrichtingen, zoals bedoeld in punt 4 van het opleidingsschema. Voorts dient de assistent-geneeskundige bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten deze staat, alsmede een overzicht van door hem gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.

## KNMG Informatica en Nota 2000

In de Nota 2000 van het ministerie van WVC zijn vier hoofdrichtingen van beleid aangegeven, waaronder de krachtige ontwikkeling van de informatievoorziening. In een conceptrapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) zijn daartoe activiteiten genoemd die een bijdrage kunnen leveren aan het bereiken van de hoofdrichting uit de Nota 2000, namelijk:

- de organisatie van de informatievoorziening in de gezondheidszorg en de financiering van die informatievoorziening;
- de algemene inrichting van (para)medische dossiers, de ontwikkeling van minimum-gegevenssets en de coördinatie van patiëntengegevens;
- informatie en de kwaliteit van de gezondheidszorg, de informa-

tisering van peilstations en het voorzien in de benodigde kennis en deskundigheid om beleidsinformatie te kunnen verwerken en gebruiken;

- medicatiebewaking;
- de inrichting van (een) databank(en) van beschikbare voorzieningen;
- de informatisering van de eerstelijnszorg, thuis- en zelfzorg, de rol van informatie bij preventie en de rol van informatie bij relaties tussen ziekte en welzijn.

Aan onder meer de KNMG is gevraagd op de gedane voorstellen te reageren. Ter voorbereiding van deze reactie heeft het hoofdbestuur dit conceptrapport besproken.

## KNMG Preventietherapie Twente

Ter gelegenheid van het 125-jarig jubileum van de KNMG-afdeling Almelo en omstreken wordt op 5 november aanstaande een congresmiddag georganiseerd over preventietherapie. Behalve een partnerprogramma in de middag is er 's avonds tevens een feestelijke

bijeenkomst. Alle leden van de afdeling Almelo en omstreken, Enschede en omstreken en Midden-Twente wordt verzocht deze datum alvast in hun agenda te noteren. Meer informatie volgt.

## LHV Samenwerking met NHG

Voor de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap was 8 juli jl. een historische dag: de ondertekening van de intentieverklaring, waarin de twee zusterorganisaties besluiten samen te werken. Het tot nu toe soms ad-hoc gebeuren krijgt hiermee een minder vrijblijvend karakter, met als doel de ontwikkeling van een op de toekomst gerichte huisartsgeneeskunde, waarin het belang van de patiënt en de daarvoor vereiste sterke positie van de huisarts centraal staan. Concreter gesteld: de beroepsgroep zet zich in om herkenbare kwaliteitshulp te bieden, garanties op die kwaliteit; de huisartsen maken zich sterk om de aangekondigde zorgverschuiving van intra- naar extramuraal op te vangen, ze nemen zich voor het zorgconcept in te vullen dat het kabinet in zijn reorganisatie van de gezondheidszorg heeft opengelaten. Met andere woorden, de beroepsgroep neemt de verantwoordelijkheid op zich die haar in 'Verandering verzekerd', het meest recente antwoord op de voorstellen van de Commissie Structuur en Financiering van de gezondheidszorg, wordt toegekend.

De toekomstgerichte profilering van de huisartsgeneeskunde

wordt door de afgesproken samenwerking op twee fronten bevordert en verzekerd. Het NHG als wetenschappelijke tak bevordert de vakinhoudelijke kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing, terwijl de LHV de voorwaarden benoemt en schept die het de huisarts mogelijk moeten maken optimaal te functioneren. Uitgangspunt bij deze samenwerking is respect voor elkaars onafhankelijkheid en identiteit. Het wordt dus samenwerken, géén samengaan: samen doen waar mogelijk, elkaar vrijlaten waar nodig! Naast de kwaliteit van het hulpaanbod staan in deze samenwerking de deskundigheidsbevordering van, en de beroepsopleiding tot huisarts centraal.

Inmiddels is de eerste tastbare vorm van deze samenwerking, de voor de huisarts ten behoeve van patiëntgerichte service onontkoombare automatisering, een feit. Hierbij vervult het NHG de ontwikkelingsfunctie en zorgt de LHV voor de invoering ervan. Daar waar functies en verantwoordelijkheden elkaar mogelijk overbruggen zullen de twee zusterorganisaties gezamenlijk hun positie bepalen.

## LVSG Nieuw lid Centraal Bestuur

Tijdens de ledenvergadering van de LVSG op 9 juni jl. is W. M. L. C. M. Schellekens gekozen als lid van het Centraal Bestuur op voordracht van de NVAG (Nederlandse Vereniging van Algemene Gezondheidszorg).

De sociale geneeskunde is de overkoepelende naam voor verschillende vormen van gezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, verzekerings-



geneeskunde, sportgeneeskunde en algemene gezondheidszorg). Sociaal-geneeskundigen van al deze takken hebben – aldus W. Schellekens – als gemeenschappelijk kenmerk, dat zij een onmisbare schakel vormen tussen (groepen van) patiënten, de curatieve sector en allerlei instanties (overheden, ziektekostenverzekeringen, bedrijven, instellingen, koepelorganisaties, enz.). Met hun specifieke deskundigheid kunnen zij signalen afgeven en adviseren over zorginhoudelijke consequenties van bepaalde maatregelen en tevens speciale aandacht schenken aan die aspecten in de gezondheidszorg, die gemakkelijk blijven liggen,

## UIT DE VERENIGINGEN

zoals collectieve preventie, epidemiologisch onderzoek, kosten-effectiviteitsonderzoek en dergelijke.

Als sociaal-geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg, wil W. Schellekens binnen het bestuur van de LVSG mede een bijdrage leveren aan het verder ontwikkelen van deze taken. Het is volgens hem van het grootste belang, dat hierbij binnen de KNMG zo veel mogelijk onderscheid gemaakt wordt tussen de (op zichzelf legitieme) belangenbehartiging van artsen en de behartiging van zorginhoudelijke (patiënten)belangen. Speciaal in de komende periode zal dit aspect van groot belang zijn: de discussie over de samenstelling van een toekomstig basis- en aanvullend pakket

(alleen essentiële vormen van zorg in een basispakket?), de blijkbaar noodzakelijke prioriteitsstelling in de gezondheidszorg (op basis van de relatie effectiviteit-kwaliteit-substitutiekosten) en de noodzaak om meer dan tot nu toe met de curatief werkzame collega's te werken aan richtlijnen voor genormeerd medisch handelen. Recent heeft hij hierover gepubliceerd in een tweetal artikelen in Medisch Contact (1988; 10,297: 'Pakket-samenstelling' en 1988; 11,329: 'Arts en beleid').

W. Schellekens (41 jaar) is tien jaar huisarts geweest in Leiden in een duopraktijk en werkt nu bijna vijf jaar als medisch adviseur van de Ziekenfondsraad in Amstelveen.

## LSV

## Aanspreekpunt automatisering voor specialisten

Binnen de Domus Medica, het gebouw van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen, is ook het KNMG/LSV-aanspreekpunt voor automatisering gevestigd. De informatieverstrekking van dit aanspreekpunt betreft de volgende onderwerpen: algemene informatie over de op de markt aanwezige software en algemene informatie over de hardware; leden helpen met het formuleren van

hun eisen en wensen ten aanzien van de praktijkautomatisering; informatie over communicatiemogelijkheden met medische databanken.

Leden kunnen op afspraak het aanspreekpunt bezoeken om een korte demonstratie bij te wonen van enkele praktijksystemen. Het aanspreekpunt is telefonisch bereikbaar op 030-823370.

## LAD

## Uitzendbureau voor artsen succesvol

'Reeds in de eerste vier weken kon het bureau niet minder dan 33 vacatures opnemen voor verschillende artsen in tijdelijke functies. In totaal kreeg het bureau in het verslagjaar 188 vacatures te verwerken. Ongeveer 55% van de vacatures kon worden gehonoreerd.' Dat staat in het eerste jaarverslag uitgegeven door de Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen (SWG). De Stichting is een uitzendbureau op non-profit basis dat in februari van het vorig jaar werd opgericht door de KNMG en de LAD.

In haar eerste jaar heeft de SWG reeds kans gezien om financieel quitte te spelen. Wekelijks waren gemiddeld 35 tot 45 artsen als tijdelijke uitleenkracht aan het werk. Het gemiddeld aantal uitzenddagen per uitgezonden arts bedroeg in het verslagjaar 50. Achttien artsen vonden na een periode van uitzending via de SWG een vast dienstverband binnen de instelling waar zij in eerste instantie naar toe waren uitgezonden.

Er bestond in de verslagperiode vooral vraag naar: algemene

artsen (basisartsen zonder vervolgopleiding); arts-assistenten psychiatrie; bedrijfsgeneeskundigen; huisartsen; keuringsartsen; verpleeghuisartsen; verzekeringsgeneeskundigen.

De dienstverlening van de SWG strekte zich uit over in totaal 60 instellingen in Nederland. Daarbij waren 14 ziekenhuizen, 12 verpleeghuizen en 11 verzekeringsinstellingen. Aan het eind van het verslagjaar stonden 650 werkzoekende artsen ingeschreven verspreid over het hele land. De verdeling hiervan was 373 basisartsen, 179 huisartsen en 98 specialisten.

Het uitzendbureau werkt landelijk. De tarieven worden vastgesteld op basis van de in de beroepsgroep gebruikelijke honorering.

De SWG verwacht dat de ontwikkeling die in het jaar van oprichting zo gunstig is ingezet, zich de komende jaren zal voortzetten. In 1987 werd in elk geval reeds een eerste aanzet gegeven tot vermindering van het werkloosheidsprobleem onder artsen.

## LAD

## Ledenraadvergadering FHZ

De ledenraadvergadering van de Federatie van verenigingen van hogere functionarissen in de gezondheids- en bejaardenzorg (FHZ) zal dit jaar op 13 september 1988 te 19.00 uur in de Domus

Medica aan de Lomanlaan 103 te Utrecht worden gehouden. Informatie over de agenda en bijbehorende stukken kunt U verkrijgen bij het FHZ-secretariaat, tel.: 030-823368

Rechtsbijstand  
LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.  
Telefoon: 030-823911