



redactioneel

- In zijn meivergadering is de Ziekenfondsraad unaniem akkoord gegaan met het advies om de meeste extra kosten die het gevolg zijn van samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere medewerkers in wijkgezondheidscentra te betalen uit de AWBZ. Dat is volgens Dr. H. Lamberts, als huisarts werkzaam op de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD, een belangrijke stap, al is daarmee nog niet alles in kannen en kruiken.
- Toestemming van proefpersonen geniet steeds meer de aandacht van onderzoekers, maar ook van sponsors van experimenteel onderzoek. Tussen beide in staat soms een medisch-ethische commissie die de onderzoeker helpt bij het verkrijgen van 'informed consent' en de sponsor onder meer adviseert over het ethisch gehalte van de consentvoorwaarden. Dr. M. A. M. de Wachter, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de afdeling Ethiek van de Medische Faculteit aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, geeft een aantal algemene consentvoorwaarden in overweging.
- Verder in dit nummer een samenvatting van het rapport dat de werkgroep 'Dwang en drang in de medische behandeling' van de Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft uitgebracht. Dit rapport bevat een aantal richtlijnen voor situaties waarin sprake kan zijn van dwang en drang in de relatie arts-hulpvrager, toegespitst op de sectoren psychiatrie en sociale verzekeringen.
- Een tenminste zestien weken durend assistentschap in een verpleeghuis moet als een zinvolle stage worden beschouwd in de huisartsopleiding. Zoals iedere stage moet ook deze aan de volgende voorwaarden voldoen: taakomschrijving verpleeghuis en verpleeghuisarts; taakomschrijving arts-assistent; beschrijving na te streven leerdoelen; taak tot optimalisering van de kwaliteit van het onderwijs. De ervaringen van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut geven hierover een positieve uitslag. Dat wordt uiteengezet door J. Riderikhoff, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan dat instituut.



De heer H. Paskamp, bedrijfsarts te Manden (gem. Tubbergen) zond dit werkstuk (olieverf op doek – 80 x 65 cm) in voor de tentoonstelling van het KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Het is getiteld 'Aix-en-Provence'.
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

REDACTIONEEL

Brieven	918
<i>Inzenders: A. M. van Dongen, Willem Schuurmans Stekhoven, G. J. M. E. N. Timmerman, Arno P. Nauta</i>	
Gezondheidscentra toch sterker dan gedacht. Ziekenfondsraad besluit gezondheidscentra uit AWBZ te halen, door Dr. H. Lamberts	921
De 'Synthesis Graduate School for the Study of Man'. Een nieuwe vrije internationale instelling voor hoger onderwijs, door Prof. Dr. M. J. de Vries	923
Toestemming proefpersonen, door Dr. M. A. M. de Wachter	925
Dwang en drang in de medische behandeling. Rapport werkgroep Vereniging voor Gezondheidsrecht	929
Staatssecretaris Veder-Smit over automatisering en informatica	933
Geschiedenis der geneeskunde, Paulus de Wind als lector, door Mevr. Drs. C. W. Verkroost	934
Geneeskundige Hoofdinspectie: Op-roep tot melding bijwerkingen cosmetica	935
De verpleeghuisstage in de huisartsopleiding door J. Riderikhoff	936
OFFICIEEL	941
Inhoudsopgave officieel	948



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M.
Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,
redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der
Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35, excl.
portokosten (inclusief BTW); bui-
tenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitslui-
tend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeu-
ring der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweig-
erd. Opgaven uitsluitend bij de uit-
geverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister der Maat-
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-
ver.

Opplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven
zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

VACCINATIE- ADMINISTRATIE

Nu vele mensen van verschillende leeftijden zich melden bij hun huisarts om zich te laten inenten tegen kinderverlamming of om te laten controleren of zij voldoende daartegen gevaccineerd zijn, valt het weer op, dat het Nederlandse systeem van registratie van vaccinaties en andere belangrijke persoonlijke medische gegevens verwarrend, te uiteenlopend, onvolledig en onpraktisch is. In plaats van één algemeen landelijk systeem is er een grote verscheidenheid van oranje bonboekjes, kaarten van kruisverenigingen, plastic mapjes met kaarten van het computer-oproepsysteem, medische informatiekaarten van de KNMG, internationale inentingscertificaten, mapjes van geneesmiddelenfabrikanten enz. Vele ziekenhuizen hebben hun eigen kaartjes voor het noteren van vaccinaties tegen tetanus, elders worden de kaartjes van het RIV gebruikt, er zijn bloedgroepkaartjes van het Rode Kruis, van diverse laboratoria, enz. enz.: kortom een grote *warwinkel*.

Daarom het volgende voorstel:

– Een systeem voor administratie van medische gegevens, die elke Nederlander bij zich kan dragen.

– Verplichting van overheidswege tot het gebruik van dit éne systeem. Instanties of personen krijgen alleen vaccins van overheidswege gratis verstrekt als zij zich houden aan dit éne systeem.

– Als systeem kiezen: het internationale inentingscertificaat.

Nieuwveen, juli 1978

A. M. van Dongen, huisarts

SENSATIE

Naar aanleiding van het hoofdartikel in MC
nr. 27/1978, blz. 811:

1. Natuurlijk zal geen arts zich op verzoek van een publiciteitsmedium (krant, radio, TV) tegen een beschuldiging van een

patiënt bereid verklaren tot openbare verdediging. Hij is zelfs niet verplicht gevolg te geven aan het verzoek van een geneeskundig inspecteur of aan een oproep voor een tuchtcollege zich te komen verantwoorden.

2. Op verzoek van en met schriftelijke toestemming van zijn ex-patiënt belet niets een (ex-)arts aan een 'medische TV-show' mee te werken. De toestemming heft de zwijgplicht nu eenmaal op (? Red.).

3. Verstandig doet de arts die aan een dergelijke show wel wil meewerken – dat hangt van de vraag of er geen belang door geschaad en wel een belang door gediend wordt af (het kan een principiële zaak van algemeen belang zijn, waar patiëntenrechten en zelfs mensenrechten (denk aan het verdrag van Rome) bij te pas komen) – te eisen:

- dat de show niet 'life' maar in alle rust te voren wordt opgenomen;
- dat klager of klagster zijn of haar visie op schrift stelt en zich bij de opname aan dat 'script' houdt;
- dat de arts dat stuk script te voren krijgt en dan zijn visie – dus zijn wederwoord – ook tevoren zwart op wit stelt en zich bij de opname aan zijn script houdt;
- dat patiënt en arts het door de regisseur te voren 'pasklaar' gemaakte script vóór de opname kunnen inzien en ook de 'inleiding' van de 'representator' tevoren hebben goedgekeurd;
- dat vooraf overeenstemming is bereikt over eventuele 'illustraties'.

Wie een dergelijke 'opname vooraf' ooit heeft bijgewoond weet hoeveel zorg daaraan besteed wordt, hoe vaak er stukken moeten worden herhaald (een TV-spot van vijf minuten kan uren aan 'voorbereiding' vergen.) De 'acteurs' kunnen op een monitor volgen hoe ze 'overkomen'. Het zou voor vele artsen en artsenvrouwen bijzonder belangwekkend zijn een dergelijke 'show' te zien, al of niet met een geënceneerde spreekkamer of een dito ziekenkamer (de requisieten

Doorlezen naar blz. 920

TUCHTPERIKELLEN

De persoonlijke ervaring van een patiënt met het medisch tuchtrecht (blz. 940) besluit de artikelenserie '75 jaar KNMG-rechtspraak en 50 jaar Medische Tuchtwet.' Wellicht over geen enkel ander onderdeel van de rechtspraak wordt zo controversieel en argwanend gedacht en geschreven als over de interne en externe medische rechtspraak' schreven wij ter inleiding van deze serie. De gepubliceerde tuchtperikelen wijzen ook in die richting.

Het zou onjuist zijn uit de enkele gepubliceerde tuchtzaken algemeen geldende conclusies te trekken. Deze tuchtzaken vormden met elkaar een nogal willekeurige greep uit een groot aantal vrijwillige aanmeldingen. Enige aanwijzingen zijn er wel. Mede aan de hand van vele telefoongesprekken en brieven kwam steeds weer naar voren hoe hard de betreffende artsen door de hele procedure waren getroffen. Ook – en misschien vooral – als de klacht ongegrond werd verklaard. Sommige huisartsen deelden mee in de toekomst querulerende patiënten te zullen weren om minder gemakkelijk de kans te lopen wederom in een tuchtzaak te worden verwickeld. Vrijwel iedereen die wij benaderen had zich gestoord aan de lange duur die de gehele procedure met zich meebracht. Emotioneel is dat zeer moeilijk te verwerken. 'Een tuchtzaak mag geen jaren duren, moet binnen een paar maanden worden afgehandeld', schreef een collega. Het wel of niet nemen van een advocaat bleek vaak een moeilijke beslissing.

De aanklacht lijkt soms zo absurd dat door het zich laten bijstaan van een juridisch adviseur de zaak wordt overtrokken; wordt er dan

toch een maatregel opgelegd dan heeft men daar spijt van en is het soms een reden om in hoger beroep te gaan. Op de procedure zelf waren nogal eens aanmerkingen, met name dat het verslag van de zitting wel eens wat te wensen overliet.

Een vrij algemene klacht was dat dit verslag alleen ter inzage lag als er hoger beroep was aangetekend. De oorzaak van de klacht werd meer dan eens gezocht in het onvoldoende contact tussen klager en aangeklaagde. De indruk bestond dat bij beter contact veel klachten zouden zijn voorkomen.

Wij hebben lang gearzeld om ook een patiënt aan het woord te laten en hebben ons tot één geval beperkt. Dat wij dit toch hebben gedaan is mede te verklaren uit het gegeven dat de bezwaren van de kant van de patiënt gedeeltelijk parallel lopen met die van de aangeklaagde artsen. Voor een ander deel omdat de patiënt vanuit een andere optiek tegen een tuchtzaak aanziet. Het gaat om zijn eigen gezondheid, die – naar hij/zij meent – door de behandeling is geschaad. De patiënt zal zichzelf des te gemakkelijker als slachtoffer zien. Ook hier geldt uiteraard dat aan een enkel geval moeilijk algemeen geldende conclusies zijn te verbinden.

Een voorlopige conclusie is dat er aan de procedure nog wel iets valt te verbeteren en tevens dat een grondiger vooronderzoek de behandeling van de klachten die dan nog overblijven ten goede komt. Een actievere inschakeling van de regionale geneeskundig inspecteur door de klager, aangeklaagde, maar ook door de voorzitter van het tuchtcollege kan dat vooronderzoek meer gewicht geven.

APOTHEEKVERGUNNING

De vraag of een voor onbepaalde tijd verleende vergunning aan een huisarts om een eigen apotheek te voeren kan worden ingetrokken is in een recente uitspraak in het kader van de AROB door de afdeling Rechtspraak van de Raad van Staten bevestigend beantwoord. In eerste instantie was deze beslissing genomen door de Provinciale Commissie voor Gebiedsaanwijzing op grond van Artikel 6 lid 4 van de wet op de Geneesmiddelenvoorziening, waarin staat dat een vergunning voor onbepaalde tijd verleend kan worden ingetrokken wanneer de grond voor de verlening is vervalLEN. Het betrof een drietal huisartsen waarvan er twee waren gevestigd in een plaats waar zich sinds kort een apotheker had gevestigd. Vanaf de inwerkingtreding van de wet heeft het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich op het standpunt gesteld dat met het oog op de rechtszekerheid van de betrokken arts de toepassing van dat artikel (er staat *kan* en niet *zal*) ongewenst is. Deze opvatting steunde op een schrijven van de directeur-generaal d.d. 30 oktober 1968, waarin nadrukkelijk wordt gesteld dat een voor onbepaalde tijd verleende vergunning niet wordt ingetrokken indien zich een apotheker vestigt binnen het in de vergunning aangewezen gebied van de arts en een brief van de toenmalige staatssecretaris d.d. 29 mei 1964. Kennelijk is de vorige staatssecretaris, de heer Hendriks, van opvatting veranderd, waarschijnlijk op grond van het toenemend aantal afstuderende apothekers. In de praktijk betekent dit dat de rechtspositie van ruim 500 apotheekhoudende huisartsen aanmerkelijk is verzwakt.

B.

daarvoor zijn in elke studio voorhanden). Bol haalt de 'polio-zaak' er bij, waarover verschillende medische deskundigen al voor de TV hun zegje deden en gelukkig de staatssecretaris van Volksgezondheid, Mw. Mr. E. Veder-Smit, de moed heeft gehad op 3 juli 1978 voor KRO-Brandpunt te verklaren, dat 'vaccinatiedwang' in strijd was met artikel 9 van het Verdrag van Rome. Er zijn tal van medische handelingen in strijd met diverse artikelen van het Europese verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

Naarden, 7 juli 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XII)

Bij het lezen van de 36e aflevering van het 'Dagboek van een co-assistent' vind ik verder zwijgen niet meer tolerabel. Het is mij en met mij waarschijnlijk meer ervaren specialisten reeds bekend, dat hoofdzusters vaak een goede kijk op zaken en personen hebben binnen hun afdeling. Zo is over Alexander van Es een afdoende oordeel uitgesproken door de hoofdzuster uit zijn eigen artikel. Dat artsen over een leerling als hij nog veel meer zouden kunnen zeggen is boter aan de gal gesmeerd.

Uitdrukkelijk wens ik mij te distantiëren van een zo onrespectvol en onwaardig spreken over patiënten. In deze acht ik ook de redactie van Medisch Contact schuldig aan verlaging van het beroep van arts, omdat zij zonder commentaar ruimte geeft aan zulke schrijverij. Het is oneerlijk ten opzichte van de vele goede co-assistenten om juist deze co in het Medisch Contact zo uitvoerig aan het woord te laten. Met vele andere collegae zou ik de redactie nogmaals willen verzoeken deze rubriek te beëindigen.

Sint Michielsgestel, 10 juli 1978

G. J. M. E. N. Timmerman, oogarts

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Collega Klaassen (MC nr. 27/1978, blz. 812) zegt, dat 'alternatieve geneeswijzen hun ontstaan danken aan het simpele feit dat voor vele onwelzijn-klachten geen medisch antwoord is'. Ik kan dit feit niet simpel noemen, het vormt een van de grootste problemen van deze tijd. Bovendien dacht ik, dat een aantal alternatieve geneeswijzen nog ouder is dan de officiële geneeskunst. Dat er op het ogenblik veel belangstelling is voor deze geneeswijzen geeft toch te denken. Voor veel onwelzijn-klachten is

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goud-opdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



zeker geen medisch antwoord, maar de klachten worden wel medisch gepresenteerd. Waarom dan niet, na het uitsluiten van lichamelijke afwijkingen of het onmogelijk blijken van traditionele therapieën, verwijzen naar of samenwerking zoeken met beoefenaars van andere geneeswijzen? Het gaat toch om de mens in nood en niet om het prestige van de officiële geneeskunst. Wat voor mij de grootste waarde van andere geneeswijzen is, is dat ze niet alleen over genezing praten maar ook over gezondheid. Hier leidt de officiële geneeskunst ons niet in op. Zelf al jaren vegetariër en anti-rookpropagandiste zijnde, verbaas ik mij over het ontbreken van leefwijze-adviezen door artsen aan hun patiënten en over de leefwijze van collegae zelf. Zolang er op artsenbijeenkomsten wordt geroookt en kroketten worden verstrekt is het voor mij een raadsel hoe men gezondheidsadviezen aan patiënten geeft.

De kritiek van collega Klaassen berust waarschijnlijk op de werkwijze van een aantal beunhazen in de alternatieve geneeswijzen, doch deze komen in elke beroepsgroep voor (en moeten uiteraard worden bestreden.) Mijn advies luidt: doceer aan de universiteiten 'Gezondheid' (voeding, lichaamsverzorging, beweging etc.), opdat de aanstaande artsen daar ook zelf hun voordeel mee zullen doen.

Veenendaal, 9 juli 1978

Arn.^a P. Nauta



Meldingssysteem geestelijk gehandicapten –

De staatssecretarissen van Volksgezondheid en CRM hebben een landelijke Adviescommissie Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen ingesteld. Al enige jaren is er informeel een adviescommissie van deze naam werkzaam. Deze commissie begeleidt het project Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen (CWZ), een project dat ongeveer acht jaar geleden startte. Tot dan toe moesten de plaatsende instanties vaak stad en land afzoeken om een geschikte plaats voor een cliënt te vinden. Ook bestond er een steeds duidelijker behoefte aan inzicht in het werkelijk benodigde aantal plaatsen, mede als gevolg van de ongelijke verdeling van het aantal plaatsen over het land. Voor het experiment met een gecentraliseerde wachtlijst was als proefregio Zuid-Holland gekozen. Eerst registreerde men alleen aanmeldingen voor zwakzinnigeninrichtingen, later vond in overleg met CRM aanvulling plaats met aanmeldingen voor gezinsvervangende tehuizen, debieleninternaten en andere dag- en nachtvoorzieningen. Naar aanleiding van de in Zuid-Holland opgedane ervaringen is nu besloten het experiment tot het hele land uit te breiden.

Gezondheidscentra toch sterker dan gedacht

Ziekenfondsraad besluit gezondheidscentra uit AWBZ te betalen

Nog slechts kort geleden heb ik in dit tijdschrift de vraag gesteld of de gezondheidscentra niet te sterk waren om te verdwijnen maar te zwak om te blijven bestaan. Deze vraag kwam op naar aanleiding van de rapportage van de commissie financiële zaken van de zogenaamde begeleidingscommissie van de 'voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra.'

Op het moment dat de vraag werd gesteld kon een zeker retorisch karakter eraan niet worden ontzegd. Het was immers bekend dat op twee, voor een gedeelte onafhankelijk van elkaar lopende, sporen werd gereden op weg naar een meer definitieve financieringsvorm voor de gezondheidscentra. De ene weg liep via de begeleidingscommissie van de stimuleringsregeling, de andere weg liep via de Ziekenfondsraad. Het is de afgelopen maanden duidelijk geworden dat de timing van de verschillende ontwikkelingen erg belangrijk is en ook in de komende jaren belangrijk zal blijven. Deze bijdrage is dan ook bedoeld om op een aantal elementen daarvan de nadruk te leggen.

Welke is nu de situatie?

In de meivergadering (25 mei 1978) is de Ziekenfondsraad unaniem akkoord gegaan met het advies om de meeste extra kosten die het gevolg zijn van samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere medewerkers in wijkgezondheidscentra te betalen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De NRC

door *Dr. H. Lamberts*



Dr. H. Lamberts is als huisarts werkzaam op de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD.

meldde daarover dat met name de PvdA- en de CDA-kamerleden, die tevens lid zijn van de vaste kamercommissie voor de volksgezondheid, bijzonder verheugd waren over het besluit van de Ziekenfondsraad. Dit was ons tijdens een ontmoeting van de vaste kamercommissie voor de volksgezondheid en vertegenwoordigers van een twaalfstal gezondheidscentra en een aantal leden van de zogenaamde contactgroep op 11 mei reeds duidelijk geworden. In dit gesprek is door de centra hun ongeduld en eigenlijk ook de irritatie over het uitblijven van een definitieve regeling nog eens naar voren gebracht. In feite is gebleken dat over deze gevoelens in brede kring in dezelfde toonsoort wordt gedacht.

Maar is alles nu ook in kunnen en kruiken? Dat is natuurlijk niet het geval. Hoe zou dat ook kunnen waar het gaat om een zo ingewikkelde materie?

Wat besloot de Ziekenfondsraad?

Het is niet mijn bedoeling om het besluit van de Ziekenfondsraad hier in extenso weer te geven. Een ieder die daar belangstelling voor heeft kan het betreffende stuk opvragen en er kennis van nemen. Een aantal essentiële aspecten ervan dient hier echter te worden genoemd. De Ziekenfondsraad besloot om voor die multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, die beschikken over een gezamenlijke huisvesting – gezondheidscentra dus – die in aanmerking komen voor de huidige 'voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra' en waarbij sprake is van een dienstverband voor de hulpverleners, de exploitatietekorten goeddeels te dekken.

Het gaat bij deze extra financiële tegemoetkoming in beginsel om twee essentiële onderdelen. Het eerste onderdeel heeft van doen met een vergoeding van het netto honorarium van huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen, gemoeid met de extra tijd voor samenwerking benodigd. Als grove maat daarvoor is aangehouden dat 15% van de tijd samenwerkingstijd en ontwikkelingswerktijd is. Voor de huisartsen houdt dit in dat 17,65 % van het netto honorarium (inclusief pensioenbijdrage) berekend over het werkelijke aantal patiënten – doch maximaal over 2.210 patiënten – wordt toegerekend. Voor de fysiotherapeuten geldt een analoge regeling, welke echter in overleg nader dient te worden uitgewerkt. Voor verloskundigen wordt gesproken over 'ad hoc oplossingen.'

Praktijkkosten, voor zover deze voldoen aan nog niet al te scherp geformuleerde voorwaarden voor oppervlakenormen, personeelsformatie respectievelijk algemene kosten, worden op basis van de feitelijke exploitatie goeddeels vergoed.

Wezenlijke doorbraak

Met datgene wat hierboven kort is samengevat is zeker sprake van een wezenlijke doorbraak in het denken over en vooral in het beheren van gezondheidscentra in Nederland. Het feit dat vooral de praktijknormering voor gezondheidscentra nu praktisch op het maximum van 2.200 patiënten voor de huisarts is vastgepind – voor de fysiotherapeuten en verloskundigen geldt een analogie – is bijzonder belangrijk. Juist omdat de Ziekenfondsraad niet wenst te treden in de onderhandeling over de praktijkomvang voor de solo-huisarts blijft de regeling beperkt tot die gezondheidscentra waar sprake is van een dienstverband. Slechts op deze wijze immers komen de rond 20.000 gulden per huisarts (en de analoge bedragen voor de fysiotherapeuten en verloskundigen) niet rechtstreeks de beroepsbeoefenaars ten goede doch het samenwerkingsverband. Op deze wijze meent de Ziekenfondsraad dat uit hoofde van artikel 52d van de AWBZ een regeling is getroffen welke de ontwikkeling van de gezondheidscentra op gewenste wijze ondersteunt zonder dat het rechtstreeks overleg tussen beroepsorganisaties en ziekenfondsen over de honorering doorkruist wordt. Dit houdt wel in dat die gezondheidscentra, waar geen sprake is van een dienstverband, naast hun beroep op artikel 52 d van de AWBZ als het gaat om de pure exploitatiekosten, voor een compensatie van de samenwerkingstijd voorlopig te maken blijven houden met de stimuleringsregeling.

Hoe het ook zij, er is een belangrijke stap gezet. Ook al is er best het één en ander op het stuk wat de Ziekenfondsraad hierover heeft opgesteld aan te merken – en dat zal in de komende maanden ook zeker dienen te gebeuren – overheersend is de tevredenheid.

En het tweede spoor dan?

Met deze regeling lijkt het nog te verwachten definitieve advies van de begeleidingsgroep 'voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra' ernstig aan belang te hebben ingeboet. Dit is slechts ten dele het geval. Immers allerlei andere samenwerkingsvormen, welke wel onder de voorwaarden van de stimuleringsregeling vallen doch niet onder de voorwaarden van de richtlijnen van de Ziekenfondsraad, zullen het in de komende jaren nog van de verlenging van de stimuleringsregeling (met bijvoorbeeld twee jaar) moeten hebben. Maar dit betekent uiteraard niet dat deze situatie ook dient voort te blijven bestaan. Van de kant van de centra is in het gesprek met de vaste kamercommissie de suggestie aan de hand gedaan om aan te dringen op spoed bij de eindrapportage van de begeleidingscommissie. De staatssecretaris zou een dergelijk eindrapport snel met de commissie kunnen bespreken en dan met een adviesaanvraag naar de Ziekenfondsraad kunnen zenden. Deze adviesaanvraag zou gericht kunnen zijn op het per 1 januari 1981 tot stand brengen van een definitieve regeling voor de tegemoetkoming in extra kosten voor alle samenwerkingsverbanden, welke onder de dan in te voeren regels vallen. Bij het opstellen van deze regels kunnen vooral de ervaringen in de komende jaren opgedaan met de gezondheidscentra die over een dienstverband beschikken, goede diensten bewijzen. In feite kan men ervan uitgaan dat het in de komende jaren dient te komen tot een financiering van samenwerkingsverbanden in de vorm van een verstrekking in het kader van de AWBZ. Men zou er over kunnen twisten of het recente besluit van de Ziekenfondsraad in feite niet reeds de gezondheidscentra met een dienstverband als een verstrekking introduceert. Maar omdat het epitheton 'voorlopig' nog aan het besluit is gekoppeld en omdat het recht op financiële tegemoetkoming – mits aan de voorwaarden welke zijn geformuleerd wordt voldaan – vastligt, doet het er niet veel toe hoe het beestje nu precies heet. Het ligt in ieder geval voor de hand dat een

belangrijk aantal gezondheidscentra dit jaar nog een beroep op de nieuwe regeling zal willen doen.

Omgekeerde bewijslast

Een laatste opmerkelijk aspect in de discussie van de laatste maanden rond de gezondheidscentra is wel dat het eigenlijk verleden tijd is om de bewijslast voor hun bestaansrecht te leggen bij de gezondheidscentra zelf; en dan wel in vergelijking met het functioneren van de solo-hulpverleners. Zachtjesaan wordt deze trommel nauwelijks meer geroerd. Dat is ook wel te begrijpen. Het beperkte aantal gezondheidscentra met een even beperkt aantal huisartsen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, verloskundigen en anderen heeft de afgelopen tien jaar een buiten proportie grote bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het referentiekader van een moderne eerstelijns gezondheidszorg. Niet alleen in relatieve doch ook in absolute termen is de hoeveelheid kennis door hen verzameld zeker indrukwekkend. Wanneer men nu nog vraagt om vergelijking met de gang van zaken in de solo-hulpverlening dan zal het juist in de sfeer van de solo-praktijk en van de mono-disciplinaire hulpverlening moeten zijn waar noodzakelijke informatie wordt verzameld. De bewijslast is duidelijk omgekeerd. Met name de afstandelijke wijze waarop in het stuk van de Ziekenfondsraad gesproken wordt over het onderzoek naar het functioneren van een aantal gezondheidscentra benadrukt dit. Het gaat nu niet meer alleen om al dan niet 'goedkoop' en om al dan niet 'beter'. Het gaat heel duidelijk om de erkenning dat gezondheidscentra 'anders' werken en dat dit 'anders' aansluit op een aantal verlangens dat bij velen leeft met betrekking tot een toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland. De evaluatie, welke de gezondheidscentra in de komende jaren zonder twijfel zullen blijven verrichten, kan zich dan ook veel meer op deze elementen gaan richten.

De 'Synthesis Graduate School for the Study of Man'

Een nieuwe vrije internationale instelling voor hoger onderwijs

Begin oktober 1978 zal een nieuwe (vrije) internationale instelling voor hoger onderwijs, met vestigingen in Rotterdam, Londen en San Francisco, haar deuren openen, zoals uit een advertentie elders in dit blad blijkt. Deze instelling, de 'Synthesis Graduate School for the Study of Man' (SGS), zal als instelling voor hoger onderwijs ('graduatie school') worden erkend door de staat van Californië, zodat ook aan studenten die in Nederland een studieprogramma hebben gevolgd een Amerikaanse graad kan worden verleend. (Het is de bedoeling in de toekomst ook in Nederland erkenning door het ministerie van Onderwijs aan te vragen.)

Geïntegreerd programma

De 'Synthesis Graduate School for the Study of Man' zal in avonduren, weekends en in de zomer anderhalf tot twee jaar durende programma's aanbieden op het gebied van psychologie en psychologische begeleiding, psychologie met specialisatie in een bepaald werkveld of beroep ('special emphasis') en in 'medical synthesis'. Naast deze programma's, die opleiden voor de graad van Master of Arts (MA) en na voortgezette studie voor die van Doctor of Philosophy (PhD), zullen programma's voor voortgezette professionele vorming en nascholing en cursussen voor het algemene publiek worden verzorgd. Ook komt een dienst voor psychologische consultatie beschikbaar.

De *basisdoelstelling* van de SGS is, studenten te brengen tot een meer integraal en praktisch werkbaar begrip

door *Prof. Dr. M. J. de Vries*

van henzelf en van de wereld waarin zij leven. De onderwijsfilosofie van de SGS is gebaseerd op een geïntegreerd studieprogramma, dat is ontworpen om een brug te slaan tussen het alledaagse leven en de geesteswereld en dat de mens zowel een individuele identiteit als een universele essentie toeschrijft.

De programma's zijn gericht op het verkrijgen van theoretische en begripsmatige kennis, van praktische vaardigheden en het stimuleren van de persoonlijke ontwikkeling die de studenten nodig hebben om een optimale maatschappelijke bijdrage te kunnen leveren door hun werkzaamheden in het door hen gekozen werkveld.

Het *psychologieprogramma* kan aangepast worden aan bepaalde werkgebieden ('Psychology with Special Emphasis'), bijvoorbeeld: stervensbegeleiding; organisatie en management; kunstzinnige beroepen; huwelijks-, gezins- en

kinder consultatie; theologie; onderwijs.

Het *programma voor medische synthese* ('medical synthesis') is gebaseerd op een benadering van gezondheid en gezondheidszorg waarin lichamelijk welzijn wordt gezien als een harmonische en dynamische wisselwerking van het lichaam en andere aspecten van de zich ontplooiende persoonlijkheid, zoals gevoelens, geest, verbeelding en wil. Het is gericht op een optimale toepassing van de hedendaagse geneeskunde, waaronder begrepen de humanistische gezondheidszorg (Dokter, 1978; Garell e.a., 1977; Reitsma, 1976; de Vries, 1977) en het onderzoek van uitzonderlijk gezonde individuen.

Het *curriculum* van de SGS benadert de studie van de mens op een empirische wijze en biedt de studenten de gelegenheid om de tijdens de studie geleerde principes en verkregen inzichten te toetsen in uitgebreid praktisch werk. Enkele voorbeelden van cursussen zijn: cognitieve en creatieve processen; abnormale psychologie; geestelijke bewustwording en psychologische stoornissen; persoonlijkheidstheorie; wil en motivatie; geschiedenis van het

NIET ROKEN

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

bewustzijn; grondslagen van psychosynthese; dieptepsychologie en geboorte-ervaring; creatief omgaan met pijn; sterven en dood; psychologie en grote medische ingrepen; psychologie van vooraanstaande mannen en vrouwen; kritische toetsing van alternatieve benaderingen van gezondheidszorg. Het praktisch gedeelte bestaat uit individuele en groepssupervisie; casusbesprekingen; waarneming van individuele en groepsconsultaties; werken aan de eigen persoonlijke ontwikkeling door middel van individuele didactische consultatie.

Voor wie?

Het is in eerste instantie de bedoeling dat artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en werkers in andere 'somatische' beroepen het 'medical synthesis'-programma volgen, en psychologen, maatschappelijk werkers en werkers in andere disciplines in de sector geestelijke gezondheidszorg het psychologieprogramma, al of niet met specialisatie in hun eigen specifieke werkgebied.

Zij die wegens zware werkzaamheden of verplichtingen elders onvoldoende tijd beschikbaar hebben om het gewone programma te volgen, hebben de mogelijkheid de cursusduur over langere tijd te spreiden. Uit donaties zal een fonds worden gesticht, waaruit minder draagkrachtige deelnemers kunnen worden gesubsidieerd.

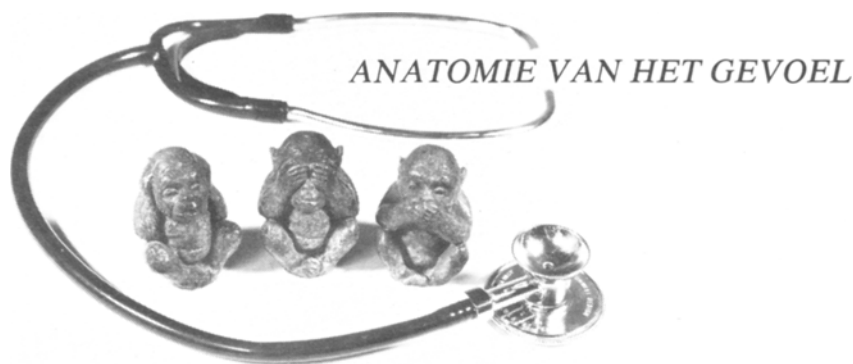
Aanbevolen literatuur

Dokter, H. J. De mens als middelpunt in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 33 (1978) 652-654.

Garell, D., Miller, S., Miller, S., en Remen, N. Het geneeskundig gesprek met de zieke mens. *Medisch Contact* 32 (1977) 705-709

Reitsma, F. E. Het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco. *Medisch Contact* 31 (1976) 1445-1449

de Vries, M. J. Humanistische geneeskunde; op weg naar een geneeskunde en gezondheidszorg van de gehele mens. *Ned. T. Geneesk.* (1977) 700-705.



Een prik in je kransslagader

In ons paviljoen ligt een Chinese patiënte met wel drie souffles. Ze spreekt geen enkel woord Nederlands, Duits, Engels of Frans, dus je kunt geen anamnese bij haar afnemen. Ik heb al verschillende keren naar haar souffles geluisterd en het is wonderlijk hoe uit zo weinig thorax zoveel lawaai kan komen.

Nu moest ik bij haar een arteriepunctie doen in de lies. Ik heb haar alles zo goed en zo kwaad als het ging uitgelegd. De eerste keer ging het mis, maar de tweede maal zat ik er meteen in. Ze deed echter of ze ontzettend veel pijn had. Ik kon het me nauwelijks voorstellen, want ik heb hoogstens eenmaal de N. Femoralis geraakt en dan geeft ze wel elders pijn aan.

Achteraf hoorde ik, dat je ontzettend moet oppassen met Chinezen. Wanneer je iemand pijn doet, gaat dat als een lopend vuurtje rond en voor je het weet wordt je achtervolgd door drie Chinezen, die op een gegeven moment bij jou een arteriepunctie willen doen . . . in de A. Coronaria Dextra!

Het ziekenhuis ligt in een niet onaardige omgeving. Alleen de straatnamen passen er niet zo goed bij. Ik vind dat ze de straten rond het ziekenhuis eigenlijk moeten noemen naar de grote specialisten van dat ziekenhuis. Wat zou je denken van het Waelse Tasje of de Wouterstraat? En voor dokter Frederiks is er dan het Frederiksplein. De weg naar de EHBO noemen we dan de Leydensweg!

Vanochtend was er op de poli een geweldig dikke Turk. Het was weer niet om aan te zien, laat staan om aan te raken. Met veel moeite en pijn kon ik hem onderzoeken, maar de buik was werkelijk niet om doorheen te komen. De dienstdoende internist was het met mij eens: 'In deze buik kun je niets vinden, dit is gewoon veterinaire geneeskunde'.

Dr. Wouters raakt steeds meer geïnteresseerd in dit dagboek. Bij de visites waar-

schuwt hij mij netjes, voordat hij een interessante uitspraak gaat doen. 'Van Es', zegt hij dan, 'dit is iets voor je dagboek', en dan volgt er een of andere 'autoritaire uitspraak'. Helaas zijn deze uitspraken meestal van inferieure kwaliteit. De enige uitspraak die ik net geschikt vond, was: 'Deze huisarts is een verschrikkelijke hypomaan'. Ik heb Dr. Wouters maar aangeraden zelf een boek te beginnen: 'Dr. Wouters citeert Dr. Wouters', of waarom niet: 'Ik, Wouters!'

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (39)

Ik heb de indruk, dat mijn dagboek zijn doel gaat missen. In de eerste plaats was het mijn bedoeling mezelf via dit middel te uiten; ik vind het overigens een walgelijke manier, want ik heb een vreselijke hekel aan dagboeken omdat ze altijd met een zekere pretentie worden geschreven. En die pretentie heb ik zeker niet. In de tweede plaats komt het essentiële er niet van over. Het blijft bij de sensatie. Alles wat achter de sensatie schuilt aan bitter sarcasme, met het accent op bitter, blijft verscholen.

Ik had hier graag meer over willen zeggen, maar ik begin langzamerhand de zinloosheid hiervan te begrijpen. Het is een barricade, opgebouwd uit twee hindernissen. Zo ik er al in slaag iets van het sarcasme over te brengen (de eerste hindernis), merk ik overduidelijk dat de 'overzijde' hierin helemaal niet geïnteresseerd is (de tweede hindernis). Mijn paard is krachtig genoeg om de eerste hindernis met succes te nemen, maar die tweede hindernis kan geen enkel paard nemen: mysterieuze krachten schrikken de paarden af, zodat ze weigeren verder te gaan.

Alexander van Es

Toestemming van proefpersonen

De volgende praktische overwegingen vanuit de ethiek zijn bedoeld voor onderzoekers die een authentieke *informed consent* wensen te verkrijgen van hun proefpersonen, alsook voor medisch-ethische commissies die onderzoekers daarbij begeleiden. Het gaat in de eerste plaats om *algemene consentvoorwaarden*, met uitsluiting van speciale gevallen zoals de toestemming door afhankelijke proefpersonen, minderjarigen, militairen, gevangenen e.d.

Behoeftte aan criteria

'Informed consent' is een heet hangijzer voor onderzoekers die proefpersonen betrekken bij hun experimenten. Alle verklaringen over proeven met mensen hebben de vrije toestemming van de goed voorgelichte patiënt in hun vaandel geschreven. Recent is er bovendien een strekking te onderkennen bij geldschietters om uitdrukkelijke waarborgen met betrekking tot deze toestemming te eisen, en wel als voorwaarde tot subsidiëring. Wat de moraal niet wist te bewerken zal dus wellicht worden bereikt door enige druk op de beurzen. Sociologen (Barber 1973, Barber 1974, Gray 1975), in navolging van critici uit artsenkring (Beecher 1966 en 1970, Katz 1972, en Mills 1974) blijven echter van mening dat bovendien sociale controle noodzakelijk is. Zelfs in de goedkeuring door een medisch-ethische commissie zien zij geen waarborg voor de ethische kwaliteit van de toestemming die proefpersonen geven. Desgevraagd stellen onderzoekers meestal dat zij de internationale

Samenvatting

Toestemming van proefpersonen geniet steeds meer de aandacht van onderzoekers, maar ook van sponsors van experimenteel onderzoek. Tussen beide in staat soms een medisch-ethische commissie. Deze helpt de onderzoeker bij het verkrijgen van 'informed consent', anderzijds adviseert zij de sponsor onder meer over het ethisch gehalte van de consentvoorwaarden.

De ethische waarde van een toestemming hangt af van adequate informatie, d.w.z. informatie die volstaat om de proefpersoon vrij en verantwoord te laten beslissen. Een ontwerp van ethische richtlijnen ten behoeve van onderzoekers en van aanbevelingen voor medisch-ethische commissies zal dienstig zijn ter bevordering van 'informed consent'.

door **Dr. M. A. M. de Wachter**



De auteur is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de afdeling Ethiek van de Medische Faculteit aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

consentvoorwaarden van Helsinki-Tokio (1975) honoreren. Nu hen door geldschietters daarom wordt gevraagd, verzekeren zij ook nog vooraf – soms door overlegging van het consentformulier – dat zij wel degelijk (schriftelijke) toestemming vragen. Vanaf dat ogenblik schenkt men bijna automatisch vertrouwen aan de onderzoeker. Maar nogmaals, sommige artsen en sociologen vinden dat attitudes en praktijk van

onderzoekers dit vanzelfsprekende vertrouwen niet rechtvaardigen. Zij eisen bijgevolg sociale controle vooraf, tijdens en na het onderzoek. Het ziet er dus naar uit dat onderzoekers zullen moeten kiezen. Of zij maken zichtbaar wat zij beweren altijd al te hebben gedaan, óf er komt waarschijnlijk meer druk van buitenaf om na te gaan of zij hun woord metterdaad gestand doen. In beide gevallen is er behoefte aan onder meer ethische criteria voor het verkrijgen van geldige toestemming van proefpersonen. Bij het ontwerpen van dergelijke criteria zullen medisch-ethische commissies een belangrijke rol spelen. Door het aanleggen van maatstaven in de plaatselijke situatie kunnen zij per geval een continuïteit waarborgen met nationale en internationale richtlijnen.

Internationale richtlijnen

De Helsinki-verklaring in de herziene versie van Tokio (1975) stelt ten aanzien van toestemming enkele algemene beginselen over:

- blijvende verantwoordelijkheid

- van de onderzoeker ook na verkregen toestemming (I.3);
- adequate informatie vooraf en vrijheid van de proefpersoon bij te toestemming (I.9);
- wie de toestemming verkrijgt (I.10);
- wie de toestemming geeft, namelijk proefpersoon of voogden (I.11).

Deze algemene beginselen gelden bij zowel therapeutische als niet-therapeutische proeven, met dien verstande

- dat in de therapeutische situatie de toestemming soms niet hoeft te worden gevraagd (II.5); en
- dat in de niet-therapeutische situatie alleen vrijwilligers als proefpersoon dienen (III.2).

Met betrekking tot de *ethiek der toestemming* vormt I.9 de belangrijkste alinea:

‘Bij research op mensen moet elke potentiële proefpersoon adequaat worden geïnformeerd over doelstellingen, werkwijzen, verwachte voordelen en mogelijke risico’s van het onderzoek, alsook over mogelijk ongemak. De proefpersoon dient te worden ingelicht omtrent zijn/haar vrijheid om af te zien van deelname aan het onderzoek en om te allen tijde de toestemming tot deelname in te trekken. Daarna moet de arts een vrijwillig gegeven informed consent verkrijgen, liefst op schrift.’ Informatie en vrije wilsuitoefening (i.e. afwezigheid van beïnvloeding) waarborgen dus de kwaliteit van de toestemming. Maar, wat is informatie en wat is vrijheid? De uitdrukking ‘adequate informatie’ is vatbaar voor een interpretatie die informatie en vrijheid met elkaar verbindt. Het gaat dan om informatie die nodig is en volstaat voor een vrije beslissing van deze proefpersoon.

Adequate informatie

Informatie speelt een centrale rol bij het tot stand komen van de geldige toestemming. De klemtoon op voorlichting der proefpersonen in de verklaring van Tokio (1975) is slechts een voortzetting van Neurenberg (1949) en van een Advies van de Nederlandse Gezondheidsraad (1955), dat zelf van directe invloed was op de WMA-tekst die te Helsinki (1964)

werd aangenomen. Echter, markanter nog dan de continuïteit dezer verklaringen zijn de verschuivingen met betrekking tot informatie als consentvoorwaarde. In 1949 werd ‘voldoende kennis’ gewenst, in 1955 werd ietwat paradoxaal gesteld dat enerzijds ‘volledige inlichting slechts van relatieve betekenis is voor de beslissing’ omtrent geoorlooftheid maar dat anderzijds bij niet-therapeutische proeven met risico, pijn en ongerief ‘de toestemming van de vrij beslissende, volledig ingelichte proefpersoon noodzakelijk’ is. In 1964 wordt volledige voorlichting gewenst indien dit psychologisch kan. In 1975 spreekt men van ‘adequate informatie’. Een vergelijking van diverse codes (De Wachter 1977) leidt verder tot de vaststelling dat codes neigen door te slaan in een van twee extremen: of het ethisch potentieel van de proefpersoon wordt sterk overschat, of de verantwoordelijkheidszin van de onderzoeker wordt te hoog aangeslagen. Ten aanzien van dit tekort heeft Tokio (1975) een wezenlijk nieuwe bijdrage geleverd door te suggereren dat een derde instantie, namelijk een ‘onafhankelijke controlecommissie’ tot de structuur van verantwoord onderzoek behoort. Toch geven deze codes geen duidelijk antwoord op de vraag wat adequate informatie met het oog op de toestemming dan wel is, met name hoeveel en welk soort informatie aan de gestelde eis voldoet. En helemaal onbesproken blijft de wijze waarop informatie helpt om tot een besluit te komen, d.w.z. het ‘decision-making’-aspect van voorlichting. Wat is adequate informatie dan eigenlijk? Gesteld dat zowel de beperktheid van de voorhanden kennis omtrent een proef als het beperkte mededelingsvermogen van de onderzoeker en het beperkte bevattingvermogen van de proefpersoon altijd al beletten dat de volledige, objectieve inhoud van een proef ooit waarheidsgetrouw kan worden aangegeven, dan nog *moet de informatie de proefpersoon in staat stellen vrij en verantwoord het ja-woord of de weigering te bepalen*. Deze functionele rol der informatie kan een goede maatstaf zijn bij het bepalen van soort en hoeveelheid te verstrekken informatie. Op zijn minst kan men stellen dat het niet verantwoord is informatie te

verzwijgen of te verdraaien zodat de proefpersoon misleid wordt in zijn besluitvorming. Er is duidelijk sprake van onvoldoende informatie, wanneer bij nacontrole blijkt dat de proefpersoon het begrip ‘nieuw geneesmiddel’ nooit heeft begrepen als ‘experimenteel geneesmiddel’ (Gray, 1975, 110) of wanneer de uitdrukking ‘Geen bekende risico’s’ op het consentformulier door de proefpersoon werd begrepen als ‘geen risico’ (Gray, 1975, 114). Indien de behoefte tot informeren ontstaat uit de behoefte aan een verantwoorde beslissing, dan is aan die behoefte tot informatie voldaan zodra deze proefpersoon in staat is die verantwoorde beslissing te nemen (Freedman 1975). Adequate informatie stelt dus de proefpersoon in staat op verantwoorde wijze te beslissen.

Onderzoeker geeft informatie

Op grond van deze overwegingen kan een voorstel van praktische richtlijnen worden geformuleerd ten behoeve van de onderzoeker die adequate informatie wil verstrekken aan zijn proefpersonen:

1. Volg de verklaring van Helsinki-Tokio wat betreft de onderwerpen van informatie, te weten:
 - doelstelling, belang, strekking van het onderzoek;
 - werkwijze en aard van handelingen, met aanwijzing van specifieke handelingen die experimenteel zijn;
 - verwachte voordelen;
 - mogelijke risico’s en ongemakken;
 - vrijheid tot herroepen van toestemming te allen tijde. Bij therapeutisch onderzoek wordt informatie omtrent werkelijk voorhanden alternatieven verstrekt.
- Wie dus zonder patiënten te informeren bloed of urine (zelfs uit routinestalen) benut voor wetenschappelijke proeven, kan niet zeggen dat hij de Helsinki-regels naleeft.
2. Wat betreft de manier van informeren is zowel mondelinge als ook schriftelijke voorlichting denkbaar en nuttig.
 - Juistheid (met weglating van

verdoezelende of misleidende eufemismen), volledigheid (weliswaar met objectieve en subjectieve beperkingen vanwege de functionaliteit der informatie) en boven alles begrijpelijkheid zijn na te streven doelen.

- In elk geval moet worden verzekerd dat elke proefpersoon de kans krijgt de tekst van het consentformulier te bespreken: rustig, tijdig en met de arts/onderzoeker zelf. Is deze tekst bondig en terzake dan bevordert hij het begrijpen en de verstandige besluitvorming (Epstein en Lasagna 1969).
- Het voorlichtingsgesprek zal bij voorkeur plaatsvinden in een neutrale omgeving. Eén persoon zou verantwoordelijk moeten zijn voor het verstrekken van alle informatie aan één proefpersoon. Het is overigens wenselijk dat één zelfde arts/onderzoeker alle proefpersonen voorlicht.
 - Wenst de proefpersoon om een of andere reden niet te worden voorgelicht, dan krijgt hij de kans dit formeel te kennen te geven in een afstandverklaring.

3. Enige tijd na de informatieverstrekking gaat de arts/onderzoeker (of een derde) na of de proefpersoon wel degelijk de informatie heeft verwerkt, zodat hij daarmee een besluit kan nemen.

4. De onderzoeker brengt vooraf zijn medisch-ethische commissie op de hoogte van de informatievoorwaarden die hij ten aanzien van zijn proefpersonen zal trachten na te leven. Eén maand na de start van het onderzoek rapporteert hij bij deze commissie over de bereikte resultaten met betrekking tot de consentvoorwaarden.

Medisch-ethische commissie en consentvoorwaarden

De medisch-ethische commissie begeleidt enerzijds de onderzoeker in zijn naleving van ethische criteria, in casu omtrent 'informed consent', anderzijds adviseert zij geldschieters

uit diverse geldstromen of verantwoordelijken voor patiëntenzorg (bijvoorbeeld de ziekenhuisdirectie) omtrent de ethische kwaliteit van een project c.q. van de voorziene consentvoorwaarden. Zulk een commissie moet een duidelijke procedure volgen, vrij snel werken en vooral zichzelf trouw blijven, d.w.z. consistent en blijvend dezelfde criteria hanteren. Daarom is het noodzakelijk en ook wenselijk dat de commissie haar eigen richtlijnen minstens intern vastlegt. Zo moet zij bijvoorbeeld weten welke voorwaarden zij verbindt aan informatie en vrij(willig)heid. Immers, ook wanneer men de suggestie bijtreedt informatie naar grootte en aard te laten bepalen door de doelstelling van een vrije beslissing der proefpersonen, dan nog zullen onderzoekers, artsen, proefpersonen en anderen soms van mening verschillen omtrent de feitelijke informatie die daaraan beantwoordt. Consistentie met betrekking tot de bepaling van 'informed consent' is eveneens een vereiste voor het goed functioneren van een commissie. Zo gaat het bijvoorbeeld niet op een begrip als 'goede voorlichting' eerst op te vullen met alle onderwerpen die in de Helsinki-verklaring worden opgesomd en daarna toch door de proefpersoon bij de schriftelijke verklaring te laten bevestigen dat hij 'volledig' is ingelicht. Met zulk een ingebouwde tegenspraak kan een commissie niet consistent oordelen of adviseren.

De Britse Newcastle Health Authority rapporteert (The Working Group 1978) over de werking van een regionale medisch-ethische commissie. Daarin worden waarschuwingen gegeven met betrekking tot toestemming van proefpersonen: 1. De commissie moet erover waken dat geen overdreven optimisme wordt gewekt bij patiënt of familie. 2. Zij moet ook letten op de manier waarop de toestemming wordt verkregen, vooral in gevallen met ernstig gevaar, met pijn en met ongemak. 3. Tenslotte moet zij erover waken dat de toestemming niet wordt uitgelokt, hetzij impliciet, hetzij actueel. Dezelfde groep had reeds vroeger (The Working Group 1977) gewezen op de noodzaak van speciaal toezicht op de consentvoorwaarden bij herhaald of cumulatief onderzoek op eenzelfde persoon. Daarbij

suggereerde zij dat wellicht een derde instantie kan worden ingeschakeld tijdens het geven der toestemming of naderhand ter bevestiging van de gegeven toestemming

Ervaringen met Local Institutional Review Boards in de Verenigde Staten (Editorial in Journ. Med. Educ. 1977), maar ook ervaringen hier te lande* schijnen de voorkeur te rechtvaardigen voor een lokale medisch-ethische commissie boven een centrale organisatie ter bescherming van proefpersonen. Immers, een plaatselijke commissie (1) heeft dagelijks contact met onderzoekers en patiënten, (2) kent de plaatselijke bevolking en kan dus beter inschatten of een geplande voorlichting inderdaad adequaat zal zijn, (3) kan ter plaatse andere klinici, onderzoekers of leken consulteren bij het eventueel uittesten van consentvoorwaarden, en (4) kan beoordelen of taal en inhoud der informatie aangepast zijn aan de lokale bevolking.

Een medisch-ethische commissie zou verder aandacht moeten hebben voor de rechtvaardige spreiding van experimenten onder respectieve bevolkingsgroepen wat betreft ras, opvoeding, sociale status e.d. (Gray 1975, 139).

Men heeft in de Verenigde Staten vastgesteld, dat bij een bepaald experiment 39% van de proefpersonen die wel een consentformulier hadden getekend in feite onwetend waren omtrent hun deelname aan een experiment. Bij nader toezicht bleek er een ernstige communicatiestoornis te bestaan tussen onderzoekers en proefpersonen. Deze communicatiestoornis was waarschijnlijk te wijten aan de sociale kloof ten gevolge van ras en opvoeding. Ethisch kan men hieraan de overweging verbinden, dat waar adequate informatie niet haalbaar is een vraag rijst naar het mogelijke onrecht dat bepaalde lagen der bevolking lijden in niet-therapeutische experimenten.

Aanbevelingen

Ter aanvulling van de eerder gegeven richtlijnen voor onderzoekers kunnen de volgende punten met betrekking tot de consentvoorwaarden worden aanbevolen:

* Mondelinge mededeling Prof. Dr. E. L. Noach over ervaringen in de Commissie Medische Ethiek in het Academisch Ziekenhuis te Leiden, februari 1978.

1. De commissie waakt erover dat de werving, hetzij door directe en persoonlijke uitnodiging, hetzij door een oproep tot vrijwillige melding, geen afbreuk doet aan de vrijheid der proefpersonen, in het bijzonder aan hun behoefte om adequaat te worden geïnformeerd.

2. De commissie gaat na of voorlichting wordt verstrekt onder omstandigheden (wijze, plaats, tijd) die minstens neutraal kunnen worden genoemd. Aldus wordt de kwaliteit van het beraad en de besluitvorming der proefpersonen bevorderd of minstens beschermd.

3. Misschien kan een commissie ervoor pleiten dat aan alle proefpersonen wordt gevraagd of zij wellicht meer tijd of speciale bijstand wensen te verkrijgen voor overleg. Met name bij ingewikkelde experimenten mag deze ingewikkeldheid geen excuus zijn voor inadequate informatie. Het is nog beter wanneer onderzoekers aan het eind van de voorlichtingszitting aan de proefpersonen vragen of zij zich voldoende voorgelicht achten.

4. Het is waarschijnlijk dat adequate informatie moeilijker te verstrekken is naarmate de maatschappelijke afstand tussen arts/onderzoeker en

proefpersoon toeneemt. Door speciale aandacht te vragen voor zulke bevolkingsgroepen (armen, gastarbeiders, kleurlingen, fondspatiënten) draagt een commissie ertoe bij dat sociale rechtvaardigheid en verdeling worden bewerkt.

Besluit

Het toestemmingsformulier is geen toeverformule voor ethische kwaliteit. Het gevaar bestaat nochtans dat onderzoekers en leden van medisch-ethische commissies aan deze illusie toegeven. Indien vrije toestemming afhangt van adequate informatie, dan is het redelijk om telkens opnieuw en steeds weer aangepast aan elke individuele persoon, een gunstig klimaat voor 'informed consent' te scheppen.

Geraadpleegde literatuur

Advies van de Voorzitter van de Gezondheidsraad, d.d. 10 oktober 1955, in Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid 1956, 1-21.

Barber, B., E.A. Research on Human Subjects, New York 1973.

Barber, B. The Ethics of Experimentation with Human Subjects, *Scientific American* 234 (februari 1976) 25.

Beecher, H. K. Ethics and Clinical Research, *New England Journal of Medicine* 274 (1966) 1354.

Beecher, H. K., Research and the Individual, Boston 1970.

Editorial: Local Institutional Review Boards, *Journal of Medical Education* 52 (1977) 604.

Epstein, L. C. en Lasagna, L. Obtaining Informed Consent, *Archives of Internal Medicine* 123 (1969) 682.

Freedman, B. A. moral Theory of Consent, *Hastings Center Report* 5 (augustus 1975) 32.

Gray, B. H. Human subjects in Medical Experimentation, New York 1975.

Katz, J. Experimentation with Human Beings, New York 1972.

Mills, D. H. Whither Informed Consent?, *Journal of the American Medical Association* 229 (1974) 305.

Wachter, M. de Medici en ethiek, Syllabus Medicus en Maatschappij II, Nijmegen 1977, 12-28.

Working Group in Current Medical/Ethical Problems, Ethical Problems of Repetitive Research, *Journal of Medical Ethics* 3 (1977) 14.

Working Group in Current Medical/Ethical Problems, Applications for Ethical Approval, *Lancet*, 14 januari 1978, 87.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Met vakantie

Niet voorzien

Op 3 mei 's middags geroepen bij een Amsterdammer in zijn weekendwoning op het Friese platteland. Toestand zodanig dat intern consult c.q. opname nodig is. Wil zelf graag terug naar Amsterdam. Huisarts daar gebeld: 'U hoort het antwoordapparaat van dokter X. Dokter X is met vakantie van 16 tot 23 april. Voor spoedzaken de dokterstelefoon.' Waarom na tien dagen nog over zo'n weekje vakantie te praten?! Dokterstelefoon gebeld. Juffrouw gevraagd naar waarnemer voor dokter X. Volgens juffrouw kan het verhaal niet zo zijn, want dokter X heeft dienst. Hoe ze dat in Amsterdam hebben opgelost weet ik niet, maar patiënt is toch maar opgenomen in Fries ziekenhuis. Des te beter de communicatiemiddelen, des te meer stoornissen?

In vijf jaar praktijk (en nog steeds actief) heb ik collega's en hun gezinnen bijgestaan. Volgens goed gebruik nooit een rekening verzonden. Thans zelf gekomen in het gerontologisch tijdperk van meer medische consumptie gebeurt het volgende.

Veel collega's specialisten zijn in loondienst van enig ziekenhuis gegaan. Hun rekeningen schrijft de Econoom zh uit; deze is geen collega, dus stuurt qualitate qua wél een nota.

Tegen deze post is op hoge leeftijd geen (bij)verzekering meer mogelijk. Ligging ziekenhuis is uiteraard sinds dertig jaar wel verzekerd; bijsluiting behandelingskosten wordt na de 75-jarige leeftijd niet geaccepteerd. Deze wending was voor vijftig jaar niet te voorzien.

Is dit een billijke gang van zaken?

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

Dwang en drang in de medische behandeling

Rapport werkgroep Vereniging voor Gezondheidsrecht

De werkgroep dwang en drang in de medische behandeling heeft vooral gezocht naar wegen om binnen de bestaande constellatie tot een verbetering van de rechtspositie van de patiënt te komen. De financiering, de gebouwen en de structuur van de gezondheidszorg, die grotendeels het karakter waarbinnen deze relatie arts-patiënt inhoud moet krijgen bepaalt, liet zij buiten beschouwing.

I. Vrijwillige contacten

1. De patiënt heeft *recht op een* (goede en menswaardige) *behandeling*. Dit brengt met zich dat de geraadpleegde arts – wanneer hij een bepaalde medische behandeling niet zelf wenst uit te voeren (abortus, verschaffen van de pil) – de plicht heeft de betrokken patiënt(e) te wijzen op andere mogelijkheden om aan zijn of haar wens te voldoen.
2. De *voorlichting* over de bestaande mogelijkheden om, hetzij een andere huisarts te raadplegen, hetzij zich te wenden tot bijvoorbeeld Rutgershuizen, dient te worden verbeterd. Dit speelt bijvoorbeeld wanneer de patiënt liever niet de eigen huisarts consulteert, omdat het om overgevoelige informatie gaat.
3. De patiënt heeft *recht op informatie* over de aard van het onderzoek en/of de behandeling, de eventuele alternatieven, de mogelijke consequenties, de duur, de eventuele risico's en alle andere ter zake doende aspecten. De arts verschaft hem zijn status desgevraagd ter inzage. Wanneer naar het redelijk oordeel van de arts het belang van de patiënt zich uitdrukkelijk verzet tegen het

Bijgaand een samenvatting van het rapport dat de werkgroep dwang en drang in de medische behandeling van de Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft uitgebracht. Het rapport bevat een aantal richtlijnen voor situaties waarin sprake is of kan zijn van dwang en drang in de relatie arts-hulpvrager, toegespitst op de sectoren psychiatrie en sociale verzekeringen.

In een eerste deel gaat de werkgroep in op een aantal situaties die spelen ingeval de arts vrijwillig wordt geconsulteerd. Hoewel hierbij strikt genomen geen sprake is van wettelijke dwang en iedereen vrij is de inhoud van de overeenkomst die hij met de medicus aangaat te bepalen, blijkt er in de praktijk een zekere verticale relatie te bestaan: de arts-deskundige heeft tegenover de leek-hulpbehoevende een zeker overwicht. De mogelijkheden om de inhoud van het samenwerkingscontract als patiënt mee te bepalen komen daardoor te weinig uit de verf. Op een aantal punten, met name de informatieverschaffing, geven de rapporteurs aan hoe de (rechts)positie van de patiënt kan worden versterkt.

In de delen II en III worden specifieke dwangsituaties aan de orde gesteld.

verschaffen van bepaalde informatie, kan deze worden achtergehouden; dit vraagt om de instelling van een onafhankelijke toetsingsinstantie.

4. De arts is verplicht de verkregen informatie met betrekking tot de patiënt als *vertrouwelijk* te beschouwen.

5. De *informatie-overdracht* aan behandelende collegae wordt beheerst door het recht op bescherming van de privésfeer van de patiënt enerzijds en het belang van een optimale behandeling anderzijds. Wanneer dit laatste prevaleert is de overdracht toegestaan, tenzij de patiënt (die over eventuele informatie-overdracht tijdig moet worden ingelicht) dit verbiedt; is dit het geval, dan kan dit verbod een reden zijn voor de arts om de relatie te verbreken. Voor informatie-overdracht aan niet-behandelende collegae en niet-medici is steeds de schriftelijke toestemming van de patiënt vereist.

6. Ingeval de behandelend arts het

nodig oordeelt in het belang van de behandeling informatie betreffende de patiënt in te winnen bij derden, is de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt vereist. Voor de *informatieverwerving* geldt dezelfde uitzonderingsbepaling als die welke in de vorige richtlijn werd opgenomen ten aanzien van de informatie-overdracht.

7. De *uitslag* van het onderzoek wordt de patiënt meegedeeld in voor de leek goed te begrijpen termen. De patiënt wordt in de gelegenheid gesteld de uitslag met zijn arts te bespreken. Wanneer doorverwijzing plaatsvindt, dient dit te gebeuren op redelijke en voor de betrokkene inzichtelijke gronden.

8. Is *opname* noodzakelijk, dan dient de patiënt opnieuw volledig te worden ingelicht over alles wat aan zo'n opname vastzit. Met betrekking tot de plaats en het moment van opname wordt zoveel mogelijk met zijn wensen rekening gehouden. Hij ontvangt bericht wanneer de gegevens

betreffende zijn ziektegeval kunnen worden ingezien.

9. Bij de noodzaak tot opname heeft de patiënt recht om met zijn behandelend arts te bespreken *in welke inrichting* de patiënt zal worden opgenomen, terwijl deze inrichting met de patiënt behoort te overleggen *wanneer* hij de opname kan verwachten. Deze richtlijn wijkt voor de urgentie van een opname.

10. De patiënt heeft er recht op kennis te nemen van de *leefregels* van het ziekenhuis, recht op een zekere privacy, het recht zich vrijelijk te bewegen, het recht bezoek te ontvangen. Naarmate het verblijf langduriger is, dient er meer plaats te worden ingeruimd voor de effectuering van deze rechten.

11. Voor elk ziekenhuis dienen leefregels te zijn neergelegd in een *huishoudelijk reglement*, waarover de patiënt kan beschikken en waarin de onder 10 genoemde rechten zijn gewaarborgd. Het huishoudelijk reglement moet een klachtenprocedure bevatten; als instanties kan worden gedacht aan een ombudscommissie, een klachteninstantie naar analogie van de commissies van toezicht in het gevangeniswezen. Noodzakelijke voorwaarden zijn bereikbaarheid, onafhankelijkheid en procedurele waarborgen voor de behandeling.

12. De patiënt dient op de hoogte gehouden te worden van het verloop van zijn ziekte. Zo zal hij moeten weten of er sprake is van een behandeling gericht op genezing of dat het accent komt te liggen op de verpleging en verzorging ter verhoging van zijn *zelfredzaamheid*.

13. Heeft de patiënt *nog maar enige tijd te leven*, terwijl dit leven een lijden voor hem betekent, dan dienen arts c.q. behandelend team zorgvuldig te bezien of afwijking van de verplichting informatie met betrekking tot de patiënt als vertrouwelijk te beschouwen is geboden (d.w.z. overleg met familie en andere nauw betrokkenen).

14. De vraag of het proces van *stervensverlenging* in gang gezet dan wel voortgezet moet worden, dient met de patiënt te worden besproken (wanneer het verloop van het

ziekteproces dit niet in de weg staat) op een tijdstip dat de patiënt nog in staat is zijn eigen situatie te overzien.

15. De arts of het behandelend team dient in beginsel de patiënt op de hoogte te houden van zijn *eigen toestand*, ook wanneer deze uitzichtloos is. Op dit beginsel is maar één uitzondering mogelijk, namelijk wanneer deze gedragslijn de belangen van de patiënt zou schaden. De stervensbegeleiding dient in de opleiding van medici en verplegend personeel meer aandacht te krijgen.

16. Wanneer er een conflict ontstaat, doordat de arts de *behandeling* wenst voort te zetten terwijl de patiënt deze wil *beëindigen*, dient – binnen de grenzen van de redelijke uitvoering van de overeenkomst en het algemeen belang (besmetting) – gevolg te worden gegeven aan de wens van de patiënt. Is de behandelend arts van mening dat de behandeling is beëindigd en dat ontslag moet volgen, terwijl de patiënt deze mening niet deelt, dan bewegen de mogelijke oplossingen zich tussen twee extremen: a. voortgezette behandeling in een andere inrichting (verpleging/verzorging), b. naar huis.

In het eerste geval is de toestemming van de patiënt vereist, hiervoor gelden de met betrekking tot informatie geformuleerde richtlijnen. In het tweede geval is overleg met de patiënt en degene die thuis de nazorg voor zijn rekening neemt geboden, waarbij de arts zich zo volledig mogelijk op de hoogte moet stellen van de ter zake doende omstandigheden.

17. Weigert een ziekenhuis of psychiatrische inrichting een (ontslagen of weggelopen) patiënt op te nemen, dan dient beroep open te staan op eerder genoemde klachteninstantie.

II. Psychiatrische patiënten

Praktisch zijn voor de psychiatrische patiënten een viertal situaties relevant: de spoedopname, het langdurig dwangverblijf, het vrijwillige verblijf en de TBR. In deze vier situaties gelden de onder I geformuleerde uitgangspunten ten aanzien van de gebruikelijke patiënt-arts relatie en de ziekenhuisopname in beginsel ook.

1. Spoedopname en kort dwangverblijf

a. Het wetsontwerp BOPZ kent als gronden voor spoedopname: onmiddellijk dreigend gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen (art. 18 lid 1). De werkgroep is van mening dat deze gronden te ruim geformuleerd zijn. Gevaar voor goederen zou nooit tot een spoedopname of een dwangverblijf mogen leiden. Ingrijpen bij *uitsluitend* gevaar voor goederen is in een bepaald stadium strafrechtelijk mogelijk; dit zou voldoende behoren te zijn. De werkgroep is er niet vóór dat gedragingen worden gecriminaliseerd, maar het middel (spoedopname in een psychiatrisch ziekenhuis) acht zij te ingrijpend voor het doel (bescherming van goederen).

b. Zodra een spoedopname heeft plaatsgevonden zou een *patiëntenrechter* moeten worden ingeschakeld om het dwangverblijf te gelasten. Per arrondissement zou één rechter ermee moeten worden belast als patiëntenrechter beslissingen te nemen over psychiatrische patiënten. Gezien het ingrijpend karakter van de maatregel dient steeds van rechtswege een raadsman te worden toegevoegd, (net als bij de in verzekeringstelling van een verdachte).

c. Ook bij een spoedopname van het daaropvolgende korte dwangverblijf (4 weken) gaat de werkgroep uit van het toestemmingsvereiste. Medische behandeling dient slechts plaats te vinden indien de patiënt zijn toestemming geeft.

Dwangmaatregelen zijn slechts toegestaan als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1. er moet een onmiddellijke dreiging van fysiek gevaar bestaan voor de patiënt of voor anderen;
2. de dwangmaatregelen moeten icidenteel,
3. tijdelijk,
4. zonder blijvende schadelijke gevolgen,
5. intensief begeleid, en
6. zo min mogelijk depriverend zijn;
7. zij mogen nimmer als straf worden toegepast.

Ook het toedienen van medicijnen is aan deze voorwaarden gebonden. Naast de ook nu verplichte registratie, moeten zowel de patiënt als diens raadsman zo snel mogelijk op de hoogte worden gesteld. Beiden kunnen de rechter verzoeken de

dwangmaatregel te verbieden of te laten beëindigen. Naast dwangmaatregelen onderscheidt de werkgroep *ordemaatregelen*. Deze moeten worden neergelegd in een huidhodelijk reglement en ze moeten gelden voor alle patiënten. De patiënt moet van de inhoud van deze regels op de hoogte zijn; hij moet er voorts te allen tijde over kunnen beschikken. De huisregels moeten de uitoefening van de vrijheidsrechten eerbiedigen, zoals het recht op bezoek, briefwisseling en bewegingsvrijheid binnen het ziekenhuis. Bij een conflict is toetsing van deze regels aan regelingen van hoger orde – wetten, de Grondwet en verdragen (met name het Verdrag van Rome) – door de rechter mogelijk. Voordat de patiënten-rechter in zo'n geval wordt ingeschakeld moet de patiënt zich ook kunnen wenden tot een bij elk psychiatrisch ziekenhuis in te stellen commissie van toezicht. Deze commissie zou als beklaginstantie bevoegdheden moeten krijgen welke zijn te vergelijken met die van een rechterlijke instantie.

2. Langdurig dwangverblijf

- a. Globaal gelden dezelfde gronden als bij de spoedopname: slechts bij gevaar voor zichzelf of anderen. De onmiddellijke dreiging is komen te vervallen, echter bij ernstig gevaar voor zichzelf is slechts een in tijd beperkt *dwangverblijf* (van totaal hoogstens 6 maanden) aanvaardbaar; anders wordt het recht op zelfbeschikking te veel uitgehold.
- b. De beslissing over het langdurig dwangverblijf dient te worden genomen door de *patiëntenrechter*. De medische verklaring moet door de patiënt of diens raadsman met behulp van contra-expertise kunnen worden bestreden. Zowel tijdens de beslissing over een dwangverblijf als gedurende het verblijf dient de patiënt te worden bijgestaan door een *raadsman*.
- c. Voordat de rechter tot zijn beslissing omtrent het dwangverblijf komt moet de behandelend arts of het behandelings-team, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt, een *behandelingsplan* opstellen. De beveiliging is de belangrijkste reden voor een dwangopname en -verblijf. Het behandelingsplan is de belangrijkste reden voor een dwangopname en -verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Een behandelingsplan is gericht op een

blijvende verandering in de psyche van de patiënt. Daarom moeten bezwaren tegen een dergelijk plan zeer ernstig worden genomen. Het behandelingsplan zal op schrift moeten worden gezet, zowel de patiënt als diens raadsman behoren een kopie te krijgen. Staat de patiënt of zijn raadsman afwijzend tegenover het concrete plan, dan moet de rechter een contra-expertise toestaan. Het behandelingsplan moet twee elementen bevatten: 1. de medische behandeling die men voor heeft te geven; 2. de vrijheidsbeperkende maatregelen die binnen de behandeling passen. Ontbreekt de toestemming van de patiënt of diens raadsman met het plan, dan wordt de uitvoering ervan opgeschort. Stemt de patiënt toe, dan nog behoort de rechter te toetsen of de patiënt zijn toestemming in redelijkheid heeft kunnen verlenen. Ook zal de rechter moeten nagaan of het door het ziekenhuis opgestelde behandelingsplan adequaat is. De werkgroep acht het uitgesloten dat een patiënt tegen zijn wil verplicht kan worden mee te werken aan een medische behandeling.

Voor wat betreft incidentele dwangmaatregelen geldt hetgeen eerder werd gezegd met betrekking tot de spoedopname en het korte dwangverblijf. Voor zover deze maatregelen niet incidenteel zijn, behoren zij deel uit te maken van het behandelingsplan en behoeven zij derhalve de toestemming van de patiënt. Ook hier is registratie verplicht en behoren patiënt en raadsman onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld. Aan de rechter kan worden verzocht de dwangmaatregel onmiddellijk te laten beëindigen, terwijl hangende dit verzoek de dwangmaatregel kan worden geschorst. De met dwang in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënt heeft recht op een behandeling, dus ook op een behandelingsplan. Het ontbreken van een dergelijk plan zou een voldoende grond moeten zijn om aan de rechter te verzoeken het dwangverblijf in het psychiatrisch ziekenhuis te beëindigen. Hetzelfde moet gelden bij het niet uitvoeren van het plan. Zowel bij verbetering van de psychische toestand als bij afnemend gevaar moet de patiënt de rechter kunnen verzoeken het dwangverblijf te beëindigen; het verdient volgens de werkgroep overweging de patiënt het

recht te geven zich enige tijd (bijvoorbeeld 3 maanden) na het laatste rechterlijke besluit ten aanzien van het dwangverblijf met zo'n verzoek tot de rechter te wenden. De officier van justitie als 'zeef' bij dergelijke verzoeken te laten optreden acht de werkgroep niet wenselijk. De patiëntenrechter dient na de eerste zes maanden van het dwangverblijf en vervolgens jaarlijks over een voortgezet dwangverblijf te beslissen na evaluatie van (de uitvoering van) het behandelingsplan.

3. Vrijwillig verblijf

- a. Ook de vrijwillig verblijvende patiënt kan volgens de werkgroep nooit worden verplicht een medische behandeling te ondergaan.
- b. Met betrekking tot de orde- en dwangmaatregelen zou haars inziens – in tegenstelling tot wat staat in de BOPZ, art. 25 – een vergelijkbare regeling dienen te gelden als die welke werd vermeld bij de spoedopname en het korte dwangverblijf.
- c. Bij voortzetting op vrijwillige basis is een behandelingsplan geboden.

4. De TBR

- a. Het uitgangspunt van de werkgroep is, dat de regeling van de TBR zoveel mogelijk zou moeten aansluiten bij de regelingen voor niet-strafrechtelijke psychiatrische patiënten. In zoverre ligt de situatie voor beide categorieën hetzelfde: de lichamelijke en persoonlijke integriteit van de betrokkenen dient beschermd te worden en een optimaal pakket behandelingsmogelijkheden moet worden geboden. Voor wat betreft de gronden waarvoor de maatregel van TBR kan worden gelast, werd aansluiting gezocht bij de regeling vervat in het nieuwe wetsontwerp (zitting 1971-1972, 11932). Wel tekent de werkgroep hierbij aan, dat de bescherming van de algemene veiligheid van goederen in beginsel slechts mag leiden tot een ambulante TBR. De omzetting van een ambulante TBR in een dwangopname is naar haar inzichten met te weinig rechtswaarborgen omgeven.
- b. Evenals bij de civielrechtelijke dwangopname dient steeds dezelfde *rechter* over de patiënt te oordelen. Aan de beslissing omtrent TBR moet een observatieperiode voorafgaan, gedurende welke dezelfde regels dienen te gelden als voor het korte dwangverblijf. De raadsman dient inzage te hebben in de rapportage aan

de rechtbank. Voor informatie-uitwisseling tussen artsen over de patiënt is diens schriftelijke toestemming vereist.

c. Het *behandelingsplan* moet ook bij de TBR een centrale plaats innemen. Alvorens de TBR te kunnen gelasten moet de rechter nagaan of er een adequaat behandelingsplan is opgesteld, of de patiënt dan wel zijn raadsman is betrokken bij de opstelling van het plan en of de patiënt wil meewerken aan de tenuitvoerlegging. Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, aldus de rapporteurs, vindt immer haar ratio voor een deel in de beveiliging van de gemeenschap en voor een ander deel in het recht op een behoorlijke behandeling. Het afdwingen van een medische behandeling is eveneens voor de terbeschikkinggestelde ontoelaatbaar.

Evenals bij het dwangverblijf dient jaarlijks (de eerste maal na een half jaar) een beslissing te worden genomen over de verlenging van de TBR; hierbij vindt eveneens een evaluatie van (de uitvoering van) het behandelingsplan plaats. De regels betreffende dwang- en ordemaatregelen moeten bij de TBR dezelfde zijn als bij de civielrechtelijke dwangopname. Ook in TBR-inrichtingen zal de bewegingsvrijheid moeten worden beperkt om de patiënten zelf of de gemeenschap te beschermen. Deze huisregels moeten op dezelfde wijze kunnen worden getoetst als bij de civiele opname. Het in het ontwerp TBR gekozen stelsel, waarbij voor TBR-patiënten in een Algemene Maatregel van Bestuur een speciale regeling wordt gemaakt, met een 'eigen' beroepsmogelijkheid op de Centrale Raad van Advies, wijst de werkgroep af. Aan de tenuitvoerlegging van de BOPZ en de TBR moeten haars inziens dezelfde eisen worden gesteld voor wat betreft waarborgen van de rechten van de patiënt en de controle op de naleving van deze waarborgen.

III. Sociale verzekeringswetgeving

Bij de benadering van de dwang en drang-situatie bij medisch (be)handelen uit het oogpunt van de sociale verzekeringswetten werd een beperking aangebracht, in die zin dat alleen de Ziektewet (ZW), de Wet Algemene

Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) werden behandeld.

De drang welke uit de sociale verzekeringswetten kan voortvloeien is gelegen in het feit dat op het niet navolgen van de desbetreffende bepalingen veelal een *indirecte sanctie* staat, zoals het niet toekennen van een geldelijke uitkering. Die drang komt met name tot uitdrukking in de bepalingen die zich richten op de *medewerkingsplicht* bij geneeskundig handelen (artt. 28 lid 1 en 44 lid 1 sub e ZW, artt. 23 en 25 lid 1 WAO, en artt. 14 en 16 lid 1 AAW) en bij geneeskundig behandelen (art. 44 lid 1 sub c ZW, artt. 24 en 28 sub a en b WAO, en artt. 15 en 19 sub a en b AAW). Ten aanzien van de medewerkingsplicht in het kader van de sociale verzekeringswetten valt op, dat deze plicht verschillend is geformuleerd maar dat de sanctie op niet-nakoming gelijk is (meestal financiële gevolgen); bijvoorbeeld Ziektewet: *verplichting* tot geneeskundig onderzoek c.q. opname (art 28), WAO en AAW: *bevoegdheid* om onderzoek te doen plaatsvinden (art. 23 WAO en art. 14 AAW).

De in de sociale verzekeringswetten opgenomen medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen of geneeskundig behandelen richt zich weliswaar op het belang van betrokkene, doch heeft voornamelijk als achtergrond de juiste toepassing van de sociale verzekeringswetten. Het gaat hier dus – wij volgen de bewoordingen van de werkgroep – ten principale om een gemeenschapsbelang, d.w.z. het voorkomen van misbruik van de sociale verzekeringen waardoor gemeenschapsgelden aan andere doeleinden worden onttrokken. Hiervoor is voor het beoordelen van de vraag of er sprake is van al dan niet geoorloofde drang krachtens de sociale verzekeringswetten een afweging van individueel versus gemeenschapsbelang noodzakelijk. In dit kader dient volgens de rapporteurs te worden gezien of de rechtspositie van de betrokkenen voldoende is beschermd bij een conflict tussen het fundamentele recht op lichamelijke en geestelijke integriteit enerzijds en de verplichtingen uit de sociale verzekeringswetten anderzijds. De medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen (in casu geneeskundig onderzoek) bestaat uit

een 'controle'- en 'onderzoeksduidingsplicht'. Van de verzekerde kan worden geëist dat hij elke in het belang van de beoordeling van zijn aanspraken redelijkerwijs te verlangen medewerking verleent, indien daaraan niet meer dan normale risico's zijn verbonden. Sanctie op weigering zonder deugdelijke grond kan zijn: geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend verlies van aanspraken (art. 44 lid 1 sub e ZW, art. 25 lid 1 WAO en artt. 14 en 16 lid 1 AAW). Een deugdelijke grond tot weigering wordt gebaseerd op de volgende begrenzing van medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen:

- verplicht geneeskundig onderzoek, indien en voor zover nodig voor het nemen van beslissingen in het kader van de sociale verzekeringswetten;
- het onderzoek dient binnen het gestelde doel te blijven;
- de bij het onderzoek aangewende middelen dienen strikt noodzakelijk te zijn ten behoeve van de diagnostiek;
- het onderzoek mag niet schadelijk zijn.

De medewerkingsplicht bij geneeskundig behandelen (opvolgen van voorschriften in het kader van, dan wel ten behoeve van de behandeling) berust op de verplichting van de verzekerde ten opzichte van de gemeenschap zijn gezondheid op een zo goed mogelijk niveau te brengen c.q. te houden ten einde de mate van arbeidsongeschiktheid te beperken. De medewerkingsplicht bij geneeskundig behandelen en de sancties bij het niet nakomen van deze verplichting komen in de drie behandelde wetten als volgt tot uitdrukking:

- vanwege het verzekeringsorgaan in het kader van de WAO/AAW, maar niet in het kader van de ZW, kunnen voorschriften in het belang van de behandeling uitgaan (met sanctie bij niet opvolgen; art. 24 WAO, art. 15 AAW);
- zowel in de ZW als in de WAO/AAW is de behandelingsduidingsplicht opgenomen, zij het uitsluitend in de 'sanctie' bepalingen (art. 44 lid 1 sub c ZW, art. 28 onder a en b WAO, en art. 19 onder a en b AAW).

Een deugdelijke grond tot weigering van medewerkingsplicht bij geneeskundig behandelen wordt ondermeer gebaseerd op de volgende begrenzing van deze plicht:

- de behandeling dient binnen het gestelde doel te blijven;
- de toegepaste middelen dienen strikt noodzakelijk te zijn in het kader van de behandeling;
- behandeling dient stabilisering c.q. verbetering van de bestaande lichamelijke c.q. geestelijke toestand van verzekerde te beogen.

De weigeringsgronden ten aanzien van beide vormen van medewerkingsplicht zijn, aldus de werkgroep, in de drie wetten onvoldoende duidelijk c.q. niet uniform geformuleerd (zie o.a. art. 28 ZW, artt. 25 en 28 onder a WAO, en artt. 16 en 19 onder a AAW). Er is zowel sprake van 'deugdelijke grond tot weigering' als van 'bezwaaar', zonder dat deze begrippen nader worden gekwalificeerd. Om duidelijk te zijn voor verzekerde acht de werkgroep een nadere formulering van de rechten van de verzekerde bij de hierbedoelde medewerkingsplicht nodig; ze geeft daarvan een paar voorbeelden. Ter vermindering van ongeoorloofde drang bij de medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen en behandelen in het kader van de sociale verzekeringswetgeving wordt de noodzaak onderstreept van een uniforme, duidelijke formulering in de verschillende wetsteksten inzake:

- medewerkingsplicht;
- weigeringsmogelijkheden;
- beroepsprocedures.

Ook noemt de werkgroep het nodig, materiële en procedurele weigeringsgronden (rechten van verzekerde) op te stellen ten behoeve van verzekerde, verzekeringsorgaan, onderzoeker en behandelende sector. Daarnaast noemt zij het in het belang van verzekerde gewenst, de gevolgen van niet meewerken aan geneeskundig handelen c.q. behandelen inzichtelijk en direct toegankelijk neer te leggen in wetsteksten of anderszins. De in voorbereiding zijnde unificatie en codificatie van de sociale verzekeringswetgeving lijkt haar hiertoe vooralsnog het meest geëigende kader.

Staatssecretaris Veder-Smit over automatisering en informatica



'De computer stelt gebruiker en bestuurder in staat mankracht uit te sparen en een systeem van gegevens op te bouwen waarop het te voeren beleid kan worden gebaseerd. Ik vind het een goede zaak dat de Stichting Medische Registratie, het Landelijk Informatie Systeem van de ziekenfondsen en de organisaties van ziektenkostenverzekeraars elkaar hebben gevonden in de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG)'. Aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid Mw. Mr. E. Veder-Smit.

MC: Wie betaalt de kosten van de projecten?

V-S: 'In principe moeten de kosten van het SIG uit de verpleegprijs worden betaald'.

MC: Maar het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) geeft geen toestemming.

V-S: 'Het COZ heeft een soort stop ingesteld. Het acht zich niet deskundig genoeg om vorm te geven aan deze ontwikkeling. Het is een taak van het departement, in samenwerking met belanghebbenden voorwaarden te formuleren waaraan dergelijke projecten moeten voldoen, dan is betaling uit de verpleegprijs mogelijk'.

MC: De informatieverwerking komt dus door het particulier initiatief op gang. Wordt daarvoor een wettelijke regeling, zoals opgezet in de wet Voorzieningen Gezondheidszorg, niet overbodig?

V-S: 'Er is een wet nodig voor de privacybescherming. De automatisering kan in

haar geheel via de Wet ziekenhuisvoorzieningen worden geregeld, waaraan dan

een spreidingsbeleid kan worden verbonden'.

MC: Waaraan denkt U bij privacybescherming?

V-S: 'Allereerst aan de patiënt. Ik ben nog niet uitgedacht over de privacy van degene

die de gegevens inbrengt. Daar zitten twee kanten aan. Aan de ene kant het auteursrecht van de specialist en aan de andere kant de bescherming van de sfeer van zijn beroepsuitoefening. Als je nu de ziekenhuisgegevens regionaal gaat verspreiden is het gevaar voor de privacy veel groter. Toch moeten we ervan uitgaan dat de gemeenschap er belang bij heeft, indien er door het handelen van de specialist een duidelijk kostenverhogend effect optreedt, te weten waar de oorzaak ligt. Gesteld dat een specialist aanmerkelijk meer patiënten opneemt dan gebruikelijk, moet je dan niet bereid zijn het medisch handelen ter discussie te stellen, zonder dat het nodig is dat medisch handelen in al zijn onderdelen uit de doeken te doen?'

MC: Betekent dit dat de gegevensverzameling toegang moet geven tot de financiële gevolgen van het individueel medisch handelen?

V-S: 'Die mogelijkheid zou ik wel open willen laten. Wij hebben er geen enkel belang bij ons te bemoeien met de individuele beroepsuitoefening, maar het moet mogelijk zijn financiële uitschieters in de kostensector te traceren en te beoordelen. Daarover staat ook een passage in het rapport Kostenbeheersing van de Ziekenfondsraad. Het zou wel wettelijk moeten worden geregeld. Maar het woord is eerst aan de beroepsorganisatie'.

Paulus de Wind als lector

Van het leven en werken van de Zeeuwse arts Paulus de Wind (1714-1771) weten wij vrij veel uit verschillende bronnen.

In de eerste plaats denken we aan de levensbeschrijving van de hand van Samuel de Wind¹, zijn enige zoon (1790).

In de tweede plaats is een manuscript met casusbeschrijvingen op het gebied van het steensnijden overgeleverd², waarin men tussen de regels door de medicus De Wind als mens leert kennen.

Als auteur en wetenschapsman zien we hem in zijn boekje over moeilijke gevallen in de obstetrie: 't Geklemde hoofd gered (1752); de opbouw van het boekje is enerzijds voor de hand liggend, maar past anderzijds geheel bij de eenvoud en de bescheidenheid van de schrijver: na een hoofdstuk waarin hij collegae aan het woord laat, volgt er een met verworven kennis uit geschriften van buitenlandse verloskundigen, zoals François Mauriceau, Hugh Chamberlan, Levret e.a.; pas daarna spreekt hij over eigen ervaringen en vindingen, waarbij hij de nadruk legt op zijn gering aandeel. Tenslotte is een aanzienlijk aantal brieven van collega's aan Paulus de Wind overgeleverd; helaas beschikken we slechts over zo'n zeven brieven van Paulus de Wind aan anderen. Samenvattend komen we tot het beeld van een bescheiden en toegewijd arts.

Op 5 december 1750 werd Paulus de Wind benoemd tot lector in de anatomie, chirurgie en obstetrie aan de Illustere School te Middelburg. In de beschrijving van zijn bevindingen tijdens een obductie aan een vrouwenlijk in zijn kwaliteit van lector voor vroedvrouwen verricht, is hij zelf aan het woord. Genoemde sectie vond

door **Mevr. Drs. C. M. Verkroost**

De auteur is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Medisch-Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoofd: Prof. Dr. G. A. Lindeboom).

plaats ter lering van de vroedvrouwen, maar de beschrijving is later – in 1763 – als bijdrage voor de Verhandelingen der Hollandsche Maatschappij der Weetenschappen in Haarlem gebruikt³ en de titel luidt daar: *Ontleeding eener dubbele Liesschen breuk door Paulus de Wind, anat. & chir. Lector te Middelburg*.

Hier volgt dat artikel:

23 Mey, 1762, opende ik op de Snijkamer, ten dienste der vroedvrouwen, het lichaam eener vrouwe, van ruim 40 jaaren, die, twee dagen tevoren, in het gasthuis⁴ was gebracht en daar sanderendags, met het volle verstand gestorven, aan eene breuk in de Rechter Liesschen dien zij zeide in geen twee jaren te zijn binnen geweest.

Ik zag dat zij aan wederzijden was gebroken; want behalven de Rechter breuk, die zoo groot was, als een gemeene Rietpeer, vertoonde zij ook in de Linker Liesschen⁵ een knobbel, dog niet grooter dan een okkelnoot. De huid van den onderbuik en Liesschens opgelicht zijnde zag men terstond dat beide breuken haaren oorsprong namen van onder de schuinsche buikspieren (onder de banden namelijk welke die die de buitenste en binnenste schuinsche) spieren vasthechten aan den voor en bovenkant van de heup- en schaambeenderen en onder den naam van de Ligamenta Falloppii⁶ of Poupartij⁷ bekend zijn, terplaats daar de groote bloedvaten, naar en van de dije komen; zijnde de zak waarin elke breuk besloten was, geplaatst, tusschen de huid en die vaten, in het vet dat aldaar gevonden word aan den bovenkant der Dije en den boven- en binnenkant van de snijder-spier of Musculus Sartorius, tegen welke

spier de Rechter breuk was aangeplakt, zoo dat beide die breuken Herniae Crurales of Dijebreuken waren, ten eenen male onderscheiden vanhetgeen men een Bubonocèle⁸ noemd, of breuk die haren oorsprong neemt door den Ring of opening onder aan den uitwendigen schuinschen buikspier waardoor in mannen de zaadvaten in vrouwen de Ronde zoogenaamde banden der baarmoeder naar buiten komen. De Rechterbreuk was Peersgewijs, van onderen breedst, naar boven en naar buiten schuins voortgaande en eindigende in een spitse punt, alwaar dezelve, reeds eenigsints bedekt was, door de fascia lata, of het breede peesachtige uitspanzel, dat de buitenkant der dije bedekt en van boven aan een gedeelte van het bovengemelde ligamentum Poupartii is vastgehecht, dog in de nevensgaande Plaatverbeelding is weggenomen.

Den buik geopend zijnde, zagen wij

1^o dat het Omentum of Net, hetgeen zig over de Darmen uitspreid, en haar begin neemt van den onderkant der Maag, en Van het Colon of Karteldarm (die van de Rechter heup naar boven gaande onder den lever maag en milt boven den navel, eene boog maakt, waarmede zij langs de linkerheup neerwaards loopt,) dat, zeg ik, dat Net met deszelfs onderreindens, ter wederzijden in elke breuk was ingeslopen en daarin vast zat.

2^e dat de Maag, die natuurlijker wijs, ten grootsten deele door den Lever bedekt is, hier ten kleinsten deele, daar van gedekt was; zijnde de Maag, door het wegzakken van het Net, wel drie vingeren breed nederwaards getrokken.

3^e dat de karteldarm, om diezelfde reden in plaats van eene boog, boven den Navel te maken, eene omgekeerde Boog, ver beneden den Navel, in den onderbuik vertoonde.

4^e de Rechter buikzak, die niet anders was als een uitspanzel van het Peritonaeum of Buikvlies geopend zijnde, vonden wij dezelve meest vervuld met het Net dat als een klomp in malkanderen gepakt, en met veesels hier en daar aan den zak was vast gehecht, dog die zig met den vinger lichtlijk lieten afscheiden.

5^e dog behalven dit, vond ik aan den onderkant van den zak, beneden het Net een Slip van dien dunnen darm die het Intestinum

Ileum of Heupdarm genaamd word, niet grooter dan twee leeden van eens mansvinger, die samen gevouwen zijn, ten eenen Maale Paarsch, dog 6e met mijnen vinger zoekende naar de opening, waar door dat stuk van het Net, en van den darm was uitgekomen, vond ik dezelve zoo naauw, dat ik er niet als met groote moeite den vinger, kon door brengen, zoo dat zelf, door het stijf uittrekken, de darm die reeds half verrot was barstede en de drek er uitkwam, waarna ik echter de darm binnen kon brengen, maar was mij zulks, voor het stuk van het Net, om dat de klomp te groot was, onmogelijk. Voorts vond ik weinig of geen bloedig water in den zak, gelijk ik in anderen wel had waargenomen 6e in den linker breukzak zat alleenlijk een Stukje van het Net. 7e de Breuken en buik nu geheel geopend zijnde, zag ik dat de dunne darm, was gekiemd geweest, op den afstand van eene halve el, daar dezelve zig in den blinden darm ontlast. 8e dat door deze beklemming, de drek of winden geen doortocht hebbende kunnen vinden, de dunne darmen, daarboven geplaatst, zoodanig opgespannen waren, dat dezelve zig als dikke darmen vertoonden; en in tegendeel de dikke, bij gebrek van lucht en drek, nu in dunne veranderd waren; zijnde de Colon en Rectum of kartel en Rechte Darm naauwelijks een duim dik.

Uit bovenstaand rapport blijkt hoe nauwkeurig en overzichtelijk de 18e-eeuwse lector te werk ging om de aanstaande vroedvrouwen op hun beroep voor te bereiden: de medische termen worden genoemd en verklaard en het betoog is helder. Hoe meer we ons in de figuur Paulus de Wind verdiepen, des te meer aspecten van zijn kundigheid treden aan het licht. Maar steeds ontmoeten we de eenvoudige toegewijde mens in dienst van de zieken.

Noten

1. Samuel de Wind *Summarum Vitae* 1790. Het manuscript is eigendom van het Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen te Middelburg en wordt bewaard in de Provinciale Bibliotheek aldaar onder nr. 2643; afgedrukt in *Archief 1974 Mededelingen Zeeuwsch Genootschap der wetenschappen*, blz. 11-22.
2. Manuscript bevattende 98 operaties; 50 zijn in het Latijn, 48 in het Nederlands gesteld en de beschrijvingen zijn gedateerd van 1737-1770. Eveneens bewaard door het Zeeuwsch

Genootschap, nr. P12D48 van de Provinciale Bibliotheek. Tevens wordt een collectie blaasstenen, door Paulus de Wind verzameld, in Middelburg bewaard.

3. Maatschappij der Weetenschappen te Haarlem, deel 7 (1763), blz. 118-124. Het manuscript bevindt zich in de Provinciale Bibliotheek te Middelburg. Wij hebben gebruik gemaakt van het handschrift.
4. *Geschiedenis van het Gasthuis te Middelburg* door Dr. D. Schoute, Middelburg, 1916 (VI).
5. Rietpeer: langwerpige, enigszins puntig toelopende peer (Van Dale).
6. Gabriele Falloppio: Italiaans anatoom (1523-1562). Zijn naam is verbonden aan canalis, hiatus en tuba Falloppii (Pinkhof 1963, blz. 182.)
7. François Poupart: anatoom en chirurg te Parijs (1616-1708); band van Poupart-ligam. inguinale.
8. Bubonocèle: naar buitengetreden liesbreuk.
9. Plaatverbeelding: afbeelding; deze is niet overgeleverd.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE

Oproep tot melding bijwerkingen cosmetica (allergisch contacteczeem)

Aan de huis- en huidartsen in Nederland

Geachte Collega,

Cosmetica kunnen de oorzaak zijn van allergisch contacteczeem. Aan de diagnose 'contacteczeem door cosmeticagebruik' moet steeds gedacht worden bij verschijnselen op die plaatsen van de huid, waar vaak cosmetica worden toegepast. Voorbeelden zijn: de oksels (deodoranten), de handen (handcrèmes), langs de haargrenzen, in hals en nek (haarverven, permanentvloeistoffen, shampoo's) de oogleden (oogcosmetica, maar ook wel nagellak!). Met dit rondschrijven nodig ik U uit zulke ongewenste bijverschijnselen van cosmeticagebruik, die U in Uw praktijk constateert, te melden aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Uw medewerking is van belang omdat door deze rapportage een beter inzicht verkregen kan worden in de mate van schadelijkheid van cosmetica en hun ingrediënten. Dit inzicht kan weer leiden tot verbeterde gezondheidsbescherming van de cosmeticagebruikers door aanpassing van de wettelijke eisen.

Voor deze meldingen – gaarne met zoveel mogelijk bijzonderheden als merk en type cosmeticum, eventueel chargenummer, aard van de klacht, eventuele uitslag van allergisch onderzoek – kunt U desgewenst gebruik maken van de U bekende gele formulieren van het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen. Dit Bureau zorgt dan voor doorzending aan Drs. J. P. Goddijn, inspecteur bij de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Levensmiddelen en de Keuring van Waren, speciaal belast met het toezicht op cosmetica, met wie U ook telefonisch kunt overleggen, tel. 070-209260, toestel 2868.

Met de Werkgroep Arbeidsdermatologie (Dr. W. G. van Ketel, VU-Amsterdam, Prof. Dr. K. E. Malten, RKU-Nijmegen en Dr. J. P. Nater, RU-Groningen) van de Nederlandse Vereniging van Dermatologen bestaat een nauwe samenwerking; zo ook met de in onderzoek van cosmetica gespecialiseerde Keuringsdienst van Waren te Enschede.

Uw meldingen worden op hoge prijs gesteld.

De verpleeghuisstage in de huisartsopleiding

Dat een verpleeghuisstage deel kan uitmaken van de beroepsopleiding tot huisarts is in 1968 door het Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde (IOG) verwoord in het rapport 'Huisartsgeneeskunde en de artsopleiding nieuwe stijl'. De door het IOG ingestelde Interfacultaire Onderwijs Commissie zag de beroepsopleiding tot huisarts als volgt:

- een assistentschap in de huisartspraktijk,
- een assistentschap in een ziekenhuis of een (door de faculteit goedgekeurd) verpleegtehuis,
- een cursus voor artsen.

Ten aanzien van de 'klinische' stage zegt het rapport: 'Van velerlei soorten klinische of poliklinische ervaring kan geargumenteed worden dat zij voor de aanstaande huisartsen bijzonder nuttig zijn, terwijl anderszins het 'leren functioneren der medicus' in zeer uiteenlopende klinische of poliklinische setting gewaarborgd kan zijn. Wel is een periode van 16 weken als minimum voor dit assistentschap te beschouwen.'

De stage

Bij het opzetten van een opleidingsstage dient aan een aantal criteria te worden voldaan. Deze criteria dienen steeds uit te gaan van de stelling, dat er van geen duidelijke opleiding sprake kan zijn indien men geen kennis heeft van wat men van de ander mag en kan verwachten. In de huisartsopleiding is er sprake van een drietal deelnemers. De - noodzakelijke - koppelingen tussen de deelnemers aan het

Samenvatting

Een tenminste zestien weken durend assistentschap in een verpleeghuis moet als een zinvolle stage worden beschouwd in de huisartsopleiding. Zoals iedere stage moet ook deze aan de volgende voorwaarden voldoen:

- taakomschrijving verpleeghuis en verpleeghuisarts;
- taakomschrijving arts-assistent;
- beschrijving na te streven leerdoelen;
- taak tot optimalisering van de kwaliteit van het onderwijs.

De ervaringen van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut geven hierover een positieve uitslag.

door **J. Ridderikhoff**



De heer Ridderikhoff is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Medische Faculteit der Erasmus Universiteit Rotterdam.

onderwijs zullen ieder op eigen wijze verlopen, mede afhankelijk van de specifieke taakomschrijving van ieder der deelnemers (zie figuur op volg. blz.) De koppeling onder 1 zal in het algemeen plaatsvinden op de terugkomdag van de arts-assistenten op het instituut. Koppeling 2 vindt plaats tijdens de stage in de opleidingsinstelling. Koppeling 3 vindt

plaats tijdens de regelmatig te houden bijeenkomsten van het opleidersoverleg. 'Communication and satisfaction affect students compliance with learning advice and instructions.'

De kwaliteit van de opleiding zal in laatste instantie steeds berusten op de interactie van opleider en arts-assistent. Daartoe is in ieder geval nodig een basaal vertrouwen en een 'kennen' van elkaar. Dit betekent, dat van ieder der deelnemers een taakomschrijving mag worden verwacht. We onderkennen:

1. taakomschrijving van verpleeghuis en verpleeghuisarts,
2. taakomschrijving van de arts-assistent in opleiding tot huisarts;
3. taak tot optimalisering van de kwaliteit van het onderwerp;
4. vanuit de taken zal gestreefd moeten worden naar: beschrijving van de na te streven leerdoelen.

Ten aanzien van de taakomschrijving van de verpleeghuisarts en het verpleeghuis verwijs ik naar het artikel: 'De taken van de verpleeghuisarts'. In dit artikel worden de ervaringen uit het

gezamenlijk overleg neergelegd die binnen het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut geleid hebben tot een taakomschrijving van de arts-assistent in het verpleeghuis alsmede tot een omschrijving van de taak van het instituut om te komen tot een optimalisering van de kwaliteit van het onderwijs.

Taakomschrijving arts-assistent

Bij het opstellen van het takenpakket voor de arts-assistenten in opleiding tot huisarts in het verpleeghuis is uitgegaan van de taak van een huisarts met betrekking tot het verpleeghuis. Deze taak kan zijn:

- Helpen bij het nemen van beslissingen door middel van uitleg en advies;
- Helpen bij het verwerken van problemen en zorgen;
- Informatie en begeleiding geven aan gezins- en familieleden;
- Continuïteit van de zorg benadrukken;
- Helpen bij de overgang van verpleeghuis naar thuismilieu;
- Contacten leggen met de wereld van het verpleeghuis; afstemmen van therapie en zorgplanning;
- voorkomen van onnodige opnamen c.q. beperking van de duur van de opname;
- Verstrekken van goede en adequate informatie over en weer.

De taakomschrijving voor de arts-assistent is als volgt in gezamenlijk overleg bepaald:

1. Het kennis nemen van en het inzicht hebben in de taak van de verpleeghuisarts met betrekking tot het geneeskundig en communicatieve handelen.
2. Hij verzorgt de geneeskundige behandeling en begeleiding van de aan zijn zorg toevertrouwde zieken op tenminste één afdeling.
3. Hij verricht het afnemen der anamnese, algemeen en specifiek lichamelijk onderzoek, vraagt aanvullende bepalingen en verrichtingen alsmede al diè gegevens die nodig zijn om tot vaststelling van de toestand van de zieke te komen.
4. Hiertoe zal hij zich op de hoogte stellen van:

- de pre-therapeutische constitutie van de ziekte;
- de prognostische en post-therapeutische consequenties van de ziekte;
- de belastbaarheid ten aanzien van diagnostische en therapeutische ingrepen en behandelingen.

5.a. Hiertoe zal hij zich op de hoogte stellen door informatie:

- bij gezins/familieleden;
- bij de huisarts;
- bij de door de patiënt geconsulteerde specialist;
- bij ziekenhuizen, indien de patiënt daar was opgenomen;
- bij andere verpleeghuizen, indien de patiënt daar was opgenomen;
- bij de verpleeghuisarts-(opleider);
- bij de consultant-specialist.

5.b. Het (laten) doen van aanvullende bepalingen en verrichtingen waaronder:

- laboratoriumbepalingen;
- röntgenfoto's;
- specialistische consulten.

6. Hij schrijft zelfstandig medicamenteuze therapie en andere therapieën voor, in overleg met de leden van het therapeutische team. Onder 'ander therapieën' verstaan we onder andere:

- fysiotherapie;
- ADL-therapie;
- ergotherapie;
- bezigheidstherapie;
- diëttherapie;
- logopedie.

7. Hij houdt patiëntenbesprekingen met het therapeutisch team omtrent behandeling, begeleiding, prognose en nazorg van de patiënt. Bij voorkeur dienen deze besprekingen gevoerd te

worden in aanwezigheid van de patiënt en zijn familie.

8. Dagelijks zal met de verpleegkundige staf zaalvisite worden gemaakt ter sluitende informatie-uitwisseling over de behandeling.

9. Bij de begeleiding van ongeneeslijk zieke en stervende patiënten treedt hij behalve als medicus ook op als coördinator van het team, met alle aandacht voor de familie.

10. Hij toetst opnamen, overplaatsingen en ontslagen aan het door het verpleeghuis expliciet omschreven beleid in deze.

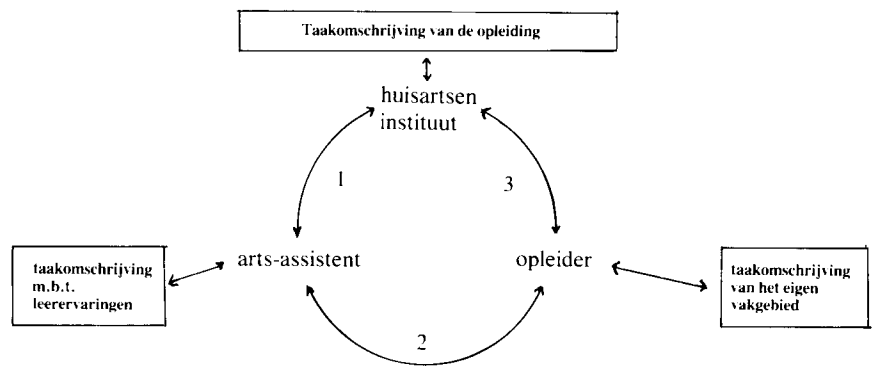
11. Hij pleegt overleg met de maatschappelijk werker bij het voorbereiden van overplaatsing of ontslag van patiënten.

12. In overleg met de maatschappelijk werker informeert hij bij de familie van de patiënt om op de hoogte te raken van mogelijkheden of onmogelijkheden met betrekking tot de opvang, begeleiding en de nazorg van de patiënt; hij tracht de motivatie tot deze zorg te peilen.

13. In het overleg betreft hij zoveel mogelijk de huisarts.

14. Hij draagt zorg voor een tijdige en gerichte informatie aan de arts die de geneeskundige behandeling overneemt.

15. Hij ziet er mede op toe dat de andere leden van het therapeutisch team tevens over een goede overdracht zorg dragen; zonodig regelt hij de poliklinische nabehandeling.



16. Hij verricht avond-, nacht- en weekeinddiensten ten einde ook met de acute problematiek vertrouwd te raken.

17. De opleider stelt hem in staat deel te nemen aan c.q. zelf uitvoeren van consulten in verzorgingstehuizen.

18. Regelmatig houden opleider en arts-assistent terugkoppelingsgesprekken over het werken en werkwijze van de assistent.

19. De opleider schept mogelijkheden voor de arts-assistent te refereren over eigen casuïstiek.

20. Hij zal bij de aanvang van de stage zodanige materiële afspraken maken met de opleider, dat een goede opleiding door materiële hinderpalen niet zal worden belemmerd.

Bij de plaatsing van een arts-assistent bij een stageplaats kunnen we procedureel een viertal stappen onderscheiden:

1. voorlichting over de keuzemogelijkheden;
2. keuzebepaling;
3. berichtgeving aan de opleiders;
4. introductiegesprek met de aanstaande opleider.

In het kort wil ik deze stappen beschrijven.

ad 1. Omstreeks de derde maand van de opleiding wordt door de groepsbegeleiding de wensen voor het zogenaamde tweede halfjaar in de groep besproken en gepeild. De groep wordt een keuzepakket aan stagemogelijkheden geboden bestaande uit:

- stages in verpleeghuizen;
- stages in ziekenhuizen;
- stages bij een huisartsopleider.

Per groep van 11 arts-assistenten worden gemiddeld 17 stageplaatsen aangeboden. Om de arts-assistent inzicht te verschaffen in de mogelijkheden en beperkingen van ieder der stages wordt door de groepsbegeleiding (en de coördinator) voorlichting hierover gegeven. Zo nodig wordt hierbij verwezen naar desbetreffende *literatuur*:

- Stage van de arts-assistent in het verpleeghuis Antonius IJsselmonde;
- Royal College of General Practitioners: *The Sixth and seventh ages of man* (1969);
- Thompson, M. K.: *Geriatrics and*

the General Practitioner, Ballière, Tindall, Cassell, London 1969;

- Rossman, J.: *Clinical Geriatrics*, J. B. Lippincott Cy, Philadelphia-Toronto, 1971;
- Michels, J. J. M.: *Over chronisch zieken en bejaarden*, Dekker & Van de Vegt, Nijmegen.

ad 2. De keuzebepaling geschiedt door de arts-assistenten in onderling groepsverband. Het zal duidelijk zijn, dat de groep daartoe een zekere cohesie moet vertonen om tot een voor ieder acceptabele uitspraak te komen. Om deze reden moet een keuzebepaling op een vroeger tijdstip in de opleiding worden afgeraden. Uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van het eerste halfjaar moet de keuze bekend worden gemaakt.

ad 3. De resterende twee maanden zijn nodig om:

- bijtijds de opleider te informeren over de komst van een arts-assistent;
- ruimte te scheppen tot het leggen van contacten tussen arts-assistent en opleider;
- bij onverenigbaarheid tussen arts-assistent en aanstaande opleider de mogelijkheid (in tijd) te hebben om een andere stageplaats te zoeken.

ad 4. De arts-assistent neemt vroegtijdig – na berichtgeving door het instituut – contact op met de opleider van de door hem gekozen stage. Aan de hand van een gesprekspuntenlijst worden de diverse zakelijke aspecten besproken. Daarnaast wordt de taakomschrijving samen doorgenomen en vastgesteld. Deze taakomschrijving kan uiteraard niet uniform zijn, daar zij moet zijn aangepast aan de specifieke taak en organisatie van ieder der verpleeghuizen.

Met de opleidingsinstelling c.q. de verpleeghuisarts-opleider wordt een *contract* gesloten. In deze overeenkomst wordt geregeld:

- bereidverklaring om de arts-assistent in de instelling te laten functioneren;
- bereidverklaring van de opleider om de arts-assistent op te leiden;
- regeling betreffende de taakomschrijving van de arts-assistent;
- bereidverklaring van de instelling c.q. de verpleeghuisarts-opleider

om de arts-assistent in de gelegenheid te stellen de terugkomdagen op het instituut bij te wonen, alsmede bereidverklaring om de arts-assistent vakantie te verlenen in de door het instituut bepaalde tijd;

- bereidverklaring tot regeling van gemaakte onkosten;
- bereidverklaring van de opleider om deel te nemen aan de zogenaamde 'workshops' (= opleidersoverleg);
- regeling inhoudende verzekeringstechnische zaken

Belangrijker dan alle overeenkomsten is het vertrouwen dat er tussen instituut en opleider dient te bestaan. De opleider zal zijn belangrijke taak vinden in het begeleiden van de arts-assistent naar het zelfstandig functioneren met een eigen stuk verantwoordelijkheid. Hierop bouwen alle partijen.

Leerdoelen

De ervaring met de opleiding van arts-assistenten is tot nu toe gunstig geweest, gemeten naar de appreciatie van zowel arts-assistenten als opleiders. Uit de vele *ervaringsgegevens* wil ik hier een aantal weergeven:

- In aanraking komen met aandoeningen, die in de huisartspraktijk een belangrijke rol spelen, maar die hier intensiever bestudeerd kunnen worden.
- De begeleiding van de zieke mens is een belangrijke en dankbare taak; in het verpleeghuis beleef je dit nog intensiever dan in de huisartspraktijk.
- Het werken in teamverband is een zeer positieve ervaring. Het blijkt dat als je elkaars deskundigheden accepteert, bereid bent je eigen oordeel niet zwaarder te laten wegen dan dat van een ander, niet denkt dat je als arts tot een alwetende bent opgeleid, je als team veel kunt bereiken.
- Door het werken met andere disciplines kan de kennis hiervan flink uitgebreid worden; tevens kunnen daarbij veel vooroordelen worden weggewerkt die in het samenwerkingsproces een storingsbron van de eerste orde zijn.
- Juist in het verpleeghuis kan een betere kennis en inzicht verworven

worden in de multiële pathologie bij bejaarden, dikwijls ook nog versluierd door het geneesmiddelengebruik (-misbruik).

– Door het regelmatig overleg bestaat er een bijzonder positieve leerbijdrage door het toetsen van eigen kennis en vaardigheden aan die van de ander.

– Juist in het communicatieve vlak ondervind je vele problemen. In de directe, integrale, persoonlijke zorg voor de aan de arts toevertrouwde patiënten kun je niet om de zaken heen. Je kunt ervaren hoe je zelf staat tegenover mismaking, invaliditeit, geestelijke onvolwaardigheid, menselijk lijden en dood. Deze bezinning op jezelf en toekomstig functioneren als huisarts is een uiterst waardevolle bijdrage van de stage aan de opleiding.

– De werkzaamheden hebben grote gelijkenis met de praktijk van de huisarts, maar de verscheidenheid, betrokkenheid en omvang is meer en groter in het verpleeghuis. Het is juist de concentratie, het verdichtingsveld van de aangeboden problematiek, die deze stage tot zo'n hoogst nuttige maakt. De ene stage vervangt niet de andere, maar kan juist dit accent geven die het de jonge arts mogelijk maakt met meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen zijn praktijk uit te oefenen.

Vanuit deze aandachtsvelden is het gelukt een aantal leerdoelen op te stellen:

1. Uitbouw van kennis en vaardigheden met betrekking tot het verpleeghuis en verpleeghuispatiënt.
2. Het leren onderkennen van de samenhang van etiologie en symptomencomplex bij de veelal bejaarde zieke.
3. Het leren onderkennen van de sociaal-psychologische factoren met betrekking tot het klachtenpatroon van de zieke.
4. Het bewust worden van het feit dat (medisch) handelen van de verpleeghuispatiënt slechts dan optimaal kan zijn als het is gebaseerd op een klassificatie van klinische verschijnselen.
5. Het leren kennen van en het omgaan met en het begeleiden van chronische, invalide en/of regresserende zieken.
6. Het leren taxeren van gegeven informatie; verwerving en kwaliteitsbeoordeling.
7. Leren de grenzen van eigen

bekwaamheid te ervaren; bereid en in staat eigen werk te (doen) evalueren.

8. Bewust zijn dat de zieke een mens is met een eigen specifieke voorgeschiedenis en constitutie.
 9. Het leren kennen van de sociaal-psychologische aspecten van hospitalisatie.
 10. Het leren voorkomen van onnodige opname.
 11. Kennis nemen van de specifieke mogelijkheden van het verpleeghuis terzake van de behandeling, verpleging en reactivering van patiënten.
 12. Het verwerven van inzicht in de verschillen in benaderingswijzen bij de onderscheiden groepen in het verpleeghuis:
 - chronisch zieken;
 - reactiveerbaren;
 - psychisch gestoorde;
 - dubbel gehandicapten;
 - terminale patiënten.
 13. Bewust zijn dat het prognostische resultaat vóórgaat boven de behandeling van de zieke.
 14. Kennis maken met en leren werken in een multidisciplinair therapeutisch team.
 15. Kennen van en begrip hebben van de werkwijze van andere helpers en hun inpassing in het totale zorgverleningspakket voor de zieke.
 16. Het leren kennen en toepassen van gespreksvaardigheid in de arts-patiënt communicatie.
 17. Inzicht verwerven in het belang van (goede) communicatie met betrekking tot het diagnostische, therapeutische en begeleidende proces.
 18. Het verkrijgen van (meer) inzicht in de problemen van de begeleiding van ongeneeslijk zieken en stervenden.
 19. Het inzicht verwerven in mentale en gedragsveranderingen bij chronisch zieke, invalide en oudere mensen.
 20. Het verkrijgen van inzicht in de socio-therapeutische mogelijkheden van psychisch gestoorde bejaarden.
 21. Het kennis nemen van de mogelijkheden van dagbehandeling en poliklinische reactivering.
 22. Het kennis nemen van en zo mogelijk bijdragen aan gericht wetenschappelijk onderzoek in het verpleeghuis.
- Het zal duidelijk zijn dat deze lijst een voorlopige is. Behalve diverse aanvullingen zal nu in de eerste plaats een verdieping dienen plaats te

vinden. De aandacht zal zich in de komende jaren vooral gaan richten op de uitwerking van de leerdoelen tot toetsbare elementen. Met het oog op de kwaliteitsbewaking van het onderwijs zal gestreefd dienen te worden naar evaluatie van het onderwijs in de huisartsopleiding in het algemeen en in de stages in het bijzonder. Deze neergelegde ervaringen van twee jaar kunnen hiertoe een aanzet geven, een bescheiden bijdrage leveren, maar geen einddoel markeren.

Conclusie

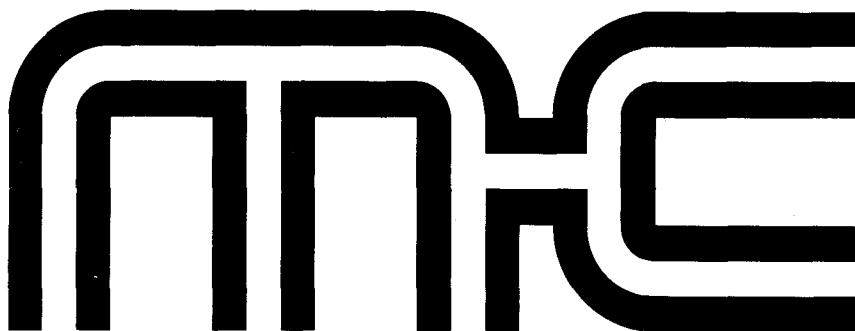
In het kader van de huisartsopleiding moet de vier maanden durende verpleeghuisstage als zinvol worden beschouwd voor het toekomstig functioneren van de huisarts. Meer nog dan de huidige zal de toekomstige huisarts worden geconfronteerd met de chronische, invalide en regresserende zieken. De hulp aan de bejaarde zieke zal in toenemende mate taak en tijd van de huisarts in beslag nemen. De ervaringen opgedaan in de verpleeghuisstage kunnen op deze wijze een belangrijke bijdrage leveren aan het optimaal functioneren in de toekomstige huisartspraktijk. Mits wordt voldaan aan een aantal voorwaarden, kan het verpleeghuis en de verpleeghuisarts deze bijdrage leveren.

Met dank aan de verpleeghuisartsen van de verpleeghuizen.
Algemeen Burger Gasthuis, Bergen op Zoom;
Antonius Binnenweg, Rotterdam;
Antonius IJsselmonde, Rotterdam;
Crabbehoff; Dordrecht;
Humanitas, Rotterdam;
Ichthus, Capelle a/d IJssel;
Naaldhorst, Naaldwijk; en
Zonnehuis, Vlaarding.

Literatuur

1. Beek van T. & J. Neteson, Ervaren verpleeghuisstage. *Erasmica* 1975, 2220.
2. Caldwell J. R., *J. of Royal Coll. of Gen Pract.*, 1969.
3. Cassell E. J. & L. Skopek, Language as a Tool in Medicine, *J. of Med. Educ.* 1977, 52, 197-204.
4. Clute K. F., *The General Practitioner*, University of Toronto Press, 1963.
5. Daly M. B. & B. S. Hulka, Talking with the doctor 2, *J. of Communication*, 1975, 25, 148-153.
6. Esseveld H., Evaluatierapport bijscholingscursus voor verpleeghuisartsen 1974, 1975, 1976. Hogere School voor Gezondheidszorg, Utrecht 1977.
7. Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde, Huisartsgeneeskunde en de artsopleiding nieuwe stijl, 1968.

- huisartsopleiding, *Medisch Contact* 1978, 33, 891-896.
14. Ridderikhoff J., De taken van de verpleeghuisarts, *Medisch Contact* 1978, 825-828.
15. Thompson M. K., *Geriatrics and the General Practitioner*, Ballière, Tindall, Cassell, London 1969.
16. Werkgroep Verpleeghuisstage, *Rapport aan het College voor Huisartsgeneeskunde*, 1978.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mij, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

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

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Bortel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Beschrijvingsbrief 173ste Algemene Vergadering

Beschrijvingsbrief voor de 173ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op vrijdag 22 september 1978, aanvang 17.30 uur, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht, telefoon 030-914914.

- I. Opening van de Algemene Vergadering te 17.30 uur precies.
- II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.
- III. Eerste rondvraag.
- IV. Inleiding van de voorzitter.
- V. Verkiezingen.
- VI. Jaarverslag der Maatschappij over 1977.
- VII. Overige jaarverslagen over 1977.
- VIII. Financiële stukken met het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen.
- IX. Gedragsregels voor artsen.
- X. Samenspel tussen overheid en medische professie.
Zie voor de 'Visie' van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen op de structuurwetgeving gezondheidszorg, MC nr. 28/1977, dd. 15 juli.
- XI. Mededelingen van het hoofdbestuur o.a. inzake LVSG.
- XII. Tweede rondvraag.
- XIII. Sluiting.

Utrecht, 5 juli 1978

Namens het hoofdbestuur

J. Diepersloot, secretaris-generaal

N.B. Zie m.b.t. het indienen van amendementen op bovenstaande agendapunten art. 408 HR-KNMG.

Toelichting op de beschrijvingsbrief van de 173ste Algemene Vergadering

Ad V. Verkiezingen

1. Benoeming van een stembureau.

2. Verkiezingen:

a. Van twee leden van het hoofdbestuur. Op 31 december 1978 treden af E. Iwema Bakker, huisarts, Amster-

dam en Ch. J. Maats, arts in dienstverband, Groningen, die *niet herkiesbaar* zijn. Degenen die worden gekozen treden in functie op 1 januari 1979 en hebben zitting tot en met 31 december 1984. De volgende kandidaten zijn gesteld: 1. Dr. R. C. Schokker, specialist, Arnhem; 2. Mw. G. S. Kraayenbrink-de Zeeuw, arts in dienstverband, Bussum.

b. Van een lid van de Raad van Beroep. Op 31 december 1978 treedt af G. H. Gispen, Rotterdam, die *herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur draagt, na overleg met de Raad van Beroep, voor herkiezing voor: G. H. Gispen, Rotterdam.

c. Van een lid van het bestuur van Medisch Contact. Op 31 december 1978 treedt af B. Q. A. Enneking, Breda, die *niet herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur stelt, op voordracht van het bestuur, als kandidaat: Dr. P. van Roseveldt, Breda.

d. Van een lid van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds. Op 31 december 1978 treedt af Mw. Dr. L. Hemmes, Rossum, die *niet herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur stelt, na overleg met het bestuur, als kandidaat: Mw. S. A. van Romunde, Bilthoven.

e. Van een lid van de Commissie voor de Geldmiddelen. Op 31 december 1978 treedt af Dr. L. van der Drift, 's-Gravenhage, die *herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur draagt, na overleg met de Commissie, voor herkiezing voor: Dr. L. v.d. Drift, 's-Gravenhage.

f. Van een lid van de Commissie voor Waarneming en Vestiging. Op 31 december 1978 treedt af W. Vegelin, Tzummarum, die *niet herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur stelt, na overleg met de Commissie, als kandidaat:.....

Personalia kandidaten voor verkiezingen:

Dr. L. van der Drift, Den Haag (geb. 1921); arts in dienstverband.

G. H. Gispen, Rotterdam (geb. 1926); arts in dienstverband.

Mw. G. S. Kraayenbrink-de Zeeuw, Bussum (geb. 1937); arts in dienstverband.

Mw. S. A. van Romunde, Bilthoven (geb. 1915); specialist.

Dr. P. van Roseveldt, Breda (geb. 1924); specialist.

Dr. R. C. Schokker, Arnhem (geb. 1931); specialist.

Ad VI. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1977

(Zie MC volgende week)

Ad VII. Behandeling van de jaarverslagen over het jaar 1977 van:

a. De Raad van Beroep.

b. Het bestuur van Medisch Contact.

c. De Commissie voor Waarneming en Vestiging.

d. De Commissie voor de Geldmiddelen.

e. Het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds.

(Zie voor deze jaarverslagen verderop in dit nummer.)

Ad IX. Gedragsregels voor artsen

Een voorstel voor een definitieve tekst zal aan afgevaardigden en plv. afgevaardigden worden toegezonden.

Ad X. Samenspel tussen overheid en medische professie

Een notitie m.b.t. dit agedapunt zal aan afgevaardigden en plv. afgevaardigden worden toegezonden.

Jaarverslag 1977 Raad van Beroep

De Raad van Beroep was in 1977 als volgt samengesteld: Prof. Mr. A. L. Melai, voorzitter; G. H. Gispén, ondervoorzitter; Dr. D. J. Hartman, secretaris; Dr. J. D. Bom, lid; en Dr. E. E. M. Geelen, lid. De Raad werd bijgestaan door Mr. H. G. T. J. Jansen als adjunct-secretaris. Als plaatsvervangende leden fungeerden: Dr. R. B. Spanjaard; F. H. Veldhuyzen van Zanten en Mr. J. H. Coebergh; 4e plaats: vacant.

De raad kwam in 1977 negen maal bijeen. Er werd één zitting gehouden en er werd drie maal telefonisch vergaderd. Begin 1977 waren nog 6 appels uit 1976 niet afgehandeld. De uitspraken hiervan kwamen in 1977 tot stand. In 1977 werd zeven maal beroep aangetekend. Eén daarvan betrof een geschil. Van deze zeven appels wachten er nog drie op afdoening in 1978. Een nadere toelichting op de door de raad gemaakte beslissingen is te vinden in tabel 1. Het verschil van de daarin opgesomde dertien uitspraken en de tien hierboven vermelde (6 + 7 minus 3) vindt zijn oorzaak in het feit dat één der klachten in eerste aanleg tegen vijf artsen was gericht waarvan er drie in beroep gingen. Deze drie zijn, hoewel ze in één zitting en in één uitspraak werden afgehandeld, als drie klachten in tabel 1 opgenomen. De

Tabel 1. Uitspraken van de Raad van Beroep, ingedeeld naar klager en aard van de uitspraak (1977).

	klacht ingediend door			uitspraak in beroep	
	patiënt of familie	arts	anderen	gewijzigd	ongewijzigd
waarschuwing	1				1
berisping					
klacht gegrond geen tuchtmaatregel					
klacht ongegrond	8			3	5
terugverwezen naar districtsraad					
(art. 655 HR)	1			1	
afgewezen (art. 636 HR)	1				1

In één geschil werd de uitspraak van de districtsraad, waarin de vordering werd afgewezen, bevestigd. De toegepaste waarschuwing betrof een huisarts. Het ongegrond verklaren van de klacht betrof driemaal een huisarts, driemaal een specialist en tweemaal een sociaal-geneeskundige. De terugverwijzing conf. art. 655 betrof een specialist en de terugverwijzing conf. art. 636 een sociaal-geneeskundige.

samenvattingen van de uitspraken van de Raad van Beroep in 1977 zijn aangeboden ter publikatie aan de redactie van Medisch Contact. De tabellen 2 t/m 5 zijn vergelijkbaar met die vermeld in het jaarverslag van de raad over 1976. Er is toen voor het eerst een poging gedaan cijfers te verzamelen die vergelijkbaar zijn met de cijfers uit het jaarverslag van de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de getallen in de tabellen 3, 4 en 5 uitsluitend betrekking hebben op de klachten en geschillen die door de districtsraden in een zitting zijn behandeld. Dit blijkt voor 1976 minder dan de helft te zijn geweest van alle klachten die in dat jaar bij de districtsraden binnenkwamen. 32 Klachten werden na een vooronderzoek ingetrokken of in der minne geschikt. Duidelijk blijkt een bureau van een districtsraad niet zelden in staat te zijn de communicatie tussen partijen te herstellen en zo een conflictsituatie op te heffen. Voorts mag nog worden opgemerkt dat de in tabel 4 vermelde zeven klachten tegen waarnemende huisartsen alle zijn ingediend naar aanleiding van een weekenddienst. Tenslotte kan nog worden vermeld dat art. 625-5 en 6 HR het onmogelijk maakt de cijfers van de districtsraden over 1977 reeds nu te publiceren. De gepubliceerde cijfers van de Raad van Beroep zijn van 1977. De cijfers van de districtsraden betreffen 1976.

D. J. Hartman, secretaris.

Tabel 2. Overzicht van de jaarverslagen van de districtsraden der KNMG over 1976 (1975).

nog in behandeling bij het begin van het verslagjaar		{ klachten	30	(36)
		{ geschillen	3	(5)
			33	(41)
nieuw ingekomen in 1976		{ klachten	91	(78)
		{ geschillen	8	(8)
			99	(86)
			123	(127)
geschil of klacht ingetrokken.....		20		
niet in behandeling genomen (art. 636 c.q. 662) of alleen advies gegeven ter afwikkeling		34		
in der minne geschikt (art. 637 c.q. 663)		12		
verwezen naar een andere districtsraad		—		
verwezen naar een Medisch Tuchtcollege (art. 635)		—		
in een zitting behandeld ambtshalve onderzoek (art. 632)		36		
		1		
			103	(99)
nog in behandeling aan het eind van het verslagjaar		{ klachten	20	(27)
		{ geschillen	—	(1)
			123	(127)

In de tabellen 3, 4 en 5 worden de klachten en de geschillen die door de districtsraden in een zitting werden behandeld (totaal 36) nader gerangschikt naar de aard van de klacht, de persoon van de klager en de al dan niet getroffen maatregelen en tegen wie een klacht werd ingediend.

Tabel 3. Overzicht van klachten en geschillen ingedeeld naar klager en aard van de uitspraak.

Klachten	klacht ingediend door				uitspraak in beroep	
	patiënt of familie	arts	anderen (art. 631)	totaal	ongewijzigd	gewijzigd
maatregel ex art. 627						
waarschuwing ..	6			6		2
berisping	5			5		3
boete	—	—	—			
ontneming						
recht lid te zijn van bestuur	—	—	—			
schorsing als lid	—	—	—			
schraping als lid	—	—	—			
klacht gegrond, geen maatregel	4	1		5		
klacht ongegrond	14	1	1	16	2	1
				32		
Geschillen						
toegewezen aan aanbinger	1	2		3		
niet toegewezen	1			1		
				36		

Eénmaal werd een uitspraak in anonieme vorm in Medisch Contact gepubliceerd.

Tabel 4. Artsen tegen wie een klacht werd ingediend; maatregel wel/niet opgelegd, c.q. ongegrond.

	maatregel wel opgelegd	maatregel niet opgelegd	totaal
eigen huisarts	1	3	4
waarnemend huisarts	4	3	7
specialist	3	12	15
sociaal-geneeskundige	—	1	1
diverse artsen (ook klachten van artsen tegen collegae)	4	5	9
			36

Tabel 5. Klachten (geschillen) ingedeeld naar inhoud van de klacht; maatregel wel/niet opgelegd, c.q. ongegrond.

	maatregel wel opgelegd	maatregel niet opgelegd/ongegrond	totaal
niet of te laat komen na verzoek	3	4	7
onjuiste behandeling	3	5	8
geen of onvoldoende zorg	1	4	5
onvoldoende of onjuiste informatie aan patiënt	—	2	2
onheuse bejegening	1	4	5
niet of te laat verwijzen naar specialist ...	—	—	—
onjuiste of ten onrechte afgegeven verklaring of rapport	—	—	—
onjuiste declaraties	—	—	—
incollegiaal gedrag ..	3	1	4
art. 121 HR (niet verschijnen)	—	—	—
art. 627 (geen patiënt bij betrokken)	2	3	5
			36

Jaarverslag 1977 bestuur Medisch Contact

Het bestuur van Medisch Contact kwam in 1977 negen maal bijeen, tezamen met de redactie en de vertegenwoordigers van het hoofdbestuur der KNMG.

De bestuurssamenstelling veranderde het afgelopen jaar niet. In de 171ste Algemene Vergadering, gehouden op 16 september 1977, werd collega Dr. R. A. de Melker benoemd in de vacature die door het aftreden van collega Dr. J. Degenaar per 1 januari 1978 zou ontstaan.

Regelmatig komen in bestuursvergaderingen het financieel beleid en de samenwerking met de uitgever aan de orde. Voor de resultaten daarvan kan worden verwezen naar het financieel jaarverslag van de penningmeester.

Tot deze gegevens zou het jaarverslag 1977 van het bestuur van Medisch Contact beperkt kunnen blijven, omdat alle andere relevante informatie is terug te vinden in de vele kolommen van het KNMG-weekblad zelf. Daarin is uiteraard veel terug te vinden van al hetgeen zich het afgelopen jaar heeft afgespeeld in de gezondheidszorg in Nederland, waarvan men vaak ten onrechte bij voorbaat meent alles af te weten. Voortdurend informatie blijft nodig; waar deze ontbreekt raakt het contact verstoord, ontstaan misverstanden.

Behalve aan de gezondheidszorg in het algemeen werd veel ruimte gegeven aan alle mogelijke zaken met betrekking tot de KNMG als artsen-organisatie. In dit verband is het interessant te weten dat de verhouding van het aantal pagina's 'Officieel'- 'Redactioneel' in de jaargang 1977 lag op 26% : 74%. Van het redactioneel gedeelte werd bovendien nog ruim eenderde gedeelte van de beschikbare ruimte besteed aan de informatie over het formele verenigingsgebeuren. Aldus kan worden geconstateerd dat bijna de helft van de MC-inhoud was afgestemd op aangelegenheden betreffende de KNMG, haar onderafdelingen en de maatschappelijke verenigingen. Globaal gezien geldt dit ook voor de aan 1977 voorafgaande jaargangen. In het laatste nummer van 1977 heeft de hoofdredacteur gememoreerd dat de koers

van het MC-beleid gedurende ruim acht jaar is uitgezet onder leiding van collega Dr. J. Degenaar. Dat was een periode van grote veranderingen en moeilijke beslissingen. Voor wat betreft de personele bezetting van de redactie en de exploitatie van ons weekblad zijn in die tijd ontwikkelingen op gang gebracht en beleidsbeslissingen genomen die tot optimale werkomstandigheden hebben geleid. Voor de toekomst van Medisch Contact is een hechte organisatiestructuur van wezenlijk belang. Bestuur en redactie zijn collega Degenaar veel dank verschuldigd voor zijn grote inzet en toewijding. In kleine kring is inmiddels bijzonder hartelijk afscheid genomen van collega Degenaar, die in de laatste bestuursvergadering van 1977 als voorzitter van Medisch Contact is opgevolgd door collega F. Moerman; deze zal het beleid van zijn voorganger graag willen voortzetten. Met het aantreden van collega De Melker, die collega Degenaar als bestuurslid opvolgde, hoopt het MC-bestuur onder meer de band met de universitaire wereld weer te verstevigen.

Naast de functie van verenigingsblad heeft MC ook een functie als discussieplatform. In de eerste plaats moet in dit verband de rubriek 'Brieven aan de redactie' worden genoemd. Ook in de vorm van artikelen worden actuele onderwerpen en min of meer controversiële problemen aan de orde gesteld. Diverse artikelen roepen bij nogal wat lezers vragen op, die hen naar de pen doen grijpen. Zo trokken beschouwingen over de abortuswetgeving weer veel belangstelling, evenals de dit jaar geïntroduceerde korte vraaggesprekken met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Dergelijke discussies zijn onmiskenbaar mede van belang voor de ontwikkeling van het geneeskundig denken en handelen in ons land. De indruk bestaat – zie bijvoorbeeld de reacties op de in 1977 gestarte publikatie van het 'Dagboek van een co-assistent' – dat de aangeroerde problematiek onder de artsen hier en daar diep ingrijpt op het beleven van de eigen identiteit als medicus. Het beeld van de geneeskundige, gevormd in de tijd dat men zelf werd opgeleid, is aan verandering onderhevig. Als de arts, als representant van de vroeger zo geëerbiedigde medische stand, al van zijn voetstuk zou zijn gevallen, dienen we er zeker niet naar te streven hem met alle geweld weer op dat voetstuk terug te zetten. Evenmin hoeven we het aan scherven gevallen beeld naar de schroothoop te brengen. We zullen moeten bevorderen dat de arts in het geheel van de gezondheidszorg een plaats kan innemen die door de samenleving wordt geaccepteerd.

Begrip en medeverantwoordelijkheid voor het maatschappelijk bestel: vanuit dit perspectief worden zaken aan de orde gesteld als 'Politieke partijen over de gezondheidszorg' (aan de vooravond van de Kamerverkiezingen), 'Media en medicijnen', 'Gastarbeider en gezondheidszorg', 'Sportgeneeskunde'. Al deze beschouwingen toonden aan dat de geneeskundige wetenschap en het geneeskundig handelen niet op zich zelf staan, maar hun plaats vinden binnen het geheel van de samenleving.

Naast het bijdragen aan de versterking van de banden binnen de Maatschappij wil MC ernaar streven het contact met de maatschappij te bevorderen door zich meer open te stellen voor anderen – in de daartoe geëigende rubrieken – dan uitsluitend voor vakgenoten. Onze Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zal mede daardoor een meer geïntegreerde positie in de gezondheidszorg van onze samenleving kunnen innemen. Een andere categorie artikelen levert daartoe uiteraard ook een bijdrage. Onderwerpen als 'De psycholoog in de eerste lijn', 'De taken van de huisarts', 'Preventieve gezondheidszorg in de regio', beschouwingen over de wetsontwerpen Tarieven en Voorzieningen Gezondheidszorg bieden de mogelijkheid tot verdieping van inzicht met betrekking tot meer specifieke vraagstukken.

Wederom werd in MC veel aandacht besteed aan het jaarlijkse KNMG-congres dat in 1977 te Leeuwarden werd gehouden. 'Vers van de pers' kon op het congres een met foto's verluchte speciale uitgave worden verstrekt, waarin onder meer samenvattingen van de congresvoordrachten over het onderwerp 'Verouderend Nederland' waren afgedrukt. In goed overleg met de

redactie van het NTvG werd de publikatie verzorgd van de wetenschappelijke bijdragen van dit congres.

Tenslotte moet nog een onderwerp worden genoemd dat de laatste jaren intensief in de belangstelling van het bestuur en de redactie heeft gestaan: het lezersonderzoek. Zoals bekend wordt op gezette tijden de leesdichtheid en de waardering voor de inhoud van MC getoetst door inschakeling van een aselect representatief samengesteld lezerspanel. De bevindingen in 1977 bevestigen die van de voorafgaande jaren. Eind 1977 werd begonnen met de samenstelling van een nieuw panel, waarvoor – mede met het oog op de mogelijke inschakeling ten behoeve van KNMG en maatschappelijke verenigingen – aanzienlijk meer MC-lezers werden benaderd dan tot dusverre gebruikelijk.

Met verdere beschouwingen over de hier gereleveerde onderwerpen zouden nog wel enkele bladzijden zijn te vullen. Het behoort echter niet tot de taak van de secretaris van het MC-bestuur zijn jaarverslag hiervoor te gebruiken. Dit jaarverslag mag worden beschouwd als een signalement van hoe nauw verbonden bestuur en redactie – evenals in de voorafgaande jaren – hun taak ten aanzien van beleid en beheer van Medisch Contact uitvoeren. Met dit verslag is getracht in het kort aan te geven welke inhoud en doelstelling MC nastreeft.

Op actie volgt reactie: het is dan ook verheugend, dat vanuit de Maatschappij-lezerskring zoveel bijdragen komen ter publikatie. Of het nu gaat om discussiebijdragen dan wel om ingezonden artikelen of stukken, het biedt relevante informatie, het houdt het contact gaande en het heft misvattingen op. Daartoe wil MC graag zijn steentje bijdragen.

Utrecht, juni 1978

Dr. J. A. Stoop, secretaris Medisch Contact

Jaarverslag 1977 Commissie voor Waarneming en Vestiging

Waarneming

Ten opzichte van 1976 is in 1977 het aantal aanvragen voor een waarnemer met 66 gedaald tot 587, dit is een afname van 10%. Het aantal waarnemers dat zich aanmeldde bij het bureau, bleef ongeveer gelijk aan dat van vorig jaar.

In het verslagjaar is door het bureau geconstateerd, dat men zich reeds voor waarneming beschikbaar stelt wanneer men de specifieke opleiding tot huisarts nog niet heeft gevolgd. Ook laten meer en meer huisarts-opleiders zich waarnemen door de arts in opleiding tot huisarts, die bij hen in de praktijk wordt opgeleid. In verband hiermede wordt erop gewezen dat de huisarts, die zich op deze manier laat waarnemen, ongeacht of hij thuis aanwezig is, ofwel buitenshuis met vakantie verblijft, toch medeverantwoordelijkheid blijft dragen voor de verrichtingen van de arts-assistent in opleiding tot huisarts. Daar tegenover staat dat huisartsen die zelf geen opleider zijn, zich bij voorkeur zullen laten waarnemen door een collega-huisarts die de opleiding heeft gevolgd. Daarmede wordt het standpunt gevolgd dat door de KNMG wordt ingenomen en dat is gepubliceerd in Medisch Contact van 24 februari 1978. De Maatschappij is zich ervan bewust dat dit voor pas afgestudeerde artsen, die langdurig op een opleidingsplaats voor een specialisme moeten wachten, teleurstellend is.

Bij de aanvragen om een assistentschap wordt het bureau geconfronteerd met het ten nadele werkende feit, dat de duur van het assistentschap veelal langer is dan de periode die de pas afgestudeerde arts tot de aanvang van zijn huisartsopleiding ter beschikking staat.

Tenslotte wil het bureau nogmaals de aandacht vestigen op het feit dat niet in alle gevallen gebruik wordt gemaakt van het aan de Richtlijnen voor Waarneming gehechte contract voor waarneming en/of assistentschap. Toch is het van belang om het contrast dat bij elke aanvraag voor een waarnemer/assistent opnieuw aan de aanvrager wordt toegezonden ook inderdaad te gebruiken. Hierdoor kan worden voorkomen dat achteraf meningsverschillen ontstaan. Door het opmaken van een contract liggen immers de feiten voor beide partijen vast.

De samenstelling van de Commissie bleef onveranderd. Als zodanig bestaat zij uit de leden: Dr. J. H. Aarts te Rotterdam, W. Vegelin te Tzummarum en Dr. H. Roelink te Utrecht.

Richtlijnen voor vergoeding voor waarneming

De tarieven voor waarneming in 1977 waren als volgt vastgesteld:

voor huisartsen

- vergoeding voor waarneming kleine huisartspraktijk f 310,— per dag + reiskosten.
- vergoeding voor waarneming middelgrote huisartspraktijk f 335,— per dag + reiskosten.
- vergoeding voor waarneming grote huisartspraktijk f 360,— per dag + reiskosten.

Dit tarief gold per reëel gewerkte dag.
Bij genoten kost en inwoning in het huis van de waar te nemen arts mocht van het waarneemtariet f 35,— per dag worden afgetrokken.

voor specialisten

- vergoeding voor waarneming kleine specialistenpraktijk f 300,— per dag + reis- en verblijfkosten.
- vergoeding voor waarneming middelgrote specialistenpraktijk f 350,— per dag + reis- en verblijfkosten.
- vergoeding voor waarneming grote specialistenpraktijk f 400,— per dag + reis- en verblijfkosten.

Bij het vaststellen van deze bedragen is ervan uitgegaan dat deze bedragen voor 7 dagen per week werden uitbetaald.
De autokostenvergoeding bedroeg in 1977 46 cent per kilometer.

Aantal aanvragen in 1977

	waarne-assistent- mingenschappen	verpleeg- tehuizen e.d.	totaal	door het bureau verzorgd	annule- ringen	zelf voorzien	
januari	43	2	—	45	42	—	3
februari	44	1	3	48	44	2	2
maart	35	1	—	36	34	1	1
april	42	3	1	46	45	1	—
mei	42	1	1	44	39	3	2
juni	72	3	4	79	74	—	5
juli	88	—	1	89	68	7	14
augustus ...	43	1	1	45	42	2	1
september ..	53	—	1	54	47	3	4
oktober	34	—	5	39	37	—	2
november ..	23	1	2	26	25	1	—
december ..	35	—	1	36	32	1	3
Totaal	554	13	20	587	529	21	37

Vestiging

Per 31 december 1977 waren 269 praktijkzoekenden bij het bureau ingeschreven. Met de integratie ultimo 1977 van het bureau voor waarneming en vestiging in het totaal van het dienstverlenende pakket der KNMG wordt in samenwerking met het bureau der LHV een verbetering van de dienstverlening aan de leden voorgestaan, ook op het terrein van waarneming en vestiging. Gehoopt wordt dat over de effectiviteit daarvan in het jaarverslag 1978 melding kan worden gedaan.

Utrecht, juni 1978

Commissie voor Waarneming en Vestiging.

Jaarverslag 1977

Commissie voor de Geldmiddelen

De commissie voor de geldmiddelen heeft vergaderd op 10 mei 1977 ter behandeling van de jaarstukken 1976 en de begroting voor 1978 van de KNMG, Medisch Contact en het 'Ondersteuningsfonds'. Van de bevindingen werd een verslag uitgebracht aan de Algemene Vergadering. Op 20 juli werd een tweede vergadering gehouden met een vertegenwoordiging van het bestuur van het 'Ondersteuningsfonds', in welke vergadering de gerezen bezwaren m.b.t. het beheer van de gelden van het 'fonds' volledig konden worden weggenomen.
Verder hebben de leden van de commissie schriftelijk en telefonisch contact met elkaar gehad naar aanleiding van de aan de commissie toegezonden jaarstukken en begrotingen van de LHV en de LAD. Van de bevindingen inzake deze jaarstukken en begrotingen werd verslag uitgebracht aan het hoofdbestuur der KNMG en aan het bestuur van de betrokken maatschappelijke verenigingen.
In 1976 werd aan de secretaris-generaal van de KNMG verzocht om een standpuntbepaling m.b.t. de statutaire c.q. reglementaire gronden voor de eventuele verplichting van de maatschappelijke verenigingen hun jaarstukken en begrotingen ter beoordeling toe te zenden aan de Commissie voor de Geldmiddelen van de KNMG. Het antwoord op deze vraagstelling werd in het verslagjaar niet ontvangen; bij navrage bleek, dat de beantwoording beter kon worden uitgesteld totdat de komende herziening van de statuten zou zijn tot stand gebracht.

Evenals in vorige jaren heeft de commissie regelmatig kennis kunnen nemen van de vergaderstukken van de Commissie van Beheer van het hoofdbestuur; hierdoor is het mogelijk dat de commissie continu op de hoogte blijft van de ontwikkelingen m.b.t. de geldmiddelen.

De samenstelling van de commissie onderging in het verslagjaar geen wijzigingen.

's-Gravenhage, juni 1978

Dr. L. van der Drift, secretaris.

Jaarverslag 1977

Stichting Ondersteuningsfonds

Gedurende het verslagjaar was de samenstelling van het bestuur en de verdeling der functies als volgt: Mw. Dr. Louise Hemmes – voorzitter; W. P. J. Woittiez – ondervoorzitter; H. Frese – secretaris-penningmeester; H. H. C. Stapert – tweede secretaris; L. W. van Lammeren – tweede penningmeester.

Gedurende het verslagjaar bedroeg het aantal ondersteunden 115 (in 1976: 118). Aan het einde van het verslagjaar stond nog één lening u/g open.

Een belangrijk punt van bestuursbeleid is gedurende het jaar 1977 geweest het kritisch beschouwen van de normlijnen volgens welke de uitkering pleegt te worden berekend. Het resultaat, dat uiteraard pas in het jaar 1978 kon worden verwezenlijkt, bestaat hoofdzakelijk in het verlenen van gelijke uitkering aan alle ondersteunden voor zover betreft de vergoeding voor huisvesting en voor ziektekostenverzekering. De Algemene Vergadering verleende aan deze wijzigingen haar goedkeuring. Een vergadering met correspondenten werd gedurende het verslagjaar niet gehouden. Als gevolg van de besprekingen die in 1976 met de correspondenten werden gevoerd, konden maatregelen worden getroffen ten einde het contact tussen de ondersteunde en de correspondent waar mogelijk en wenselijk te verbeteren.

De limietbedragen van de steunverlening werden, als gebruikelijk, op advies van de heer Drs. P. Brandes, aangepast aan de trend van lonen en prijzen. De kerstgave in geld bedroeg voor alleenstaanden f 450,—, voor echtparen en in andere gevallen waar meer dan 1 persoon aanwezig is f 700,—. Aan hen die als bijstandtrekkende slechts een zakgeld ontvangen, kon deze kerstgave, gelet op de voorschriften van de Algemene Bijstandswet, niet worden verstrekt. Een kerstpakket, inhoudende delicatessen, werd aan alle ondersteunden verstrekt behalve aan enkele personen die te kennen hadden gegeven dit niet te willen ontvangen. Aan hen werd in plaats hiervan een bloemstuk en een boekenbon gegeven.

Bergambacht, juni 1978

H. Frese, secretaris-penningmeester.



van het hoofdbestuur

Kort verslag HB-vergadering dd. 4 juli 1978

Reglementswijzigingen

In aansluiting op de statutenwijzigingen die in de maartvergadering van de Algemene Vergadering werden aanvaard, heeft de commissie voor de reglementen ook de noodzakelijke aanpassing van het Huishoudelijk Reglement voor het hoofdbestuur voorbereid. Aangezien enkele artikelen met name betrekking hebben op de onderlinge relatie tussen hoofdbestuur en centrale besturen van de maatschappelijke verenigingen, wordt volstaan met een eerste bespreking door het HB. De besluitvorming zal in een volgende HB-vergadering gebeuren, wanneer de adviezen van de maatschappelijke verenigingen zijn ontvangen.

Werkgroep 'Bestuur'

Besloten wordt de puntenverslagen van de presidiumbesprekingen, die gedurende een proefperiode van een half jaar naar de bestuursleden zijn gezonden voortaan te blijven toesturen. Tevens wordt besloten in het laatste kwartaal van dit jaar een proef te nemen met een korte DB-vergadering, direct voorafgaande aan de HB-vergadering. Dit betreft dus een extra vergadering van het dagelijks bestuur.

Jaarstukken

Het jaarverslag van de Maatschappij alsmede een aantal andere jaarverslagen worden tezamen met de financiële stukken besproken en met enkele wijzigingen aanvaard. Zij zullen nu ter definitieve goedkeuring aan de Algemene Vergadering worden voorgelegd.

Ambulancevervoer

Het bestuur van de Vereniging van Chefs-Hoofdverpleegkundigen maakte het hoofdbestuur deelgenoot van zijn bezorgdheid met betrekking tot de wijzigingen t.a.v. de uitvoering van de Wet op het Ambulancevervoer. Het hoofdbestuur stelt zich op het standpunt dat moet worden gestreefd naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van het ambulancevervoer. Dit uitgangspunt zal richtsnoer moeten zijn bij de uitwerking van de terzake bestaande wet. Het bestuur van de vereniging zal van dit standpunt in kennis worden gesteld.

Voorzieningen voor gehandicapten

De Vereniging van Revalidatieartsen maakt zich bezorgd over het feit dat bij de toewijzing van voorzieningen en woningaanpassingen aan gehandicapten de behandelende sector niet of onvoldoende is betrokken. Het hoofdbestuur stelt vast dat in het kader van de sociale verzekeringswetgeving het uiteindelijk de uitvoeringsorganen zijn die over een toewijzing beslissen. Wel is het hoofdbestuur er voorstander van dat in de adviseringsfase de behandelende sector zo intensief mogelijk bij het uiteindelijke advies wordt betrokken.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.

USSR en mensenrechten

Het hoofdbestuur van de KNMG heeft in zijn vergadering van 18 juli jl. besloten de actie van collega Van der Kroef te ondersteunen. Een schrijven als voorgesteld in de ingezonden brief van collega Van der Kroef in Medisch Contact nr. 29 van 21 juli jl. is inmiddels uitgegaan.

Utrecht, 19 juli 1978

Namens het hoofdbestuur

J. Diepersloot, arts secretaris-generaal..

MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1978

22 september (vrijdag) — Algemene Ledenvergadering KNMG

21 oktober (zaterdag) — Ledenvergadering LAD

28 oktober (zaterdag) — Ledenvergadering LSV

3 november (vrijdag) — Ledenvergadering LHV

4 november (zaterdag) — 23ste NHG-Congres

Personalia

Nieuwe leden

W. L. Adam, Groenhovenstraat 18, Leiden.
H. J. Arendsen, Aldenhof 50-55, Nijmegen.
M. J. Asscher, Keramieksingel 81, Maastricht.
J. Baggerman, Nassaustraat 141, Ridderkerk.
B. F. van Beever, Vinkenlaan 22, Wassenaar.
R. van Berkel, Huygenstraat 23, Terneuzen.
Mw. J. J. T. M. van Beurden, Ploegweg 34, Elspeek.
Mw. S. M. G. Blok, Bosboomstraat 2A, Utrecht.
G. J. ter Braak, Furmerusstraat 534, Sneek.
E. C. van Brakel, Hillestraat 72B, Rotterdam.
O. F. Brouwer, Nw. Blekerstraat 107, Groningen.
Mw. M. M. de Bruïne, Kerkdwaarsstraat 31, Utrecht.
Mw. M. H. F. M. de Charro, Hallenstraat 1, Deventer.
Mw. A. M. Croonen, Einsteinstraat 25, Nijmegen.
W. Dominicus, Purmerendstraat 163, Den Haag.
P. Doornbos, de Nobelaerweg 15, Lopik.
G. F. Drejer, W. Alexanderstraat 26, Voorhout.
Mw. A. Egberts-Vester, Langhoven 9, Bennekom.
Mw. H. P. Elshof-Doyer, Mgr. Hermuslaan 46, St. Michielsgestel.
Mw. M. v.d. Elshout-Rodermond, Mr. J. C. Bührmannlaan 42, Ankeveen.
E. J. Everts, p/a Tammingasingel 19, Winsum.
G. B. Fortuyn, Bennekomseweg 13, Heesum.
P. L. M. Fijen, J. Keplerstraat 73, Amsterdam.
P. M. Gaillard, Mient 52, Sijbekarspel.
B. E. Glazenburg, Santhorst 163, Leiderdorp.
R. W. de Haan, P. v.d. Marckstraat 18, Weurt.
R. Hassankhan, Pelikaanhof 109, Leiden.
W. D. H. Hendriks, Chrysantenhof 3, Berkel-Rodenrijs.
J. M. Heslinga, Hooglandsekerkgracht 20, Leiden.
L. den Houter, Klikspaanweg 16, Leiden.
M. E. Jansen, Kortenburglaan 2, Doorn.
G. J. P. M. Kessels, Hatertseweg 32, Nijmegen.

K. H. Kho, Lofoten 6, Capelle a/d IJssel.
I. J. Klompemaker, Mozartstraat 34, Groningen.
R. M. Knol, Borneolaan 14, Hilversum.
Mw. E. A. M. Lambertina-Ament, v. Deutekomplein 40, Helmond.
I. F. M. Lambertina, v. Deutekomplein 40, Helmond.
M. B. Landsmeer, Vliet 13, Leiden.
G. L. Lo, Venuslaan 383A, Eindhoven.
S. Lobatto, Ten Katelaan 15, Hilversum.
H. W. Mauser, Ranonkelstraat 34, Groningen.
Mw. M. A. M. v. Meel-Lampe, Bisschop Lindanusstraat 25, Venlo.
Mw. M. T. A. Mets, Singel 486, Amsterdam.
Mw. J. G. Mulder, Barnewinkel 14, Apeldoorn.
W. G. Muller, Koolvisweg 196, Hoogvliet.
J. J. Nooitgedagt, Rode Kruislaan 877, Diemen.
H. H. Oey, H. F. Ruysstraat 2^{III}, Amsterdam.
Mw. M. C. van Oosten-Hovius, Prunuslaan 41, Gouda.
Mw. P. T. A. Oudshoorn-v.d. Stap, Slingelandseweg 52, Giessenburg.
Mw. H. A. M. Ouweland-Meijering, De Clercqstraat 36, Amsterdam.
H. R. Posthumus, Adm. de Ruyterweg 90, Amsterdam.
L. G. W. Pouwels, Meidoornplein 47, Amsterdam.
J. B. Pronk, p/a Scheidingslaan 1, Wageningen.
J. Rietkerk, Ooftstraat 5, Utrecht.
W. Rinsema, v. Hogendorpstraat 68, Leiden.
H. J. Ronner, Palestrinastraat 4, 's-Hertogenbosch.
J. H. Schaaf, Kasteel Strijenstraat 31, Tilburg.
P. H. M. Schepers, Patersplein 32, Bochtoltz.
M. L. A. Schotel, Schiedamsedijk 11B, Rotterdam.
H. J. H. M. Schraven, Vierakkerstraat 23, Huissen.
J. H. J. Schreinemakers, van Welderenstraat 134A, Nijmegen.
J. R. Sloodman, Baarsjesweg 274, Amsterdam.
B. H. Stolte, Lavendelweg 12, Venlo.
H. Swart, Orchideeweg 30, Venlo.
Mw. S. L. Tjiam, A. v. Scheltemaplein 45, Delft.
A. Veerman, J. Benninghstraat 50, Amstelveen.
B. N. M. Veling, Stadhouderslaan 100, Utrecht.
T. Veltkamp, Dadeluin 236, Rotterdam.
Mw. C. Vermeulen-Meiners, Croeselaan 185, Utrecht.
M. B. M. Vermeulen, Croeselaan 185, Utrecht.
B. Verwey, Nic. Japiksestraat 87, Amsterdam.
J. de Waal Malefijt, Zomergaarde 7, Nieuwegein.
J. J. M. Weetink, Weezenhof 36-03, Nijmegen.
C. J. H. B. Westerhuis, Weezenhof 62-57, Nijmegen.
P. A. Wiegersma, C. J. Snuifstraat 21, Enschede.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:

Beschrijvingsbrief 173ste Algemene Vergadering	942
Toelichting op de beschrijvingsbrief van de 173ste Algemene Vergadering	942
Jaarverslag 1977 Raad van Beroep	943
Jaarverslag 1977 bestuur Medisch Contact	944
Jaarverslag 1977 Commissie voor Waarneming en Vestiging	945
Jaarverslag 1977 Commissie voor de Geldmiddelen	946
Kort verslag HB-vergadering dd. 4 juli 1978	947
Personalia	948