

MEDISCH CONTACT

Nummer 24 – 15 juni – 45e jaargang

Voor een goede ontwikkeling van de thuiszorg is het noodzakelijker dan ooit dat huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten hun doen en laten op elkaar afstemmen. Een hulpmiddel daarbij kan zijn, de per discipline bestaande classificatie- en registratiesystemen op elkaar af te stemmen. Zo kan, bevond men aan de Rijksuniversiteit Limburg, het karakter van de patiëntenstromen worden vastgesteld.

'Tegenwoordig is 'thuiszorg' een niet meer weg te denken begrip bij hulpverleners, adviesorganen, overheid, vakbladen en massamedia. Moge over tien jaar thuiszorg in al haar vormen een niet meer weg te denken realiteit zijn voor vele zieke en toch nog zelfstandig levende mensen.' De beide hoogleraren algemene gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Utrecht maken hun drieluik-over-thuiszorg af door vooruit te kijken.

Door sturing en stimulering via de professionals kan de overheid eraan bijdragen dat de doelmatigheid en de kwaliteit van de laboratoriumdiagnostiek op een hoger plan worden gebracht. Uitgangspunt hierbij moet zijn, dat alleen als de noodzaak daarvan vaststaat wordt gestreefd naar (een minimale) wetgeving. Aldus Dr. J. M. Pekelharing, klinisch chemicus te Delft.

Geneeskundestudenten kunnen voor de tweede fase van hun opleiding opteren voor een vierjarige aanstelling als assistent in opleiding (AIO). In het AIO-schap worden de opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker en de voorbereiding op een promotie gecombineerd. Beschreven wordt hoe dat in Maastricht in zijn werk gaat.

Bezuinigen in de gezondheidszorg mag niet ten koste gaan van de kwaliteit. Maar kan dat? Drs. L. W. F. Hooftman, die in een Engels ziekenhuis als arts-assistent werkt, doet ons een aantal ideeën aan de hand hoe binnen de National Health Service kan worden bezuinigd zonder dat het welzijn van de patiënt in gevaar wordt gebracht.

INHOUD

Thuiszorg en patiëntenstromen

H. F. J. M. Crebolder, O. J. Vrieze, G. Fransen, J. Kuipers en Ch. Limonard – 763

Ontwikkelingen in de thuiszorg. Slot: De toekomst

Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers en Prof. Drs. J. van Londen – 768

Het verzwegen mensbeeld. De ethische discussie over manipulatie met (pre)embryo's

Dr. G. P. M. Kruijver – 773

Over het certificeren van ziekenhuis- en huisartslaboratoria

Dr. J. M. Pekelharing – 775

De visie van Volksgezondheid. Preventie – 778

Assistenten in opleiding in Maastricht

Dr. J. M. H. op 't Root en Mr. Drs. B. van Wersch – 779

The British Connection. Behandelen of bezuinigen

L. W. F. Hooftman – 781

Arts en rechts. Bevoegdheid om waar te nemen. Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage 4 oktober 1989 – 783

Colofon 758 – Colofon officieel 758 – Hoofredactioneel commentaar 759 – Voorzitterskolom KNMG 760 – Brieven 761 – Dagboek 772 – Bocken 774 – Praktijkperikel 777 – Amnesty International 786 – Officieel 787

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

Bestuur Medisch Contact

F. N. M. Bierens, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

VOOR EEN ABONNEMENT OP DIT TIJDSCHRIFT BEL GRATIS 06-0224222*

Dagelijks van 09.00 tot 20.30 bereikbaar.

* Uitsluitend voor het opgeven van nieuwe abonnementen.

Adreswijzigingen en informatie: 020-5182828, afdeling abonnementen-administratie.

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

Administratie: Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV

Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828.
Telefax 020-5182.843.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave:

Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828.
Telefax 020-5182.843

Geldend advertentietarief: januari 1990.

Druk: Tijl Offset Zwolle

Bij de voorplaat:

Caspar Stromayer chirurg en oogarts met assistent voor zijn instrumententafel. Illustratie uit zijn manuscript 'Practica copiosa' (1559). Het manuscript werd 366 jaar later ontdekt in de Stadsbibliotheek en alsnog gedrukt.
Stadtharchiv Lindau im Bodensee.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter, P. B. L. Attema en Dr. M. van Leeuwen, ondervoorzitters, Th. J. M. Beyerrinck en J. J. van IJssel...

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

'Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

L. G. Oltmans, secretaris HVRC; N. F. de Pijper, secretaris VA; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, cef de bureau.

Bibliotheek

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Nog eens: thuiszorg

Als ergens zichtbaar is dat er zich veranderingen in gezondheidszorg gaan voordoen, dan is het wel op het gebied van de (intensieve) thuiszorg. Veel kruisverenigingen realiseren een 24-uurs bereikbaarheid, de Ziekenfondsraad gaat ziekenfondsen subsidie voor intensieve thuiszorg geven, veel ziekenfondsen vergoeden onder bepaalde voorwaarden al terminale thuiszorg aan mensen met een aanvullende verzekering, sommige ziekenhuizen maken met huisartsen en wijkverpleegkundigen schriftelijk vastgelegde afspraken over de nabehandeling van mensen die vervroegd uit het ziekenhuis worden ontslagen en de particuliere bureaus schieten als paddestoelen uit de grond. De thuiszorg is een nieuwe markt, waarom wordt gestreden. Gezien de voornemens van sommige ziekenhuizen zelf thuiszorg te gaan organiseren, kan hierover tussen eerste en tweede lijn een strijd ontbranden.

Het zindert van initiatieven op dit terrein, maar het staat nog lang niet vast in welke richting de ontwikkelingen uiteindelijk zullen gaan. De afgelopen weken hebben de hoogleraren Schrijvers en Van Londen – zij volgen die ontwikkelingen zowel bestuurlijk als wetenschappelijk op de voet – hun visie voor ons ontvouwd. Nu zij in dit nummer hun triologie afsluiten, is er alle reden om deze artikelen van een enkele kanttekening te voorzien.

De belangrijkste vraag is wat wij met thuiszorg beogen. Willen we institutionele zorg thuis geven of willen we iets anders bereiken? Bij Schrijvers en Van Londen gaat het niet alleen maar om het handhaven van een hulpvrager in de thuissituatie, zoals de definitie van thuiszorg door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid suggereert; mensen moeten zich in die eigen omgeving ook thuis voelen. Zo'n accentlegging heeft consequenties voor het type zorg waar men voor kiest. Zo maakt de groeiende technologische kennis het straks ongetwijfeld mogelijk mensen thuis met infusen en apparaten te handhaven (de auteurs reppen van monteurs en instructeurs) maar als dit betekent dat mensen door de techniek van hun leefwereld vreemden of geïsoleerd raken, dan is het de vraag of we ze dit mogen aandoen. Als wij werkelijk 'zorg op maat' willen leveren, zullen wij ons moeten laten leiden door de wijze waarop mensen zelf hun leven en hun leefmilieu willen inrichten.

Wie gaat de thuiszorg registreren? Conceptueel moet de functie 'thuiszorg' worden gescheiden van de functies van degenen die deze zorg verlenen. Niettemin

wensen Schrijvers en Van Londen de huidige echelonnering van de reguliere medische zorg ook in de thuiszorg te handhaven; de *algemene* thuiszorg behoort tot het terrein van de huidige eerste lijn, terwijl de *bijzondere* thuiszorg op verzoek van en *als aanvulling* op de eerste lijn door ziekenhuis, verpleeghuis of een ander intramuraal instituut kan worden geboden. Zou desondanks het primaat van de eerste lijn naar instituties worden verlegd, dan is dat op den duur ook voor de andere taken van de huidige eerste lijn funest. In de praktijk zie ik echter, dat huisartsen en wijkverpleegkundigen thuiszorg te weinig als een nieuwe uitdaging beschouwen en te lauwhartig reageren. Tegelijkertijd weet ik van een aantal ziekenhuisdirecties dat zij zelf de thuiszorg willen organiseren. Ik hoop dat de eerste lijn haar bakens zal verzetten en dat de overheid en de verzekeraars de randvoorwaarden willen scheppen om dit ook mogelijk te maken. Niet duidelijk is waarom de hooggeleer-

Dr. C. Spreeuwenberg

den dagverpleging en medisch-specialistische hulpverlening in de polikliniek van het ziekenhuis tot de thuiszorg rekenen. Zo'n uitbreiding ligt – zoals de auteurs ook zelf toegeven – taalkundig niet zo voor de hand. Dit neemt niet weg, dat meer horizontale substitutie naar dagverpleging en poliklinische hulpverlening consequenties voor de thuiszorg heeft. Terecht wordt onderscheid gemaakt tussen acute en chronische thuiszorg. Acute thuiszorg heeft een duidelijke medische oriëntatie, doordat ze meestal in principe gezonde mensen in de gelegenheid stelt het ziekenhuis sneller te verlaten. In de chronische thuiszorg, waar het vaak problematiek betreft waar meer disciplines bij zijn betrokken, ligt het accent sterker op zorg en aandacht voor het leefmilieu. Dit laatste brengt met zich mee, dat de kwaliteit van de chronische thuiszorg niet aan de hand van dezelfde criteria kan worden beoordeeld als de kwaliteit van de institutionele zorg.

Afgerekend wordt met de gedachte dat we afstevenen op een samenleving waar alleen beroepskrachten nog verzorgen. Een kwart van de Nederlandse zelfstandig wonende volwassenen besteedt tijd aan informele zorg voor anderen, de helft van hen doet dit gedurende meer dan 10% van zijn vrije tijd, een zesde zelfs gedurende meer dan 20 uur per week.

Ruim één miljoen Nederlanders verlenen langer dan een jaar achtereenvolgende informele zorg. Deze gegevens laten zien, dat formele thuiszorg inderdaad niet meer kan zijn dan een aanvulling op de informele zorg.

Natuurlijk wekt de introductie van meer thuiszorg ook weerstand. Dat is begrijpelijk, als het voor mensen die al jaren lang op hun tenen hebben moeten staan om een ander te verzorgen alleen maar betekent dat zij voortaan worden 'geholpen' nog langer voor de hulp op te draaien. Thuiszorg mag geen excuus worden om niet te voorzien in de noodzakelijke institutionele zorg. Het is eveneens voorstelbaar, dat niet iedere moeder staat te juichen als haar wordt voorgesteld na een operatie thuis verder op te knappen. Gezien de traditionele taakverdeling tussen eerste en tweede lijn en de nog steeds te korte beroepsopleiding van huisartsen, is het voorts niet geheel irreëel dat specialisten beducht zijn om de nazorg in handen van de huisartsen te leggen of dat huisartsen zich onzeker voelen over hun nieuwe taken.

Tenslotte zoeken Schrijvers en Van Londen oplossingen voor de zwakke steun van de eerste lijn: de afwezigheid van eenheid in organisatie en financiering. Zij doen het voorstel centrales voor thuiszorg te creëren, waar alle hulpvragen uit de regio kunnen worden aangemeld, waarin de kerndisciplines samenwerken en waar wordt gecoördineerd door een gemeenschappelijke intake en een gezamenlijk opgesteld zorgplan. Persoonlijk heb ik uitstekende ervaringen met zo'n gemakkelijk toegankelijke centrale, waar ook het case-management wordt geregeld. Met de auteurs ben ik het eens, dat het opzetten van een dergelijke centrale reëler is dan de introductie van een case-manager die op verzoek van bijvoorbeeld de huisarts de zorgbehoeften in kaart brengt en vervolgens zorg op een soort van zorgmarkt met concurrerende zorgleveranciers 'inkoopt'.

De grootste blokkade om creatief te anticiperen op de uitdaging van thuiszorg vormt de verticale bureaucratische organisatie van de kruisverenigingen en het vaak ontbreken van een aanspreekbare groep huisartsen. Voor huisartsen die ook na het jaar 2000 nog als zodanig willen functioneren, is het raadzaam zich lokaal te presenteren en via *netwerken* met andere organisaties samen te werken. Ik hoop dat ook Nationale Kruisvereniging en wijkverpleegkundigen inzien, dat een nieuw takenpakket een nieuwe organisatievorm nodig kan maken. □

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

Onderzoek commissie-Remmelink verdient ondersteuning

Het onderwerp 'stervensbegeleiding' en daaraan gekoppeld het onderwerp 'euthanasie' is al meermalen onderwerp geweest van mijn voorzitterskolom. Dat gebeurde vaak met een zekere terughoudendheid, want soms zijn de emoties rond de discussie over euthanasie en stervensbegeleiding zo hoog opgeblaaid dat deze onderwerpen wellicht overgeaccentueerd lijken.

Toch hebben die discussies vruchten afgeworpen. Ik kan constateren, dat zich met name in de afgelopen maanden ontwikkelingen hebben voorgedaan die de discussie rond de rol van de arts bij het levenseinde uit de sfeer van de tegenstellingen hebben getrokken. Zij liggen nu in het verlengde van het streven van de KNMG om medisch handelen immer professioneel verantwoord te doen zijn, waarbij het begrip 'kwaliteit' een centrale rol speelt. En binnen de begripsbepaling van kwaliteit speelt – daar heb ik ook in deze kolommen meermalen op gewezen – het relationele aspect van de arts-patiëntrelatie een buitengewoon belangrijke rol.

De laatste maanden hebben zich ontwikkelingen voorgedaan welke zeker zullen bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg rond het levenseinde.

Ten eerste noem ik – en daar is ook al veel aandacht in Medisch Contact aan besteed – het uitkomen van het boekje 'Stervensbegeleiding'. Dit boekje was het resultaat van een gezamenlijke werkgroep van de KNMG en het Nederlands Artsenverbond. Uit de verkoopcijfers blijkt dat het erg aanslaat: meer dan de helft van de eerste druk was al binnen een maand uitverkocht.

Een andere ontwikkeling is de verandering van het beleid van het huidige kabinet ten aanzien van het opsporingsbeleid bij euthanasie. Zoals bekend, is vrij snel na het aantreden van het huidige kabinet een commissie in het leven geroepen die de euthanasieproblematiek in Nederland moet bestuderen. Aanvankelijk is de komst van deze commissie door ons met de nodige argwaan bekeken. Immers, de gedachte drong zich onweerstaanbaar op dat een dergelijk onderzoek tot uitstel zou leiden van meer definitieve beleidsbeslissingen rond euthanasie. Beleidsbeslissingen die, gezien de al maar voortdurende rechtsonzekerheid voor zowel artsen als patiënten met betrekking tot het opsporingsbeleid, dringend noodzakelijk waren. In het kader van een goede begeleiding, niet alleen van de stervende maar ook van diens familie, is het onacceptabel dat de periode tussen overlijden en de uiteindelijke toestemming tot de begrafenis, door de komst van geïnfor-

meerde politie, onnodige inbeslagname van het lichaam van de overledene en dergelijke, onaanvaardbaar zwaar wordt gemaakt voor alle betrokkenen.

Wanneer van artsen wordt gevraagd aan een onderzoek ter zake mee te werken, moeten zij er op kunnen rekenen op uiterst zorgvuldige wijze te worden behandeld. Tenslotte gaat het hier om een zeer ingrijpende en emotionele situatie, waarbij de onderzoeker als het ware op een zeer intiem moment over de schouder van de arts meekijkt. Dat betekent niet alleen dat artsen moeten kunnen deelnemen aan het onderzoek zonder dat dit voor hen juridische gevolgen zal hebben, maar ook dat het opsporingsbeleid in het algemeen in Nederland zal moeten gaan voldoen aan de criteria waarover de procureurs-generaal, de Geneeskundige Hoofdingspectie en de KNMG al jaren geleden overeenstemming hebben bereikt. Duidelijke afspraken over het opsporingsbeleid waren voor het Hoofdbestuur een absolute voorwaarde om eventueel medewerking te verlenen aan het onderzoek. Daarnaast waren er andere redenen om de medewerking



aan een dergelijk onderzoek niet zo maar terzijde te schuiven. Op dit moment circuleren in Nederland en ook daarbuiten getallen met betrekking tot al dan niet verantwoorde situaties rond het sterfbed, die een zeer negatief beeld schetsen van de euthanasiepraktijk in Nederland en die wetenschappelijk gezien de toets der kritiek op geen enkele wijze meer kunnen doorstaan. Met deze negatieve beeldvorming dient definitief te worden afgeremd! Het Hoofdbestuur stelde, dat wanneer het onderzoek kwalitatief, inhoudelijk en methodologisch de toets der kritiek kon doorstaan, er een op wetenschappelijke gronden verantwoord inzicht kan worden verkregen in de euthanasieproblematiek in Nederland.

Welnu, na overleg tussen de minister van Justitie, de staatssecretaris van Volksgezondheid, de commissie-Remmelink, de onderzoekscommissie en de KNMG, is zeer onlangs overeenstemming bereikt over de opzet van het onderzoek, maar ook – en dat acht ik

zeer belangrijk – over de eerdergenoemde eenvormigheid en discretie in het opsporingsbeleid. De minister van Justitie heeft dit inmiddels ook aan de Tweede Kamer laten weten. Ik meen, dat wij met deze ontwikkelingen gelukkig mogen zijn, mede omdat de minister van Justitie en de staatssecretaris van Volksgezondheid ons hebben toegezegd dat ook in de loop van het onderzoek een voortdurende kwaliteitscontrole en -toetsing van het onderzoek zelf zal plaatsvinden; daarbij zal de visie van de KNMG ook nadrukkelijk worden betrokken. Waar de overheid dit heeft ingezien en zich loyaal heeft opgesteld, meen ik de artsen in Nederland te kunnen oproepen om loyaal aan het onderzoek mee te werken. Immers, hoe meer artsen er meewerken, hoe zuiverder de steekproef zal zijn en hoe betrouwbaarder de resultaten van het onderzoek.

Om te zorgen dat de artsen in Nederland gedurende dit onderzoek van meet af aan goed over de hele gang van zaken zullen zijn geïnformeerd, zullen wij zowel in Medisch Contact als via 'direct mailing' met medewerking van de Geneeskundige Hoofdingspectie zeer veel aandacht besteden aan vragen die bij artsen én bij anderen op dit punt leven. Vanzelfsprekend staan het secretariaat van de KNMG en de verantwoordelijke bestuurders open voor vragen en opmerkingen.

Ik hoop, dat de uitkomsten van het onderzoek een uitstralingseffect zullen hebben dat verder gaat dan Nederland, zodat het onderzoek zal bijdragen tot een correcte beeldvorming ter zake. Bovendien hoop ik, dat uiteindelijk de resultaten van het onderzoek de basis zullen vormen voor correcte wetgeving, waardoor euthanasie uit de criminele sfeer zal worden gehaald.

W. H. Cense,
voorzitter KNMG

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

ALTERNATIEF

Stalinistische zelfkritiek

De zelfbeschuldiging van Van der Smagt er-voer ik als een fraai staaltje van stalinistische zelfkritiek. Ik moest er weer aan denken toen ik in 'De ondraaglijke lichtheid van het bestaan' van Milan Kundera de volgende passage las, die verhaalt over een chirurg in Praag. Na de Praagse Lente verzoekt zijn afdelingshoofd hem een kritisch artikel in een literair tijdschrift te herroepen:

... 'U begrijpt best waarom het gaat' zei de afdelingsarts.

Dat begreep hij best. Twee dingen moesten afgewogen worden: aan de ene kant zijn eer (die eiste dat hij niet herriep wat hij had gezegd), aan de andere kant datgene wat hij gewend was als de zin van zijn leven te beschouwen (zijn werk als wetenschapper en arts).

De afdelingsarts vervolgde: 'Hun eis dat mensen openlijk herroepen wat ze hebben gezegd, heeft iets middeleeuws. Wat betekent dat eigenlijk, 'herroepen'? In de moderne tijd kan men een gedachte slechts weerleggen en niet herroepen. En collega, aangezien een gedachte herroepen iets onmogelijks is – iets zuiver verbaals, formeels en magisch – zie ik geen reden waarom u dit niet zou willen. In een door terreur geregeerde maatschappij zijn alle verklaringen vrijblijvend, want het zijn afgedwongen verklaringen en een eerlijk mens is verplicht die niet serieus te nemen, ze niet te horen ...'

De zaak-Van der Smagt geeft te denken. De KNMG beoogt als figuurlijke Domus Medica 'a house with many rooms' te zijn, waarbinnen vele, vaak verschillend georiënteerde artsen en groepen van artsen zich thuis voelen. Nog niet eens zo lang geleden liet het leven in dit huis zich omschrijven als dat van een harmonieus gezin, maar de tijden zijn veranderd: één van de huisgenoten is op de alternatieve toer, en erger nog, heeft soms vreemde gasten over de vloer die, zeggen de andere bewoners, daar (al) helemaal niet thuishoren. De afloop laat zich raden: ieder trekt zich terug op zijn kamer of de alternatieveling wordt geleidelijk aan het huis uitgewerkt.

De KNMG moet zich beraden over het huisreglement.

De chirurg uit Praag nam ontslag en werd glazenwasser, en deze uit Goutum logeert zo lang buiten de Domus Medica.

Goutum, mei 1990

Dr. K. W. Marck

BRIEVEN

ALTERNATIEF

Een adequate reactie?

In het redactioneel commentaar bespreekt collega Spreeuwenberg in Medisch Contact van 18 mei jl. (MC nr. 20/1990, blz. 631) de 'eisen' waaraan elke arts dient te voldoen. Deze 'eisen' zijn door collega Cense op de Algemene Vergadering van de KNMG gesteld; hierbij wordt opgemerkt, dat voor artsen die zich op genoemde punten niet willen laten toetsen geen plaats is binnen de KNMG.

Deze 'eisen', die op zich de loffelijke bedoeling hebben de uitoefening van de geneeskunde op een (nog) hoger peil te brengen, werden gebracht als reactie op de 'affaire-Van der Smagt', en dat is jammer. Aan de reacties in MC valt af te lezen dat deze uit de hand gelopen affaire bij velen onder ons de emoties hoog hebben doen oplopen, wat de objectiviteit niet ten goede komt. Collega Spreeuwenberg illustreert dit laatste wel heel duidelijk, wanneer hij Cense's 'eisen' een adequate reactie noemt.

Hoe moeten wij Cense's woorden interpreteren? Komen deze 'eisen' nu ineens op tafel omdat men meent dat de alternatieven eerder dan de regulieren niet aan deze 'eisen' kunnen voldoen? Als de KNMG gedragsregels wil opstellen, is dit een goede zaak, maar dan moeten de alternatieven hierbij niet als kop van Jut fungeren. Gezien de context waarin een en ander is gesteld, wordt de suggestie gewekt dat (één der 'eisen') de alternatieven 'ten eigen bate misbruik maken van de goedgelovigheid of afhankelijkheidsbehoefte van de patiënt'. Is dit een exclusieve eigenschap der alternatieven? Elke beroepsgroep heeft haar malafiden. Zijn de alternatieven hierbij als één groep zonder onderlinge differentiatie te beschouwen? Dit zou dan eerst hard dienen te worden gemaakt. En wat te zeggen van de 'eis', dat de arts 'geen relaties met een patiënt aangaat zonder dat de dienstverlening aan de patiënt hoofddoel is'? Wat moeten wij hierbij denken? Is deze 'eis' een adequate reactie op de 'affaire-Van der Smagt'? Als we de huidige berichten in de dagbladen bezien toch niet.

Of deze 'eisen' toetsbaar zijn of niet, zal nog wel de nodige discussies opleveren; het is nu niet de bedoeling mijn standpunten hierover uiteen te zetten. Wat ik duidelijk wil maken is, dat het geen 'fair play' is op voorhand de alternatieven te stigmatiseren.

Het gebruik van alternatieve geneesmethoden is in de geneeskunde een gegeven waar we niet meer omheen kunnen. De laatste jaren is er

een, verheugende, tendens binnen de KNMG waar te nemen dat men meer tot overleg bereid is. De Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging was dan ook zeer content, dat collega Cense als voorzitter van de KNMG bereid was anderhalf jaar geleden een lustrumcongres van onze vereniging te openen. Wij blijven ook van mening, dat de KNMG de plaats bij uitstek is om discussies aan te gaan. Dan kan er op een niveau dat gebruikelijk is bij een artsensberoepsgroep worden gesproken. De KNMG kan dan ook de bonafiden van de malafiden scheiden, waardoor de grootste groep der alternatieven zich binnen de KNMG beter thuis zal voelen. De alternatieven hebben allen een reguliere opleiding die hun niet is af te nemen. Daarnaast hebben zij zich ook methoden, technieken en denkwijzen eigen gemaakt die hun therapeutisch arsenaal hebben uitgebreid. Niet ten koste van, maar ook *dankzij* hun reguliere achtergrond!

Als ik de reacties teruglees in Medisch Contact, lijkt het alsof men de 'affaire-Van der Smagt' aangrijpt om het alternatieve gevaar te bezweren. Maar het werkelijke gevaar zit niet in maar buiten de KNMG.

De HBO-opleidingen in de alternatieve geneeskunde schieten als paddestoelen uit de grond. Let wel: opleidingen voor een beroep dat bij de wet verboden is! Den Haag ziet dit alles aan, onder het motto dat er kennelijk aan deze opleidingen behoefte bestaat. Door laksheid van WVC en een gedoogbeleid van de Inspectie van de Volksgezondheid is er een groep leken-therapeuten ontstaan die de geneeskunde in haar (vrijwel) volle omvang uitoefent.

Het is in ons aller belang dit probleem aan te pakken. Hiermee wil ik er niet voor pleiten dat de KNMG maar iedereen moet binnenhalen die een artsenbul heeft. Natuurlijk dienen er regels, rechten en plichten te zijn. Natuurlijk dienen geneeskundigen hun geneesmethoden na toetsing aan te passen. Niets bijzonders in een dynamisch vak als het onze. We schrijven immers ook geen kwik bij lues meer voor. Aan de andere kant heeft de dynamiek van ons vak ook tot gevolg, dat we op basis van onze reguliere opleiding andere wegen zoeken ten bate van vastgelopen patiënten. Aan de wil tot overleg heeft het de Artsenfederatie van Additieve Geneeswijzen (AAG) nooit ontbroken, hoe moeilijk het soms ook is in elkaars taal te spreken, zoals collega Spreeuwenberg reeds in bovengenoemd redactioneel commentaar betoogde.

Ten slotte nog een opmerking over de eerste 'eis' van collega Cense: 'Elke arts dient geen andere geneeswijze toe te passen, indien voor het desbetreffende gezondheidsprobleem effectieve en getoetste behandelwijzen voorhanden zijn'. Zijn dit de enige criteria die wij

hanteren als we een keuze dienen te maken welk geneeskundig systeem we zullen gebruiken? Dien ik te allen tijde bij een pijnlijke (arthrotische) knie een (effectieve en getoetste) pil voor te schrijven, met kans op een maagzweer? Dan prik ik liever vijf (effectieve) naalden rond het gewricht waarvan ik weet (empirie) dat ze werken en geen schadelijke neveneffecten hebben. Op dat ogenblik ben ik te ongeduldig om op toetsing te wachten, en de patiënt zeker, wat niet wil zeggen dat ik op toetsing tegen ben. Van een arts wordt ook verwacht dat hij weet waar de grenzen liggen van zijn eigen kennen en kunnen, zeker als hij buiten de gebaande paden treedt.

Amsterdam, mei 1990
R. G. van Bussel, voorzitter Nederlandse
Artsen Acupunctuur Vereniging

ALTERNATIEF

'Antroposofische arts m/v'

Hieronder de tekst van een brief die wij naar aanleiding van een recente verontrustende ontwikkeling in de alternatieve geneeskunde hebben gezonden aan de Adviescommissie vestiging huisartsen Tilburg, De Plaatselijke Huisartsenvereniging Tilburg, de Landelijke Huisartsen Vereniging en B & W Tilburg:

Het bestuur van de Stichting Skepsis heeft met bezorgdheid kennis genomen van de advertentie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 11 mei 1990, waarin op pag. 16 een 'antroposofische arts m/v' in Tilburg wordt gezocht. Hoewel de zin 'bereidheid . . . de reguliere geneeskunde toe te passen' wellicht als geruststelling zou kunnen dienen, is deze toevoeging eerder verontrustend. Mogen we straks advertenties verwachten waarin vermeld dat 'enige kennis van de reguliere geneeskunde geen bezwaar' is?

De antroposofie is evenmin als alle andere vormen van alternatieve geneeskunde een door de overheid of KNMG erkende specialisatie of studierichting. Dit betekent, dat aan het voeren van de kwalificatie 'antroposofisch arts' geen objectieve kwaliteitseisen worden gesteld.

De Stichting Skepsis maakt zich sterk voor het behoud van het (hoge) niveau van de geneeskunde in ons land, een niveau dat kon worden bereikt door toezicht op de opleiding en het stellen van hoge eisen aan studie en specialisatie, een en ander ook afgestemd op buitenlandse criteria. Het op deze wijze werven van artsen die zich nadrukkelijk afwenden van datgene wat in tientallen jaren door soms moeizaam wetenschappelijk werk is verkregen en die zich bekennen tot behandelwijzen waarvan het nut zeker niet op wetenschappelijke wijze is vast komen te staan, strookt niet met het zorgvuldig opgebouwde wetenschappelijk fundament. Wij zijn bezorgd voor een afglijden van dit niveau en daardoor een verlies aan zekerheid voor de patiënt. De Stichting Skepsis zou graag

nader worden geïnformeerd over de vacature en vraagt zich af hoe de toelatingscommissie staat tegenover de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland.

Utrecht, juni 1990
Prof. Dr. C. de Jager
R. Nanninga
Dr. D. J. Zeilstra
Drs. M. Hulspas

Huisartsopleiding

Recent is er weer geloot voor de toelating tot de huisartsopleiding. Deze manier van 'selectie' wordt nu voor het derde achtereenvolgende jaar toegepast.

Volgens mij is dit een zeer slechte manier om de meest geschikte mensen voor het huisartsenvak te selecteren. Op geen enkele manier kan een basisarts zijn of haar motivatie en belangstelling voor het huisartsenvak kenbaar maken. Een wachtlijst is geen ideale methode, maar de aanhouder kan dan in ieder geval eens aan de huisartsopleiding beginnen.

Wat gebeurt er nu? Basisartsen die net zijn afgestudeerd en basisartsen die een aantal jaren hebben geprobeerd een specialistische opleidingsplaats te bemachtigen, wagen eens een gokje. Vijftig gulden is niet veel geld voor een lot uit de huisartsenloterij: zo'n gok wil een ieder wel wagen. Welke aanhouders beginnen op dit moment af te vallen? De zeer gemoti-

veerde mensen die al enige tijd op de vroegere wachtlijst hebben gestaan en nu al drie keer zijn uitgeloot. Als de driejarige opleiding in 1992 doorgaat, houdt dit voor hen in dat ze (indien ze volgend jaar veel geluk hebben) over vijf jaar huisarts kunnen zijn. Je moet wel bijzonder gemotiveerd zijn en nog jong zijn bovendien om nog vol te houden. Vorig jaar werd de ongelukkige loters nog voorgespiegeld dat er dit jaar waarschijnlijk een hardheidsclausule zou komen. Helaas, zo meldt de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) in haar brief van 9 mei 1990, het gaat niet door: het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG) heeft geen hardheidsclausule toegestaan.

In die brief staat ook vermeld, dat er volgend jaar naar verwachting een andere selectieprocedure komt. Wat moeten de ongelukkige loters zich daarbij voorstellen? Er wordt nu al drie jaar geloot als tijdelijke (!) oplossing.

Mijn conclusie is, dat deze situatie zeer schrijnend en onrechtvaardig is. Het is zeer zeker geen goede manier om de meest geschikte huisartsen te selecteren. Ik hoop dan ook, dat deze loting de laatste is geweest en dat er iets rechtvaardigers (desnoods een wachtlijst in combinatie met een sollicitatieprocedure) voor in de plaats komt. Dat kan de huidige en toekomstige huisartsen uitsluitend ten goede komen.

Arkel, juni 1990
J. G. H. de Vries-Bruggert,
huisarts in opleiding

Stimuleringsprogramma Klinisch Wetenschappelijk Onderzoek Gebied Medische Wetenschappen/NWO

De Nederlandse Organisatie NWO heeft tot taak het bevorderen van de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek, alsmede het initiëren en stimuleren van nieuwe ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek. Een wezenlijke component van het wetenschappelijk onderzoek vormt het klinisch onderzoek. Hieronder wordt verstaan onderzoek uitgevoerd door medische specialisten (al dan niet in opleiding), dat erop gericht is ziekten en/of gebreken bij de mens te verlichten of te genezen. De vraagstelling en de aanpak dienen zodanig te zijn dat eventuele resultaten van het onderzoek een direct belang kunnen opleveren voor de onderzocht patiëntenpopulatie(s).

Om een aantal redenen is dit onderzoek in Nederland echter onvoldoende ontwikkeld. Om dit knelpunt te verminderen heeft het ministerie van O&W in 1988 besloten gedurende vijf jaar een miljoen gulden per jaar aan de begroting van NWO toe te voegen (via het Gebied Medische Wetenschappen van NWO) om het klinisch wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Het met deze gelden opgezette programma is bedoeld om specifiek geschikte jonge klinici, die reeds in opleiding zijn tot specialist of garanties hebben voor een opleiding, in de gelegenheid te stellen klinisch we-

tenschappelijk onderzoek te verrichten.

De steun die het stimuleringsprogramma biedt, betreft primair de salariëring van de klinisch wetenschappelijke onderzoeker. Hierbij wordt een dienstverband aangegaan of gecontinueerd bij de eigen instelling, die de kosten hiervan bij het Gebied Medische Wetenschappen declareert. Maximaal worden drie mensjaren vergoed; deze dienen in een aangesloten periode te worden opgenomen. Als aanvragers kunnen fungeren klinische hoogleraren in Nederland alsmede ervaren klinische onderzoekers met duidelijke universitaire bindingen, die een geschikte kandidaat op het oog hebben. Gezien het grote aantal te verwachten aanvragen en de beperkte tijd die beschikbaar is voor het beoordelen van de aanvragen heeft het Gebied Medische Wetenschappen besloten een voorselectie te houden onder de gegadigden.

Vooraanmeldingsformulieren voor de eerste selectie kunnen telefonisch of schriftelijk worden aangevraagd bij Mw. F. van der Lans, Gebied Medische Wetenschappen. Laan van Nieuw Oost Indië 131, 2593 's-Gravenhage, tel. 070-3440744. Vooraanmeldingen dienen voor 8 augustus 1990 te worden ingeleverd.

Thuiszorg en patiëntenstromen

Coördinatie van classificatie- en registratiesystemen

De aandacht voor de thuiszorg is de laatste jaren sterk toegenomen. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door het feit dat velen verwachten dat versterking van de thuiszorg zal leiden tot een kostenbesparing. Veel meer symboliseert het begrip 'thuiszorg' de ombuiging van het karakter van de gezondheidszorg. In de jaren zeventig lag de nadruk op organisatie van de zorg; daarna kwam de zorg zelf centraal te staan, gericht op een grotere mate van zelfstandigheid van de patiënt¹. Ook de overheid draagt deze gedachte uit². De komende jaren zal dit proces zich vermoedelijk versterkt voortzetten.

Bij thuiszorg gaat het om 'een bundeling van functies, erop gericht de patiënt in staat te stellen zich in zijn eigen milieu, in zijn eigen thuissituatie te handhaven'³. Vaak zullen verschillende disciplines, al of niet sequentieel, bij de zorg voor patiënten zijn betrokken, bijvoorbeeld bij terminale patiënten. Zowel ter wille van de planning van de thuiszorg (denk aan personele capaciteiten en coördinatiefuncties) als van onderzoek, onderwijs en opleiding is inzicht in de interacties tussen de betrokken disciplines noodzakelijk.

Binnen de reguliere gezondheidszorg nemen de volgende eerstelijnsdisciplines het leeuwedeel van de thuiszorgactiviteiten voor hun rekening: huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werk en fysiotherapie. Met het oog op de geschetste ontwikkeling lijkt een onderlinge afstemming van taken, activiteiten en coördinatie noodzakelijker dan ooit. Een middel hiervoor kan worden gevonden in de onderlinge afstemming van de classificatie- en registratiesystemen. Gesteld kan worden dat, ondanks enkele aanzetten, de huidige systemen zo'n afstemming niet toelaten. Elke discipline heeft haar eigen classificatie- en registratiesysteem opgezet, gebaseerd op eigen paradigmatische inzichten betreffende de te bieden hulp en zorg. Verwacht mag worden dat hierin de komende jaren verandering zal komen en dat coördinatie op dit punt de thuiszorg verder zal versterken.

In dit artikel zullen we een methode presenteren, nauw gekoppeld aan de classificatie- en registratiesystemen, die als analyse-instrument kan dienen voor toekomstige ontwikkelingen op het vlak van de thuiszorg.

H. F. J. M. Crebolder,
O. J. Vrieze, G. Fransen,
J. Kuipers en Ch. Limonard

Voor een goede ontwikkeling van de thuiszorg is het noodzakelijker dan ooit dat huisartsen, wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten hun doen en laten op elkaar afstemmen. Een hulpmiddel daarbij kan zijn, de per discipline bestaande classificatie- en registratiesystemen op elkaar af te stemmen. Zo kan, bevond men aan de Rijksuniversiteit Limburg, het karakter van de patiëntenstromen worden vastgesteld.

stige ontwikkelingen op het vlak van de thuiszorg.

Centraal in deze methode staat het begrip 'patiëntenstromen'. Hoewel fysiek gesproken de zorgverlener vaak naar de patiënt zal gaan, kan het zich aandienen van nieuwe zorgvragen worden geïnterpreteerd als het binnenkomen van een patiëntenstroom. Patiëntenstromen kunnen afkomstig zijn uit verschillende bronnen. Zo zal het jaarlijkse aanbod van de gezinszorg deels bestaan uit personen die ook het voorgaande jaar reeds bij gezinszorg zaten, deels uit nieuwe gevallen afkomstig uit de gezonde bevolking, en

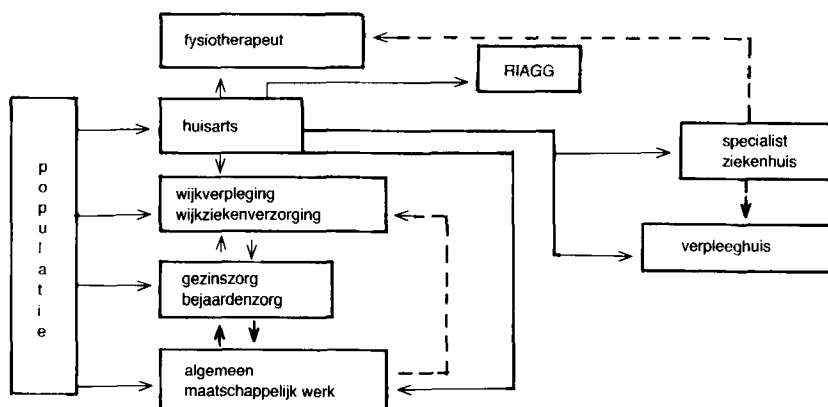
deels uit nieuwe gevallen op doorverwijzing van de huisarts. *Schema 1* biedt een overzicht van de patiëntenstromen in relatie tot de eerste en de tweede lijn.

De intensiteit van deze patiëntenstromen is afhankelijk van diverse factoren, zoals de leeftijdsopbouw van de bevolking, taakverdelingen binnen de eerste lijn, en prevalenties van ziekten en aandoeningen. Het is van belang op te merken dat het jaarlijkse aanbod van zorgvragenden, afgezien van seizoensinvloeden, van jaar tot jaar slechts weinig variatie vertoont⁴, hetgeen ook uit diverse CBS-publicaties blijkt. Deze constatering maakt het mogelijk op basis van de patiëntenstromen van voorbije jaren zekere trendanalyses te maken voor toekomstige jaren.

PATIËNTENSTROOMMODEL

In de inleidende paragraaf is reeds betoogd dat patiënten kunnen worden gekoppeld aan disciplines en dat per beschouwde periode, bijvoorbeeld op jaarbasis, patiënten doorstromen van de ene discipline naar een volgende. Het spreekt voor zich dat de snelheid waarmee de patiënten doorstromen in combinatie met de zorgprofielen van deze patiënten bepalend is voor de totale zorgvraag bij de disciplines. De start van een patiëntenstroom hangt er nauw mee samen of een discipline er al of niet op is ingericht en in staat is een bepaalde zorgvraag te beantwoorden. Zie ook *schema 2*. Na een volledige beantwoording van de zorgvraag of

Schema 1. Overzicht patiëntenstromen binnen de eerste lijn en relatie met de tweede lijn.



na constatering dat doorverwijzing naar een andere discipline aangewezen is, komt een nieuwe stroom op gang, weer aanleiding gevend tot een zorgvraag bij een andere discipline, enz.

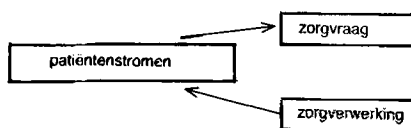
Het hier weergegeven onderzoek richt zich op het karakter van deze patiëntenstromen. Inzicht hierin biedt een aantal interessante *perspectieven*:

1. Onderlinge afstemming van taken en activiteiten tussen de diverse disciplines zal op basis van kennis van de patiëntenstromen kunnen plaatsvinden. Hiermede is een instrument aanwezig om lange-termijnconsequenties van herverdeling van taken en activiteiten zichtbaar te maken. Als voorbeeld noemen we de inkorting van de ziekenhuisligduur van bepaalde typen patiënten met als gevolg een verzwaring van de disciplines wijkverpleging en huisartsen. Maar hoeveel zwaarder? Verderop ('Een eerste proeve') komen we op dit voorbeeld terug. Ook Elberse c.s. besteden aandacht aan de gevolgen van substitutie van activiteiten⁵. Ze concentreren zich met name op de huisarts. Juist een geïntegreerde aanpak van alle patiëntenstromen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, zal duidelijk maken hoe verzwaring van één discipline ook stapsgewijze consequenties heeft voor de andere disciplines.

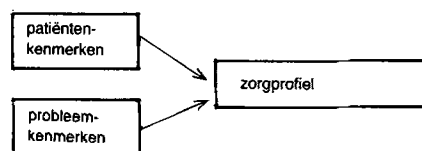
2. Het bestaan van een patiëntenstroom tussen twee disciplines is een combinatie van patiëntenkenmerken en van organisatie van de zorg. Karakterisering van de verklarende variabelen van patiëntenstromen maakt gerichte bijsturing mogelijk. Als verklarende variabelen kunnen onder andere optreden leeftijd, geslacht en ziekte. In ons proefmodel hebben we de variabele leeftijd nader uitgewerkt.

3. De Commissie Structuurschets Informatievoorziening Extramurale Gezondheidszorg heeft de nadruk gelegd op het formuleren van minimum-eisen waaraan registratiesystemen en informatiesystemen zouden moeten voldoen⁶, zich realiserend dat veel in het verleden opgezette databanken zijn verworden tot datakerkhoven. Registreren heeft als voornaamste doel het opleveren van informatie ter aanscherping van de kwaliteit van de zorg. Het is onze overtuiging dat één van de minimum-eisen voor een dergelijk registratiesysteem zou moeten zijn, dat het voldoende informatie levert voor de analyse van de patiëntenstromen. Langs deze weg kan worden gerealiseerd dat registratiesystemen ten dienste staan van zaken als personeelsplanning, afstemming van zorgvraag en zorgaanbod op elkaar en het maken van prognoses om

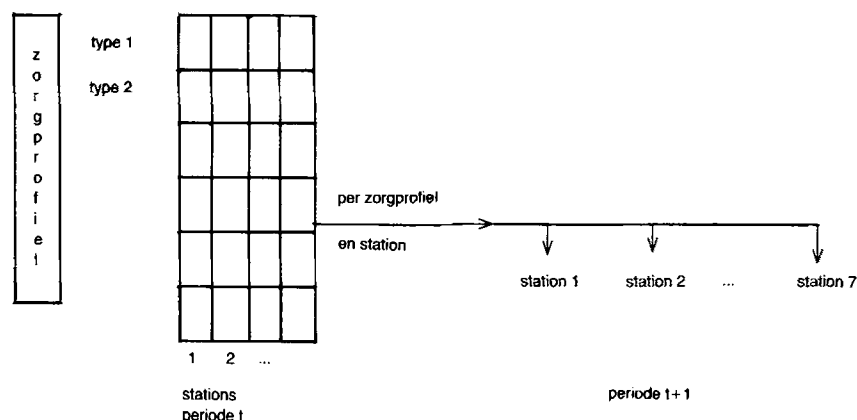
Schema 2.



Schema 3.



Schema 4. Doorschuifmodel over de stations.



vroegtijdig op toekomstige ontwikkelingen te kunnen anticiperen.

We zullen nu het door ons gebruikte model expliciteren.

In de praktijk zullen patiënten vaak door meerdere disciplines 'tegelijkertijd' worden ondersteund. Bijna steeds zal de huisarts hierbij zijn betrokken. Daarnaast is nagenoeg iedere Nederlander ingeschreven bij een huisarts. Een cluster disciplines dat in dezelfde periode een patiënt behandelt noemen we een station. De in de praktijk meest voorkomende stations zijn de volgende: huisarts; huisarts + fysiotherapeut; huisarts + wijkverpleging; huisarts + gezinsverzorging; huisarts + wijkverpleging + gezinsverzorging; huisarts + maatschappelijk werk; en huisarts + tweede lijn. Voor het station 'huisarts' geldt dat dit ten aanzien van patiënten actief of latent kan zijn. Voor de andere combinaties nemen we aan dat iedere discipline in de combinatie steeds actief is.

Voor het definiëren van de activiteiten binnen een station gaan we de patiënten-

populatie indelen in hanteerbare groepen van personen die we als homogeen kunnen beschouwen ten aanzien van de zorg binnen een station. Zo'n indeling kan geschieden op basis van *zorgprofielen*, weergevende de vereiste soorten zorg alsmede de intensiteit. In de bepaling van de zorgprofielen spelen aspecten als leeftijd, geslacht, woonplaats/urbanisatiegraad en type probleem een belangrijke rol. In *schema 3* is de totstandkoming van zorgprofielen weergegeven.

De overgang van patiënten tussen stations, in feite het op gang komen van de patiëntenstromen, is als volgt uitgewerkt: De tijd wordt opgedeeld in perioden van bijvoorbeeld één jaar. Per periode wordt de bevolking uitgesplitst over de stations en nog weer eens onderverdeeld per zorgprofiel. Hierbij worden de tweede lijn en het latent aan de huisarts gekoppelde deel van de bevolking als aparte stations beschouwd. In de loop van een periode treden er bij een station veranderingen op: er gaan mensen weg en er komen er van andere stations bij. Door nu per sta-

tion per zorgprofielgroep te bepalen hoe ze (gemiddeld gesproken) zich zullen verspreiden over de diverse stations (eventueel blijven bij hetzelfde station) is te berekenen hoe de verdeling van de bevolking over de stations er in de volgende periode uitziet. In *schema 4* is dit weergegeven voor het geval dat we uitgaan van zeven stations.

Uit de hierboven geschetste opbouw is onmiddellijk duidelijk wat de informatie is die benodigd is voor computersimulatie-experimenten aan zo'n model. In de volgende paragraaf relateren we dit aan de bestaande registratiesystemen voor de verschillende disciplines. De belangrijkste gegevens betreffen een indeling in zorgcategorieën op basis van de zorgprofielen, alsmede per zorgcategorie de zorgintensiteit, de zorgduur, het doorverwijzingspatroon/ontslag en het vorige station. Het mag duidelijk zijn, dat indien voor iedere zorgcategorie het doorverwijzingspatroon bekend is, hiermede in feite de informatie betreffende het vorige station redundant is geworden. Daar op dit moment niet alle doorverwijzingspatronen worden geregistreerd kan de factor 'vorige station' eventuele ontbrekende informatie aanvullen.

SYSTEMEN

Daar we ons in onze analyse richten op de provincie Limburg beperken we ons, waar zinvol, bij de bespreking van de diverse classificatie- en registratiesystemen eveneens tot deze provincie.

a. wijkverpleging. Registraties vinden voornamelijk plaats via het Wijk Administratiesysteem (WAS). Alle 'patiënten-zorgverleningsgevallen' worden in principe in kaart gebracht. De opzet is, maandelijks de gegevens op de patiëntenkaart over te brengen op het WAS-formulier en via de provinciale vereniging op te sturen naar de Nationale Kruisvereniging. De vragen richten zich vooral op de verpleegkundige, minder op de patiëntenkenmerken. Dit resulteert in een goed overzicht van de dagelijkse handelingen per verpleegkundige, maar niet in een totaalbeeld van de benodigde handelingen en activiteiten die bij de diverse typen patiënten horen. Daarnaast is er twijfel over de betrouwbaarheid, ook al omdat niet alle vragen eenduidig zijn. Zo kan bijvoorbeeld slechts één verpleegdoel per contact worden ingevuld, zodat de verpleegkundige vaak een keuze zal moeten maken. Ook de Nationale Kruisvereniging heeft dit probleem onderkend. Sinds

begin 1988 werkt zij aan een project met als doel oriëntering op de mogelijke ontwikkeling van een patiëntenclassificatiesysteem. In de rapportage van de 'pilot'-fase van dit project worden als belangrijkste toepassingen genoemd⁷: budgetplanning en bewaking, personeelsplanning en -staffing en doelmatigheids- en kwaliteitsbewaking. Tevens wordt in dit rapport een voorstel gedaan voor een hanteerbare indeling van patiënten naar zorgcategorie. Als vanzelf kan de werkomvang per patiënt worden berekend als: zorgintensiteit \times zorgduur. Voor de zorgintensiteit (aantal bestede uren per week of maand) worden vijf niveaus onderscheiden, evenals voor de zorgduur (aantal weken of maanden dat de zorg vereist). Opvallend is dat slechts de verpleegkundige diagnose in sommige gevallen overeenkomt met deze niveaus; er is nauwelijks correlatie met de medische diagnose en de complexiteit van de ziekte;

b. gezinszorg. De gezinszorg levert volgens een standaardconcept gegevens aan het ministerie van WVC. Registratie binnen de instellingen geschiedt aan de hand van het Landelijk Indicatie en Registratiesysteem (LIER) en/of een eigen registratieformulier⁸. Het LIER-systeem is opgezet als een hulpmiddel bij de indicatiestelling. Centraal staat, dat de hulp van de gezinsverzorging dient aan te sluiten op de resterende mogelijkheden en de zelfredzaamheid van de cliënt. Behalve dat het een functie heeft als hulpmiddel voor de inhoud en organisatie van de zorg, is het systeem eveneens gericht op het leveren van beleidsrelevante informatie. De voor het onderhavig onderzoek relevante gegevens zijn in principe met behulp van het LIER-registratiesysteem te achterhalen. De gezamenlijke instellingen voor gezinsverzorging in Limburg hebben zich verenigd in de Provinciale Raad voor de Gezinszorg Limburg (PRGL). Dit platform beoogt, naast overleg en gezamenlijke activiteiten, een bevordering van de samenwerking met andere organisaties in de zorgverlening. Met het Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk is aldus een intensieve samenwerking tot stand gekomen;

c. algemeen maatschappelijk werk. In Limburg maakt men gebruik van het Limburgs Registratie Systeem (LIRS). Dit is een bijzonder uitgebreid registratiesysteem dat informatie vastlegt over een vijftal zogenoemde onderzoekseenheden, te weten: het cliëntsysteem, de hulpvraag,

het hulpverleningsproces, de maatschappelijke zorginstelling en de maatschappelijk werker. Met name de relaties tussen deze onderzoekseenheden worden in de rapportages uitvoerig vastgelegd. Dit doet recht aan het dynamische karakter van de zorgverlening, juist het punt waar onderhavig onderzoek zich op concentreert. Het zal dan ook niet verbazen dat alle door ons benodigde gegevens uit het LIRS zijn te halen. De gezamenlijke instellingen voor maatschappelijk werk hebben zich verenigd in het Provinciaal Centrum voor Maatschappelijk Werk (PCMW). De op gang gekomen samenwerking met de PRGL is reeds genoemd. Ieder jaar publiceert het PCMW uitgebreide overzichten van de activiteiten van de twaalf aangesloten centra op provinciaal aggregatieniveau;

d. fysiotherapie. Voor de fysiotherapie geldt dat er nog geen continue, uniforme en algemene registratie plaatsvindt. De Stichting Centrum voor Fysiotherapie Tegelen is al een aantal jaren bezig een classificatiemodel te beproeven. Alle aandoeningen worden gerubriceerd, de gegeven therapie wordt nauwkeurig beschreven en de effecten worden vastgelegd. Een van de eerste systematische onderzoeken op dit terrein is in 1983 door Crebolder beschreven⁹. In het onderzoek van Crebolder stond de procesgang van de patiënt centraal, zodat er diverse aanknopingspunten met het onderhavige onderzoek zijn. Recentelijk is systematisch onderzoek verricht door kerssens c.s.^{10 11} naar het tot stand komen van de verwijzing en de relatie tussen de medische diagnose, het behandeldoel en de therapeutische middelen. De conclusie van dit (Nivel-)onderzoek luidt, dat 'een classificatiesysteem ten behoeve van gegevens op het terrein van de fysiotherapie node wordt gemist'. Desondanks biedt het registratiesysteem van de Stichting Centrum voor Fysiotherapie een interessante steekproef voor Limburg;

e. huisartsen. Via het Registratie Net Huisartspraktijken (RNH) is een geautomatiseerd en geanonimiseerd steekproefkader beschikbaar, met een beperkte set achtergrondvariabelen en een volledige probleemlijst van elke geregistreerde patiënt. Als probleem wordt gedefinieerd: datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is of iets dat het lichame-lijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd. Aangegeven wordt of het probleem actief

of inactief is. De 'scoring' vindt plaats volgens de International Classification Primary Care (ICPC)¹². Zeventien praktijken (solo, associatie, gezondheidscentrum) nemen deel aan het RNH. Inmiddels zijn er 30.000 actieve en 26.000 inactieve problemen van 20.000 patiënten ingevoerd. De gegevens worden opgeslagen bij het Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum (MEMIC) van de Rijksuniversiteit Limburg.

Na deze algemene beschouwing van de gehanteerde classificatie- en registratiesystemen komt de vraag aan de orde in hoeverre de opgeslagen informatie voldoende is voor het onderhavige onderzoek.

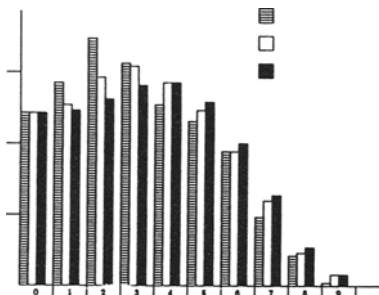
De inventarisatie, weergegeven in schema 5, leert dat sommige gegevens niet en andere onvolledig of onbetrouwbaar worden vastgelegd. Zo is het identificatienummer in de registratie van de wijkverpleging aanwezig, doch niet uniek. Bovendien kan een cliënt onder verschillende nummers in de registratie voorkomen. Ook blijkt een aantal items facultatief te zijn en dientengevolge vaak niet te zijn ingevuld. Veel van de benodigde variabelen worden in de huisartsenregistratie niet vastgelegd. Voor een deel is dit te verklaren door het feit dat het begrip 'zorg' voor een huisarts een andere inhoud heeft. Zo komt het meestal niet voor dat iemand naar de huisarts wordt verwezen. Ook duurt de zorg van de huisarts in feite zolang men staat ingeschreven; ze is dus altijd latent aanwezig. Twee items zijn slechts door twee disciplines beschreven: de hulpverlening door andere organisaties en de reden voor het beëindigen van zorg.

Schema 5. Benodigde gegevens voor een patiëntenstroommodel en de aanwezigheid hiervan in de bestaande registratiesystemen.

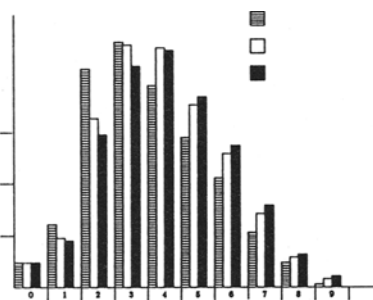
	WV	GV	AMW	FYS	HA
identificatienummer	x	+	+	+	+
geslacht	●	▲	+	+	+
geboortedatum	+	+	+	+	+
woonplaats	+	+	+	+	+
verwijzende instantie	●	+	+	+	-
datum eerste contact	+	+	+	+	+
reden hulpvraag/typering klacht	●	+	+	+	+
duur van zorg	+	+	+	+	+
verleende hulpsoort	▲	+	+	+	-
hulpverlening andere organisaties	-	+	+	-	-
indicatie intensiteit zorg	+	+	+	+	-
reden beëindiging/verwijzing	●	+	+	-	-

+ aanwezig
 - niet aanwezig
 ● facultatief
 ▲ gedeeltelijk
 x niet uniek

Figuur 1. Leeftijdsofbouw van de provincie Limburg voor de jaren 1990, 2000 en 2010.



Figuur 2. Leeftijdsofbouw voor het algemeen maatschappelijk werk voor de jaren 1990, 2000 en 2010.

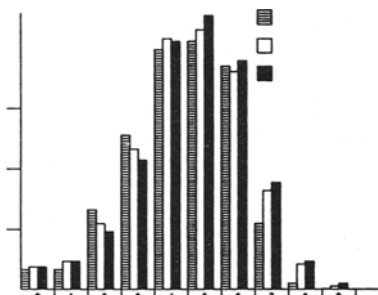


EEN EERSTE PROEVE

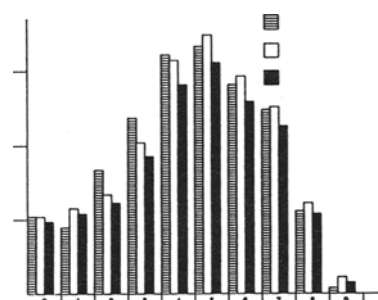
Met behulp van het prototype van een computersimulatieprogramma voor de analyse van bovenstaand model zijn enkele experimenten uitgevoerd voor de provincie Limburg.

Als verklarende variabele is gekeken naar de factor leeftijd. In figuur 1 is de leeftijdsopbouw voor de provincie Limburg weergegeven voor de jaren 1990, 2000 en 2010, waarbij gebruik gemaakt is van de middenvariant van het CBS. Het jaarlijkse geboortecijfer is daarbij constant gehouden. In de figuren 2 en 3 is nagegaan hoe voor dezelfde jaren de verschuiving in leeftijdsopbouw (vergrijzing) van invloed is op het volume aan patiënten bij de disciplines fysiotherapie en algemeen maatschappelijk werk. De patronen in de verschillen tussen 1990, 2000 en 2010 volgen de patronen van de leeftijdsopbouw. Er is echter een belangrijk verschil tussen de fysiotherapie en het maatschappelijk werk. Uit de figuren 2 en 3 is te zien, dat het maatschappelijk werk momenteel het merendeel van zijn klan-

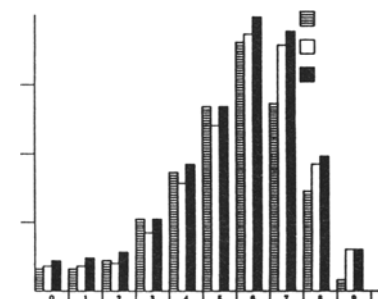
Figuur 3. Leeftijdsofbouw voor de fysiotherapie voor de jaren 1990, 2000 en 2010.



Figuur 4. Leeftijdsofbouw patiënten in de tweede lijn in het jaar 2000, vergeleken bij scenario 1 en 2.



Figuur 5. Leeftijdsofbouw in het jaar 2000 van het patiëntenbestand van wijkverpleging en gezinszorg samen (scenario 1 en 2).



tenkring vindt in de leeftijdsgroep van de 20- tot 60-jarigen en de fysiotherapie in de groep 40- tot 70-jarigen. Het gevolg van de vergrijzing voor deze disciplines is dan ook verschillend. Voor de fysiotherapie blijven de 40- tot 70-jarigen de belangrijkste toeleverende groep (hogere leeftijden waren toch al 'goed' vertegenwoordigd), terwijl dit voor het maatschappelijk werk opschuift naar de 30- tot 70-jarigen. Bij een simulatie over een langere periode zou dit verschil nog duidelijker naar voren komen.

In de figuren 4 en 5 zijn twee alternatieve toekomstige paden (scenario's) met elkaar en met de huidige situatie vergeleken. Scenario 1 gaat uit van ongewijzigd beleid. Scenario 2 gaat uit van een actief overheidsbeleid ter versterking van de thuiszorg. De ziekenhuisligduur van patiënten is hier met 5% gereduceerd, resulterend in eerste instantie in een versterkte patiëntenstroom van de tweedelijns terug naar de eerste lijn, totdat een nieuw evenwicht zich instelt. De consequenties voor enerzijds de tweede lijn en anderzijds de wijkverpleging en de gezinszorg samen zijn in deze figuren weergegeven. In figuur 4 is waar te nemen dat de reductie van 5% van de ligduur voor de komende tien jaar het effect van de vergrijzing voor de tweede lijn dermate ruim compenseert, dat het patiëntenbestand onder het huidige niveau uitkomt. Bij een simulatie over een langere periode zal blijken dat door de sterke vergrijzing ondanks de 5% reductie in ligduur het huidige niveau toch wordt overschreden. In figuur 5 is voor scenario 1 het vergrijzingseffect waar te nemen voor de wijkverpleging en de gezinszorg samen. Daar bovenop komt scenario 2, hetgeen voor alle leeftijdscategorieën een extra toename van het patiëntenbestand veroorzaakt. De hier beschreven simulatieberekeningen hebben zich vooral gericht op het toekomstig aanbod van patiënten in de diverse leeftijdscategorieën aan de stations. Via de leeftijdsafhankelijke zorgprofielen is dit gegeven te vertalen in vereiste zorg en capaciteit. Aldus geeft een dergelijke simulatiebenadering inzicht in de benodigde omvang van de zorg voor de komende jaren en de verdeling over de (eerstelijns)disciplines, gekoppeld aan toekomstscenario's¹³.

CONCLUSIES

Op basis van de eerste computerexperimenten is ons inziens duidelijk aangetoond dat de hier voorgestelde onderzoeksmethodiek een belangrijk nieuw analyse-instrument toevoegt aan de bestudering van de zorguitoefening binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Prognoses voor de toekomstige ontwikkeling die op deze wijze zijn verkregen, kunnen beleidsvoornemens en planning ondersteunen. Het model maakt het mogelijk lange-termijnconsequenties en eventuele neveneffecten van substitutie van activiteiten tussen disciplines of tussen de eerste en tweede lijn te analyseren. Een modulaire opbouw van het onderbouwende computerprogramma laat daarnaast de

analyse van alternatieve organisatiestructuren van de eerstelijnsgezondheidszorg toe.

Bij verdere detaillering van het model zal, uitgaande van ongewijzigd beleid, inzicht worden verkregen in de toekomstige vereiste omvang van de diverse zorgcategorien op basis van de vergrijzing. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de te verwachten toename van de aandoeningen van het bewegingsapparaat. Voor de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars kan gesystematiseerde kennis van toekomstige ontwikkelingen de basis vormen voor het maken van meerjarenafspraken met beroepsverenigingen of met de overheid. De hier beschreven analyse is speciaal gericht op het vroegtijdige identificatie van komende knelpunten en maakt aldus adequate anticipatie mogelijk.

Vervolgonderzoek zal zich met name richten op de volgende aspecten:

- a) indelingen in zorgcategorien op basis van zorgprofielen die hanteerbaar zijn, in de zin dat ze herkenbaar zijn voor de discipline als een homogene groep, aanknopingspunten bieden voor de opbouw van patiëntenstromen, betekenis hebben over de grenzen van een discipline of aansluiten bij bestaande coderingen en kunnen worden opgebouwd vanuit bestaande registratiesystemen, eventueel na een uitbreiding hiervan;
- b) het formuleren van toekomstscenario's die reële betekenis hebben en diensgevolge interessant zijn om met behulp van het model te worden geanalyseerd en vergeleken;
- c) onderzoek naar de mogelijkheid registratiesystemen van de diverse disciplines beter op elkaar af te stemmen, met het doel een geïntegreerde analyse van de zorguitoefening in de eerste lijn uit te voeren.

Het is ons streven dit onderzoek in de geschetste richtingen voort te zetten en daar met name de beleidsvormende instanties bij te betrekken met het oog op een optimale integratie van de resultaten. Voor de provincie Limburg, waar het onderzoek zich in eerste instantie op heeft geconcentreerd, is het een gelukkige omstandigheid dat de eerstelijnsdisciplines samenwerken in de Stichting Academisering Eerste Lijn (SAEL), waarin ook de Rijksuniversiteit Limburg participeert; zij vervult een platformfunctie voor de eerstelijnsdisciplines in de regio en de universiteit. Het hier beschreven onderzoek is dan ook mede gestimuleerd door de SAEL. □

Literatuur

1. Goudriaan G. Thuiszorg tussen de lijnen. 's-Gravenhage: HRWB, 1988.
2. Ministerie van VVC. Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer no 19500, 1 & 2, 1985.
3. Londen J van. Thuiszorg, huiswerk voor allen vóór het jaar 2000. Oratie Utrecht, 1987.
4. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
5. Elberse WP, Langerak NH, Schrijvers AJP. Huisarts, thuisarts. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie RUU, 1988.
6. Commissie Structuurschets Informatievoorziening Extramurale Gezondheidszorg; eindrapportage. Ministerie van VVC, 1986.
7. Nationale Kruisvereniging. Verpleegkundige patiëntenclassificatie in de thuissituatie; tussenrapportage, 1989.
8. Fokkers R. Lier-systeem. Utrecht: Stichting Centrale Raad voor Gezinsverzorging, 1986. Katern gezinsverzorging no 13.
9. Crebolder HFJM. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen. Huisarts en Wetenschap 1983.
10. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Curfs EChr. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg; de hulpverleners huisarts en fysiotherapeut. Nivel, 1986.
11. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Curfs EChr. Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg; klachten van patiënten, indicatiestellingen van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen. Nivel, 1987.
12. Höppener R, Knottnerus JA, Metsemakers FM, Kocken RJJ, Limonard ChBG. Het registratienet huisartsenpraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg; een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts en Wetenschap 1990.
13. Wijkkel D, Morenc A. Vooronderzoek scenarioproject 'Eerstelijnsgezondheidszorg'. Nivel, 1987.

Prof. Dr. H. F. J. M. Crebolder is verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Prof. Dr. Ir. O. J. Vrieze aan de vakgroep Wiskunde, Drs. G. Fransen aan het Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum, Drs. J. Kuipers aan de vakgroep Wiskunde en Dr. Ch. Limonard aan het Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum, steeds bij de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Ontwikkelingen in de thuiszorg

Slot: De toekomst

Vergeleken met andere landen is de Nederlandse thuiszorg sterk ontwikkeld. Te wijzen is op de rol van de huisarts, die de toegang tot de tweedelijnszorg bewaakt. Alleen in Engeland is dat ook het geval; in alle andere westerse landen zijn medisch specialisten ook rechtstreeks te benaderen. Te wijzen is ook op het bestaan van de aparte organisaties als kruisverenigingen en regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RI-AGG's) wier functies elders óf door ziekenhuizen 'erbij worden gedaan' óf zonder samenhang door tal van kleine instellingen en voor eigen rekening werkende beroepsbeoefenaren worden aangeboden. Sterk is in Nederland ook de pre-, peri- en postnatale zorg. Van de bevellingen vindt 71% thuis (35%) of poliklinisch (36%) plaats (FOZ, 1990)*, een percentage dat bij ons weten nergens elders in de westerse wereld wordt gehaald. Vanwege deze en andere sterke punten zwaaien buitenlandse experts de Nederlandse thuiszorg vaak alle lof toe. In contrast hiermee staan de rijen knelpunten die Nederlandse hulpverleners en hun organisaties opsommen over de zorg thuis. Hoezeer wij deze ook onderschrijven, ze hebben toch als nadeel dat ze een beeld oproepen van kommer en kwel. Liever spreken wij daarom van ontwikkelingen, belemmeringen, vraagstukken of puzzels, dan van knelpunten en problemen in de thuiszorg.

Heydelberg (1988), Duyn (1989) en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989) sommen in hun beschouwingen enkele belemmeringen voor versterking van de thuiszorg op, die in de navolgende tekst achtereenvolgens aan bod komen: een gering maatschappelijk draagvlak voor versterking, gebrek aan kennis over de ontwikkeling van de zorgvraag, onvoldoende zicht op technologische veranderingen in het aanbod, alsook verbrokkelde organisatiestructuren en een gebrek aan samenhang in de financiering.

MAATSCHAPPELIJK DRAAGVLAK

Van Tits en Nuyens (1986) geven in hun studie aan, dat het geringe vertrouwen

Prof. Dr. A. J. P. Schrijvers en Prof. Drs. J. van Londen

'Tegenwoordig is 'thuiszorg' een niet meer weg te denken begrip bij hulpverleners, adviesorganen, overheid, vakbladen en massamedia. Moge over tien jaar thuiszorg in al haar vormen een niet meer weg te denken realiteit zijn voor vele zieke en toch zelfstandig levende mensen.' De beide hoogleraren algemene gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Utrecht maken hun drieluik-over-thuiszorg af door voortuit te kijken.

van medisch specialist en afdelingshoofd (37%) en weerstanden bij de patiënt (27%) het merendeel uitmaken van de redenen die zijn genoemd om geen gebruik te maken van de diensten van huisarts en wijkverpleging ter vervanging van een verblijf in het ziekenhuis. Ook op grond van andere publikaties lijkt het waarschijnlijk, dat het draagvlak voor versterking van de thuiszorg onder bevolking en hulpverleners kleiner is dan de veelheid van rapporten, adviezen en studies doet vermoeden. Tjadens en Woldringh (1989), Verheesen (1989) en ook Theunisse c.s. (1989) geven aan, dat vaak één centrale mantelzorger informele zorg aan ouderen en gehandicapten biedt; deze, meestal een vrouw, doet dat vele uren per week. Versterking van de thuiszorg kan bij deze groep geen warm onthaal vinden en alleen voorzien in een behoefte aan vervanging van informele door professionele zorg. Vrouwengroepen wijzen in dit verband dan ook op de extra belasting voor huisvrouwen (Provinciaal Steunpunt Vrouwenemancipatie, 1989). Ook de langzame toeloop van patiënten naar nieuwe, versterkte vormen van thuiszorg wijst op een zekere beduchtheid onder bevolking en verwijzende hulpverleners. Vrijwel alle verzekeraars betalen thans vervangende, intensieve thuiszorg voor patiënten met een ziekenhuisindicatie. Toch loopt het volgens onze eigen indrukken niet storm bij de verzekeraars. Ook in het buitenland maakt de bevolking slechts aarzelend gebruik van aangeboden nieuwe vormen van thuiszorg.

Voorbeelden hiervan vormen de zogeheten Channeling Projects en de Social Health Maintenance Organizations in de Verenigde Staten. Beide experimentele zorgvormen bieden versterkte en samenhangende thuiszorg aan ouderen aan. Bij beide blijkt de toeloop van de bevolking langzaam te zijn, ondanks veel publieksvoorlichting en een gebrekkige ouderenzorg elder (Schrijvers, 1988; Van der Linden, 1989).

Er zijn ook positieve zaken te melden. De bevolking van Almere is, zo blijkt uit een evaluatiestudie (Sixma, 1986), tevreden over de versterkte eerstelijnszorg aldaar, die vanuit wijkgezondheidscentra wordt verleend en binnen één organisatie (de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere, EVA) gecoördineerd. Hetzelfde is te melden over de gebruikers van intensieve thuiszorg van de Ziekenfondsraads-experimenten in Amsterdam, Groningen en West-Brabant/Zeeuwsch-Vlaanderen. Binnen deze projecten is het mogelijk, dat patiënten met een ziekenhuis- of verpleeghuisindicatie aanvullende thuiszorg ontvangen tot een maximum van drie maanden en een maximaal bedrag van f 200,— per dag (Miltenburg, 1989). De centrale verzorgers van deze zieken blijken tevredener dan de hulpverleners, die veelal nog fouten in de coördinatie constateren (Welling en Miltenburg, 1989). Ondanks deze gunstige bevindingen in Almere en bij de Ziekenfondsraadsexperimenten, achten wij om twee redenen het maatschappelijk draagvlak voor vernieuwingen in de zorgverlening niet al te groot. De eerste reden is, dat de publieke opinie veelal meer geïnteresseerd is in schaarstevraagstukken, door hulpverleners gemaakte fouten en vorderingen op medisch-technologisch gebied, dan in zorgvernieuwend thuiszorgprojecten. De tweede reden is, dat leidinggevend van instellingen vaak veel aandacht moeten besteden aan de continuïteit van de reeds bestaande zorgverlening, aan interne competentieconflicten en aan fusies en andere vormen van samenwerking met andere instituten. Ook hierdoor kan de aandacht voor versterking van de thuiszorg in het gedrang komen.

KENNIS OVER DE ZORGVRAAG

In de Verenigde Staten vindt regelmatig

* De bij deze artikelenserie behorende alfabetische literatuurlijst kan bij de redactie worden opgevraagd.

marktonderzoek plaats ter ondersteuning van de strategische beleidsvorming van instellingen of hun koepelorganisaties. Op grond hiervan ontwerpen marketing directors van instituten nieuwe zorgprogramma's die zoveel mogelijk aan de wensen van het publiek tegemoet komen. Niet alleen de medische protocollering krijgt daarbij aandacht, maar ook servicekenmerken als bereikbaarheid, informatieverschaffing aan patiënten, de prijsstelling van de zorg en ook, waar het hier om gaat, de locatie van de hulpverlening. Thuiszorg in de vorm van dagbehandeling, nazorg na ziekenhuisontslag en intensieve hulp aan stervenden, mag zich verheugen in een toenemende belangstelling in de nieuwe zorgprogramma's. Hoewel niet duidelijk is of er kostenbesparingen mee worden bereikt (zoals wij eerder in deze beschouwing signaleerden) groeit de thuiszorg voor ouderen met gemiddeld 20% per jaar in de jaren zeventig (Koren, 1986), een toename die ook daarna blijft doorgaan (Anderson, 1987, US Department of Health and Human Services, 1989). Het eerste experiment met terminale thuiszorg (vanuit ziekenhuizen aangeboden) startte in 1974 in New Haven te Connecticut; het bleek in een behoefte te voorzien. Tien jaar later hebben 1.429 instellingen, ofwel circa een kwart van de Amerikaanse ziekenhuizen, een dergelijk programma in hun functiepakkett (Torrens, 1985). Ook voor de komende jaren is in de Verenigde Staten een toenemende vraag naar thuiszorg te verwachten, aldus bericht Hospitals (een vakblad voor instellingsmanagers) op grond van een enquête onder meer dan zeshonderd ziekenhuisdirecteuren (Powells, 1989).

In Nederland vormt marktonderzoek geen frequent voorkomende activiteit voor instellingen voor thuiszorg of ziekenhuiszorg, laat staan dat zorgvernieuwing op basis daarvan plaatsvindt. Inzicht in de wenselijkheid van bepaalde service-kenmerken ontbreekt daardoor. Wel bestaat er een globaal beeld, dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Op grond van onze eigen betrokkenheid bij vernieuwingsprocessen en na kennisneming van enkele succesrijke projecten in het buitenland, geven wij hieronder enkele vermoedens over latente zorgvragen, waarop marktonderzoek nader zicht zou kunnen bieden.

Ons eerste vermoeden: het zou kunnen zijn dat er vraag bestaat naar betaalde thuisverpleging en -verzorging als verlengde arm van de patiënt of diens centra-

le mantelzorger. De professionele verzorger treedt dan op als *persoonlijk assistent* van de zorgvrager (Van Dongen, 1989) of als *taakverlichter* van de centrale mantelzorger. In zo'n opzet ontvangt de betaalde verzorger opdrachten van deze laatste of van de patiënt; veelal zullen deze eenvoudige praktische klussen betreffen: praktische thuishulp (zie ook: Van Sonderen c.s., 1985). Ontvangen patiënten rechtstreeks de financiële middelen van de verzekeringsmaatschappij, dan is er sprake van een cliëntgebonden budget (Hessing-Wagner, 1990). Is de taakverlichter in dienst van een instelling voor thuiszorg, dan functioneert hij of zij als een uitzendkracht; dagelijkse opdrachten komen van de patiënt of diens mantelzorger en de betaling vindt plaats via de instelling.

De vervanging van de mantelzorg hoeft niet alleen plaats te vinden door het inzetten van persoonlijke assistenten en/of taakverlichters. Ook intramurale instituten kunnen er een rol bij spelen door tijdelijk een patiënt op te nemen ter verlichting van de centrale verzorger. Deze vorm van zorg staat in de Verenigde Staten bekend als 'respite care'; men boekt er daar enig succes mee bij het uitstellen van verpleeghuisopname (Montgomery, 1988). In Nederland ontlasten de zogeheten herstellingsoorden het thuismilieu met tijdelijke opnamen van bijvoorbeeld overspannen mensen. Gedachten om bejaardenoorden open te stellen voor ziek geworden ouderen die een te zware belasting vormen voor de naasten, bestaan in Nederland wel maar zijn bij ons weten nog niet gerealiseerd.

Hetzelfde geldt voor zogeheten vakantieopnamen in verpleeghuizen van zorgbehoefte ouderen, teneinde mantelzorgers in staat te stellen enige tijd van hún vakantie te genieten. In dit verband kan worden opgemerkt dat Hattinga Verschure (1984) van deze intermitterende intramurale zorg een grote ondersteuning voor het mantelzorgnetwerk verwacht.

Ons tweede vermoeden behelst de gedachte, dat de behoefte aan *preventieve activiteiten* toeneemt. De thans aantredende generatie 65-plussers heeft veelal een beter pensioen en een hogere opleiding dan de bejaarden van vroeger. Op grond hiervan lijkt een toenemende neiging te verwachten zich weerbaar op te stellen tegen dreigende ziekte en invaliditeit, immobiliteit en vereenzaming. Een vraag naar cursussen en trainingen over chronische ziekten; aangepaste, gemeenschappelijke woningen; alarmsystemen en aanvullende verzekeringen voor inten-

sieve thuiszorg kan hiervan het gevolg zijn. Het dalend aantal preventieve ouderenbezoeken van het kruiswerk (Nationale Kruisvereniging, 1988) ondersteunt ons vermoeden niet. Het groeiend aantal preventieve projecten in de Engelse gezondheidszorg (Taylor en Buckley, 1987) doet dat weer wel (zie ook Reeser, 1986). De reistijd voor de hulpverleners, de vaak niet geschikte woningen en de noodzaak in voorkomende gevallen (mobiele) apparatuur opnieuw te installeren, vormen belemmeringen voor thuiszorg. Het zou kunnen zijn – en hiermee spreken wij ons derde en laatste vermoeden over ontwikkelingen in de zorgvraag uit – dat er een groeiende behoefte bestaat aan *aangepaste woningen*: kleinschalige, aangepaste wooneenheden voor mensen met overeenkomstige zorgbehoeften, aan wie van buitenaf (door andere organisaties dan de woningbeheerder) hulp wordt geboden. Regionale instituten voor beschermende woonvormen, Fokuswoningen voor lichamelijk gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen voor mensen met een geestelijke handicap zijn voorbeelden van dergelijke woningen waarin zorg en wonen zijn gescheiden. Wij verwachten dat in toenemende mate ook andere (bijvoorbeeld AIDS-, psychogeriatrische en terminale) patiënten dergelijke woonvormen zullen behoeven (zie voor de Amerikaanse groei van gemeenschappelijke woonvormen voor ouderen: Weissert c.s., 1988).

TECHNOLOGIE

De algemene thuiszorg kent thans (in tegenstelling tot ziekenhuizen) nauwelijks het streven meer technologische hulpmiddelen te benutten. Haar benadering van patiënten is veelal een luisterende, adviserende, psychosociale en/of verzorgende. Alleen eenvoudige, medisch- en verpleegkundig-technische handelingen worden uitgevoerd.

Door vorderingen op het gebied van de micro-elektronica en de telecommunicatie is medische en verpleegkundige apparatuur thans compacter van aard, gemakkelijker te vervoeren, te installeren en te bedienen, en op afstand te controleren. Deze vooruitgang maakt een nieuwe vorm van thuiszorg mogelijk, gebaseerd op geavanceerde apparatuur. Thuisdialyse, thuisbeademing en zuurstoftoediening thuis zijn hiervan voorbeelden; opname in zieken- of verpleeghuis kunnen erdoor worden voorkomen.

Willems en Van den Wildenberg (1988) noemen tien deelgebieden waar zich

thans technologische ontwikkelingen voordoen (zie *schema 1*). Banta (1988) voorziet daarnaast een grote opkomst van technologische hulpmiddelen voor gehandicapten: van aankleedgrijpers en aangepaste inzeep-washandjes tot 'voice commanded' verpleegkundige robots, die na één keer voordoen door de centrale mantelzorgers diverse handelingen op commando kunnen uitvoeren.

Wij zien deze technologische geavanceerde vormen van thuiszorg als een *aanvulling* op en niet als een vervanging van de bestaande algemene thuiszorg. Veelal zal de thuiswonende patiënt toch vooral behoefte hebben aan aandacht van de medemens en niet van een apparaat. Hierin ligt een grens voor deze zorgvorm: de eigen leefwereld van de zorgvrager mag niet door de technologie worden overheerst. Andere grenzen liggen in de bediening en de betrouwbaarheid van de apparatuur; Montfrans (1989) geeft bijvoorbeeld aan, dat het meten van de bloeddruk door de patiënt zelf minder eenvoudig is dan het lijkt, onder meer vanwege de kans op afleesfouten en het niet geijkt zijn van bloeddrukmeters.

Doet de nieuwe technologie op grotere schaal haar intrede – hetgeen wij verwachten – dan zullen er nieuwe hulpverleners in de thuiszorg verschijnen: moniteurs en instructeurs zullen apparaten thuis opstellen en de bediening ervan uitleggen. De ergotherapeut, tot nu toe geen vaste verschijning in de eerstelijnszorg, zal de hulpmiddelen op maat verfijnen voor de individuele patiënt. Apothekers zullen hun activiteiten uitbreiden en thuiszorgtechnologie gaan leveren, hetgeen thans op experimentele basis reeds gebeurt via meditheken en hulpmiddelenwinkels van kruisverenigingen (De Graaf, 1989). Naast de wijkverpleegkundige zullen ook meer gespecialiseerde beroepskrachten, zoals de stoma-, de diabetes-, de reuma- en de dialyseverpleegkundige bij mensen thuis over de vloer komen om met geavanceerde middelen hulp te verlenen.

Wie de thuiszorg wil versterken, komt vele structurele belemmeringen tegen. Tal van studiedagen waren hieraan in de afgelopen jaren gewijd (zie bijvoorbeeld Van der Grinten c.s., 1989; Ten Haaf, 1988; en Experimenteren met thuiszorg, 1989). Duyn (1989) somt een serie ervan op, die wij hierachter met trefwoorden aanduiden: gescheiden financieringsstromen voor diverse eerste- en tweedelijnsfuncties; geringe samenwerking tussen algemene thuiszorg en ziekenhuis; weinig afstemming tussen vrijwilligerswerk en

Schema 1. Tien thuiszorgtechnologieën, die in de komende jaren tot ontwikkeling kunnen komen.

technologie	toelichting
1. infusie en toediening	b.v. enterale en parenterale voeding, intraveneuze toediening van antibiotica, chemotherapie, bloedfactor-infusie, pijnbestrijding
2. respiratie	zuurstoftoediening aan mensen met b.v. chronische bronchitis, emfyseem, cystic fibrosis, spierdystrofie
3. dialyse	bij nierinsufficiënties: thuishemodialyse, 'continuous ambulatory peritoneal dialysis' (CAPD)
4. pediatrische technologie	b.v. apneu-monitoring (ademhalingscontrole bij pasgeborenen) en fototherapie
5. revalidatie/hulpmiddelen	gericht op verbetering van mobiliteit en van communicatie- en waarnemingsmogelijkheden van de patiënt
6. persoonlijke verzorging	b.v. bij incontinentie, stoma, decubitus, huidverzorging en wondverzorging
7. verzorging van AIDS-patiënten	gericht op het tegengaan van aandoeningen bij de patiënt en van besmetting van verzorgers
8. bewaking en communicatie	b.v. alarmsystemen, ziektebeeldcommunicatie op afstand, cardiobewaking
9. zelfdiagnose van de patiënt	b.v. bij diabetici, groepen hartpatiënten, epileptici, zwangere vrouwen
10. logistieke vernieuwing	bijvoorbeeld het organiseren van 'zorg op maat' en 'zorg op tijd'

Opgesteld op basis van Willems en Van den Wildenberg BV (1988).

formele thuiszorg; geen afstemming van de werkgebieden van diverse thuiszorgfuncties; gebrek aan informatie over de zorgmogelijkheden van andere zorgfuncties; geen continu bereikbaar meldpunt voor thuiszorg; geen coördinatie bij intake en uitvoering van de thuiszorg; te geringe capaciteit voor diverse thuiszorgfuncties; ontoereikende (7×24 uren) beschikbaarheid van kruiswerk en gezinsverzorging; en tenslotte gebrekkige beschikbaarheid van verpleeg- en hulpmiddelen.

Deze belemmeringen – die wij hier kortheidshalve niet afzonderlijk bespreken – zijn te herleiden tot één kernvraagstuk, te weten: de *afwezigheid van eenheid van organisatie en financiering* van de thuiszorg. Deze eenheid ontbreekt in de thuiszorg door de veelheid van autonoom werkende instellingen en zelfstandige gevestigde beroepsbeoefenaren, alsmede door de gescheiden geldstromen voor de zorg thuis en in het ziekenhuis.

Er zijn twee wegen te bewandelen om eenheid van organisatie te bereiken, ten eerste: het creëren van centra voor thuiszorg, werkend voor een zelfde populatie; en ten tweede: het introduceren van case management in de Nederlandse thuiszorg. Bij de eerste weg is te denken aan het samenvoegen van de vier kerndisciplines, organisaties voor vrijwilligerswerk, vormen van maatschappelijke dienstverlening (zoals alarmeringssystemen) en delen van de ambulante geestelijke ge-

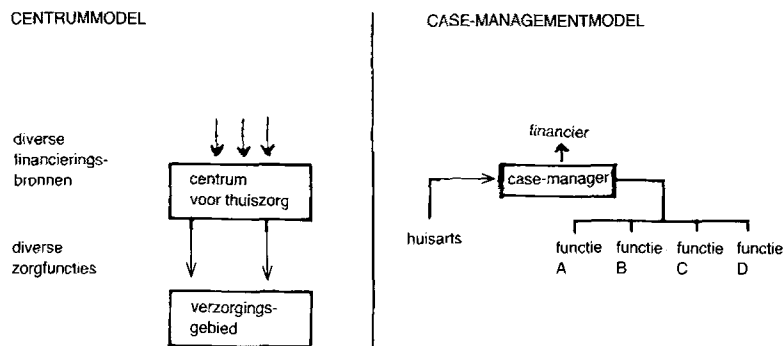
zondheidszorg. Binnen zo'n centrum vindt coördinatie plaats door middel van een gemeenschappelijke intake en het werken met een zorgplan. Op zich kan zo'n centrum uit diverse bronnen financiële middelen ontvangen: eenheid van financiering is bij zo'n organisatievorm niet per se noodzakelijk (zie *schema 2*). Het centrummodel wordt onder meer gehanteerd in het Experiment Gezondheidszorg Almere: de overgrote meerderheid van de zorgverleners is in dienst bij één werkgever, de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). In het tweede model zendt de huisarts (of medisch specialist) een patiënt met een vermoedelijke behoefte aan verzorging, verpleging, hulpmiddelen en/of woningaanpassing naar een case manager. Deze brengt de zorgbehoefte in kaart op grond van een of meer gesprekken met de patiënt, hierbij eventueel geadviseerd door gespecialiseerde krachten. Hij of zij stelt dan een zorgplan op en legt dit ter machtiging voor aan de financier. Na akkoordverklaring koopt de case manager de zorg in bij – eventueel met elkaar concurrerende – instellingen, die zowel met als zonder winst oogmerk kunnen opereren. Deze instellingen kennen geen eigen indicatiestelling: die berust op bij de case manager. Ook dit model hebben wij in *schema 2* weergegeven. In de Canadese provincie Ontario wordt dit model op grote schaal gehanteerd. In Nederland zijn de ziekenfondsradaadsexperimenten met intensieve

thuiszorg min of meer op deze leest geschoeid.

Beide modellen zijn in Nederland moeilijk te verwezenlijken. Huisartsenzorg, kruiswerk en gezinsverzorging zijn belangrijke participanten in het eerste model. Van Thiel (1989) en Plagge en Boomkamp (1989) signaleren grote samenwerkingsvraagstukken tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen: werken de laatste wel of niet als 'verlengde arm' van de eerste, hetgeen voor een aantal handelingen van verpleegkundigen noodzakelijk is? En: gaat de huisarts wijkgericht of de verpleegkundige (huisartsen)praktijkgericht werken? Post c.s. (1989) laten vanwege dergelijke vragen de huisarts voorlopig maar buiten te creëren centra voor thuiszorg binnen de gemeente Den Haag. Toch is ook een centrum voor alleen verplegende en verzorgende disciplines niet eenvoudig tot stand te brengen. Kempen en Suurmeijer (1989) constateren (op grond van een interviewronde onder beleidsfunctionarissen in Drente) weinig bereidheid bij wijkverpleegkundigen om samen te werken met gezinsverzorgenden. Het case-managementmodel vormt bestaande instellingen om tot facilitaire bedrijven zonder eigen prioriteiten en indicatiestelling. Dit tast het wezen van een non-profit organisatie: het op grond van eigen doelstellingen uitvoeren van activiteiten ten dienste van de samenleving, aan. Wij vrezen, dat ook dit model niet op korte termijn in ons land te verwezenlijken is.

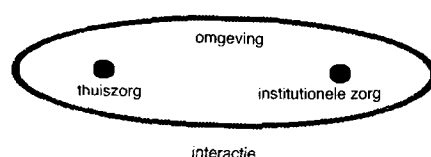
Wij zien de versterking van de thuiszorg als een *vernieuwingsproces*, niet als een herstructurerings- en/of reorganisatieproces. De modellen in schema 2 krijgen dan het karakter van contouren: ze hoeven niet uitgetekend en in de tijd gefaseerd te worden. Als 'contourenmodel' gaat onze voorkeur uit naar de centra voor thuiszorg. Multidisciplinaire samenwerking en bevolkingsgerichte, preventieve activiteiten komen daarin beter tot hun recht dan in het case management-model. Deze centra voor thuiszorg kunnen bovendien fungeren als tegenhanger voor de institutionele zorg. Beide staan met elkaar in contact en hun omgeving is voor een groot deel hetzelfde. In de ellips in schema 3 staan beide in een brandpunt. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten financiert thans zowel het kruiswerk als de gezinsverzorging. Overheidsvoornemens liggen klaar om ook de huisartsgeneeskundige zorg onder deze financieringswet onder te brengen (Verandering Verzekerd, 1989). Graag juichen wij deze voorstellen tot financiële eenwor-

Schema 2. Twee modellen voor eenheid van organisatie in de thuiszorg.



ding toe: substitutie wordt erdoor gemakkelijker. Wel wijzen wij er in navolging van én de commissie-Dekker én de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989) op, dat het verstrekkingenpakket van de AWBZ en de Ziekenfondswet dan omschrijvingen in termen van functies moet bevatten en geen verplichtingen over organisatievormen en locatie van de te verlenen zorg. Wij lichten dit toe aan de hand van een voorbeeld: 'Het behandelen, verplegen en verzorgen van chirurgische patiënten' is een omschrijving van een van de functies van een algemeen ziekenhuis. Deze formulering laat open, of activiteiten gedurende een opname, in dagbehandeling, poliklinische of als nazorg bij patiënten thuis plaatsvinden. Hierdoor krijgt zowel de behandelende arts als het instellingsmanagement de ruimte om institutionele zorg in de loop ter tijd te transformeren in thuiszorg en zo het vernieuwingsproces vorm te geven.

Schema 3. De relatie tussen thuiszorg en institutionele zorg: overlappende omgeving en beide in één brandpunt.



NAWOORD

Kwaliteit van thuiszorg gewogen

De Amerikaanse gezondheidsfuturesoloog Goldsmith (1989) voorziet een grote toekomst voor de thuiszorg: zoals algemene ziekenhuizen zich na de oorlog een plaats verwierven als centra voor behandeling van acute aandoeningen, zo kan de thuis-

zorg zich in het brandpunt van de chronische zorgverlening plaatsen. Gelet op het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening of handicap kan het niet anders zijn, aldus Goldsmith, dan dat de thuiszorg zich in de komende decennia veel sterker zal ontwikkelen dan de institutionele zorg.

Of dat zal gebeuren, hangt af van de kwaliteitsbeoordeling door bevolking, hulpverlening en beleidsorganen. Kwaliteitswinst is onmiskenbaar te boeken op het terrein van een betere instandhouding van het eigen leefmilieu van de patiënt met zorg thuis. Of de bereikbaarheid, de beschikbaarheid en de deskundigheid van de zorgverlening thuis op een met dat van de institutionele zorg vergelijkbaar niveau zullen bevinden? Het antwoord op deze vraag lijkt besloten te liggen in het vermogen van de samenleving eenheid van organisatie en financiering van de thuiszorg te bereiken en bestaande institutionele zorg te transformeren in ambulante, poliklinische of algemene thuiszorg. Als thuiszorg een kwalitatief hoogwaardig alternatief vormt voor institutionele zorg, dan is in ieder geval één kwaliteitsaspect verbeterd: de keuzevrijheid van de patiënt is vergroot; immers, hij of zij kan kiezen uit verschillende vormen van zorg.

Kwaliteitsbehoud veronderstelt wel, dat de bestedingen in de gezondheidszorg in de komende jaren blijven groeien. Thuiszorg is een wellicht goedkoper alternatief voor traditionele zorgvormen, maar de vergrijzing, de toenemende technologische mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling, alsmede het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening of handicap, vragen om een jaarlijkse uitbreiding van de aantallen zorgverleners (zie ook: Regeerakkoord, 1989). Hoeveel de jaarlijkse toename

moet zijn, hangt onder meer af van de resultaten van de vele thuiszorgexperimenten die thans in ons land worden verwezenlijkt (zie Innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg, 1990). Zowel het ministerie van WVC (Zorgvernieuwing in de thuiszorg, 1990) als de Ziekenfondsraad (Miltenburg, 1989) beogen met eigen thuiszorgprojecten al doende te leren en inzicht te verwerven.

Tegenwoordig is 'thuiszorg' een niet meer weg te denken begrip bij hulpverleners, adviesorganen, overheid, vakbladen en massamedia. Moge over tien jaar thuiszorg in al haar vormen een niet meer weg te denken realiteit zijn voor vele zieke en toch zelfstandig levende mensen. □

De auteurs zijn grote dank verschuldigd aan:

– collega's binnen de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Faculteit der Geneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht en binnen het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen te Nijmegen, voor hun commentaar op eerdere versies van dit stuk;
– de bibliothecarissen Mw. W. Ruygrok-Oldenhove en Mw. M. Hartog te Utrecht, voor het vergaren van alle publikaties.

Dagboek van een bedrijfsarts

30: Kooien

Naast het garagebedrijf van Van Hattum, dat ik als aankomend bedrijfsarts verzorg voor de particuliere gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst in X, ligt een groothandel voor dierenprodukten. Dit bedrijf is weliswaar niet bij onze BGD aangesloten, maar indertijd heeft de eigenaar eens gebeld met Evert, of hij bij ons een aanstellingskeuring mocht laten doen in afwachting van aansluiting voor het nieuwe boekjaar. Dat was goed en de keuring werd verricht door collega Eduard van Dijken. Aangezien het een chauffeurskeuring betrof en de persoon in kwestie ook moest in- en uitladen, waren er enige bedenkingen tegen zijn tengere lichaamsbouw. Aan mij was de eer geweest op het bedrijf te overleggen over de aard van de werkbelasting en even naar de vrachtauto's te kijken. Bij die gelegenheid had ik van de eigenaar de uitnodiging gekregen eens mee te gaan op route om het beroep écht te bekijken.

Ik had met Evert overlegd, omdat het mij een dag zou kosten en mijn liefde voor het vak weliswaar erg ver ging, maar daarvoor een ATV-dag inleveren voor mij toch nét te ver. Evert vond het een prima idee, ook al omdat het beroepsgoederenvervoer op het punt stond zich collectief aan te sluiten bij de Federatie van gezamenlijke BGD'en en ik, gezien mijn praktijk-in-opbouw, daar een behoorlijke portie van zou krijgen, zoals het zich nu liet aanzien. Het zou derhalve een mooie praktijkervaring voor mij betekenen. Er was één voorwaarde aan verbonden en dat was dat ik een onderzoek zou doen naar de stress-invloed bij de chauffeur tijdens de rit. Daartoe moest ik een protocol opstellen. Zo had ik er toch weer meer werk aan dan ik had berekend, maar zo'n onderzoekje leek me toch wel leuk, dus: vooruit maar. Een en ander overigens tot groot verdriet van Eduard, die 'in wezen toch maar de keuring had gedaan!'

Vanmorgen is het zo ver. Mijn chauffeur is Gerrit, een stevige man van 50 jaar, die dit werk al weer zo'n tien jaar doet. Aan het begin van de

rit, die ons door Utrecht, het Gooi en Amsterdam zal voeren, wordt Gerrit beplakt met aansluitingen voor de Holter, voor het meten van hartfrequentie en het registreren van eventuele arytmieën, voor het ECG-apparaat waarop hij tijdens het rijden zal worden aangesloten en voor een apparaat om de huiddoorlaatbaarheid te meten tijdens de rit. Gerrit vindt het allemaal reuze interessant. Dat hij ooit nog eens in dienst zou staan van de medische wetenschap zonder dat hij hoeft te zijn overleden! 'Alle hens aan dek?', vraagt hij en daar gaat het richting Utrecht.

Achterin de vrachtauto staat een keur aan dierenrengoederen: zakken diervoer, hondemantels, goudviskommen, kattenhokken, vogelkooien en noem maar op.

Dat Utrecht een drukke stad is, merk je meteen aan de hartfrequentie van Gerrit. In rust heeft hij zo'n 64 slagen, maar bij het optrekken en invoegen stijgt de frequentie af en toe tot negentig. Om nog maar te zwijgen van de inspanning

Frank van der Waarde

die het sjouwen met de goederen oplevert (en dan neem ik hem nog wel een hoop uit handen, want ik sjouw dapper mee, hoewel Gerrit zegt, dat ik steeds de lichtste dingen pak, maar dat is absoluut niet waar!).

We bezoeken een groot aantal dierenwinkels en tussenhandelaren en overall moet Gerrit uitleggen wat dat ding aan zijn broekriem is en wie die nieuwe knul is. Dat geeft Gerrit weer de gelegenheid zijn wetenschappelijke taak uit te leggen en zodoende raken we aardig op ons schema achter.

Nu er ook nog wat haast om de hoek komt kijken sta ik verbaasd over de piekbelastingen die het hart van Gerrit ondervindt (zie ik daar ook niet wat lichte ischemische veranderingen op zijn ECG, of verbeeld ik mij dat?). Ook de huiddoorlaatbaarheid varieert sterk, niet alleen na een portie sjouwwerk, maar ook tijdens het rijden van langere stukken. Zijn die wisselingen nu eigenlijk goed of niet goed, als ze binnen de

perken blijven? Ik denk aan het gelijkmatige leven van een kantoorbediende wat betreft de fysieke arbeidsbelasting. In ieder geval lijkt het mij prima dat eindelijk aan de groep van de beroepschauffeurs aandacht wordt besteed van de kant van de preventieve gezondheidszorg.

Na een boterhammetje langs de weg, ergens in het Gooi, komen we tegen drieën in Amsterdam aan. We duiken ergens bij het Centraal Station de binnenstad in. Nu besef ik pas hoe moeilijk het is met een vrachtauto in een grote stad te manoeuvreren. We stoppen aan een gracht. Ik moet achter Gerrit aan de wagen uit, want aan mijn kant staat de wagen pal tegen de gevels geparkeerd om het verkeer langs de gracht doorgang te kunnen verlenen.

We blijken vier vogelkooien te moeten afleveren. Als we aanbellen, doet een jong meisje open. Ze roept over haar schouder naar boven: 'Mefrouw, de vogelkooie!' Daarop verschijnt een dame die je niet licht over het hoofd ziet. We halen de kooien uit de wagen. Inmiddels zijn er nog een stuk of vier dames naar buiten gekomen. Als ze mij in het oog krijgen, zijn ze bepaald niet karig met complimenten, hoewel hun manier van uitdrukken mij enigszins verlegen maakt. Hun uitdagende kleding doet mij vragend naar Gerrit kijken. Hij knikt grijnzend: vogelkooien voor lichtekooien. We zetten de kooien in de huiskamer van mevrouw. De meisjes volgens ons op de voet. Eén van hen stelt voor Gerrit eens écht aan een inspanningsonderzoek te onderwerpen. Het voorstel is onder de aanwezigen aanleiding tot groot plezier, niet het minst bij Gerrit en mij, die het tafereel al voor ons zien.

Hikkend van het lachen stijgen we weer in de wagen. Ik noteer de tijd van het bezoek: straks wil ik de Holter-uitdraai van dat tijdstip eens extra aandacht geven. Hoewel, Gerrit lijkt me wel door de wol geveerd.

Als we laat in de middag op de zaak terugkomen en ik Gerrit heb ontdaan van zijn apparaat, ben ik flink moe. Maar ik heb een prima en nuttige dag gehad. Onwillekeurig denk ik even aan een goede vriend van mij die ze al vier jaar ergens in de provincie als agnio aan het lijntje houden. □

Het verzwegen mensbeeld

De ethische discussie over manipulatie met (pre)embryo's

Ieder die het woord voert of zelfs alleen maar nadenkt over de waarde van menselijk leven in de beginstadia ervan, gaat uit van een bepaald mensbeeld dat, hoewel soms natuur- of geesteswetenschappelijk onderbouwd, in feite van levensbeschouwelijke aard is.

De grote verschillen in dit mensbeeld verklaren de even grote verschillen in opvatting over vraagstukken als zwangerschapsonderbreking, in vitro fertilisatie en embryotransfer, en genetische manipulatie in vitro met pre-embryo's.

Dit mensbeeld spitst zich toe in de opvatting over de verhouding geest-lichaam: 'the mind-body problem'. Het is opvallend dat in de discussie, onder andere in dit tijdschrift, over bovengenoemde medisch-ethische kwesties zelden of nooit het standpunt van de woordvoerders expliciet wordt gemaakt, iets wat voor de helderheid van het betoog toch een eerste vereiste lijkt.

Het lijkt mij daarom zinvol een overzicht te geven van de verschillende dualistische en monistische opvattingen hierover. Vervolgens zal ik de zin hiervan adstrueren aan de hand van het kritisch commentaar van Jochemsen c.s. (Medisch Contact nr. 15/1990, blz. 873) op het rapport van de Gezondheidsraad dat betrekking heeft op experimenten met embryo's ('Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij'). Hierbij zal ik mijn eigen mening over deze kwestie weergeven.

HET GEEST-LICHAAMPROBLEEM

De kernvraag wordt door Bunge als volgt geformuleerd¹: Wat is het ding dat waarneemt, voelt, zich herinnert, zich voorstelt, dat een wil heeft en denkt? Anders gezegd: hoe genereren de menselijke hersenen geestelijke verschijnselen?

Hierover zijn twee opvattingen. De eerste luidt: het is de geest die het in de hersenen doet; de tweede: het zijn de hersenen zelf die het doen. Psycho-fysisch dualisme staat tegenover psycho-fysisch monisme. Volgens de eerste opvatting is de geest onstoffelijk, volgens de tweede is zij slechts een reeks hersenactiviteiten.

Bunge vond in de literatuur vijf verschillende dualistische en eveneens vijf monistische opvattingen, die als volgt kunnen worden samengevat.

Dr. G. P. M. Kruijver

Dualisme

1. Het *autonomisme*: geest en lichaam zijn onafhankelijk.

Aangehangen door Wittgenstein en bewezen onwaar.

2. Het *parallelisme*: geest en lichaam lopen parallel ofte wel synchroon in een te voren vastgestelde harmonie.

Aangehangen onder anderen door Leibnitz en sommige Gestaltpsychologen.

3. Het *epifenomenalisme*: de geest is een epifenomeen, een produkt van de hersenen.

Aangehangen onder anderen door T. H. Huxley.

4. Het *animisme*: de geest veroorzaakt, bezielt of controleert het lichaam.

Aangehangen door Plato, Augustinus, Thomas Aquinas en Freud.

5. Het *interactionisme*: geest en lichaam beïnvloeden elkaar wederzijds.

Aangehangen onder anderen door Descartes en Karl Popper.

Monisme

1. Het *idealisme*: alles is geestelijk.

Aangehangen door Berkeley, Fichte, Hegel en Mach.

2. Het *neutraal monisme*: geest en lichaam zijn aspecten of manifestaties van één enkele entiteit of substantie (die niet de materie is).

Aangehangen door Spinoza en Bertrand Russell.

3. Het *eliminierende materialisme*: de geest bestaat niet.

Aangehangen door Watson (behaviorisme).

4. Het *reductieve materialisme*: de geest is een reeks fysische toestanden in het brein.

Aangehangen door Lucretius, Epicurus, Hobbes en Feyerabend.

5. Het *'emergentist' (overschrijdende) materialisme*: de geest is een reeks bioactiviteiten van het brein, uitstijgend boven de normale stofwisselingsactiviteiten van andere biosystemen.

Aangehangen door Darwin, De Lametrie en ook door Bunge.

Mijn eigen standpunt is monistisch met

uitsluiting van het idealisme, omdat dit concrete entiteiten ontkent en dus in strijd is met de natuurwetenschap, met uitsluiting van het eliminerende materialisme, omdat dit de geest ontkent, en van het reductieve materialisme, dat een verschaald mensbeeld oplevert, het meest voel ik mij verwant aan het neutraal monisme. Dit vooropgesteld.

KERNVRAAG

Wij zijn hiermee gekomen bij de kernvraag in de discussie over het al of niet toelaatbaar zijn van manipulatie in vitro met (pre)embryo's: 'Zijn pre-embryo's en embryo's menselijke wezens?'

Dat het doel de middelen niet heiligt, moge een gemeenschappelijk uitgangspunt zijn. Uit de kritiek van Jochemsen en anderen op het eerdergenoemde rapport van de Gezondheidsraad proef ik dat zij uitgaan van een dualistisch mensbeeld. Met name in de passage onder het hoofd 'Reductionistisch' wordt de commissie verweten dat zij het biologisch reductionistisch model hanteert, het menselijk embryo in vitro tot een 'klompje cellen' reduceert en daarmee het embryo ontmenselijkt. De wetenschap (bedoeld wordt blijkbaar de natuurwetenschap) kan geen uitspraak doen over het niet-mens-zijn van het embryo, want daarmee doet zij een *levensbeschouwelijke*, niet een *wetenschappelijke* uitspraak.

Uit deze noties leid ik twee dingen af:

1. Jochemsen c.s. zijn van mening, dat het bij een (pre)embryo om een mens gaat; en

2. deze uitspraak is – evenals de tegenovergestelde, die de commissie wordt toegerekend – van levensbeschouwelijke aard en dus voor discussie vatbaar. (Deze discussie zal ik verder in mijn betoog aangaan.)

Jochemsen c.s. vervolgen: 'De biologische disciplines hebben aangetoond, dat ieder individueel menselijk leven begint bij een (discontinue) conceptie en dat er vanaf die gebeurtenis een continue biologische ontwikkeling van het individu plaatsvindt tot diens dood.' Hoe kunnen de biologische disciplines nu aantonen dat het vanaf de conceptie om individueel menselijk leven gaat, waar hogerop werd gesteld dat de biologie het mens-zijn van

het embryo in zijn geestelijke, laat staan in zijn totale dimensie niet kan aantonen? Voor Jochemsen c.s. is er vanaf de conceptie sprake van individueel menselijk leven en dus van een mens. Hierbij wordt blijken een voetnoot voorbijgegaan aan meerlingvorming (bedoeld wordt: door splitsing na de conceptie) omdat dit verschijnsel geen afbreuk zou doen aan Jochemsen's betoog. Maar dat doet het juist wél! Zelfs in die mate dat het betoog erdoor wordt ontkracht! Immers: de biologie heeft wel aangetoond dat 'menselijk' leven begint bij de conceptie, maar zij toont ook aan, dat het geen *individueel* menselijk leven is. Immers, een individu is per definitie ondeelbaar ('individuus' is het Latijnse woord voor ondeelbaar). Meer dan een half procent van de zwangerschappen eindigt met de geboorte van een eenzijdige tweeling, ontstaan door deling van het pre-embryo of van het embryo na de nidatie, maar vóór de vorming van de kiemschijf. (Zelfs tijdens de vorming van de kiemschijf kan nog een gedeeltelijke splitsing optreden, die dan een 'Siamese' tweeling doet ontstaan.) De natuur springt nogal slordig met haar menselijk materiaal om. Een groot deel van de pre-embryo's mist de kans op nidatie en gaat verloren. Het hoge percentage mislukkingen na in vitro fertilisatie (70%) zou hierdoor wel eens goeddeels kunnen worden verklaard. Verder gaat bijna 15% van de genideerde zygoten tijdens de embryogenese ten gronde, merendeels aan aangeboren afwijkingen die met het leven onverenigbaar zijn. Zijn dit allen 'des

hommes manqués'? Is hier sprake van een holocaust op mondiale schaal en zich afspelend in een tijdsorde van één miljoen jaar of meer? Het antwoord kan niet anders dan 'Nee' zijn. Wij hebben te maken met potentieel menselijk leven, dat meestal, dus niet altijd, de mogelijkheid in zich heeft om zich te ontploffen en uit te groeien tot een mens.

Pre-embryo's en embryo's zijn potentieel menselijke wezens, niet meer en niet minder. Ze behoren tot de categorie 'mens', omdat ze hiertoe uit kunnen groeien en zijn uit hoofde hiervan beschermwaardig. Men dient ervan af te blijven, tenzij een genetische ingreep van groot belang voor een toekomstig individu kan worden geacht en deze veilig kan geschieden. Of wanneer, zoals bij in vitro fertilisatie, manipulatie de enige kans is op zwangerschap; ook dat kan in principe in het belang van het toekomstig individu worden geacht.

De vraag of genetische manipulatie tot succes kan leiden en veilig zal kunnen geschieden, kan alleen worden beantwoord langs de weg van experimenteel onderzoek. Een van de weinige wegen die hiertoe open staan is het experiment met bij in vitro fertilisatie overgebleven pre-embryo's. Dit is een moeilijke ethische kwestie, waarover men verschillend doch wel met respect voor elkaars standpunt kan en mag denken. Onder de condities die zijn gesteld door de betreffende commissie van de Gezondheidsraad lijkt mij in elk geval de beschermwaardigheid van potentieel menselijk leven niet zodanig

aangetast, dat nu een absoluut 'Nee en nooit!' het antwoord van de maatschappij zou moeten zijn.

Tenslotte nog een opmerking over de kritiek van Jochemsen c.s. op het rapport van de Gezondheidsraad. Enerzijds wordt de commissie een reductief materialistisch mensbeeld verweten (monisme sub 4 in de indeling volgens Bunge). Anderzijds wordt verder in het artikel gesteld, dat de commissie mogelijk (al of niet bewust) een filosofisch, idealisme hanteert, dat het lichaam als substraat en instrument van de ratio ziet, welke het lichaam kan aanpassen aan haar behoefte. Als men hierin 'ratio' vervangt door 'Vernunft', heeft men iets dat verdacht veel op een verwijt van Kantiaans idealisme lijkt. In elk geval representeert het een dualistische mensvisie. Welnu, van tweeën één: de commissie heeft óf een reductionistische monistische mensvisie óf een dualistische! Het lijkt mij niet redelijk de commissie het aanhangen van beide standpunten te verwijten. Dit adstrueert mijns inziens de noodzaak van explicitering van het eigen mensbeeld bij stellingname inzake de hier behandelde medisch-ethische kwesties. □

Dr. G. P. M. Kruijver is gynaecoloog te Sittard.

Literatuur

1. Bunge M. The mind-body problem. Pergamon press; Oxford: 1980.
2. Jochemsen H, et al. Niet-therapeutisch embryo-onderzoek is moreel niet verantwoord. Medisch Contact 1990; 435:573-6.

Het AMDP-systeem. Handleiding voor de documentatie van anamnese en onderzoek van psychiatrische patiënten. G. de Cuyper, M. J. A. J. M. Hoeks, S. Jannes, J. W. W. Pluymakers en D. Theunis (vertaling en redactie). Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, 1990. ISBN 90 265 1983 7. 192 blz. Prijs: f 37,50.

Zin in gezondheid. Een nieuw werkteerrein voor de gezondheidszorg. Sigbert Samson. De Toorts, Haarlem, 1989. ISBN 90 6020 574 x. 163 blz. Prijs: f 42,50.

Leven na een bluts, maar hoe? De maatschappelijke herintegratie na een hersentrauma. R. Wenckes et al. KNMG-afdelingsbestuur Heerlen en omstreken, 1989. ISBN 90 73088 01 1. 61 blz. Prijs: f 25,—. Te bestellen door overmaking van het bedrag op postbanknummer 97716, t.n.v. financiële commissie KNMG Afdeling Heerlen en omstreken.

Aktief als altijd. Leefsituatie, leefstijl en initiatieven van jongbejaarden. Drs. A. Tj. de Jong.



VVC, Rijswijk, 1989. ISBN 90 346 2145 6. 40 blz. Prijs: f 7,50. Te bestellen bij distributiecentrum DOP, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag, tel. 071-3789885.

Gemeenten maken toekomst. Prof. Dr. Ph. A. Idenburg et al. Bank voor Nederlandsche Gemeenten, 's-Gravenhage, 1989. ISBN 90 73184 01 0. 220 blz. Prijs: f 65,—. Te bestellen door het bedrag over te maken op postbanknummer 1081 t.n.v. BNG te 's-Gravenhage o.v.v. 'Gemeenten maken toekomst'.

Münchhausens haren en Wittgensteins ladder. Uit een greep van de werkelijkheid. Paul Watzlawick. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1989. ISBN 90 368 0173 7. 218 blz. Prijs: f 39,50.

Diagnostiek en behandeling van patiënten met een HIV-infectie. Dr. S. A. Danner, Dr. P. L. Meenhorst, W. Pauw en P. Reiss. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1989. ISBN 90 313 1018 2. 63 blz. Prijs: f 32,50.

Organic solvent exposure and neuropsychiatric disorders. Results from an epidemiological study among Dutch painters and construction workers. Proefschrift. C. van Vliet. Arbouw, Amsterdam, 1989. ISBN 90 5291 004 9. 168 blz. Verkrijgbaar bij C. van Vliet, RU Limburg, vakgroep AMT, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-888614.

Handgrepen voor voetreflexmassage. Henk Goossens. Ankh Hermes, Deventer, 1990. ISBN 90 202 5218 6. 118 blz. Prijs: f 24,50.

The feasibility of predicting longevity in the elderly: conceptual and empirical aspects. Proefschrift. Dorly J. H. Deeg. Eburon, Delft, 1989. ISBN 90 5166 117 7. 202 blz. Prijs: f 45,—.

Over het certificeren van ziekenhuis- en huisartslaboratoria

In tegenstelling tot enkele andere westerse landen kent ons land geen formele certificatie van medische laboratoria en van huisartsen die laboratoriumanalyses doen. Wel wordt er uitvoerig over gesproken, zoals tijdens een vorig jaar gehouden symposium 'Lab-certificatie in de gezondheidszorg?', dat werd georganiseerd door de CCKL. Ook de Gezondheidsraad heeft zich over deze materie uitgesproken in haar jaaradvies 1989¹; daarin stelt deze raad onder meer: 'Certificatie heeft nogal wat voeten in de aarde, en ook hier geldt het adagium 'Bezint eer ge begint'.'

Dit artikel biedt, aan de hand van ontwikkelingen in de Verenigde Staten en Canada, een bezinning op het verschijnsel van de certificatie, een verschijnsel met als wezenlijk kenmerk dat de noodzaak en de voordelen ervan minder duidelijk zichtbaar zijn dan de nadelen.

WETGEVING NOORD-AMERIKA

In het begin van de jaren zestig werd in de Verenigde Staten geconstateerd, dat bepaalde laboratoria resultaten van bloedonderzoek produceerden zonder de analyses daadwerkelijk te hebben verricht: het materiaal werd simpelweg door de gootsteen weggegooid ('sink testing'). Deze fraude heeft geleid tot de invoering in 1967 van de Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA), een wet die voorziet in de overheidsbemoediging met de kwaliteit en de organisatie van de laboratoria, onder andere door inspecties ter plaatse. In de jaren tachtig werden binnen de wetten die Medicare en Medicaid regelen additionele regelingen opgesteld door CDC en HCFA, waaronder de zeer controversiële Proposed Regulation van 5 augustus 1988²; hierop kwamen 1.500 commentaren binnen van organisaties in het veld. Het is in de Verenigde Staten wettelijk vereist dat een definitief wetsvoorstel waarbij rekening is gehouden met de commentaren binnen een jaar wordt ingediend. Die termijn is inmiddels echter verstreken, waardoor een wetsvacuüm is ontstaan. Op 1 januari 1990 werd het aantal te controleren laboratoria uitgebreid van 19.000 naar 140.000, en wel door de praktijk van alle huisartsen die laboratoriumanalyses doen ook als labo-

Dr. J. M. Pekelharing

Door sturing en stimulering via de professionals kan de overheid eraan bijdragen, dat de doelmatigheid en de kwaliteit van de laboratoriumdiagnostiek op een nog hoger plan worden gebracht. Uitgangspunt hierbij moet zijn, dat alleen als de noodzaak daarvan vaststaat wordt gestreefd naar (een minimale) wetgeving. Aldus Dr. J. M. Pekelharing, klinisch chemicus te Delft.

ratorium aan te wijzen. Ook de huisartsen zullen dit jaar een 'certificaat' moeten halen dan wel hun laboratoriumwerk aan het plaatselijke ziekenhuis- of huisartsenlaboratorium moeten uitbesteden. Om het ingewikkeld te maken: de verschillende staten in de Amerikaanse federatie hebben de vrijheid verdergaande regelingen te treffen (State Laws), zolang ze niet strijdig zijn met de federale wetten. In Illinois, Maryland, Pennsylvania, Californië en New York zijn de wetten ter zake aanzienlijk strenger dan in andere staten. In Canada is ook zo'n divers patroon zichtbaar; de tien provincies en twee 'territories' vertonen grote verschillen in regelgeving wat betreft laboratoriumerkenningen.

In Noord-Amerika zijn nu autonome me-

chanismen werkzaam waardoor men in de laboratoria een steeds strakker web van regels en voorschriften krijgt opgelegd, waarvan de noodzaak uiterst twijfelachtig is³. Een weg terug lijkt er niet te zijn; deregulering is niet de sterkste zijde van de Amerikaanse wetgeving, ondanks de Paperwork Reduction Act.

Vóór men in Nederland wetgeving in deze richting overweegt, lijkt het nuttig kennis te nemen van de nadelen van zulke wetten. En of ze ook voordelen bieden, moet nog worden gezien. Of men dat vindt, hangt af van de waarde die men hecht aan formele borgingssystemen en aan het expliciteren van zekerheden voor de consument. Tevens hangt het ervan af hoe goed laboratoria hun werk nu al doen; immers: hoe beter zij werken, hoe minder noodzakelijk certificatiesystemen zijn. Ook ontbreken kosten-batenanalyses nog. Zeker is dat certificatie geld kost: in de Verenigde Staten duizenden dollars per jaar per huisarts en een veelvoud daarvan per laboratorium. Deze bedragen zullen tariefverhogingen tot gevolg hebben, aangezien zij worden doorberekend aan de consument. Verder is het nog van belang te bedenken dat de aanleiding voor de Amerikaanse wetgeving ('sink testing') zich in Nederland, mede door de andere wijze van financieren en een andere honoreringsstructuur, niet voordoet.

ZWAKKE KANTEN

Als zwakke kanten van het Amerikaanse systeem zijn te noemen:

1. De overheid regelt tot in details zaken die veel beter niet kunnen worden geregeld.

De overheid spreekt over de medische verworvenheden en vraagt zich af: 'Moet alles wat kan?' De vraag die in het veld leeft: 'Moet alles geregeld worden?', wordt echter niet gesteld. In tijden van deregulatie ligt de bewijslast, dat voorgestelde wetten noodzakelijk zijn en dat door het niet uitvaardigen ervan grote schade ontstaat, bij de overheid. In dit geval is het goed op te merken, dat de laboratoria in landen zonder certificatiesysteem (bijvoorbeeld Nederland) het niet noodzakelijkerwijs slechter doen dan de laboratoria in landen met certificatiesysteem (zoals Canada en de Verenigde Staten). Daar komt bij, dat natuurlijke

Gebruikte afkortingen

- CBO : Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
- CCKL : Coördinatiecommissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van Laboratoriumonderzoek op het gebied van de gezondheidszorg
- CDC : Center for Disease Control (Atlanta, VS)
- CLIA : Clinical Laboratory Improvement Act (VS, 1967)
- ELISA : enzyme-linked immunosorbent assay
- HCFA : Health Care Financing Agency (Baltimore, VS)
- SKZL : Stichting Kwaliteitsbewaking Klinisch-Chemische Ziekenhuislaboratoria

Schema. Vijf kenmerken van elk deel van de 'trias analytica'.

	doel	activiteit	verantwoordelijke	tijdsspanne	technieken
regels	organiseren gezondheidszorg	wetgeving, voorwaarden, tarieven	overheid	jaren	juridisch
toezicht	optimaliseren algemene patiëntenzorg (laboratoriumdeel)	kwaliteitsbewaking, toezicht	'peer review'-instantie, b.v. van klinisch chemici (SKZL)	intern: b.v. dagelijks (precisie), extern: b.v. maandelijks (juistheid)	statistisch
uitvoering	optimaliseren individuele patiëntenzorg (laboratoriumdeel)	bloedafname, analyse, rapportage, interpretatie	klinisch chemici	minuten tot dagen	(bio)chemisch, fysisch, consultatief

processen vooral niet wettelijk moeten worden vastgelegd. De steeds voortschrijdende verbetering van de precisie en de procesbewaking op het gebied van de laboratoriumanalyse is een eenzaak van de professionals; het gaat niet sneller als men probeert die verbetering wettelijk vast te leggen.

2. Schending van de 'trias analytica'.

Naar analogie van de 'trias politica' kan men op het terrein van de laboratoriumanalyses een scheiding maken tussen *regelgeving*, *kwaliteitsbewaking* en *uitvoering*: de 'trias analytica' (schema). Ook op dit gebied is het goed de onderdelen strikt gescheiden te houden (vgl. de drieliding tennisspeler-umpire-internationale spelregelcommissie). Het combineren van de onderdelen wetgeving, controle en uitvoering leidt tot ongewenste situaties, met name op het vlak van de verantwoordelijkheden. Het slechtst is de situatie nog in Canada, waar de overheidslaboratoria *niet* hoeven te voldoen aan de wettelijke eisen!

De kwaliteit van werken op een laboratorium kan, veel eenvoudiger dan door een strikte wet- en regelgeving, worden bevorderd door een voldoende opleidingsniveau van het hoofd van het laboratorium⁴, alsmede door toepassing van het Hawthorne-effect: 'When, for whatever reason, higher authority is paying attention to a process, quality improves'⁵. De aandacht moet hier worden gegeven in de vorm van een 'peer review'-mechanisme⁶. Het opleidingsniveau van de klinisch chemicus kan daarnaast eenvoudigweg worden verzekerd door de huidige postdoctorale specialisatie in de Wet BIG vast te leggen.

3. Het ontbreken van professionele know-how op het terrein van de laboratoriumdiagnostiek bij de overheid.

Dit is geheel verklaarbaar: de overheid beperkt zich tot het stellen van regels en

het houden van toezicht, maar hoeft niet in detail op de hoogte te zijn van de technische aspecten en ontwikkelingen op analytisch en diagnostisch terrein. Dit geldt voor medische verrichtingen in het algemeen. De overheid kan zich over levertransplantaties uitlaten zonder dat zij de kennis en vaardigheid bezit de handeling zelf uit te voeren. Dit heeft tot gevolg dat de overheid, als zij bijvoorbeeld in de tarievensfeer vergoedingen voor analyses wil definiëren, achter de feiten aanloopt: wanneer zij een tarief voor radio-immun assay heeft gedefinieerd, dan is in het veld die analyse inmiddels vervangen door een ELISA waar nog geen tarief voor is; wanneer het ELISA-tarief is gedefinieerd, worden inmiddels fluorescentie-polarisatietechnieken gebruikt die niet in het boek voorkomen. Dit (Canadese) probleem doet zich hier ook voor, gezien de actualiteit van het tarief VII. Een ander voorbeeld betreft de calibratiefrequentie van de analyseapparatuur. Het is beter de voorschriften van de fabrikant beter op te volgen dan een wetgeving die is gebaseerd op wetenschap met betrekking tot vorige generaties analysers. In de Amerikaanse situatie doet zich daarnaast het probleem voor dat de inspecteurs veelal oud-analisten van diverse pluimage zijn, die soms al vijftien jaar geleden het vak hebben verlaten. Onbekendheid met details van de materie waarin men wordt geacht expert te zijn, heeft zich ook in Nederland bij experimentele laboratoriuminspecties al voorgedaan. Op zo'n moment is er geen sprake meer van inspectie, maar wordt de bezoekende inspecteur grondig bijgeschoold door het laboratorium. De klinisch-chemische analyse is, bijvoorbeeld vanwege matrixeffecten en het ontbreken van primaire standaarden, een heel apart vak. Behalve op analytisch terrein zijn er ook razendsnelle ontwikkelingen op het maatschap-

pelijk vlak: het testen bij de huisartsen, het bloedonderzoek bij de drogist op de hoek, het zelf testen op de keukentafel. In ons land zou de overheid er in dit licht goed aan doen zich te laten adviseren door deskundigen op het gebied van laboratoriumdiagnostiek, bijvoorbeeld via de Gezondheidsraad.

4. Oneigenlijk gebruik van wetten en regelingen.

De Noordamerikaanse situatie leert ons, dat het voor de overheid verleidelijk is wetten die zijn ingesteld om de *kwaliteit* van de laboratoria te verzekeren, te gebruiken als middel om de *kosten* in de hand te houden. Daar waren ze echter niet voor bedoeld of ontworpen. Zo'n gang van zaken leidt ook tot een juridisch twijfelachtige manier van werken, zoals in ons land in een analoge situatie bij de specialistentarieven is gebleken; dit kan leiden tot absurde toestanden, waarbij zelfs van ernstige kostenverhogingen sprake kan zijn.

Allereerst dient men niet voorbij te gaan aan het feit dat *meer laboratoriumkosten* soms kunnen leiden tot een reductie van de *totale kosten*. Dit kan men dagelijks meemaken in de kliniek, waar de jonge zeer goed opgeleide internisten ruimer gebruik maken van de laboratoriummogelijkheden dan de oudere en wat zuiniger collega's, maar wel enkele dagen eerder tot diagnose en therapie komen; wanneer zij voor f 10, — of f 20, — meer aan laboratoriumdiagnostiek hebben verricht, maar enkele ligdagen à f 600, — per dag hebben gewonnen, is hun benadering macro-economisch te prefereren boven een simpele beperking van het aantal laboratoriumanalyses alleen⁷. Regelgeving mag niet 'penny-wise and pound-foolish' uitwerken.

In de Canadese provincie Ontario zijn 174 laboratoria die een cholesterolbepaling mogen verrichten. Slechts vier daarvan

mogen een HDL-cholesterolbepaling doen; aan de andere laboratoria wordt deze toestemming binnen de certificatiewetten geweigerd teneinde de kosten te beheersen; dit argument wordt weliswaar bij de afwijzing niet genoemd, maar in de mondelinge contacten wel. Deze procedure leidt echter tot een enorm rondzendcircuit, met alle kansen op verwisselingen en administratieve fouten van dien en met veel extra kosten, zoals transportkosten. Bovendien leidt het tot ongesanctioneerd testen, doordat laboratoria uit efficiency-overwegingen liever onbetaald testen dan slecht betaald wegsturen. Regelingen als deze worden dan ook op grote schaal ontdoken.

Het aan een plafond binden van de laboratoriumkosten per huisarts, waar in Canada mee wordt geëxperimenteerd in een poging het doelmatig werken van de huisartsen te bevorderen, leidt tot langere vakanties van de betrokken arts terwijl de waarnemer op eigen naam laboratoriumonderzoek blijft aanvragen. Als hij niet met vakantie gaat, stuurt de huisarts de bloedmonsters naar een ander laboratorium om de plafonnering te omzeilen.

ONTWIKKELING IN EIGEN LAND

Het lijkt zinvol dat de Nederlandse overheid de 'trias analytica' respecteert, hoe-

wel zij een stimulerende rol zou kunnen spelen op het gebied van de kwaliteitsbewaking door het 'peer-review'-mechanisme (SKZL) te ondersteunen. Daarnaast zou de overheid studies kunnen stimuleren over effectief laboratoriumgebruik (protocollen, vervolgdagnostiek, etc.). Bij de Ziekenfondsraad zijn onlangs enkele voorstellen in die richting ingediend. Op verschillende plaatsen zien wij ontwikkelingen op dit terrein, zoals NHG-standaarden (bijvoorbeeld diagnostiek diabetes mellitus), de preoperatieve screening, de bloedtransfusiestandaardisatie en dergelijke. Ook voor het CBO is hierbij een belangrijke rol weggelegd. Investeringen op dit terrein verdienen zichzelf dubbel en dwars terug in laboratorium of kliniek. Dit is ook de beste aanpak om de bezorgdheid bij de overheid weg te nemen. Het zal ook een goede invloed hebben op de 'onderdiagnostiek': het verichten van te weinig onderzoek. In het buitenland zijn al artsen veroordeeld in medische tuchtrechtprocedures wegens het aanvragen van te weinig laboratoriumonderzoek⁸. Protocolleren kan een middel zijn om de overdiagnostiek te vermijden die ontstaat door de behoefte om zich juridisch 'in te decken'.

Een beperkte regionalisatie van zeer specialistische bepalingen zou kunnen worden bevorderd. Op veel plaatsen krijgt

deze al vorm door inspanningen van de beroepsgroep. Met name kan men denken aan analyses op het gebied van de genetica, sommige tumormarkers, DNA-probes en familiale hyperlipidemieën.

Door sturing en stimulering via de professionals kan de overheid eraan bijdragen, dat de doelmatigheid en de kwaliteit van de laboratoriumdiagnostiek op een nog hoger plan wordt gebracht. Uitgangspunt moet zijn, dat alleen bij een duidelijk gebleken noodzaak wordt gestreefd naar (minimale) regelgeving. □

Literatuur

1. Gezondheidsraad. Jaaradvies Gezondheidszorg 1989: 37.
2. Federal Register, vol 53, no 151, Friday, August 5, 1988, 29590-632.
3. Peddecord KM. A regulatory model for clinical laboratories: an empirical evaluation. Clin Chem 1989; 35: 691-700.
4. Howanitz PJ. Use of proficiency test performance to determine clinical laboratory director qualifications. Arch Pathol Lab Med 1988; 112: 349-53.
5. Laessig RH, Ehrmeyer SS. Proficiency testing programs: promises, progress, and problems: a 40-year prospective. Arch Pathol Lab Med 1988; 112: 329-33.
6. College Accreditation Steering Committee. Royal College of Pathologists' United Kingdom pilot study of laboratory accreditation. J Clin Pathol 1990; 43: 89-91.
7. Stockigt JR. The laboratory evaluation of abnormal endocrine function: The fallacy of seeking a single test. Med J Aus 1988; 149: 171-3.
8. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Report of the Discipline Committee Proceedings, August 1989, 3-6.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Met lege handen

De operatie had onverwacht een inoperabele tumor aan het licht gebracht. Op deze leeftijd en bij deze uitbreiding zouden ook bestraling of cytostatica geen voordeel bieden, zo werd de familie dezelfde dag nog meegedeeld. De patiënt echter kreeg niet meteen de volle waarheid te horen, ook omdat hij zo verzwakt was, zo werd verteld. Hem werd niet verteld dat het aangedane orgaan niet was verwijderd, zoals het plan was geweest, en ook niet dat andere behandeling zinloos was en dat zijn leven betrekkelijk snel zou zijn afgelopen. Nee, de operatie was wat tegengevallen en de dokter was niet helemaal tevreden met het resultaat; bovendien moest het weefselonderzoek worden afgewacht. Enige dagen later: 'We hebben niet helemaal alles kunnen wegnemen.' Zo bleef dagenlang een discrepantie bestaan tussen wat de familie wist en wat de patiënt wist over de toestand en de prognose van de laatste. Niet goed voor de onderlinge communicatie, laat staan voor het verwerken van het verdriet. Telefonisch contact met de behandelend specialist leerde, dat deze gewend was 'het' de patiënt stapsgewijs te vertellen en verder dat hij er moeite mee had helemaal met lege handen tegenover een patiënt te staan. Nauwelijks een uur na dit gesprek bracht de specialist een bezoek aan het ziekbed van de patiënt en zei het volgende: 'Op verzoek van uw zoon moet ik u iets vertellen . . .', waarna volgde wat de familie al zes dagen wist. 'Maar', zo zei hij, 'Ik weet een middel dat soms goede verbetering geeft . . .' Hoewel het einde snel naderde, kostte het op deze manier nog kostbare tijd voordat patiënt en familie eindelijk op dezelfde golflengte zaten wat betreft de belangrijke dingen die dierbaren elkaar onder dergelijke omstandigheden nog willen zeggen. Waarom mag iemand niet weten dat hij gaat sterven? Of is met lege handen staan nog erger?

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

De visie van Volksgezondheid

Preventie

Preventie is een dankbaar begrip. Omdat voorkomen nog altijd beter is dan genezen, kan alles wat onder de titel 'preventie' wordt gepresenteerd al snel rekenen op warme sympathie. Preventie heeft van oudsher belangrijk bijgedragen aan de verlenging van de levensduur en de verhoging van de kwaliteit van het leven. Ook in de toekomst valt van preventieve activiteiten nog grote gezondheidswinst te verwachten: wordt immers niet veel van de morbiditeit en mortaliteit bepaald door factoren die direct samenhangen met de eigen leefstijl?

Behalve een dankbaar begrip is 'preventie' ook een veelomvattend begrip, dat moeilijk is te begrenzen. Zowel een onderverdeling in gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektenbestrijding als een onderverdeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie roept de vraag op tot hoever preventie zich nu eigenlijk uitstrekt. Zeker als onder preventie wordt verstaan: het voorkomen van (verdere) gezondheidsschade, en bij het begrip 'gezondheid' de brede definitie van de WHO wordt gehanteerd (naast somatisch ook psychisch en sociaal welbevinden), kan eigenlijk alles wat door overheden wordt gedaan wel als preventie worden betiteld: hetgeen in het belang van het collectief plaatsvindt, leidt in principe tot een gemiddeld beter en dus 'gezonder' leven. Elke poging tot afbakening lijkt dan ook bij voorbaat tot mislukken te zijn gedoemd, omdat er geen logische cesuur kan worden aangebracht in het handelen van overheden uit het oogpunt van preventie. Enkele voorbeelden mogen dit verduidelijken: Als de verkoop van melk voor menselijke consumptie uit bepaalde gebieden wordt verboden vanwege de overschrijding van een norm van dioxine, en WVC verdedigt deze maatregel uit een oogpunt van volksgezondheid, dan is er evident sprake van gezondheidsbescherming, maar het is tevens beleid van het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij. Toegewijde zorg bij beginnende decubitus kan bij hoogbejaarde patiënten veel leed en zelfs te vroege dood voorkomen. Hierbij kan met recht worden gesproken van preventie. Toch zullen deze activiteiten veeleer worden gezien als behorende tot de curatieve sector of de zorgsector.

De vraag doet zich voor of pogingen het begrip 'preventie' nader af te bakenen zinvol zijn. Om praktische redenen, bijvoorbeeld vanwege de verdeling van financiële middelen of uit een oogpunt van taakverdeling tussen ambtelijke sectoren, zal er een zekere mate van consensus moeten bestaan over wat onder preventie in engere zin moeten worden verstaan.

Hier bewijst de eerder genoemde ordening in primaire, secundaire en tertiaire preventie goede diensten. Primaire preventie, het voorkomen van gezondheidsschade, heeft dan vooral betrekking op het 'klassieke' gebied van de gezondheidsbescherming (de hygiënische functie, die zich vooral richt op fysische, chemische en biologische determinanten van ziekte) en het meer 'moderne' gebied van de gezondheidsbevordering, waarbij de ontwikkeling van het instrument van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding de laatste tien jaar met kracht is bevorderd. Secundaire preventie, het ontdekken en herstellen van gezondheidsschade in een nog vroeg stadium, beperkt zich in de alledaagse praktijk tot bepaalde vormen van bevolkingsonderzoek. Voorbeelden zijn het onderzoek op baarmoederhalskanker en het onderzoek op borstkanker. De tertiaire preventie tenslotte, het voorkomen van verergering van gezondheidsschade, zal vooral haar beslag krijgen in de zorgsector en zal veelal onderdeel uitmaken van hetgeen onder reguliere zorg wordt verstaan.

Om naast deze ordening beleidsmatig aan de principiële onmogelijkheid van afbakening tegemoet te komen, zijn verschillende oplossingen bedacht. Allereerst is er het zogenaamde facetbeleid: bij alle bestuurlijke beslissingen dienen de gevolgen voor de volksgezondheid bewust te worden meegewogen. Dit biedt bestuurders de gelegenheid zich vanuit het volksgezondheidsbelang met andere beleidsterreinen bezig te houden. Bekende voorbeelden zijn raakvlakken met het milieubeleid en het arbeidsomstandighedenbeleid. Door een specifieke of categorale aanpak wordt integratie van preventie, curatie en zorg bevorderd, waarbij de specifieke aanpak zich richt op één ziekte (categorie) en de categorale aanpak zich richt op één groep van de bevolking. Een goed voorbeeld van geïntegreerd specifiek beleid vormt het AIDS-beleid in Nederland, dat van het

begin af aan geïntegreerd is opgezet en het voordeel had geheel nieuw te kunnen worden opgebouwd. Een voorbeeld van categoriaal beleid vormt de verslavingszorg, waarbij overigens de methadonverstrekking in het kader van de 'harm-reduction' een bijzondere vorm van tertiaire preventie vormt.

Concluderend kan worden gesteld, dat in het overheidsbeleid een historisch gegroeide en pragmatische afbakening van het begrip 'preventie' wordt gehanteerd, waarbij de erkenning van de principiële onmogelijkheid van afbakening haar uitdrukking vindt in additionele instrumenten die beleidsintegratie met andere sectoren, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, mogelijk maken.

Tot slot van deze bijdrage is het misschien goed nog eens te herhalen dat in het beleid op het gebied van de volksgezondheid de prioriteit wordt gelegd bij preventie. In dit verband wordt ook verwezen naar de desbetreffende passages in de nota 'Werken aan zorgvernieuwing', die onlangs door de regering aan de Tweede Kamer is aangeboden (ref. MC nr. 22/1990, blz. 699; Red.). Vooral aan innoverende projecten met een collectief preventief karakter op gemeentelijk niveau en aan projecten op het grensgebied tussen zorg en (tertiaire) preventie wordt bijzondere betekenis gehecht. Wat het eerstgenoemde betreft biedt de onlangs door de Tweede Kamer aangevaarde Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid de randvoorwaarden voor het tot verdere ontwikkeling komen van de preventie.

J. van Londen, directeur-generaal van de Volksgezondheid

Assistenten in opleiding in Maastricht

Gecombineerd Statuut van aanstelling en opleiding

In 1981 werd de structuur van het wetenschappelijk onderwijs gewijzigd. De universitaire (basis)opleiding kreeg een vierjarig curriculum. Omdat deze beperkte studieduur nauwelijks ruimte biedt voor een gedegen wetenschappelijke opleiding, werd voor zien in een zogeheten tweede-fase-onderzoekersopleiding^{1 2}.

Degenen die geneeskunde hebben gestudeerd, hebben overigens al een tweejarige 'tweede-fase'-opleiding in de vorm van co-assistenten achter de rug.

De tweede-fase-opleidingen werden aanvankelijk gedacht als tweejarige vervolgoopleidingen. Aan deze opzet koppelde het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen in 1983-1984 het werkgelegenheidsaspect. Voorgesteld werd de onderzoekersopleiding en het (promotie-)assistent-onderzoekerschap te integreren³. Dit betekende, dat een beperkt aantal afgestudeerden van de eerste fase nu een – als regel – vierjarige aanstelling als assistent in opleiding zou krijgen. Deze nieuwe personeelscategorie deed in het studiejaar 1986-1987 haar intrede, nadat op het nippertje op 15 augustus 1986 de 'Rechtspositieregeling assistenten in opleiding' in het Staatsblad was gepubliceerd⁴. In dit artikel zullen wij beschrijven hoe aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg dit gecombineerde statuut van aanstelling en opleiding gestalte heeft gekregen.

AIO-STELSEL

Het doel van de AIO-opleiding is het verwerven van een zodanige kennis van en vaardigheid in wetenschappelijk onderzoek en de daarbij behorende rapportage, dat de assistent in opleiding in staat is na afloop als zelfstandig onderzoeker op zijn terrein te kunnen functioneren.

Het takenpakket van assistenten in opleiding bestaat uit onderzoek en het verzorgen van onderwijs. Tevens wordt hun de opleiding tot zelfstandig wetenschappelijk onderzoeker geboden. Het onder begeleiding verrichten van onderzoek neemt het grootste deel van de werktijd in beslag. Uiteindelijk moet dit leiden tot het schrijven van een dissertatie.

Het te verzorgen onderwijs mag niet meer dan 25% van de werktijd in beslag nemen. In de Faculteit der Geneeskunde is besloten deze taak te beperken tot een

**Dr. J. M. H. op 't Root en
Mr.Drs. B. van Wersch**

Geneeskundestudenten kunnen voor de tweede fase van hun opleiding opteren voor een vierjarige aanstelling als assistent in opleiding (AIO). In het AIO-schap worden de opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker en de voorbereiding op een promotie gecombineerd. In dit artikel wordt beschreven hoe ze dat in Maastricht doen. Volgende week een artikel over de experimentele AIO-AGIO-opleiding aldaar.

maximum van 10% van de werktijd vanaf het tweede studiejaar. Onderwijsrollen die de assistent in opleiding na een training in het kader van het probleemgestuurd onderwijs en een tutortraining te hebben gevolgd, in het onderwijssysteem van de Rijksuniversiteit Limburg kan vervullen, zijn bijvoorbeeld: lid planningsgroep, tutor, begeleider keuze-onderwijs en vaardigheidstrainer.

De combinatie van én in opleiding én werknemer zijn komt tot uiting in de vrij lage honorering van de assistent in opleiding. Het salaris is gebaseerd op een per jaar veranderend percentage van schaal 10, de beginschaal voor jonge academici. Concreet: f 1.778,— in het eerste jaar, oplopend tot f 3.168,— bruto per maand in het vierde jaar.

De aanstelling van de assistenten in opleiding geschiedt als regel op grond van open werving. Aan de Faculteit der Geneeskunde vindt de werving plaats op basis van uitgeschreven en door de wetenschapscommissie goedgekeurde projecten. De voorwaarde om te kunnen meedingen naar een AIO-plaats is het met goed gevolg hebben afgelegd van het doctoralexamen in bijvoorbeeld, afhankelijk van het onderzoeksproject, de geneeskunde, de biologie of de psychologie. Ook een voltooide opleiding in het hoger beroepsonderwijs geeft toegang tot het AIO-schap.

Bij de aanstelling van de assistent in opleiding wordt een opleidings- en begeleidingsplan opgesteld. In dit plan wordt een

beschrijving gegeven van de onderzoekswerkzaamheden en van de opleiding en begeleiding. Behalve de assistent in opleiding zijn hierbij de begeleider en promotor en de mentor/personeelsconsulent betrokken. Eén jaar na indiensttreding wordt, op basis van dit plan en op basis van de algemene doelstelling van de aanstelling, een beoordelingsgesprek gevoerd; het doel van dit gesprek is, na te gaan of de voortgang en de kwaliteit van de verrichte werkzaamheden zodanig zijn dat een promotie binnen de resterende aanstellingstermijn redelijkerwijs kan worden verwacht; zo ja, dan wordt het dienstverband met drie jaar verlengd.

Tussen de Rijksuniversiteit Limburg en het ministerie van O&W zijn afspraken gemaakt over het aantal aan te stellen assistenten in opleiding. De Rijksuniversiteit Limburg zou in 1990 aanvankelijk 250 assistenten in opleiding in dienst dienen te hebben. In het concept-'Hoger Onderwijs- en Onderzoeksplan II' (HOOP II) is dit aantal teruggebracht tot minimaal 100. Via interne afspraken, zijn de AIO-plaatsen over vijf faculteiten verdeeld. In de Faculteit der Geneeskunde waren in januari 1990 ruim 80 assistenten in opleiding werkzaam; de onderzoekers in opleiding (OIO's) in dienst van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en de zogeheten derde geldstroom-AIO's zijn hierbij inbegrepen. De eerste assistenten in opleiding aan de Faculteit der Geneeskunde zijn in april 1987 aangesteld.

De verantwoordelijkheid voor de invulling van het onderzoek, het te ontvangen en het te verzorgen onderwijs is neergelegd bij de faculteiten. Dit heeft onder andere tot gevolg gehad dat binnen het wettelijk daarvoor aangegeven kader elke faculteit de AIO-opleiding op een eigen wijze is gaan verzorgen.

OPZET ONDERZOEK

Het wetenschappelijk onderzoek aan de Faculteit der Geneeskunde en de Faculteit der Gezondheidswetenschappen is ondergebracht in een gezamenlijk interfacultair onderzoeksprogramma. Het onderzoek is rond bepaalde thema's georganiseerd. Deze thema's dienen als uitgangspunt voor samenwerking, bieden een forum voor inhoudelijke discussies

over de voortgang van het onderzoek en vormen voorts budgettaire eenheden. De kleinste onderdelen van zo'n groot thematisch onderzoeksproject zijn de zogeheten onderzoekselementen.

In feite is het onderzoekselement de concrete vraagstelling waarop de onderzoeker een antwoord tracht te vinden; in het onderzoekselement vindt het feitelijke onderzoek plaats. De onderzoekselementen worden vastgesteld voor maximaal vier jaar. Binnen één element zijn doorgaans niet meer dan vijf medewerkers werkzaam. De onderzoekselementen zijn op basis van onderwerp gegroepeerd in programma's, waarin per programma een specifiek onderdeel van het hoofdthema wordt bestudeerd.

De hoofdthema's van het onderzoek worden vastgesteld door de faculteitsraden van beide faculteiten. Voorstellen tot onderzoek(selementen) worden geformuleerd door de onderzoekers en voorgelegd aan de programmaleider. Bij hem of haar berust de bevoegdheid (nieuw) onderzoek in het programma op te nemen. Over de wetenschappelijke resultaten legt de programmaleider regelmatig verantwoording af aan de Interfacultaire Wetenschapscommissie (IWC), die (over eventuele consequenties) advies uitbrengt aan de faculteitsraden. Toetsing of een voorgesteld project als AIO-project in aanmerking komt gebeurt in de interfacultaire commissie.

Eind 1989 waren er negen thema's. In het overzicht staan alle thema's en de daarbij behorende programma's. Achter de programma's staat het aantal assistenten in opleiding (alleen van de FdG, niet van de FdGW) genoteerd. Overigens zijn de assistenten in opleiding lid van vakgroepen. De onderzoekswerkzaamheden worden ten behoeve van het project verricht.

OPLEIDING AIO'S

De opleiding omvat begeleiding bij het onderzoek en een intern of extern verzorgd onderwijsprogramma. Beide betrokken faculteiten hebben, na aanvankelijk gescheiden te zijn opgetreden, een gezamenlijk, vijftig cursussen groot opleidingsprogramma ontwikkeld.

De Faculteit der Geneeskunde heeft ervoor gekozen een zo breed en ruim mogelijk cursuspakket in het kader van een centrale AIO-opleiding aan te bieden. De cursussen zijn opgedeeld in zogeheten algemene cursussen en clustergebonden cursussen²; er worden drie clusters onderscheiden: een patiëntgebonden, een biomedisch (natuurwetenschappelijk) en

Overzicht. Thema's en programma's onderzoekersopleiding Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, en aantal assistenten in opleiding per programma.

HART- EN VAATZIEKTEN	
thrombinevorming	5
pathofysiologische mechanismen van antistolling	3
thrombocyten en endotheel	2
microcirculatie	6
coronariaalijden	1
hartspierfunctie	5
toegepaste cardiofysiologie	3
klinische diagnostische meetmethoden	5
somatische risicofactoren	7
psychosociale aspecten hartinfarct	2
VOEDING EN TOXICOLOGIE	
energiewisseling en lichaamssamenstelling	3
vetzuren en hun metabolieten	3
epidemiologie	2
klinische aspecten van voeding	2
psychosociale aspecten eet- en drinkgedrag	1
toxicologie	4
VEROUDERING	
hersenen en gedrag	7
sociale aspecten van veroudering	3
GROEI EN DIFFERENTIATIE	
pathobiologie van de vaatwand	4
tumorcel heterogeniteit	2
ONDERZOEK VAN ONDERWIJS	
evaluatie van studieresultaten	3
probleemgestuurd leren	2
PSYCHOPATHOLOGIE	
experimentele psychopathologie	3
sociaal-ecologische psychopathologie	1
TECHNOLOGY ASSESSMENT	
diagnostiek en interventie in de eerste lijn	6
diagnostiek en interventie in de tweede lijn	-
informatievoorziening en besluitvormingsondersteuning	-
INTERVENTIES/HEALTH PROMOTION	
beleid en management	-
beïnvloeding gezondheidsgedrag	-
bedrijfsgezondheidskundige interventies	-
continuïteit van zorg	2
normen, waarden en rechtsregels	2
onderzoek van gezondheidswetenschappen en gezondheidstechnologie	-
PERINATOLOGIE	
regulatiemechanismen	4
aanleg en ontwikkelingsstoornissen	2

een gezondheidswetenschappelijk (sociaal-wetenschappelijk) cluster.

In overleg met de begeleider kiezen de assistenten in opleiding welke cursussen zij jaarlijks zullen volgen. Alle cursussen uit het gehele programma zijn in beginsel toegankelijk voor alle assistenten in opleiding. Als norm wordt aangehouden dat de assistenten in opleiding, gespreid over vier jaar, minimaal 160 dagdelen cursorsch onderwijs volgen. Voor de begeleiding wordt dezelfde norm aangehouden. Voor onderwijs binnen de vak- en projectgroep, voor congressen en dergelijke worden 80 dagdelen aangehouden.

TOT SLOT

De ervaringen met de assistenten in opleiding zijn niet slecht. Om diverse redenen

zijn in een periode van bijna drie jaar acht assistenten in opleiding vertrokken. In hoeverre de assistenten in opleiding erin zullen slagen binnen vier jaar hun proefschrift, althans in concept, gereed te hebben is nog de vraag. Onder andere hierover en over de ervaringen van de assistenten in opleiding zelf hopen we binnen niet al te lange tijd nadere gegevens te kunnen presenteren.

Naast een jaarlijkse algemene evaluatie worden aan de Faculteit der Geneeskunde en die der Gezondheidswetenschappen de cursussen apart geëvalueerd. Per cursus vindt een korte rapportage plaats. Binnenkort hopen we evaluatiegegevens te kunnen presenteren over het cursusprogramma 1988-1989.

Wat betreft het cursorisch deel zit de Faculteit der Geneeskunde – en in mindere mate de Faculteit der Gezondheidswetenschappen – met het probleem dat assistenten in opleiding worden gekenmerkt door een diversiteit in vooropleiding en in opleidingsniveau. Ook zijn de assistenten in opleiding in nogal sterk van elkaar verschillende onderzoeksprojecten werkzaam. Mede hierdoor sluiten de cursussen niet altijd goed aan op het door de assistenten in opleiding gewenste niveau (het cursusniveau is nog vaak te laag, maar voor sommigen ook te hoog) en op de eigen onderzoeksprojecten. Mogelijk kunnen in landelijk verband specifieke cursussen worden opgezet en kan er een landelijke cursusbank worden opgericht. Gezien het aan de medische faculteiten verrichte onderzoek zou een dergelijke bank niet tot die faculteiten beperkt dienen te blijven. □

Literatuur

1. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Wetsontwerp tot herstructurering van het Wetenschappelijk Onderwijs. 's-Gravenhage, 1971.
2. Oosterhoff PTh. Voorlopig rapport van de werkgroep assistent-onderzoekers. Academische Raad. 's-Gravenhage, 1972.
3. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Concept Beleidsnota Beiaard. 's-Gravenhage, 1983.
4. Besluit van 15 augustus 1986, houdende regeling van de rechtspositie van de assistenten in opleiding aan de rijksuniversiteiten (Rechtspositieregeling assistenten in opleiding). Den Haag, 1986/Staatsblad nr. 430.
5. Informatie- en cursusboek 1989-1990 AIO-opleiding Faculteit der Geneeskunde en Faculteit der Gezondheidswetenschappen. Maastricht, 1989.

Dr. J. M. H. op 't Root is AIO-onderwijscoördinator bij de Faculteit der Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Mr. Drs. B. van Wersch is secretaris van de Interfacultaire Wetenschapscommissie en hoofd van het Bureau Research bij dezelfde faculteit.

The British Connection

Behandelen of bezuinigen

Ook in Nederland benaderen de gedwongen bezuinigingen in de gezondheidszorg bij herhaling de grenzen van het toelaatbare. Vooral aan het eind van het jaar steken in de pers met regelmaat van de klok berichten over stopgezette behandelingen de kop op. Binnen een organisatie als de door de staat en liefdadigheid gefinancierde (Engelse) National Health Service hakt men al jaren met dat bijltje. In dit artikel wil ik enkele suggesties doen voor bezuinigingen die het gewenste effect op kunnen leveren, zonder het welzijn van de patiënt in gevaar te brengen.

WIE IS DE DUPE?

De kostenbeheersing heeft zich een vaste plaats verworven in het dagelijks reilen en zeilen van iedere Engelse kliniek en wordt bij de behandeling van elke individuele patiënt in ogenschouw genomen. De budgettering is krap en overschrijden heeft in het verleden al tot tijdelijk sluiten van afdelingen geleid. Groeiende wachtlijsten vormen een ander symptoom.

Als chirurg in opleiding moet men bij de examens van het Royal College op de hoogte zijn van het kosten-baten-effect van de diagnostiek en therapie die men voorstelt. Het beste is niet meer goed (koop) genoeg. Als de bodem van de 'schatkist' zichtbaar wordt, is die patiënt de dupe, die de duurdere therapie nodig heeft: de ziekere en vaak de oudere.

Twee met elkaar vergelijkbare berichten in de Nederlandse en Engelse pers hebben mijn aandacht getrokken. De NRC van 2 december 1989 liet weten dat het Catharina ziekenhuis in Eindhoven te tweeden male zou zijn gestopt met dotterbehandelingen (PTCA). Ongeveer tegelijkertijd uitten enkele cardiochirurgen uit Noord-Engeland hun gram over het feit, dat zij zich om bezuinigingsredenen zagen gedwongen oudere patiënten met ventriculaire (post-infarct) septumdefecten aan de staart van de wachtlijst te plaatsen.

Het is niet mijn bedoeling nogmaals de open deur in te trappen van het jaarlijks door de Nederlandse overheid vastgestelde quotum der open hartoperaties. De wijze, waarop de budgetfinanciering wordt geregeld is in Engeland anders dan in Nederland. Maar in beginsel maakt het

L. W. F. Hooftman

Bezuinigen in de gezondheidszorg mag niet ten koste gaan van de kwaliteit. Maar kan dat? De in een Engels ziekenhuis als arts-assistent werkende Drs. L. W. F. Hooftman doet een aantal ideeën aan de hand hoe binnen de National Health Service kan worden bezuinigd zonder dat het welzijn van de patiënt in gevaar wordt gebracht.

niet uit of de financiële middelen uit ziekenfondspremies of belastinggeld worden betrokken. Het gaat om de besteding van publiek geld. Hiermee wil ik zeggen, dat een uitbreiding van de capaciteit in dezen niet noodzakelijkerwijs tot premie- of belastingverhoging zou moeten leiden, als verhoogde efficiëntie in het ene segment zou voeren tot meer beschikbare middelen in het andere. Als gedachte is dit wellicht te simpel, maar het gaat slechts om een voorbeeld.

Het is mijns inziens principieel fout, dat juist de ziekere patiënt het slachtoffer van de noodzaak van de bezuinigingen zou moeten zijn. Open hartchirurgie is naast de transplantatiegeneeskunde inderdaad één der meest geldopslokkende takken van de gezondheidszorg, maar komt die patiënten ten goede, bij wie de kwaliteit van het bestaan merkbaar is aangetast. Als besparingen in deze hoek moeten plaatshebben, zijn zij uit paniek geboren en dientengevolge onbevredigend. Uiteindelijk zal het niet behandelen, zoals in het Eindhovense geval, tot een opdrijving van de totaalkosten leiden als gevolg van toenemende chroniciteit van de aandoening, groeiend medicijngebruik en dreigende invaliditeit. De prijs van een dottersessie staat in geen verhouding tot die van een bypass-operatie; hiermee echter wordt niet gesuggereerd dat de ene de andere kan vervangen.

KANS VAN SLAGEN

In Engeland wordt sinds de introductie van de laatste hervormingen binnen de

National Health Service veel aandacht besteed aan de economische aspecten van de intramurale (medische) bedrijfsvoering. Meer en meer bedrijfseconomen worden ingezet om zorg te dragen voor een sluitende boekhouding. De hierna volgende voorbeelden laten zien, dat bezuinigingsmaatregelen (op basis van een gedegen survey) gericht op vaak voorkomende routines, de beste kans van slagen hebben.

'Tot over drie maanden' is een te vaak gehoorde uitspraak op de chirurgische polikliniek. Zoals helaas in vrijwel elk ziekenhuis meer regel dan uitzondering is, worden per sessie in onze 'Outpatient's clinic' te veel poliklinische afspraken gemaakt. Per controleafspraak wordt vijf minuten gereserveerd. Dit geeft enigszins een indruk van zowel de aandacht die aan de patiënt wordt besteed, als de werkbelasting. Wachtkamers zijn overladen en patiënten ontevreden. Dit neemt niet weg, dat de situatie in ons ziekenhuis overzichtelijker is dan in andere centra, in plaats van zes maanden of langer is de wachttijd voor een poliklinische afspraak bij ons twee à drie maanden (uiteraard afhankelijk van de aard der klacht).

Om dit te bereiken werden enige maatregelen getroffen. Sinds enige tijd worden in onze kliniek patiënten, die routinematige ingrepen hebben ondergaan (zoals herniaoperaties, cholecystectomieën, spataderchirurgie, appendicectomieën) niet meer terugbesteld voor nacontrole. Hierdoor werd het mogelijk per polikliniek meer nieuwe patiënten te zien. De efficiëntie van een poliklinisch spreekuur is af te lezen aan het aantal nieuwe patiënten dat wordt gezien, niet aan het aantal patiënten op zich. Het percentage nieuwe patiënten is bij ons opgelopen van 25% tot 50% per spreekuur.

Een enige tijd geleden door Marsh c.s. uitgevoerd onderzoek naar zinnigheid van controleafspraken¹, maakte duidelijk dat de kosten en moeite die eraan zijn verbonden niet worden gerechtvaardigd. In 61% van alle gevallen komt de huisarts niets nieuws aan de weet over zijn patiënt (als er al contact met hem wordt opgenomen) en bij 90% veranderde het herbezoek niets aan het behandelingsplan, met goed recht zijn er tevens vraagtekens te plaatsen bij het met vaste regelmaat

vluchtig onderzoeken in de polikliniek van patiënten die chirurgische behandeling voor een maligniteit hebben ondergaan.

Als voorbeeld neme men het coloncarcinoom. De pakkans wat betreft een lokaal recidief of levermetastase met behulp van een hand op de buik, soms aangevuld door een sigmoidoscopie bij slecht zicht, moet klein worden genoemd. In feite blijkt, dat in 60% van alle recidieven de huisarts degene is, die het balletje weer aan het rollen brengt, ontevreden als hij is met 'het herstel' van zijn patiënt. Ascites en gewichtsverlies zijn bij deze ziekte late aanwijzingen voor metastasering.

Een deugdelijke en rationele follow-up begint bij een consequent protocol. In dit geval betekent dit een preoperatieve ultrasound (echo)scan van de lever, gevolgd door een postoperatieve classificatie van patiënten, die is gebaseerd op histopathologie en metastasering van de tumor en afgezet tegen de algemeen lichamelijke conditie en de leeftijd van de patiënt. Zodoende selecteert men die patiënten, die in de toekomst in geval van een recidief in aanmerking komen voor een heroperatie of leverresectie; men zou hen moeten onderwerpen aan geregelde objectieve onderzoeken, zoals echoscans, colonoscopieën en bloedonderzoek (CEA). De anderen zou men na de initiële resectie van de tumor (als curatieve of palliatieve procedure) terug kunnen verwijzen naar de huisarts, aangezien het op later tijdstip opsporen van een metastase geen therapeutische consequenties heeft.

Sommige specialisten zullen deze visie bestrijden, om die reden dat zij menen hun patiënten gerust te kunnen stellen door een gehaast rectaal onderzoek, een klopp op de schouder en de uitspraak 'maakt u zich maar geen zorgen'. Niemand zal betwisten dat er mensen zijn die bij herhaling enige geruststelling behoeven, voor anderen echter werken deze bezoeken aan de specialist 'stress-inducerend'.

Mijns inziens is de huisarts de geschiktere professional in dezen. Het patiëntenbestand, dat regelmatig door de specialist moet worden gezien, kan worden teruggebracht tot diegenen die zijn behept met gecompliceerde aandoeningen of zijn betrokken bij een trial. Niet alleen wordt zo per poliklinische afspraak een zeker bedrag (in Engeland £ 15), inclusief de kosten van vervoer en verlies van arbeid bespaard, ook wordt voorkomen dat de wachtlijsten groeien (een op zich kostenopdrijvend verschijnsel) en dat patiënten

onterecht via andere kanalen, zoals via Eerste Hulp als urgent worden gepresenteerd. In Engeland verwijzen de huisartsen de patiënt naar een specialist voor een advies of een éénmalige behandeling en in beginsel niet ter overname.

Tenslotte maken ziekenhuispraktijken opvallend weinig gebruik van de PTT als het gaat om post-operatieve follow-up of het mededelen van resultaten na onderzoek. Het idee vragenlijsten te gebruiken bij het volgen van patiënten na hun (routinematige) operatie is niet nieuw, maar werd al in 1979 door Hart c.s.³ beschreven.

INFECTIEPREVENTIE

Het tot op heden moeilijk te beteugelen probleem van de ziekenhuisinfecties scoort hoog op de ranglijst van kostenopdrijvende fenomenen in de gezondheidszorg. Jaarlijks kost dit de National Health Service ongeveer 135 miljoen pond, een bedrag, waarmee men 160.000 patiënten zou kunnen behandelen binnen de muren van een ziekenhuis. Door striktere infectiepreventie, zou niet meer dan 30% à 40% van deze complicaties kunnen worden voorkomen. Dit houdt in, dat kostenverlagende strategieën aangaande de resterende 60% à 70% zich moeten concentreren op het zo gericht mogelijk behandelen. Het identificeren van de schuldige bacterie alsmede het resistentiepatroon, gevolgd door het veranderen van het antibioticum voor een soortspecifiek medicijn, verlengt de opnameduur met minstens één dag.

Chirurgische wondinfecties nemen een kwart van alle ziekenhuisinfecties voor hun rekening. Antibiotische (per- en pre-)operatieve profylaxe kan kostenbesparend werken (in geval van enkel- of tweevoudige doses en laag wondinfectiegetal). Het type antibioticum, de geschikte doses en de toedieningsvorm zijn afhankelijk van de aard van de operatie, de patiënt, het ziekenhuis en de regio. In standaardomstandigheden voldoet een enkele intraveneuze of rectale dosis van een alledaags antibioticum als infectiepreventie. Het financiële voordeel van een éénmalige dosering wordt echter tenietgedaan door bij herhaling optredende infecties.

Zoiets als een confectie-antibiotische profylaxe bestaat niet. Om te beginnen bestaan er belangrijke regionale verschillen binnen Engeland zelf, zowel wat betreft de incidentie van verschillende bacteriën, als hun resistentiepatroon.

In 1986 is een project opgestart in samen-

werking met 60 microbiologische laboratoria, genaamd Microbe Base. Microbe Base is een database, waarin tot dusverre gegevens over 500.000 verschillende bacteriën met een specifiek resistentieprofiel zijn opgenomen. Het is de bedoeling, dat elke ziekenhuisinfectie wordt geregistreerd. Op geleide hiervan kan advies worden verstrekt aan artsen bij het zo gericht mogelijk behandelen van deze complicaties. Bovendien kan men, afgaande op deze gegevens, per operatie, per ziekenhuis, soms per patiënt, het geschikte antibioticum selecteren, met dien verstande, dat het optreden van een wondinfectie van meer factoren afhankelijk is dan het type pre-operatieve antibioticum dat werd toegediend. Een verbeterde infectiepreventie en een effectievere behandeling hebben een gunstige uitwerking op de gemiddelde opnameduur.

BESLUIT

De hoofdelijke kostprijs van de gezondheidszorg is onevenredig toegenomen, zelfs als men factoren als vergrijzing, groei der bevolking, duurdere apparatuur en uitbreiding van de technische mogelijkheden erin verdisconteert. Een stijging van de totale kosten in de USA van 10 miljoen dollar in 1950 tot 250 miljoen dollar in 1980 is niet slechts een inflatoir verschijnsel.

De in dit artikel beschreven ideeën zijn er twee uit vele; ook de intercollegiale toetsing, de controle op mortaliteit en morbiditeit, het beteugelen van de defensieve geneeskunde, poliklinische operaties en het beperken van de opnameduur zullen zowel een positieve invloed hebben op de kosten-batenrelatie als op de kwaliteit van de zorg.

In het grootste ziekenhuis van Vietnam gaat af en toe het licht uit tijdens een operatie. Acht van de tien bollen van de OK-lamp hebben het opgegeven en de aloude zaklamp brengt soms uitkomst; geld voor nieuwe lampen is er niet. Een Europees bedrijf bood aan lampen te leveren à 130 gulden per bol. Dit is te veel geld voor een ziekenhuis met 800 bedden, dat zich moet behelpen met 17.000 gulden per maand en zijn chirurgen 40 gulden betaalt voor dezelfde tijd. Maar: de operaties gaan door! □

Literatuur

1. Marsh GN. Are follow-up consultations at medical outpatients departments futile? *Br Med J* 1982; 284: 1176-7.
2. Coggan D, Goldacre M. Outpatients follow up after appendicectomy. *Lancet* 1976; ii: 1347-7.
3. Hart AJ, Edmond P, Varman DJ. Postcards or outpatients: an alternative method of follow up. *Br Med J* 1979; i: 1321-2.

Arts en recht

Bevoegdheid om waar te nemen

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage 4 oktober 1989

De arts over wie in bijgaande casus werd geklaagd had in een andere tuchtrecht-procedure toegezegd zijn werkzaamheden als arts te zullen staken. Op grond van deze toezegging besloot het Gerechtshof de arts geen maatregel op te leggen. Gebleken is echter, dat de arts later voor een collega is gaan waarnemen. Het tuchtcollege meende dat de arts hiermee het vertrouwen in de geneeskundige stand heeft ondermijnd.

Waar wij de aandacht op willen vestigen is, dat het tuchtcollege in zijn overweging stelt dat de arts – daar hij niet meer was geregistreerd in het register van huisartsen – niet meer bevoegd zou zijn voor een huisarts waar te nemen. Wij vragen ons af of deze stelling juridisch juist is.

Een arts is op grond van zijn artsexamen bevoegd de genees-, heel- en verloskunde in haar volle omvang uit te oefenen. In de praktijk wordt dit recht beperkt, doordat van een arts mag worden verwacht dat hij alleen die handelingen uitoefent waarin hij ook voldoende is geschoold. De registers voor huisartsen en specialisten ontleen hun kracht aan de omstandigheid dat ziekenfondsen alleen contracten sluiten met ingeschrevenen in deze registers. In de contracten tussen ziekenfondsen en artsen zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheid van waarnemers. Voor het nakomen van deze bepaling is niet de waarnemer, maar de arts voor wie wordt waargenomen verantwoordelijk.

Hoe gewenst het ook is dat waarnemers gekwalificeerd zijn als huisarts, zijn we er toch niet zeker van dat het juridisch is waar te maken dat een arts – zeker als hij jarenlange ervaring heeft gehad als huisarts – na uitschrijving uit het huisartsenregister niet meer over de kwaliteiten beschikt om verantwoord de huisartspraktijk uit te oefenen.

Dr. C. Spreeuwenberg
Mw. Mr. W. R. Kastelein

**
*

Het college voor de beslissing in eerste aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op 4

oktober 1989 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van A, in haar hoedanigheid van toegevoegd Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor Zuid-Holland, wonende te 's-Gravenhage, klaagster, hierna te noemen: de inspecteur tegen: B, arts, wonende te C, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna te noemen: de arts.

1. Het klaagschrift is gedateerd 21 juni 1989. De arts heeft zich niet schriftelijk verweerd. De mondelinge behandeling van de klacht heeft plaatsgevonden op woensdag 4 oktober 1989. De inspecteur en de arts zijn ter zitting verschenen. De arts werd daarbij bijgestaan door zijn raadvrouw D, advocaat te E.

2. De klacht behelst het volgende: Op 11 november 1985 werd door de ambtsvoorganger van de inspecteur bij dit college een klacht ingediend tegen de arts, welke klacht onder meer inhield dat de arts herhaalde malen recepten met onjuiste namen en adressen heeft verschaft ter verkrijging van Opiumwetmiddelen, die bedoeld waren voor één patiënt. Tevens bezocht de arts in nachtelijke uren apotheken en zette hij apothekersassistenten onder druk om Opiumwetmiddelen op recept af te geven. Dit college heeft na behandeling van de klacht op 2 april 1986 een ontzegging uitgesproken. In hoger beroep verklaart de arts zijn werkzaamheden als arts te hebben gestaakt, en wel blijvend. De beslissing van het Gerechtshof houdt in dat de klacht gegrond is, doch dat geen maatregel wordt opgelegd; dit laatste mede omdat de arts geen beroepsbehandelingen meer zal verrichten.

De arts is inmiddels in het begin van dit jaar opgetreden als waarnemer van een huisarts en heeft ook recepten uitgeschreven; hij heeft aangegeven één- of tweemaal per week een ochtendsprekkuur te willen waarnemen voor die huisarts.

De inspecteur is van oordeel, dat de arts het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd door het niet gestand doen van zijn schriftelijke en mondelinge verklaring de uitoefening van zijn beroep blijvend te staken.

3. Gedurende de appelprocedure heeft de arts, na veel wikken en wegen, besloten zijn praktijk neer te leggen. Nadien heeft de arts moeten ervaren dat hij de werkzaamheden als huisarts mist. Op verzoek van collega F, die problemen had met de waarneming, heeft hij gedurende de vakantie de praktijk van die collega waargenomen.

De arts is van oordeel dat hij, door bij tijd en wijle de praktijk van een collega waar te nemen, niet het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt.

4. De arts is in 1986 door dit college de be-

voegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst ontzegd. Deze indertijd opgelegde maatregel is door het Gerechtshof ongedaan gemaakt, mede omdat de arts tegenover het Gerechtshof, zowel schriftelijk als mondeling, verklaarde dat hij met ingang van 9 december 1986 geen beroepsbehandelingen meer zou verrichten. Daardoor bestond aan het opleggen van enige maatregel niet langer behoefte, aldus het Hof, dat de klacht overigens wel gegrond achtte. Inmiddels is vastgesteld dat de arts desondanks in het begin van dit jaar als waarnemer van een huisarts is opgetreden. Door in strijd met zijn jegens het Gerechtshof afgelegde verklaring toch beroepshandelingen te verrichten heeft de arts het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Daarenboven is komen vast te staan dat de arts sedert 3 december 1986, dus ook ten tijde van deze waarneming, niet meer was geregistreerd in het huisartsenregister. Hij was derhalve niet bevoegd zonder toezicht een huisartspraktijk waar te nemen. Door desalniettemin de praktijk van deze huisarts waar te nemen, heeft de arts eveneens het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Op grond van het vorenstaande is het college van oordeel dat de klacht gegrond is en zal aan de arts na te noemen maatregel worden opgelegd. Het college heeft daarbij overwogen, dat het breken van de toezegging de arts, thans 69 jaar oud, zwaar moet worden aangerekend, nu hij door die toezegging het opleggen van een – ernstige – maatregel heeft weten te voorkomen.

Rechtdoende:

Schorst de arts in de uitoefening van de geneeskunst voor een periode van zes maanden.

Beveelt bekendmaking, met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet, van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door aanbieding ter plaatsing aan de redactie van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gedaan op 4 oktober 1989, door: Mr. S. F. Kootte, voorzitter; Dr. H. F. Heins, Dr. J. E. Prinsen, leden-geneeskundigen; en H. L. van Amerongen, J. A. M. Ceha, plaatsvervangend leden-geneeskundigen, bijgestaan door Mr. P. Viersen-Kooiman, secretaris. □

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

Te laat doorverwezen naar meer gespecialiseerde collega

A, wonende te P, appellant, raadvrouw: Mr. E, advocaat te P, tegen K, chirurg, wonende te R, verweerder, raadsman: Mr. O, advocaat te P.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege overweegt *post alia*:

2. FEITEN

In beroep wordt uitgegaan van de volgende feiten, die op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting voldoende zijn komen vast te staan:

– Op 4 februari is aan klager, geboren op 4 december 1964, een arbeidsongeval overkomen, waarbij hij met de rechter hand beklemd is geraakt tussen twee draaiende, van een anti-slip laag voorziene transportbanden met een onderlinge afstand van 20 mm. Na de beklemming zijn de banden nog enige tijd blijven doordraaien en het heeft vervolgens nog ongeveer vijftien minuten geduurd vooraleer de hand kon worden bevrijd.

De arts constateerde bij onderzoek op de EHBO een circulair decollement van de huid, beginnend op de pols met distale uitbreiding tot aan de metacarpo-falangeale plooiën aan de ventrale zijde en dorsaal ongeveer tot aan het interfalangeale gewricht. Behalve een luxatie in het interfalangeale gewricht van de duim leken er aan het skelet geen verdere fracturen of luxaties te bestaan. De vingers en de opgestroopte huid zagen er bleek verkleurd uit. Er waren geen manifeste bloedingen aanwezig en de weke delen waar de huid vanaf was gestript zagen er eveneens bleek verkleurd uit. Fijne arteriële pulsaties werden niet gezien. De hand maakte op dat moment toch nog een vitale indruk. De radialis pols proximaal van het decollement was zwak te voelen.

– De arts had geen enkele ervaring met de behandeling van een dergelijk handletsel.

– De arts heeft het letsel als volgt behandeld. Hij heeft onder plexus-anesthesie wondtoilet verricht en de huidlap, die niet bloedde maar wel een vitale indruk maakte, volair en dorsaal in situ gehecht, met achterlating van een vacuüm drain. Vervolgens zijn een drukkend verband en een dorsale gipsspalk aangelegd. De vingertoppen werden vrijgelaten voor inspectie.

Op 5 februari waren de vingers nog bleek verkleurd, maar had klager wel wat gevoel in de vingers. Om trombose te voorkomen heeft de arts toen een Heparine-infuus aangelegd. Vanaf 7 februari trad een toenemende blauwverkleuring op van de vingertoppen. Op 8 februari werd het verband verwisseld. Alle vingertoppen waren toen blauw verkleurd; de huidlappen waren niet optimaal van kleur en zowel palmar als dorsaal was er een zwelling opgetreden. Op 10 februari is het verband wederom verwisseld. De toestand van de huid-

lappen was verder verslechterd. Op 12 februari waren gedeelten van de vingertoppen paars-blauw geworden en niet meer vitaal, evenals de huidlappen. De arts heeft de klager toen verwezen naar een plastisch chirurg.

– De plastisch chirurg heeft op 13 februari een straalamputatie van de vijfde straal verricht, een amputatie van de derde en vierde straal vanaf het metacarpo-falangeale gewricht, een amputatie van de wijsvinger proximaal van het PIP-gewricht en van de duim proximaal van het IP-gewricht.

3. OORSPRONKELIJKE KLACHT

De oorspronkelijke klacht, zoals die door het tuchtcollege is samengevat, houdt in dat de arts de ernst van de letsel heeft onderschat en met name de beschadiging van de perifere vascularisatie niet tijdig heeft onderkend, dat hij klager onmiddellijk had moeten doorverwijzen naar een plastisch chirurg en liefst naar een gespecialiseerd centrum, dat hij een röntgenfoto had moeten maken, dat hij de opgestroopte huid niet had mogen terughechten en dat hij maatregelen had moeten nemen om de gestoorde bloedcirculatie te herstellen met behulp van vene-interposities.

4. BESTREDEN BESLISSING

Bij de bestreden beslissing heeft het tuchtcollege de klacht afgewezen op grond van de volgende overwegingen:

‘Klager heeft zich bij de bepaling van zijn standpunt kennelijk mede laten leiden door een schrijven van de plastisch chirurg Prof. Dr. S d.d. 30 oktober 1985. Prof. Dr. S heeft, als deskundige ter zitting gehoord, echter verklaard dat zijn uiteenzetting omtrent de wijze waarop het onderhavige letsel had moeten worden behandeld, een retrospectieve, vanaf de schrijftafel opgestelde, benadering van de toestand is. Dit betekent dat zijn wel zeer stellige opvattingen en conclusies voor de tuchtrechtelijke beoordeling van de onderhavige casus niet of nauwelijks van belang zijn. Daarbij komt nog dat Prof. Dr. S zich beroept op na februari 1985 verschenen literatuur, die aan verweerder ten tijde van het ongeval derhalve niet bekend kon zijn en dat hij op onderdelen is uitgegaan van vooronderstellingen die door de feiten niet worden gedekt, bijvoorbeeld dat de onderliggende weefsels geen thermisch letsel van betekenis hadden opgelopen en dat er een nabloeding is opgetreden.

‘Klager beroept zich ook op een zogenaamd rapport van de plastisch chirurg L d.d. 11 mei 1987. In feite betreft het hier echter geen rapport, doch een brief van genoemde plastisch chirurg, waarin hij een beschrijving geeft van het op de afdeling plastische chirurgie van het W te N geldende protocol voor de behandeling van soortgelijke letsels als het onderhavige. Uit

het schrijven, van deze plastisch chirurg blijkt echter niet dat hij kennis heeft genomen van de ziektegeschiedenis van klager, zodat aan het schrijven van de plastisch chirurg L voor de beoordeling van de onderhavige casus niet of nauwelijks betekenis toekomt.

‘Ten aanzien van het verwijt dat verweerder klager eerder had behoren door te verwijzen naar een plastisch chirurg is het college van oordeel dat de traumatologie, waaronder ook de behandeling van een letsel als het onderhavige, behoort tot het werkgebied van de algemene chirurgie. Daarbij komt nog dat verwijzing naar een gespecialiseerd centrum door de grote afstand in feite vaak niet mogelijk is. Een verwijzing was evenmin geïndiceerd op de door klager gestelde grond dat zo spoedig mogelijk een aanvang moest worden gemaakt met herstel van (micro-)circulatie; het ten dele van thermische aard zijnde crush-letsel was immers zo ernstig en strekte zich uit over een zo grote afstand dat een reconstructie van de gelaedeerde vaten, die moest plaatsvinden in ernstig gecontusieerd spierweefsel, naar de in februari 1985 bekende opvattingen geen reële kans op succes bood.

‘Klager heeft zich wel beroepen op een bij de replek overgelegde publikatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, maar deze publikatie dateert van 1986 en kon derhalve aan verweerder in februari 1985 niet bekend zijn. Het college verwijst hier ook naar het antwoord op de vragen 4 en 5 op blz. 3 van het bij het verweerschrift overgelegde rapport van Prof. I d.d. 3 maart 1986, wiens standpunt het college overneemt en tot het zijne maakt.

‘De onjuistheid van het verwijt dat verweerder de bedreiging van de perifere vascularisatie niet tijdig heeft onderkend en de ernst van het letsel heeft onderschat, blijkt reeds uit zijn brief aan de toenmalige huisarts van klager d.d. 6 februari 1985, aan het slot waarvan verweerder schrijft: ‘Waarschijnlijk zal er toch ook een forse contusie hebben plaats gehad van de dieper gelegen weke delen en wat dit op den duur voor circulatiestoornissen zal geven aan de vingers is thans nog niet te voorspellen.’ ‘Naar het oordeel van het college is evenmin verwijtbaar dat verweerder geen röntgenfoto’s heeft laten maken, daar immers het skelet van de hand door het letsel à vue was, zodat eventuele fracturen en/of instabiliteit van de gewrichten rechtstreeks konden worden waargenomen. Bovendien betekende het maken van röntgenfoto’s een risico ten aanzien van de steriliteit. Zoals uit de status blijkt, heeft verweerder dagelijks de vitaliteit van de vingers beoordeeld, hetgeen mogelijk was omdat de vingertoppen niet door verband waren bedekt. ‘Op onderdelen kunnen bij het beleid van verweerder vraagtekens worden gezet. Zo is het bijvoorbeeld twijfelachtig of het terugplaatsen en vasthechten van de slechts distaal gesteelde huidlap zinvol is geweest. Ook had het verband

beter reeds na 48 uur kunnen worden verwisseld, waarbij verweerder dan de hand had kunnen inspecteren. In dat geval zou misschien eerder aan het licht gekomen zijn dat de vascularisatie ernstig gestoord was en dat uitgebreide necrose optrad. Het eindresultaat zou dan echter niet anders zijn geweest. Dit betekent dat evenmin terecht is het verwijt dat verweerder de patiënt eerder naar de plastisch chirurg had moeten verwijzen. Ook deze had immers moeten afwachten in hoeverre necrotisering zou optreden. Daarbij komt nog dat het dubieus is of de patiënt inderdaad had moeten worden verwezen naar een plastisch chirurg, omdat de door deze op 13 februari uitgevoerde ingreep ook door verweerder had kunnen worden verricht. Naar het oordeel van het college is er in ieder geval geen sprake van tekortkomingen die aanleiding zouden kunnen zijn tot een tuchtrechtelijke correctie. De door verweerder ingestelde behandeling in haar geheel overziende, meent het college dat hij daarbij adequaat is opgetreden.'

5. GRIEVEN KLAGER

Klagers raadvrouw heeft tegen deze beslissing de volgende grieven voorgedragen:

- Ten onrechte is het college ervan uitgegaan dat, omdat uit het schrijven van Dr. L zou blijken dat Dr. L geen kennis zou hebben genomen van de ziektegeschiedenis van cliënt, geen betekenis aan de inhoud van dit schrijven diende te worden gegeven. Cliënt heeft immers bij repliek meegedeeld, dat Prof. Z - de chef van Dr. L - eerst alle stukken had bestudeerd, deze met Dr. L heeft besproken en dat daarna cliënt is onderzocht door Dr. L. Daarna heeft Dr. L schriftelijk verslag gedaan, bij schrijven van 11 mei 1987. Aan de inhoud van dit schrijven dient derhalve alle betekenis te worden toegekend, nu het is geschreven nadat de stukken van cliënt zijn bestudeerd en zelfs cliënt is onderzocht.

- Ten onrechte is het college van oordeel dat traumatologie, waaronder naar het stelt behandeling van letsel als het onderhavige, behoort tot de algemene chirurgie en dat verwijzing naar een gespecialiseerd centrum door de grote afstand in feite niet vaak mogelijk is. Wellicht kan dit oordeel van het college in zijn algemeenheid waar zijn, doch waar hier sprake was van letsel aan een extremitet, waardoor de algemene gezondheidstoestand van cliënt niet zodanig was dat hij niet onmiddellijk nadat eerste hulp was verleend had kunnen worden vervoerd, is afstand niet van belang. Zeker nu er een centrum bestaat dat al in 1985 op dit gebied gespecialiseerd was en dat slechts op geringe afstand van R ligt - de afstand R-N bedraagt plusminus 100 km, één uur rijden - had cliënt niet door een algemeen chirurg mogen worden behandeld, doch door een van de specialisten op het gebied van handletsel uit dat centrum.

- Ten onrechte is het college van mening dat verwijzing niet zou zijn geïndiceerd, omdat een reconstructie van de gelaedeerde vaten naar in februari 1985 bekende opvattingen geen reële kans op succes zou hebben gehad. Dr. K heeft

geen poging gedaan ook maar iets van de vaten te herstellen, hij heeft slechts een afwachende houding aangenomen. Dit in tegenstelling tot de 'aanvallende' houding die wordt gebruikt in het op het gebied van dit soort letsel gespecialiseerde centrum, waar men tracht te redden wat er te redden valt. Of bij een poging de vaten te herstellen een gedeelte van het thans afgestorven weefsel had kunnen worden gered kan achteraf niet worden bewezen, maar dat er necrose optrad omdat er geen actieve behandeling plaatsvond is buiten kijf.

- Ten onrechte heeft het college Prof. I gevolgd en diens mening, zoals opgenomen in diens antwoord op de vragen 4 en 5, tot het zijne gemaakt. Juist in de beantwoording van deze vragen geeft Prof. I immers aan, dat de keuze van Dr. K 'verdedigbaar' was, dat het terug hechten 'misschien niet optimaal' was en dat het 'wellicht verstandiger geweest ware' indien het getraumatiseerde gebied één of twee dagen na het ongeval was gereëxploreerd. Nu Prof. I juist hier zijn twijfels aangeeft over de behandeling zoals Dr. K die heeft gemeend te moeten toepassen, had het college niet deze mening tot de zijne mogen maken zonder aan te geven waarom de behandeling van Dr. K desondanks 'optimaal' was, althans geen aanleiding gaf tot tuchtrechtelijk optreden.

- Ten onrechte is het college van mening dat het verwijt onjuist is ten aanzien van de ernst van het letsel. Dr. K schrijft immers wel: 'Waarschijnlijk zal er toch ook een forse contusie hebben plaatsgehad . . .', maar de behandeling die Dr. K heeft toegepast, was zijn behandeling van een 'decollement'. Dr. K spreekt hier de door hem gevoerde behandeling tegen: ook uit het verdere verloop van de behandeling blijkt, dat Dr. K de ernst van het letsel volledig heeft onderschat.

- Ten onrechte heeft het college het niet verwijtbaar geacht dat geen röntgenfoto's zijn gemaakt. Dr. K diende immers op iedere mogelijke wijze inzicht te verkrijgen in de aard en de omvang van het letsel en had, zeker naar wat is gebleken, niet alleen mogen afgaan op wat hij met het blote oog kon waarnemen.

- Ten onrechte heeft het college gemeend dat Dr. K dagelijks de vitaliteit van de vingers beoordeelde, hetgeen mogelijk zou zijn geweest omdat de vingertoppen niet door verband waren bedekt. Echter, twee dagen na het ongeval heeft Dr. K de vingers geheel met verband bedekt, nadat de eerste blauwkleuring van de vingers was opgetreden. Het verband is daarna pas weer op 8 februari 1985, vier dagen na het ongeval, verwisseld. De vitaliteit van de vingers is derhalve niet dagelijks beoordeeld, zoals ook blijkt uit de status.

- Ten onrechte is het college van mening geweest dat, hoewel er vraagtekens kunnen worden gezet bij het door Dr. K gevoerde beleid, Dr. K toch adequaat is opgetreden en dit optreden geen aanleiding heeft gevormd tot een tuchtrechtelijke correctie. Immers, het terugplaatsen en vasthechten van de huidlap had juist niet moeten gebeuren bij een letsel als het onderhavige. Indien Dr. K dagelijks het verband had verwisseld, was ook hem misschien eerder gebleken dat het letsel te ernstig was om

verder door hem te kunnen worden behandeld, was hem tevens eerder gebleken dat er necrose optrad en had kunnen worden gekozen voor een andere behandelingsmethode. Zo'n andere behandelingsmethode, aangepast aan de ernst van het letsel, had wellicht kunnen voorkomen dat een zo groot gedeelte van de hand diende te worden geamputeerd.

- Ten onrechte is het college van mening dat het eindresultaat niet anders zou zijn geweest indien de huidlap niet zou zijn teruggehecht en het verband vaker zou zijn verwisseld: nu is cliënt pas acht dagen na het ongeval doorverwezen naar een plastisch chirurg, die niet anders meer kon dan het afgestorven gedeelte van de hand te amputeren, terwijl bij een andere behandeling, indien de ernst eerder was onderkend, mogelijk een groter gedeelte van de hand behouden had kunnen blijven. De behandeling zoals Dr. K heeft toegepast heeft de toestand van de hand van cliënt absoluut geen goed gedaan, doch eerder verergerd.

- Ten onrechte is het college van mening geweest dat doorverwijzing in een eerder stadium geen zin zou hebben gehad: nadat Dr. K eerste hulp had verleend had hij dienen te onderzoeken of er op het gebied van handletsel specialisten bekend waren, zeker nu al sinds jaar en dag medisch studenten op het hart wordt gedrukt af te blijven van letsel in de palm van de hand. Op dit gebied werken geen vaatchirurgen - Dr. K stelt deze specialiteit te hebben - maar microchirurgen met geavanceerde technieken. Mede gezien de soms verbluffende resultaten van het team in N, ook al in 1985, zou naar de mening van cliënt doorverwijzing alle zin hebben gehad. Wellicht had doorverwijzing naar een plastisch chirurg weinig zin - de amputatie op zich zal Dr. K als algemeen chirurg ook wel hebben kunnen verrichten - maar zeker wel doorverwijzing, ook al was misschien niet de ernst van het letsel meteen in volle omvang duidelijk, naar een specialist op gebied van de hand. Cliënt meent dan ook, dat Dr. K de behandeling niet op zich had mogen nemen nu hij daarvoor de vereiste kennis en vaardigheid niet bezat en niet adequaat heeft gereageerd toen de vingers van cliënt begonnen te verkleuren, terwijl Dr. K evenmin voldoende inzicht had in de ernst van het letsel toen hij met de behandeling begon en deze voortzette.

6. BEOORDELING

6.1. De laatste grief van klager roept de vraag op of de arts zonder enige consultatie had mogen besluiten klager te behandelen op de hierboven omschreven wijze.

6.2. Voor het antwoord op die vraag zijn de volgende omstandigheden van belang:

- De arts nam op 4 februari 1985 een zeer ernstig handletsel als hierboven weergegeven bij klager waar. Het moet voor de arts aanstonds duidelijk zijn geweest dat de toekomstmogelijkheden van klager, met name de mogelijkheden deel te nemen aan het arbeidsproces, zouden afhangen van de mate van herstel van dit letsel.

- De arts had toen geen enkele ervaring met de behandeling van dit soort ernstig handletsel.

– Er bestond reeds in 1985 een vergaande specialisatie in de behandeling van uitgebreide avulsies van huid en weke delen van ledematen, onder meer in het W te N.

6.3. In het licht van die omstandigheden beantwoordt het Centraal Medisch Tuchtcollege bovenbedoelde vraag ontkennend. De arts had niet zonder meer mogen overgaan tot de hierboven omschreven behandeling van het letsel van klager. Hij had navraag behoren te doen naar de aanwezigheid elders van specialisme op het terrein van de behandeling van ernstige handletsels als het onderhavige en hij had de betrokken specialisten moeten consulteren.

6.5. Mede in aanmerking genomen wat er voor klager op het spel stond, moet worden geoordeeld dat de arts door zonder consultatie als boven bedoeld over te gaan tot de behandeling van klagers letsel, het vertrouwen in de stand der geneeskundigen zodanig heeft on-

dermijnd, dat hem de maatregel van een waarschuwing dient te worden opgelegd.

6.6. Gelet op het bovenstaande, zullen de overige grieven van klager buiten bespreking worden gelaten.

6.7. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, acht het Centraal College bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 13b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet op de hierna aan te geven wijze geboden.

7. BESLISSING

Het Centraal Medisch Tuchtcollege:

Rechtdoende in hoger beroep

Vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep; en opnieuw rechtdoende:

Verklaart de klacht gegrond;

Legt de arts te dier zake de maatregel van waarschuwing op;

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gegeven in raadkamer door: Mr. J. J. R. Bakker, voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Dr. J. J. Hamming, E. C. M. Plag, H. van Giffen, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Walter-Ebbenhout als secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 14 september 1989, door Mr. P. Neleman, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

Medische Beroepsgroep Amnesty International

Seksueel geweld in de asielprocedure

Op 31 maart jl. werd een studiedag georganiseerd door de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty, een groep artsen die expertises verricht bij asielzoekers. Deze onderzoeken worden meestal verricht op verzoek van advocaten en dienen ter ondersteuning van de asielprocedure.

's Ochtends werd gepoogd de kloof tussen medisch rapporteur en jurist te overbruggen. Prof. Mr. B. Sluyters, advocaat en voorheen vice-president van de rechtbank te Rotterdam, gaf voorbeelden van praktijkgevallen waaruit bleek hoe verschillend artsen en juristen omgaan met een begrip als 'zekerheid'. Waar de arts niet verder durft te gaan dan bijvoorbeeld: 'Op grond van het onderzoek zijn er sterke aanwijzingen voor marteling', verlangt de rechter absolute bewijzen hiervoor.

De rest van de dag werd besteed aan seksegericht en seksueel geweld. De laatste tijd is er bij Amnesty een toename van aanvragen voor medisch onderzoek bij vrouwelijke asielzoekers die seksueel geweld hebben ondergaan. De anamnese is bij dit onderzoek uiteraard van het grootste belang. Het is dan ook goed meer kennis te hebben van vormen van seksueel geweld in verschillende culturen en van een juiste benaderingswijze van de asielzoekster. Dreigen met verkrachting is net als verkrachting zelf een zeer effectieve manier om door angst informatie of bekentenissen af te dwingen, bij de vrouw zelf of bij haar partner. Bekend is verder dat in vele landen elektrische shocks op geslachtsdelen worden toegediend tijdens verhoren. Het naakt verhoord worden of naakt moeten dansen is vaak de eerste vernedering in een reeks met als doel iemands persoonlijkheid te breken.

Bij huiszoekingen; voor of tijdens ondervraging; op transport van bijvoorbeeld een politiebureau naar een militair kamp of gevangenis; tijdens het vasthouden door een wijkcomité; bij grensovergangen op de vlucht. Seksueel geweld wordt gepleegd door overheidspersoneel, militairen, geheime politie, doodseskaders, bewakers van de revolutie. Verkrachting gebeurt vaak door verschillende mannen achter elkaar en is met name in gevangenissen heel gewoon, ook bij oude(re) vrouwen. Nogal wat asielzoeksters komen zwanger van hun verkrachter in Nederland aan: als zij niet voor een abortus in aanmerking willen of kunnen komen, wordt de baby veelal voor adoptie afgestaan.

Met seksegericht geweld wordt bedoeld geweld dat tegen vrouwen gericht is die zich bewust onttrekken aan de traditionele vrouwenrol die de staat hun oplegt. In streng islamitische landen bijvoorbeeld kunnen vrouwen op grond van hun kleding worden opgepakt. Seksegericht geweld is vaak een eerste stap, waarna fysiek dan wel seksueel geweld volgt.

Nans Schilders, landelijk consulente bij de Stichting Vluchtelingenwerk, benadrukte dat zeer veel vrouwen worden vervolgd om activiteiten die in onze ogen nauwelijks politiek kunnen worden genoemd, zoals het wassen van kleren van verzetsstrijders, het oprichten van een crèche, het vluchten voor de oorlog. Ook bij een conflict tussen familieclans kan een vrouw, die wordt geacht de familie-eer hoog te houden, als doelwit worden opgepakt, om zo de hele clan te beledigen. Bij religieuze conflicten komt het nogal eens voor dat vrouwen van de tegenpartij worden verkracht; bij de christen-Turkse

asielzoekster in Nederland bijvoorbeeld is dit bekend.

Een groot en nog onopgelost probleem is, dat seksueel geweld in het Vluchtelingenverdrag niet expliciet wordt genoemd, waardoor het moeilijk is vrouwen op die grond de vluchtelingenstatus te bezorgen. Wel is het zo dat belanghebbende instanties, zoals het Europees Parlement, het standpunt huldigen dat dit verdrag soepel gehanteerd moet worden. De Nederlandse overheid voert echter een ontmoedigingsbeleid en heeft tot nu toe geen enkele vrouw alleen op grond van ondergaan seksueel geweld de vluchtelingenstatus gegeven. Een (tijdelijke) verblijfsvergunning wordt op humanitaire gronden nog wel verleend, vooral als de vrouw behandeling nodig heeft voor de gevolgen van seksueel geweld. Wel bestaat de indruk dat het melden van seksueel geweld in een rapport de kans op een vluchtelingenstatus vergroot als er ook al andere gronden zijn. Omdat Justitie nooit meedeelt op grond waarvan toekenning is verleend, zijn cijfers hierover echter niet te geven.

BENADERING

Het spreken over seksueel geweld is – zeker in niet-westerse culturen – taboe. De eer en toekomst van het meisje/de vrouw staan op het spel, reden waarom ook echtgenoten en familieleden niet op de hoogte worden gesteld. Het spreekt vanzelf dat vrouwelijke artsen en tolken de voorkeur verdienen. Een vertrouwenspersoon (bijvoorbeeld de moeder) wordt vaak op prijs gesteld. Het is belangrijk, te benadrukken dat het besprokene geheim blijft. Indirecte vragen in een empathische sfeer werken vaak het best. Of een lichamelijk onderzoek nodig is, moet goed worden afgewogen (geslachtsziekten, zwangerschap) tegen de vaak enorme gêne die het oproept bij de vrouw (de vrouwelijke arts ten spijt!).

A. M. Raat, met dank aan S. Drost

KNMG

Geneeskundige verklaring

Geneeskundige verklaring bij opnemng buitenlandse pleegkinderen

Het secretariaat van de KNMG wordt op gezette tijden geconfronteerd met de vraag of de behandelend arts (veelal de kinderarts) gerechtigd is een geneeskundige verklaring af te geven ten behoeve van opnemng van buitenlandse pleegkinderen.

De Wet opnemng buitenlandse pleegkinderen stelt in artikel 8, sub b, dat de aspirant-pleegouders bij binnenkomst van een buitenlands pleegkind een medische verklaring met betrekking tot het kind dienen te overleggen. Omtrent de inhoud van een dergelijke verklaring is in de Vreemdelingencirculaire 1982 onder 2.1.2.d. bepaald dat hieruit moet blijken dat in redelijkheid niet valt aan te nemen dat het kind lijdt aan een gevaarlijke besmettelijke of langdurige lichamelijke of geestelijke ziekte, hetgeen niet wil zeggen dat een gehandicapt kind niet in het gezin kan worden opgenomen.

Met deze wettelijke regeling is niet beoogd dat Nederlandse artsen deze verklaringen afgeven. De vereiste medische verklaring dient in het land van herkomst te worden afgegeven door een arts aldaar. Het oogmerk van de regeling is immers om te voorkomen dat kinderen, welke aan een gevaarlijke besmettelijke ziekte lijden, in

Nederland worden toegelaten, gelet op het mogelijke gevaar voor de volksgezondheid. Alvorens een inreisvisum wordt afgegeven dient de Nederlandse diplomatieke of consulaire vertegenwoordiging onder meer te controleren of de noodzakelijke medische verklaring aanwezig is. Voorts is het vereiste van deze medische verklaring opgenomen in de Nederlandse beginseitoestemming. De staatssecretaris van Justitie heeft de KNMG het volgende laten weten: 'Vooralsnog acht ik een verplichting voor artsen in Nederland om een dergelijke verklaring af te geven in het geval deze niet in het land van herkomst is afgegeven, niet geboden.' Voorts schrijft de staatssecretaris: 'Het is wenselijk dat de pleegouders kort na de aankomst van het kind zich tot hun huisarts wenden met het oog op een algehele medische controle en zij zonodig worden doorverwezen naar een kinderarts of een ander medisch specialist. Ten aanzien hiervan meen ik dat zulks tot de normale verplichtingen van de pleegouders behoort.'

Uit het bovenstaande kan de conclusie worden getrokken dat geen geneeskundige verklaring ten behoeve van justitiële autoriteiten behoeft te worden afgegeven.

Utrecht, 3 mei 1990

Commissie Geneeskundige Verklaringen

KNMG

Emancipatiemedewerker

Het aantal vrouwen dat geneeskunde gaat studeren groeit gestaag. Momenteel is meer dan 60% van de eerstejaars geneeskunde van het vrouwelijke geslacht. Van de huidige studenten bedraagt dit percentage 50% en van de afstuderenden op dit moment 40%. Deze verandering in de verhoudingen is ook merkbaar in de opleidingen en in de beroepsgroep. Het is de taak van de KNMG om op deze ontwikkeling in de geneeskunde adequaat in te spelen.

Betekent dit bijvoorbeeld een grotere noodzaak tot het realiseren van deeltijdbanen en deeltijddopleidingen? Betekent een en ander ook een omwenteling op het gebied van het toelatingsbeleid tot specialistenopleidingen en op welke wijze dienen de KNMG en de vier beroepsverenigingen hun beleid in de toekomst aan deze nieuwe situatie aan te passen? Heeft dit alles invloed op de

werkgelegenheid en betekent deze ontwikkeling wellicht ook een andere opstelling van beroepsgroep en overheid met betrekking tot de werkdruk en de werktijden in de gezondheidszorg? De KNMG is van mening dat hier meer aandacht aan moet worden besteed. Daarom heeft de KNMG recent een advertentie geplaatst voor een emancipatiemedewerker, aan te stellen op het secretariaat, die het beleid van de KNMG in emancipatoire richting verder zal helpen te ontwikkelen. Mede gefinancierd door WVC en SoZaWe zal dit project tenminste 3 jaar in beslag nemen. Indien u mensen kent die eventueel geïnteresseerd zijn kunnen zij verdere informatie krijgen op het secretariaat. Gevraagd wordt een academicus (V/M) met als hoofdrichting gedragswetenschappen en enkele jaren ervaring in eenzelfde soort functie.

Meer informatie geeft de heer R. J. Mulder, telefoon 030-823200.

KNMG

Modelregeling arts/patiënt officieel ondertekend

'Ik meen zonder overdrijving te mogen stellen dat het vandaag een belangrijke dag is voor de Nederlandse gezondheidszorg en wel in het bijzonder voor de artsvereniging KNMG en de patiëntenconsumentenorganisatie LPCP. Zo dadelijk zullen beide organisaties de modelregeling arts-patiënt, die zij gezamenlijk hebben opgesteld, officieel bekrachtigen', aldus KNMG-voorzitter Cense, 18 mei jl. in het Utrechtse Jaarbeurs congrescentrum. Daar werd de modelregeling arts-patiënt officieel bekrachtigd. De modelregeling is een produkt van samenwerking tussen de KNMG en het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, het LPCP. Tijdens een feestelijke bijeenkomst op 18 mei werd de regeling officieel door de

voorzitters van beide verenigingen, Mevr. Y. Koster-Dreese van het LPCP en de heer W. H. Cense van de KNMG, ondertekend. In haar toelichting betoonde mevr. Koster zich namens het LPCP buitengewoon verheugd met de totstandkoming van de regeling. Hoewel de patiënt al een stuk mondiger geworden is dan vroeger verkeert deze tegenover de positie van de arts en diens voorsprong in kennis toch vaak nog in een kwetsbare positie. 'Het is goed dat de rechten van de patiënt, maar ook diens plichten nu in een regeling zijn vastgelegd', aldus mevr. Koster.

Cense zei in zijn toelichting onder meer dat met de formulering van de relatie arts-patiënt, een roerige episode in de relatie hulpvra-

OFFICIEEL

gers/hulpaanbieders was afgesloten. Cense: 'We spreken nu gelukkig weer over de relatie arts-patiënt, waarin ik de traditionele ondertoon herken van beiderzijds vertrouwen. Een wederzijds vertrouwen nu echter gebaseerd op de uitgangspunten van gelijkwaardigheid. En deze wederzijdse vertrouwensrelatie is de basis voor de modelovereenkomst arts-patiënt die we vandaag zullen ondertekenen. Donabedian, de grondlegger van het moderne kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg, stelt dat de arts-patiëntrelatie de essentiële basis is waarop zich alle medisch-technische handelingen en behandelingen dienen af te spelen. Pas dan is er sprake van kwalitatief goed handelen. Zeker wat de relationele aspecten betreft en voor een deel ook de organisatorische aspecten heeft de KNMG gezamenlijk met het LPCP getoond, door middel van de ondertekening van het modelcontract, de verantwoordelijkheid te kunnen en te willen die de samenleving anno 1990 van hen vraagt.' Cense besloot zijn korte toelichting met een vraag: 'In het kader van onze gezamenlijke verantwoordelijkheid stel ik mij voor dat in de toekomst ook overleg gevoerd gaat worden over de vraag mag alles wat kan en vooral moet alles wat kan in de geneeskunst. Hoever gaan we daarin? Ik ben daarbij van mening dat de vraag en het verlangen naar, wat ik dan maar noem 'welzijnsgeneeskunde', nooit ten koste zal mogen gaan van de echte noodzakelijke



KNMG-voorzitter W. H. Cense (links) en Mw. Y. Koster-Dreese van het LPCP overhandigen elkaar de modelregeling arts/patiënt.

gezondheidszorg. Ik hoop en verwacht dat de regeling die we zo dadelijk zullen ondertekenen een belangrijke en blijvende stap vooruit is in onze relatie tot elkaar, de relatie arts-patiënt.'

KNMG

Informatiemarkten voor medische studenten

Onlangs organiseerde de KNMG opnieuw een aantal informatiemarkten voor medische studenten. Doel van deze informatiemarkten is om medische studenten al in een vroeg stadium kennis te laten nemen van de activiteiten van de KNMG en de beroepsverenigingen die gericht zijn op de studenten en op de jonge afgestudeerde arts. Naast de KNMG en de beroepsverenigingen is ook een aantal verzekeringsmaatschappijen aanwezig die traditioneel al een specifieke binding met de medische beroepsgroep hebben, zoals OLMA, VVAA, Movir DTO en Artsen Onderlinge.

Dat deze informatiemarkten in een grote behoefte voorzien is duidelijk gezien de grote opkomst van medische studenten. Ook in het komende studiejaar zal de afdeling ledenservice van de KNMG informatiemarkten organiseren op een aantal medische faculteiten. Bijgaand een foto-impressie van de informatiemarkt in Utrecht, die in mei jl. werd gehouden. Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de KNMG, telefoon: 030-823201.

