

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofredacteur
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltöfen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*
Redactieadres
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw dr C. Vermeulen-Meiners
Secretariaat bestuur
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 179,50 (inclusief BTW); België 3.600 Bfr; overige landen per zeepost: f 295,-/per luchtpost: f 415,-; studenten-niet-KNMG-leden f 67,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238
(mw A. van de Meent- van den Ham)
telefax 03465-54287

Advertenties

- Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58222/58244
(P.P.J. Verhoeff/J.H. Fleury)
telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58245
(mw M. Nadorp) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
- mw drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

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 de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 11 november 1994

MEDISCH CONTACT

1415 C. Spreeuwenberg

Verplichte koppeling opheffen?

1417 Th.M.G. van Berkestijn

Afronding besluitvorming met betrekking tot de structuur van de KNMG. De koppeling en de restgroepen

1419 Sabine E. Wildevuur

R. Meerhof: "De NP/CF als 'derde' partij." Een marktgerichte houding

1422 J. Verhoef

Medische microbiologie. Een vak apart?

1424 P.J. van der Ham

Transmurale zorg en artsennlaboratoria. Een nieuw vakgebied tussen huisarts en specialist

1426 D.Post

Huisartsennlaboratorium past niet in het concept van transmurale geneeskunde. Een commentaar

1428 G. van der Wal en F.C.B. van Wijmen

Euthanasie in China volop in discussie

1429 Honglin Wang

De zaak-Hanzhong. De eerste euthanasiezaak in China

1436 Yvonne Winants

KNMG-congres 1994. Indirecte communicatie in de fase van de co-assistentenschappen

En verder:

- 1414 Brieven • 1416 Voorzitterscolumn LVSG •
- 1423 Praktijkperikel • 1434 Arts en recht • 1438 Officieel •
- 1444 Agenda •

K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.



Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' 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 wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Wetenschap?

ONDER MEER OP wetenschapstheoretische gronden dient de wijze waarop Leenen (MC nr. 33-34/1994, blz. 1041) omgaat met de destijds (MC 1977) door hem zelf (met uitsluiting van discussie) volkomen speculatief gelanceerde termen 'pre-embryo's' en deszelfs 'beschermwaardigheid' te worden afgewezen, omdat deze aanduidingen geen enkele aangetoonde wetenschappelijke grond of waarde hebben en slechts een speculatieve juridisering inhouden van een in essentie niet-juridische probleemstelling.

Ootmarsum, oktober 1994
dr H. Blijham

Automatiseren kan ook eenvoudig en goedkoop

RE LAATSTE TIJD is er een aantal publikaties verschenen op basis van de dissertatie van Diana Delnoij waarin veel nadruk is gelegd op de vermindering van het inkomen van de huisarts door een daling van de gemiddelde praktijkpopulatie en de stijging van de normpraktijkkosten (MC nr. 36/1994, blz. 1109). Er is echter nog een ontwikkeling die het inkomen van de huisarts heeft beïnvloed. In de huisartspraktijk in Lent is onlangs het tiende jaarverslag verschenen.¹ Uit de jaarverslagen van de laatste tien jaar bleek dat de gemiddelde geplande consultduur-tijd (het aantal geplande consulten per tijdseenheid) is toegenomen van ruim 6 minuten in 1984 tot bijna 10 minuten in 1993. Het gemiddeld aantal consulten per patiënt is toegenomen van 2,1 in 1984 naar 2,9 in 1993; dit betekent, dat er een toename van consulttijd per patiënt per jaar werd gevonden van ruim 13 minuten in 1984 naar bijna 29 minuten in 1993. Als wordt gekeken naar de stijging van het totale praktijkinkomen in dezelfde periode, wordt in 1993 per 'consult-uur' ongeveer 12% minder verdiend dan tien jaar geleden. Het zou interessant zijn te onderzoeken of en in welke mate deze ontwikkelingen zich op dezelfde wijze hebben voorgedaan in

andere praktijken. Als tevens wordt gekeken naar de toename van de hoeveelheid niet direct patiëntgebonden activiteiten in de huisartspraktijk, wordt de noodzaak van een goede praktijkorganisatie, afschermen van oneigenlijke taken en een optimale delegatie naar de praktijkassistente in ieder geval in onze praktijk nog eens duidelijk onderstreept.

Lent, september 1994
W.J.H.M. van den Bosch, huisarts

Literatuur

1. Bosch W van den, Serrarens A, Lisdonk E van de. Huisartspraktijk Lent. Jaarverslag 1993. Lent, 1994

Loon naar werken

DE GELMATIG ONTVANG IK informatie over manieren om de huisartspraktijk geheel te automatiseren. Computers staan bol van de noviteiten en de mogelijkheden zijn enorm. Tegenover de kosten van deze toch ruime investering staat slechts een gedeeltelijke vergoeding door de verzekeraar, mits men gebruik maakt van de medische module. Laat deze module nu net niet

de reden zijn van een mogelijke overstap naar een digitale praktijk: automatiseren is niet direct een hobby van me, maar desondanks zag ik enkele jaren geleden wel het noodzakelijke gebruik van een computer in, voornamelijk om de maandelijkse particuliere patiëntennota's te verwerken. Voorwaarde voor onze nieuwe huisvriend zou een vriendelijke opstelling en loyaliteit aan een beginnende, dus stuntelende, gebruiker moeten zijn. Een vriend die in de automatisering werkte schreef voor mij een computerprogramma 'op maat', uitsluitend bedoeld om de dagelijkse verrichtingen in de computer in te voeren en deze aan het einde van de maand te verwerken tot nota's. Aldus geschiedde, en sindsdien heeft m'n computer zich ruimschoots terugverdiend door tijdwinst en een veel efficiëntere debiteurenadministratie. Een onderhoudscontract is overbodig. Als printer functioneert een goedkope, doch stevige matrixprinter, die moeiteloos de nota's met aangehechte acceptgiro's verwerkt. De hele toepassing heeft me inclusief PC en printer nog geen 5.000 gulden gekost, waarvan in drie jaar tijd ruim de helft nog eens terugvloeit via de belastingaftrek.

Paterswolde, oktober 1994
H.H. Wit, huisarts

Bij de voorplaat

Magische geneeskunde

De Dordtse medicus Daniël Jonctys (1611-1645), later uitgeweken naar Rotterdam omdat de Dordtse kerkeraad het met zijn ideeën niet kon vinden, heeft een belangrijke rol gespeeld in het 17e-eeuwse grensverkeer tussen de domeinen van de natuurlijke en de bovennatuurlijke geneeskunde. Zijn uiterst boeiende 'Verhandeling der toover-siekten, Geschil van de schoot en steekvrije, Geschil van de Wapensalve, Paracelsi Vrije-konst en van de krachten des ingebeeldings', verschenen in 1638 te Dordrecht en gebaseerd op de werken van de Wittenbergse hoogleraar Daniël Sennert, vormt bijna een encyclopedie van alle magische en occulte praktijken die in de 17e-eeuwse medische praktijk werden gevonden. De titelprent geeft twee van die praktijken weer. Rechtsboven is een tafereel te zien waarin een naakte lijderes, ondersteund door een helper die met een stokje de zetel van de kwaal aanwijst, wordt 'beleden' door de genezer, die uit een toverboek de daartoe geëigende formules uitspreekt. Het hoofdtafereel verplaatst ons naar de ziekenkamer, waar een bezweerder of exorcist zijn ritueel uitvoert om de kwa-

de geest uit te bannen. De zieke, wiens toestand door een bijstander wordt betreurd, ligt in een beddekoets en kan van het eigenlijke optreden van de duivel-banner weinig waarnemen. De hoofdrolspeler zelf, gewapend met staf en formuleboek, drapeert schedels en knokkels om en om op de getrokken cirkel, waarbinnen hij zich veilig mag weten tegen de woede van de demon die weldra uit de patiënt zal worden verdreven. De letters TM, aanduiding van het Tetragrammaton of de vier letters waarmee in de Joodse religie en Kaballa de godsnaam wordt weergegeven, moeten een extra bescherming bieden tegen het geweld dat de boze macht op zijn belager kan uitoefenen. Wie zich realiseert dat deze magische geneeskunde in de 17e-eeuw nog op ruime schaal werd geëxerciseerd - getuige ook de strijd die in kerkelijke kring tegen deze praktijken werd gevoerd - krijgt een evenwichtiger beeld van het medisch leven in de Republiek, dat maar al te vaak als een broedvat van rationaliteit en natuurhistorisch realisme ten tonele is gevoerd. •

prof.dr M.J. van Lieburg

Verplichte koppeling opheffen?

VRIJDAG 18 NOVEMBER legt het hoofdbestuur aan de 212de Algemene Vergadering het 'voorgenomen besluit' voor de verplichting tot horizontale en verticale koppeling van lidmaatschappen op te heffen en andere organisaties dan de huidige vier beroepsverenigingen als federatiepartner toe te laten. Zou dit voorstel in 1995 tot een echt besluit worden verheven, dan is daarmee een einde gekomen aan de situatie dat iemand die lid is van een beroepsvereniging tevens lid moet zijn van de KNMG en omgekeerd, de zogeheten *verticale* koppeling. Bovendien is iemand die als huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige in dienstverband werkt dan niet meer verplicht lid te zijn van de LSV, LHV of LVSG enerzijds en de LAD anderzijds, de zogeheten *horizontale* koppeling.

Het voorstel van het hoofdbestuur vormt een opzienbarende stap in de ontwikkeling van de KNMG sinds de Algemene Vergadering op 25 april 1986 de Leidse afgevaardigde Zecha volgde in zijn motie "alle maatregelen te nemen die leiden tot een hechtere aansluiting van alle artsen, artsorganisaties en -geledingen in het algemeen en tot een betere communicatie en coördinatie tussen de KNMG, de LAD, de LSV en de LVSG in het bijzonder, om enerzijds beter in staat te zijn een slagvaardig en effectief beleid naar buiten te voeren en anderzijds de artsen daarmee te motiveren de geledingen te sluiten".

De eerste concrete stap is in 1990 gezet toen het takenpakket van de KNMG werd vastgesteld en de Algemene Vergadering paritair werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen en de regionale KNMG-afdelingen. Het hoofdbestuur is sindsdien voor de helft samengesteld uit acht vertegenwoordigers van de KNMG-afdelingen en twee representanten van elke beroepsvereniging. In 1990 werd afgesproken de structuurwijziging na enige tijd te evalueren en tot die tijd het koppelingsvraagstuk en het vraagstuk hoe artsen die niet zijn onder te brengen in een bestaande functionele beroepsvereniging een 'dak' kan worden geboden, te laten liggen. Nu dit jaar de evaluatie plaats zou vinden, moesten deze vraagstukken worden opgepakt en moest er tevens een oplossing worden gezocht voor de dalende organisatiegraad van de KNMG. Begin 1994 is aan de vakgroep Methoden van de Katholieke Universiteit Nijmegen gevraagd een onderzoek uit te voeren. Na interviews met 22 sleutelpersonen en een

studieweekend van het hoofdbestuur is besloten een strategische toekomstverkenning via de methodiek van het scenario-onderzoek uit te voeren. Het hoofdbestuur heeft dit onderzoek - daarbij ondersteund door de Nijmeegse onderzoekers - in eigen kring uitgevoerd. In het scenario-onderzoek werden 'driving forces', fundamentele ontwikkelingen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de interne structuur van de KNMG, geïdentificeerd. De leden van het hoofdbestuur benoemden als zodanig de vraag of er in de toekomst economische groei of krimp (voor de sector) zal zijn en de vraag of er sprake zal zijn van individualisering of van collectivisering. Van de vier hierop gebaseerde scenario's werd het scenario met zowel economische krimp als individualisering het meest waarschijnlijk geacht. Vervolgens werden de effecten op het stelsel

C. Spreeuwenberg

van de gezondheidszorg ten gevolge van dit scenario ingeschat. Zo vonden de hoofdbestuursleden dat de maatschappelijke tendens tot individualisering - zeker in een economisch ongunstig klimaat - allerlei negatieve consequenties voor patiënten en andere afhankelijk kan hebben.

Na deze strategische verkenning is nagegaan welke de consequenties zouden moeten zijn voor het takenpakket van de KNMG. Zo werd geredeneerd, dat de genoemde negatieve consequenties de KNMG kunnen dwingen publiekelijk aan de rem te trekken en intern zodanige gedragsregels op te stellen dat, voor zover in het vermogen van artsen liggend, de toegankelijkheid van bepaalde zorg kan worden gegarandeerd. Uit de discussies kwam naar voren dat het huidige takenpakket geen fundamentele wijzigingen dient te ondergaan. Voor taken als de bevordering van de doelmatigheid van het stelsel van gezondheidszorg, de coördinatie van de taken van de beroepsverenigingen, de bepaling van medisch-ethische standpunten en de bemoeienis met wetgevingsvraagstukken moet de KNMG zich zelfs nog meer gaan inspannen.

Wil de KNMG met gezag voor de belangen van de volksgezondheid kunnen opkomen en dus een publieke functie vervullen, dan moet ze daartoe gelegitimeerd zijn door als representatieve organisatie te worden herkend. Om dit te bereiken is nodig dat de KNMG een grote organisatiegraad heeft. Dit laatste valt in een tijd dat ook onder artsen de individualiserings-tendens toeslaat niet mee. In deze tijd wil niet

iedere arts die lid wil worden van de KNMG of één van de beroepsverenigingen worden gedwongen tegelijkertijd nering te doen bij een andere vereniging. Dit aspect van individualisering vormt de achtergrond van het voorstel de gedwongen verticale (en horizontale) koppeling af te schaffen. Natuurlijk wil het hoofdbestuur geen ontkoppeling. Daarom wil het het lidmaatschap van de KNMG aantrekkelijker maken door naar buiten toe als eenheid te opereren, de presentatie van het KNMG-beleid te verbeteren en individuele ledenservice mogelijk te houden.

Hoe nobel de achterliggende motieven ook zijn, de vraag is of het voorstel verticaal te ontkoppelen verstandig is. Laten we eerlijk zijn: niet iedereen krijgt rode oren van onderwerpen als ethiek, gezondheidsrecht en doelmatigheid. Het abstractiegehalte van veel onderwerpen waarmee de KNMG zich moet bezighouden is hoog. De ontwikkelingen in de honoraria brengen met zich mee dat artsen allicht in de verleiding komen op enig moment de stijgende kosten van het lidmaatschap van beroepsverenigingen te compenseren door het lidmaatschap van de KNMG op te zeggen. Het hoofdbestuur als geheel, dus inclusief de vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen, heeft onderstreept dat er in Nederland één overkoepelende organisatie voor alle artsen moet zijn en dat de KNMG zich in versterkte mate bezig moet houden met taken die de belangen van de afzonderlijke beroepsverenigingen overstijgen. Waarom houden de beroepsverenigingen - nu ze achter deze zienswijze op de KNMG staan - hun leden niet voor dat het lidmaatschap van hun vereniging niet los kan staan van dat van de KNMG? Zo'n stellingname is dan toch goed te verdedigen? Door zo positie te kiezen, zouden de beroepsverenigingen demonstreren dat ze verantwoordelijkheid willen dragen voor het wel en wee van de KNMG. Tegemoet komen aan individuele wensen van leden kan toch ook te ver doorschieten? Door nu al een 'voorgenomen besluit' te nemen, wordt een nauwelijks omkeerbare weg ingeslagen. Als het motief voor de koerswijziging is recht te doen aan de mondigheid van de leden, kan het standpunt toch moeilijk worden veranderd als de komende maanden bij de ledenraadpleging blijkt dat het ledenverlies te groot wordt. Getuigt het niet van wijsheid als de Algemene Vergadering de opdracht geeft de consequenties te inventariseren, alvorens ze besluit zich een zo verstrekkend besluit voor te nemen? •

Mooi of breed

HET COLLEGEBSLUIT no. 1 van 1994 om in de toekomst twee hoofdstromen binnen de sociale geneeskunde te onderscheiden, *occupational medicine* en *community medicine*, zal voor de sociale geneeskunde meer gevolgen hebben dan aanvankelijk werd ingeschat. Vooral binnen de community medicine (er is helaas nog geen betere Nederlandse naam) zal veel gaan veranderen.

Tot de community medicine worden de deskundigheidsgebieden jeugd-gezondheidszorg, algemene gezondheidszorg, TBC-bestrijding, medische milieukunde, sociale geneeskunde zonder takaanduiding en sportgeneeskunde gerekend, alsmede alle nog in ontwikkeling zijnde taakvelden met zorg voor bepaalde groepen in de samenleving die zich verwant voelen met de community medicine.

De ontwikkeling van al deze specialismen is mede de aanleiding tot het collegebesluit. Er ontstonden steeds meer takken en twijgjes binnen de sociale geneeskunde die - alhoewel nuttig voor de samenleving - weinig relatie meer tot elkaar vertoonden. Voor buitenstaanders was het niet meer mogelijk aan te geven wat sociale geneeskunde nu eigenlijk inhield. Er was behoefte aan meer duidelijkheid. Waar kun je een sociaal-geneeskundige op aanspreken? Wat kun je van hem of haar verwachten?

Eén van de kernpunten van de sociale geneeskunde is het signaleren, registreren, analyseren van en interveniëren bij belangrijke nieuwe volksgezondheidsproblemen. Dit vereist mobiliteit en flexibiliteit van de beroepsgroep. Door het huidige systeem van specialisering werd dat steeds lastiger. Er bleek een steeds grotere behoefte aan 'all round' -opgeleiden en daar waar men ook met een geringe specialisatie kon volstaan, liet men dat na. Daardoor kon de situatie ontstaan zoals we die nu kennen.

Veel werkzaamheden binnen de sociale geneeskunde worden thans door basisartsen verricht. Deze artsen zijn slechts ingewerkt voor een beperkt deel van het vakgebied. Vaak krijgen

zij later alsnog behoefte aan verdere opleiding, wat door wachttijden en hoge kosten niet makkelijk is te realiseren. In het rapport 'Artsen buiten curatieve zorg' wordt uitvoerig ingegaan op deze problematiek.

Vroeger was het basisjaar van de opleiding tot sociaal-geneeskundige voor allen een gezamenlijk jaar met vakken als epidemiologie, statistiek, sociologie, wetgeving op het gebied van volksgezondheid en milieu, omgaan met groepen, conflicthantering en samenwerken. Daarna volgde de meer specifieke taakopleiding. Door diverse oorzaken is er in de jaren zeventig voor gekozen alle takken en twijgjes apart op te leiden. Weg was de gezamenlijkheid, maar er kwam

H.A. Bouwman

hierdoor ook meer ruimte voor de noodzakelijke specialisering en verdieping van het eigen vakgebied.

Het tweestromenbesluit biedt de mogelijkheid voor een nieuwe opleiding community medicine. De Netherlands School of Public Health heeft via een breed samengestelde commissie een conceptadvies het licht doen zien dat als uitgangspunten heeft:

- een brede wetenschappelijke onderbouwing (nodig voor vraagstukken de volksgezondheid betreffende);
- een praktijkopleiding van de sociaal-geneeskundige, die evenals het cursorisch onderwijs gestructureerd moet worden volgens het zogenoemde meester-gezelmodel;
- een brede basis, maar ook het voorbereiden op de specifieke functies van artsen in de community medicine;
- aansluiting bij de Europese wetgeving en erkenning.

Dit alles zou kunnen plaatsvinden in een periode van vier jaar.

De opleiding bestaat uit drie pijlers: de *kern*, voor iedereen verplicht; het *profiel*, verplicht als men in een bepaald vakgebied (jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, etc.) wil werken; en het *kenzedeel* voor de speciale interesses van de opgeleide.

De geschetste opleiding ziet er op het eerste gezicht aantrekkelijk uit, de gezamenlijkheid is terug en het meester-

gezelmodel is duidelijk. De toekomstige managers in de gezondheidszorg zullen beter beslagen ten ijs komen. Maar er is ook een aantal mensen dat mogelijk door datzelfde ijs zal zakken. Voor hoeveel sociaal-geneeskundigen in deze richting, is de maatschappij bereid deze gedegen opleiding te financieren? In het voornoemde concept wordt één groep per jaar opgeleid. Dit is minder dan een derde van wat er nu jaarlijks in opleiding gaat.

Waar moeten we naar streven: alle sociaal-geneeskundige functies bezet door opgeleiden in de community medicine? Of moeten we kiezen voor deelcertificaten voor bepaalde taken? Kwalitatief zal de nieuw opgeleide community medicine-artsen beter zijn uitgerust om diverse taken binnen de community medicine te verrichten. Maar zal deze kwaliteit wel voldoende worden afgenomen? Zullen we niet met nog meer niet-opgeleide basisartsen in de diverse functies de toekomst ingaan? Is het beter naar hoge kwaliteit te streven of naar voldoende kwaliteit? Moeten we niet proberen ook over de volle breedte voldoende kwalitatief werk te leveren, met name bij functies waar het individuele cliënt-contact voorop staat? Dit ontwikkelde model van hoge kwaliteit kan alleen functioneren als ook de basisartsen die werkzaam zijn op het gebied van de community medicine gecertificeerde modules kunnen volgen, die meetellen als zij te zijner tijd de mogelijkheid krijgen om in opleiding te gaan, door een 'zij-instroom' te creëren. De wetenschappelijke verenigingen zullen moeten aangeven wat voor de verschillende vakgebieden binnen de community medicine verplichte 'profiel'-modules zijn. Voorwaar, er is nog zeer veel werk aan de winkel voor artsen binnen de community medicine. En zullen we die maar gewoon sociaal-geneeskundigen blijven noemen? Voor artsen werkzaam in de occupational medicine lijkt de naam 'arbeidsgeneeskundige' dan voor de hand te liggen. •

mv H.A. Bouwman, voorzitter LVSG

Afronding besluitvorming met betrekking tot de structuur van de KNMG

De koppeling en de restgroepen

Een samenvatting van het voorstel van het Hoofdbestuur met betrekking tot het vraagstuk van de koppeling en de restgroepen, zoals toegezegd in de Algemene Vergadering van 14 juni. Het voorstel wordt behandeld in de Algemene Vergadering van 18 november.

ZOALS BEKEND HEEFT de KNMG in 1990 een structuurwijziging ondergaan. De KNMG bleef een vereniging van individuele artsen, maar werd daarnaast een federatie van de vier beroepsverenigingen met een zogenoemde verticale en horizontale individuele en verplichte koppeling van lidmaatschappen. De verticale koppeling houdt in, dat elk lid van een beroepsvereniging automatisch ook lid is van de KNMG. De horizontale koppeling houdt in, dat elk lid dat voldoet aan de lidmaatschapscriteria van meerdere beroepsverenigingen ook verplicht lid van die beroepsverenigingen is. Artsen die niet aan het lidmaatschaps criterium van LHV, LSV of LVSG voldoen, hebben binnen de KNMG geen eigen functionele* beroepsvereniging en zijn indien zij in dienstverband zijn ofwel lid van LAD en KNMG, ofwel alleen lid van de KNMG. De niet in een eigen functionele beroepsvereniging onder te brengen artsen met een eigen specifiek beroepsprofiel worden aangeduid met de term 'restgroepen'.

Ten tijde van het ingaan van de nieuwe structuur werden het niet kunnen onderbrengen van sommige restgroepen en de verplichte individuele koppeling als een probleem gevoeld, waarvoor echter op dat moment geen oplossing voorhanden was. De verplichting tot individuele koppeling wordt door veel leden als onjuist gezien. Hoewel deze opvatting begrijpelijk is, achtte het Hoofdbestuur het bestaan van gekoppelde lidmaatschappen van zeer groot belang. Immers, de takenpakketten van KNMG en beroepsverenigingen vormen een elkaar aanvullend totaalpakket voor de medische beroepsuitoefening in Nederland. Dat gezamenlijke takenpakket is indertijd vastgesteld door de Algemene Vergadering. Met betrekking tot de restgroepen werd uitgesproken dat een modus

moet worden gevonden om ook die aan de federatie te binden. Afgesproken is toen een beslissing over de beide onderwerpen uit te stellen tot na een evaluatie van de nieuwe structuur, die inmiddels heeft plaatsgevonden. Deze evaluatie heeft niet geleid tot goed onderbouwde beleidsvooremens over de restgroepen en de koppeling. Een van de belangrijkste redenen daarvoor was dat onbekend is hoe de leden, maar ook hoe de niet-leden, in het land over deze materie denken en bovendien de effecten van beleidswijzigingen met betrekking tot deze items niet goed waren in te schatten. Besloten werd derhalve een extern onderzoeksinstituut te vragen een zogeheten diepte-onderzoek onder leden en niet-leden te verrichten. De keuze viel op de vakgroep Methoden en Technieken van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Na een aantal besprekingen met de onderzoekers werd duidelijk dat een goed onderzoek pas plaats kan vinden als duidelijk is welke koers de KNMG in de komende decennia denkt te varen. Daartoe werden door het Hoofdbestuur samen met de onderzoekers toekomstscenario's ontwikkeld.

Bouwstenen voor een strategisch plan voor de KNMG*

Bij de keuze van het opstellen van de bouwstenen voor een strategisch plan werd gekozen voor een scenario waarin individualisering in de samenleving gepaard gaat met een situatie van te weinig economische groei voor de gezondheidszorg. Hieruit zijn op basis van een aantal indicatoren effecten op het functioneren van de gezondheidszorg afgeleid. Aan de hand van deze effecten op het systeem van gezondheidszorg is vervolgens vastgesteld wat dit betekent voor het functioneren van een artsorganisatie in het algemeen en specifiek voor het huidige takenpakket van de KNMG. Uit dit alles volgt een aantal uitgangspunten voor de organisatiestructuur. Met behulp van deze uitgangspunten kan worden vastgesteld of structuurwijzigingen in overeenstemming zijn met het strategische be-

leidsplan. Deze uitgangspunten zijn:

a. Realisering mission statement en takenpakket

Analyse van het economische krimp/individualiseringsscenario geeft geen aanleiding tot fundamentele wijziging van het huidige mission statement van de KNMG noch van het huidige takenpakket.

b. De koppelingen

Bij de keuze van een scenario is vastgesteld dat de kans groot moet worden geacht dat er in de toekomst sprake zal zijn van te weinig economische groei voor de gezondheidszorg en individualisering. De organisatiestructuur van de KNMG zal daarmee rekening dienen te houden. Het handhaven van *verplichting* van individuele koppelingen lijkt in tegenspraak met de algemeen maatschappelijke individualiseringstendenzen, waarin juist de individuele vrijheid, autonomie en rechten voorop staan. Omdat de KNMG echter ook in de toekomst in samenwerking met de beroepsverenigingen een totaalpakket moet blijven aanbieden, zullen in geval de verplichting tot koppeling wordt losgelaten, incentives dienen te worden gecreëerd die vrijwillige koppeling aantrekkelijk maken.

Er dient op te worden gewezen dat het opheffen van de verplichting tot individuele verticale koppeling veel grotere gevolgen heeft voor de KNMG dan voor de beroepsverenigingen.

c. Organisatiegraad

In het gekozen scenario valt ook te verwachten dat de organisatiegraad verder afneemt. Dit heeft consequenties voor de legitimiteit van de KNMG als vertegenwoordiger van alle artsen. De KNMG moet dus ook de niet binnen de KNMG georganiseerde artsen aan zich trachten te binden. Bij het loslaten van de verplichte koppelingen lijkt dit des te meer dwingend teneinde het financiële draagvlak van de KNMG te vergroten. Dit betekent dat er mogelijkheden moeten worden gecreëerd om meer artsen toe te laten tot de KNMG. In een pure federatiestructuur betekent dit dus dat er meer federatiepartners moeten kunnen worden toegelaten. Hiertoe moeten heldere formele en materiële criteria worden geformuleerd.

d. KNMG als eenheid op strategisch niveau
Vanuit het gekozen scenario valt te verwachten dat er een sterkere druk ontstaat om de doelmatigheid van het gezondheidszorgstelsel verder te vergroten. Dit be-

* Met het epitheton 'functioneel' wordt hier niet bedoeld dat de LAD voor haar leden geen functionele taken vervult.

** In het kader van dit artikel moest dit hoofdstuk worden samengevat. De volledige tekst is opgenomen in het Rapportenboekje.

tekent dat de medische wereld zich op strategisch niveau meer als eenheid zal moeten gaan bewegen. Daarom moet de KNMG haar legitimiteit behouden door een hoge organisatiegraad en het functioneren als eenheid.

e. KNMG als maatschappelijke organisatie

In alle scenario's, en zeker ook in het gekozen scenario, is een rol weggelegd voor een artsorganisatie die de maatschappelijke legitimiteit van de medische professie bevordert. Daarbij dient de KNMG zich op te werpen als een organisatie die een deel van het algemeen maatschappelijk belang behartigt (een kwalitatief goede gezondheidszorg). Door duidelijk te maken dat de beroepsgroep het waard is deze rol in de samenleving te vervullen - door zorg voor de opleidingen, kwaliteitssystemen, gedragsregels, medisch-ethische standpunten, etc. - wordt de legitimiteit van de professie en tegelijkertijd de positie van de beroepsgroep verder versterkt. Deze maatschappelijke rol van de KNMG vindt onder meer uitdrukking in een cluster van taken dat als 'semi-publiekrechtelijk' kan worden gekenschetst, waarbij soms zelfs een specifiek wettelijk kader is gecreëerd waarbinnen onderdelen van de KNMG functioneren (denk bijvoorbeeld aan de Wet BIG en de komende regelgeving op het gebied van de reclame voor geneesmiddelen). Om in beelden te spreken: op dit terrein komt het 'koninklijke' in de naam van de KNMG duidelijk naar voren.

f. Herkenning individueel lid in de KNMG
Het individuele lid dient zich in de KNMG te kunnen herkennen, met name individuele ledenservice moet mogelijk blijven.

g. Democratische verenigingsstructuur
De nieuwe structuur dient inbreng van individuele leden te waarborgen; de verenigingsstructuur wordt ook door de wetgever van belang geacht als draagvlak voor de publiekrechtelijk taken van de KNMG.

Voorstel van het Hoofdbestuur met betrekking tot de koppeling en de restgroepen

Het Hoofdbestuur wil aan de Algemene Vergadering met betrekking tot de koppeling en de restgroepen op grond van de volgende inhoudelijke overwegingen twee voorgenomen besluiten voorleggen: één over de koppeling en één over de restgroepen. De voorgenomen besluiten zouden in daadwerkelijke besluiten kunnen worden omgezet als er voldoende gegevens beschikbaar zijn om de gevolgen van deze besluiten te overzien. Toetssteen daarbij zou moeten zijn de continuïteit van de KNMG als de artsorganisatie in Nederland, zoals omschreven in het Mission Statement.

1. De koppeling

Het Hoofdbestuur is van mening dat een individuele *verplichting* tot koppeling niet meer past in deze tijd. Dit betekent niet dat de koppeling als zodanig ter discussie

wordt gesteld. Integendeel: het Hoofdbestuur acht het bestaan van gekoppelde lidmaatschappen van zeer groot belang. Immers, de takenpakketten van KNMG en beroepsverenigingen vormen een elkaar aanvullend totaal pakket voor de medische beroepsuitoefening in Nederland. Het meent echter, dat stimulering en incentives een beter instrument zijn om koppeling te bevorderen dan dwang. Bij deze incentives kan op individueel niveau worden gedacht aan contributievoordelen als men gekoppeld lid is van meer verenigingen binnen de federatie. Wanneer de mogelijkheid van ont koppeling van lidmaatschappen een feit zal zijn geworden, is het niet onmogelijk dat er verschuivingen in de ledenaantallen ontstaan. Denkbaar is, dat van sommige beroepsverenigingen op een (on)zeker moment in de toekomst nog een beperkt aantal leden ook lid is van de KNMG. Dat zou op dat moment vragen kunnen oproepen over het evenwicht van de bestuurlijke inbreng van de federatiepartners in de KNMG. Zonder op dit moment in te gaan op mogelijke oplossingen, is een belangrijke randvoorwaarde dat ook in de toekomst een hanterbaar evenwicht blijft bestaan tussen de federatiepartners en dat er een evenwicht bestaat tussen de bestuurlijke, organisatorische en financiële relaties tussen federatiepartner en federatie. Alvorens de voorgenomen besluiten in feitelijke om te zetten, zal er ook duidelijkheid moeten zijn geschapen over de oplossing van bovengenoemd probleem, mocht het zich daadwerkelijk voor doen. Dat laatste is lang niet zeker. Immers, uitgangspunt is dat vrijwillige koppeling van lidmaatschappen duidelijk zal worden gestimuleerd.

Het is niet de bedoeling nu al in detail in te gaan op de uitwerking van dergelijke voorstellen. Eerst wil het Hoofdbestuur besluitvorming van de Algemene Vergadering over het in dit voorstel opgenomen beginsel van stimuleren van koppeling zonder verplichting.

Met betrekking tot met name de financiële consequenties van een vrijwillige koppeling wil het Hoofdbestuur nog het volgende onder de aandacht van de Algemene Vergadering brengen. Een veel gehoord motief voor ont koppeling is de gedachte dat het lid zijn van één vereniging goedkoper zal zijn dan de gekoppelde lidmaatschappen. Deze gedachtengang is aanvechtbaar. Immers, het totale takenpakket van KNMG en beroepsverenigingen bij elkaar opgeteld, moet worden uitgevoerd en gefinancierd uit de contributies. Dat die contributies worden opgebracht is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van KNMG en beroepsverenigingen. Bovendien kan het loslaten van de horizontale koppeling een verschuiving in het ledental van sommige verenigingen in de zin van ledenverlies tot gevolg hebben, hetgeen betekent dat het uitvoeren van hetzelfde takenpakket dezelfde lasten met zich meebrengt en dus de contributie verhoogd zou moeten worden.

Het behoeft geen betoog dat een niet goed

Mission Statement KNMG

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is de koepelorganisatie van en voor artsen in Nederland, die de kwaliteit van de beroepsuitoefening van artsen en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland bevordert en zich inzet voor de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van de artsen in Nederland.

gecoördineerd beleid met betrekking tot gemeenschappelijke zaken voor de artsen in Nederland zeer inefficiënt is en kostenverhogend zal werken. Vanuit die optiek is het belang van verticale en horizontale koppeling niet gelijk: de verticale koppeling heeft betrekking op gemeenschappelijke zaken voor alle artsen, de horizontale niet.

2. Restgroepen

Onder restgroepen wordt thans verstaan: de groepen artsen met een eigen specifiek beroepsprofiel die niet zijn onder te brengen in een bestaande functionele beroepsvereniging.

Het Hoofdbestuur is van mening dat de federatie, uiteraard pas na het formuleren van duidelijke formele en materiële criteria, kan worden uitgebreid en dat andere verenigingen dan de huidige federatiepartners tot de federatie zullen moeten worden toegelaten. Met betrekking tot deze toelatingscriteria zal pas in een volgende vergadering een voorstel aan u worden voorgelegd, omdat eerst ten principale een uitspraak wordt gevraagd van de Algemene Vergadering over dit beginsel.

3. Wijze van verdere besluitvorming

Het Hoofdbestuur zal, indien de Algemene Vergadering met deze beide principebeslissingen instemt, in de volgende Algemene Vergadering op basis van deze besluitvorming een meer concreet uitgewerkt voorstel aan u voorleggen. Voorts wil het Hoofdbestuur vervolgens over dit voorstel een ledenraadpleging houden en een raadpleging onder niet-leden om een zo betrouwbaar mogelijke voorspelling aan u te kunnen voorleggen over de consequenties van deze besluitvorming, met name met betrekking tot de keuze van individuele (potentiële) leden voor één of meer verenigingen binnen de federatie. Pas daarna zal definitief door de Algemene Vergadering worden besloten hoe de koppeling en de opbouw van de federatie uiteindelijk vorm zullen krijgen. Het Hoofdbestuur is van mening, dat de complementering van de nieuwe structuur op 1 januari 1996 kan worden ingevoerd. Voor een nader uitgewerkt stappenplan zij verwezen naar het Rapportenboekje. •

Voorzitter R. Meerhof:

“De NP/CF als ‘derde’ partij”

Sabine E. Wildevuur

R. Meerhof, voorzitter van de patiëntenvereniging NP/CF, is klaar voor de strijd. De ‘derde’ partij wil meepraten over de invulling van verantwoorde zorg. De verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling moet daarbij niet te zeer bij de patiënt worden neergelegd: “Die heeft vaak niets te kiezen.”

ALS RESULTAAT VAN de ontwikkelingen in de vorige kabinetsperiode is er een andere houding ontstaan, meer marktgericht. We kijken nu naar de zorg vanuit het perspectief van degene om wie het werkelijk gaat: de patiënt.” De voorzitter van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF), R. Meerhof, loopt al zo’n vijftien jaar mee in de patiëntenbeweging. Sinds september 1993 vervult hij zijn huidige functie bij de federatie, een samenvoeging van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, het Landelijk Overleg van Decentrale Patiënten/Consumenten Platforms en de Werkgroep 2000.

Positie waarmaken

Meerhof heeft zich, net als zoveel anderen, druk gemaakt over de stelselwijziging. In een korte terugblik op de afgelopen regeerperiode begint hij echter niet over de - voor de hand liggende - stelselwijziging, maar noemt hij als eerste de erkenning, ook door politiek Den Haag, van de patiëntenbeweging als ‘derde’ partij, naast de aanbieders en verzekeraars van de zorg. “De derde partij-positie is ons toegezegd, maar die positie moeten we ook waarmaken. Met het bepalen van kwaliteitsbeleid hebben we dat gedaan.” Het NP/CF wil samen met aanbieders concreet aan kwaliteitsbevordering werken. “Elkaar recht in de ogen kijken en aan een goede kwaliteit van zorg werken. Daarbij houden we ook de verzekeraars in de gaten: welke pakketten brengen ze? En we vergelijken die pakketten onderling.” Ook op regionaal niveau moet worden overlegd door de drie partijen. “De consument wil binnen een bepaalde straal van zijn woonplek de belangrijkste zorgvoorzieningen hebben. Het aanbod moet aansluiten op de vraag in de regio. De regionale partijen - de aanbieders, de verzekeraars en de patiënten - moeten met elkaar om de tafel om de behoefte aan zorg in de regio vast te stellen.”

Huisartsenklapper

Het kwaliteitsbeleid voor het individuele keuzegedrag moet in de komende regeerperiode meer aandacht krijgen, meent

Dit is het zesde interview in een reeks waarin diverse kopstukken die op enigerlei wijze invloed hebben op de gezondheidszorg, hun mening geven over de koers die in het regeerakkoord met deze sector wordt gevaren.

Meerhof. Patiënten en consumenten hebben, volgens hem, te weinig inzicht in kwaliteit en effect van zorg. Voorlichting en informatie zijn dan ook belangrijke items voor de toekomst. Als concreet voorbeeld van informatievoorziening noemt de NP/CF-voorzitter een nog te ontwikkelen huisartsenklapper. “Het is belangrijk om te controleren of zorg aan bepaalde criteria voldoet. Op grond daarvan kun je een instrument ontwikkelen zodat een patiënt beter kan kiezen. Een huisartsenklapper bijvoorbeeld, waardoor een patiënt informatie krijgt over specifieke aandachtsgebieden, specialisaties en kundigheden van een huisarts: huisarts A doet graag verloskunde, huisarts B is gespecialiseerd in chirurgie etc.” Op grond hiervan kan een patiënt tot een afgewogen en bewuste keuze van zorg komen.

‘Keuzen in de zorg’ is een onderwerp dat van de vorige regeerperiode doorloopt naar de huidige. Maar nog niets is daadwerkelijk uitgevoerd. De NP/CF is het niet eens met de drijfveren die de overheid lijkt te hebben bij het bepalen van keuzen: “Kijkt het kabinet primair vooral vanuit het kostenbeheersingsaspect, de NP/CF legt daarentegen vooral de klemtoon op het maken van inhoudelijk goede keuzen. De discussie over de breedte of smalle van het pakket wordt steeds ingesteld op die kostenbeheersing.” Interessant in dit verband is het NP/CF-project ‘Keuzen in de zorg’, met een andere insteek dan het Dunning-verhaal. Hieruit is duidelijk naar voren gekomen dat een goed geïnformeerde patiënt niet altijd de duurste keuze zal maken. De verantwoordelijkheid van de kostenontwikkeling moet dan ook niet te zeer bij de patiënt worden neergelegd.”

Volgens Meerhof moet het uitgangspunt zijn: Wat heeft iemand redelijkerwijs nodig? En welk effect heeft het onderbren-

gen van bepaalde zaken in een aanvullende verzekering voor mensen die niet uit vrije keuze vaker gebruik moeten maken van voorzieningen? De NP/CF heeft een voorkeur voor inkomensafhankelijke systemen. "Als een chronisch zieke veel gebruik moet maken van fysiotherapie is dat een kostbare zaak, vooral voor mensen die het niet zo breed hebben. Als samenleving moet je daar de prijs voor betalen."

Breed basispakket

De omvang van het basispakket moet worden versoberd door te trechteren naar het voorbeeld van Dunning. Uiteindelijk moet noodzakelijke en gepaste zorg als

formateur. Over die proeven waren we zeer ongelukkig door de ongenueanceerde uitlatingen over de tandheelkundige hulp en de fysiotherapie, die uit het pakket zouden moeten. Er staan nu hele goede punten in het akkoord." Meerhof zoekt 'the bright side of life'. "Als belangengroepering leg je zo vaak de nadruk op wat *niet* goed is. Wij willen nu eens zeggen wat we *wél* goed vinden, maar we zullen goed in de gaten houden of de regering zich daar ook daadwerkelijk aan houdt." De regering kiest voor het stimuleren van cliëntgebonden budgetten en het wegnemen van de wettelijke belemmeringen daarvoor. De patiëntenbeweging heeft lang gestreden voor het kunnen kiezen

maken van gezondheidszorgvoorzieningen te confronteren met allerlei cumulatieve effecten van de eigen bijdragen: de AWBZ, de thuiszorg en nu ook de 'lokale' Wet Voorzieningen Gehandicapten. Wij houden graag de solidariteit tussen de zieke en de gezonde mensen in stand." Meerhof beschouwt het eigen risico als een soort belastingmaatregel: noodzakelijk maar niet prettig. Het invoeren van een eigen risico alléén zal, zijns inziens, niet voldoende zijn om de zorgconsumptie terug te dringen. "Die moet je beïnvloeden door goede informatie over verantwoord keuzegedrag."

Met een nog in te voeren convergentiewet zullen de ziekenfonds en particulier verzekeren op één lijn worden gesteld. De NP/CF vreest evenwel dat er toch weer een systeem met schotten zal ontstaan. Hij noemt de overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ als voorbeeld. Zodoende zou weer een schot ontstaan tussen wat langdurig intramuraal en wat extramuraal moet geschieden. "Het zou nu juist een uitdaging zijn als het kabinet met enerzijds de convergentiewet en anderzijds het cliëntgebondenbudget tot een continuüm aan zorg kan komen." Het schrappen van een aantal eigen bijdragen uit het budget noemt de voorzitter een uitstekende ontwikkeling. "Wij maken ons al jaren druk over het cumulatieve effect van de eigen bijdragen. Het idee achter de eigen bijdragen is dat de patiënt

"Het uitgangspunt van cliëntgebonden budgetten is prachtig"

inhoud overblijven. "Natuurlijk ga ik niet zeggen wat er in het pakket moet, maar wij willen wel meepraten. Wij willen kiezen en verantwoorde pakketten helpen samenstellen. Het is belangrijk dat wij ook met de wetenschappelijke verenigingen om de tafel gaan zitten. Bij de aangekondigde beperkingen van tandheelkundige hulp en fysiotherapie plaatsen wij onze kanttekeningen. Wij willen participant zijn in de gesprekken over de zinvolheid van dergelijke behandelingen. Daarbij zullen we de deskundigen uit onze achterban nadrukkelijk betrekken, en goed luisteren naar de belangenorganisaties en de chronisch zieken.

"In het kader van de stelselwijzigingsplannen van staatssecretaris Simons hebben wij ons al uitgesproken voor een breed basispakket. Men moet met goede argumenten komen om ons tot een andere visie te brengen. Het is een uitdaging om een verantwoord zorgniveau te bepalen en het begrip 'verantwoorde zorg' invulling te geven." Meerhof acht het moeilijk om in de komende kabinetsperiode op grond van inhoudelijke afweging tot consensus te komen over de breedte van het pakket.

Verrast over regeerakkoord

In het regeerakkoord lijkt de patiënt er bekaaid af te komen: een 'uitgekleed' basispakket en een eigen risico van tweehonderd gulden. Toch stuurde de NP/CF kort na het verschijnen van het regeerakkoord het persbericht 'Patiëntenbeweging aangenaam verrast door regeerakkoord' rond. "De NP/CF was aangenaam verrast omdat zij het regeerakkoord en de regeringsverklaring vergeleek met de proeven van minister-president W. Kok, toen nog

van het zorgarrangement dat het best bij de wensen en behoeften van de patiënt past: zorg op maat. Is de acceptatie van het cliëntgebonden budget een overwinning te noemen voor de patiëntenbeweging? "We zijn er nog niet. Op grond van onderzoek van de Ziekenfondsraad leeft bij sommigen het idee dat de kosten hoger zullen uitvallen." Meerhof opteert voor het cliëntgebonden budget: "Het moet er komen en met niet al te veel versmalling.

"Wij beschouwen het eigen risico aan de voet als een belastingmaatregel"

Voor je het weet wordt het een cliëntgebonden budget voor een kleine groep." Meerhof verwacht vanuit het veld nog de nodige tegenwerking. Voor met name de aanbieders in de thuiszorg is het spannend hoe de individuele cliënt uiteindelijk gaat kiezen. Dat krachtenspel zal zich de komende maanden gaan ontwikkelen. "Het is prachtig dat het huidige kabinet bij de start dit uitgangspunt voor cliëntgebonden budgetten heeft neergelegd. Daar kan met goed fatsoen niet meer op worden teruggekomen."

Solidariteit

Geheel tegen de verwachting in is Meerhof positief gestemd over het verplichte eigen risico aan de voet van tweehonderd gulden. "Niet omdat we zo enthousiast zijn over het eigen risico: dat zijn we namelijk niet." Voor Meerhof is het echter kiezen tussen twee kwaden: "Liever een verplicht eigen risico aan de voet voor iedereen, dan de mensen die veel gebruik moeten

dan op een berekende manier met zijn zorg zal omgaan. Er wordt dan echter vergeten dat de patiënt niet altijd iets te kiezen heeft!"

Geen zorgvisie

Kostenbeheersing blijft óók in het huidige regeerakkoord de sturende factor. In het meerjarenbeleid is thans in een groei van 1,3 procent per jaar voorzien. Op de vraag of dat percentage toereikend is, antwoordt Meerhof: "Daar hebben we onze twijfel over. Dat de NP/CF zo blij is met bepaalde elementen uit het regeerakkoord slaat bepaald niet op die zin. Wij onderschrijven wel de noodzaak tot kostenbeheersing. Dat is evident. Er kan nog een heleboel efficiencywinst worden geboekt. Je kunt constateren dat het kabinet met die 1,3 procent nogal wat verwacht van substitutie, van de inzet van vrijwilligers en de mantelzorg. Wij vragen ons af of dat wel lukt. Maar vraag me niet welk groeicijfer het dan wél moet zijn. Ik kan

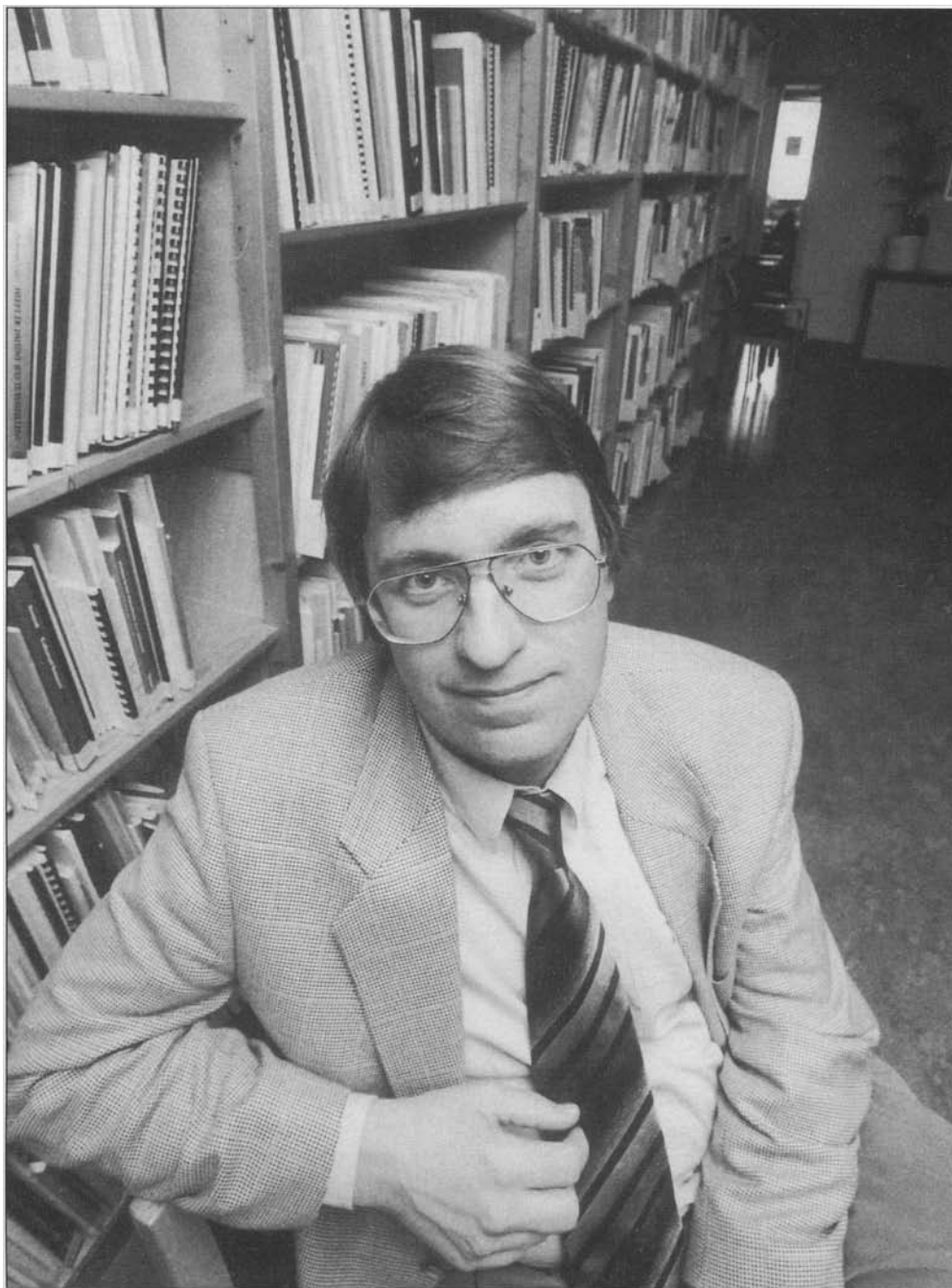


Foto: Jan Lankveld

me niet voorstellen dat er een zorginhoudelijke visie achter dit groeigetal zit. Die 1,3 procent is een haalbaarheidsgetal. Als men heel stevig de 'efficiency' vergroot kan men daar op uitkomen. Maar als dat

dat de patiënt, mits hij goed is voorgelicht, daar hetzelfde over zal denken. Is de informatie niet optimaal dan kan dat leiden tot een te hoog gebruik. Meerhof raadt echter aan eerst naar 'de lucht', de inef-

"De poortwachtersfunctie moet geen cipersfunctie worden"

ten koste gaat van de patiënt, dan hebben wij daar uiteraard ernstige bezwaren tegen."

Niet alles wat kan moet ook, is de stellige mening van Meerhof. Hij is ervan overtuigd

ficiency, in de gezondheidszorg te kijken en te onderzoeken waarin wij in Nederland beduidend duurder zijn dan andere landen. Dat is een taak voor de verzekeraars, die de knip in de hand hebben, en de aan-

bieders, die er zelf attent op moeten zijn of ze efficiënt bezig zijn. "Pas daarna kun je kijken of door goede informatie aan de patiënt verder kan worden bespaard." En hier is een taak weggelegd voor de NP/CF.

Goede voorlichting

Meerhof blijft hameren op de goede voorlichting aan patiënten en consumenten. Ook als de aanbeveling van de commissie-Biesheuvel over de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts ter sprake komt. "Als de huisarts zo belangrijk wordt, dan moet hij een dialoog met zijn patiënt aangaan en samen de keuze maken ten aanzien van doorverwijzen en andere zaken." De functie als poortwachter houdt volgens Meerhof in, dat de huisarts de diverse keuzemogelijkheden voor de patiënt op een rijtje zet en voorziet van advies. Op grond van deze informatie moet de patiënt een weloverwogen beslissing kunnen nemen. Daarnaast moet wél de mogelijkheid tot een 'second opinion' bestaan. Met deze kanttekeningen is de poortwachtersfunctie goed verdedigbaar: "Maar het moet geen cipersfunctie worden waarbij de huisarts even snel 'ja' of 'nee' zegt. "Blijkbaar wil de overheid instrumenten hebben die de huisarts tot kostenbeheersing brengen. Misschien heeft zij de neiging om te denken: We geven die huisarts een bepaald budget en daar moet hij maar mee uit zien te komen. Als dat soort ontwikkelingen ontstaat maken wij ons zorgen over de kwaliteit van de zorg."

Overheid blijft nodig

Het regeerakkoord spreekt op een groot aantal punten voor zich, maar toch bestaat er bij Meerhof onduidelijkheid over de rol van de overheid. "Simons sprak in ieder geval klare taal: een zich terugtrekkende overheid en voldoende 'counterfailing power' ontwikkelen." Meerhof is van mening dat de overheid zich nog niet moet terugtrekken. "Zolang de patiënt nog niet in volle mate als 'counterfailing power' kan opereren blijft de overheid nodig. Als de doelstelling van de overheid kostenbeheersing is, zal zij goed moeten opletten en zich niet te ver moeten terugtrekken." Voor meer duidelijkheid wacht Meerhof maar af wat bewindsvrouw Borst-Eilers te zeggen heeft bij de begrotingsbehandeling. •

Medische microbiologie

Een vak apart?

J. Verhoef

De medisch microbioloog moet zowel de laboratorium- als de klinische taak van zijn specialisme in alle facetten beheersen en steeds weer laten zien dat hij een onmisbare ziekenhuisfunctionaris is.

NOG GEEN VIJFENTWINTIG jaar geleden meende een Amerikaanse regeringscommissie, dat "the chapter on infectious diseases in the book of medicine can be closed" en adviseerde de toenmalige president Nixon onderzoek op het gebied van infecties te beperken. Immers, de meeste infectieziekten waren overwonnen door massaimmunisaties en wanneer er infecties optraden konden ze meestal met succes worden bestreden met antibiotica. Nu weten we beter. De wereld wordt geteisterd door één van de ernstigste infectieziekten die de mensheid ooit trof: AIDS. In ziekenhuizen worden dagelijks patiënten behandeld die lijden aan infecties veroorzaakt door micro-organismen die resistent zijn tegen vele antibiotica. Infecties door meticilline-resistente stafylokokken (MRSA) zijn berucht, evenals infecties door penicilline-resistente pneumokokken, amoxicilline-resistente haemophilus influenzae en aminoglycoside-resistente gram-negatieve bacteriën. Het aantal patiënten met tuberculose neemt in een hoog tempo toe. Epidemieën veroorzaakt door multiresistente mycobacteriën komen in verschillende plaatsen op de wereld voor en dreigen zich uit te breiden. Met name ziekenhuispersoneel loopt het risico met deze resistente bacteriën te worden besmet.

In Nederland lijkt het gevaar van infecties door resistente micro-organismen nog betrekkelijk gering te zijn. In een recent Europees onderzoek werd aangetoond, dat in Nederland en de Scandinavische landen het aantal infecties veroorzaakt door multiresistente ziekenhuis bacteriën het laagst was. Ook de kans om een infectie op te lopen in het ziekenhuis is in Nederland lager dan elders. MRSA komen

in Nederland nog maar sporadisch voor en wanneer er MRSA worden geïsoleerd betreft het bijna altijd patiënten uit buitenlandse ziekenhuizen die voor verdere behandeling naar Nederland komen.

In die surveillance-studie werden in Nederland geen patiënten met MRSA-infecties gesignaleerd, terwijl in Europa gemiddeld 60% (!) van alle stafylokokkeninfecties op een intensive care-afdeling wordt veroorzaakt door MRSA. Ook komen penicilline-resistente pneumokokken in Nederland nog niet voor, terwijl in Oost-Europa en in Spanje 50% (of meer) van de pneumokokken penicilline-resistent is.

In de internationale studie werd verder geconcludeerd, dat de intensieve samenwerking in Nederland tussen medisch microbiologen en klinici heeft geleid tot een in het algemeen goed lopend beleid op het gebied van behandeling van patiënten met infecties. Inderdaad, één van de belangrijkste taken van de medisch microbioloog, samen met de apotheker, is zorg te dragen voor een stringente antibioticumbeleid. Daarmee is de functie van de medisch microbioloog tweërlei: enerzijds is hij hoofd van het medisch-microbiologisch laboratorium, anderzijds is hij nauw betrokken bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met infecties en bij het beleid dat in de kliniek wordt gevoerd ter voorkoming van infecties.

Ondanks de conclusies van de internationale studies over de situatie in Nederland lijken directies van sommige ziekenhuizen minder begrip te hebben voor het belang van de medisch microbioloog.

Laboratoriumcentra

In sommige ziekenhuizen is een beweging in gang gezet om laboratoria onder te brengen in laboratoriumcentra. De onderliggende gedachte is, dat er geen wezenlijk verschil bestaat tussen hematologische, klinisch-chemische, immunologische en microbiologische laboratoria, en dat de verantwoording voor de technische uitvoering binnen de laboratoria door iedere academicus met een laboratoriumopleiding zou kunnen worden gedragen. Deze zienswijze sluit aan bij de situatie

die wij kennen in landen als België en Frankrijk, waar grote centrale laboratoria, geleid door chemici, farmaceuten of artsen, alle faciliteiten op het gebied van laboratoriumonderzoek leveren. Het hoofd van deze laboratoria draagt de verantwoordelijkheid in de breedste zin voor het laboratoriumonderzoek; zijn interactie met klinici is gering. Medisch microbiologen, zoals die wij in Nederland kennen als een medisch specialist met een eigen identiteit, komen in deze landen niet of nauwelijks voor.

Als deze ontwikkeling zich ook in Nederland voortzet, zou dat betekenen dat het unieke contact tussen medisch microbioloog en clinicus verloren gaat en dat artsen niet zozeer in de medische microbiologie worden getraind, maar veel meer in laboratoriumonderzoek in het algemeen (medische microbiologie, klinische chemie, etc.). Medische microbiologie zou dan verdwijnen als medisch specialisme. Laboratoriumartsen (of biochemici of biologen) moeten dan een zeer brede kennis hebben van het functioneren van het klinisch laboratoriumonderzoek. Van een intensieve klinische consultatieve invulling van het specialisme medische microbiologie zal dan geen sprake meer kunnen zijn. Het spreekt vanzelf dat er dan klinici nodig zullen zijn die geschoold zijn in diagnostiek, behandeling en epidemiologie van infecties.

Men kan zich afvragen of zonder de medisch microbioloog, de internist - en speciaal de internist met aantekening infectieziekten - de consultatieve taken voor zijn rekening kan nemen. Dat zou betekenen dat de internist-infectioloog veel nauwer bij het laboratorium betrokken dient te zijn en dat deze tijdens zijn subspecialisatie veel langer dan vier maanden - zoals nu als eis geldt - aan de laboratoriumtafel werkzaam zal moeten zijn. Want pas dan is er een specialist die als liaison kan optreden tussen laboratorium en kliniek. Zonder grondige kennis van laboratoriumonderzoek en kliniek is goede advisering niet mogelijk. In dit scenario verdwijnt de medische microbiologie als afzonderlijk specialisme.

Men dient zich af te vragen of het wen-

selijk is al het laboratoriumonderzoek in één centrale faciliteit onder te brengen. Zowel de pathologische anatomie als de microbiologie onderscheidt zich in vele opzichten van de andere laboratoriumvakken. Klinisch-chemische laboratoria zijn vaak geautomatiseerd. De verwerking van monsters is meestal machinaal. Microbiologisch onderzoek vindt nog groten-deels handmatig plaats. Uit patiënten-monsters komen vaak verschillende micro-organismen voor. Het is de taak van het personeel van de afdeling Medische Microbiologie, afgaande op de klinische informatie van de patiënt, de verwekker van de infectie temidden van andere micro-organismen te isoleren.

Veel kweekuitslagen hebben zonder kennis van de klinische toestand van de patiënt weinig betekenis. Om een medisch-microbiologisch laboratorium te kunnen leiden moet men bijna een gedegen laboratoriumopleiding en ook enige klinische ervaring hebben.

Automaten

Men hoort zeggen, voornamelijk door buitenstaanders, dat ook binnen de medische microbiologie de automatisering haar intrede doet en dat binnenkort ook deze vorm van laboratoriumonderzoek door automaten zal worden verricht. De volledige automatisering van het klinisch-microbiologisch onderzoek is nog ver weg. Toekomstige apparatuur moet in staat zijn pathogenen van niet-pathogenen te onderscheiden. Dat verwekkers van infecties slechts zelden zonder andere micro-organismen voorkomen in klinisch materiaal, blijkt voor vele fabrikanten van dia-

gnostische apparatuur een onoverkomelijke moeilijkheid te zijn.

Op dit moment zal men zich erbij neer moeten leggen dat het meeste werk binnen het medisch-microbiologisch laboratorium manueel en daarmee betrekkelijk goedkoop plaatsvindt. Wel zal men er niet aan kunnen ontkomen bepaalde taken te centraliseren. Omdat de eisen van kwali-

chemie en pathologie: daarvoor is het verschil in de aard van de werkzaamheden te groot. Kleinere medisch-microbiologische laboratoria zullen moeten fuseren, omdat zij niet meer aan de kwaliteitseisen kunnen voldoen.

Men mag zich in Nederland gelukkig prijzen dat de unieke interactie tussen microbiologen en klinici niet heeft geleid tot een

Men dient zich af te vragen of het wenselijk is al het laboratoriumonderzoek in één centrale faciliteit onder te brengen

teitsbewaking hoog zijn, zullen zeer kleine laboratoria niet meer kostendekkend kunnen werken. Grote investeringen in apparatuur en de hoge eisen die zullen worden gesteld aan kwaliteitsbewaking zullen tot gevolg hebben dat kleine laboratoria bijna geen bestaansmogelijkheden meer zullen hebben. Deze laboratoria dienen of als dependance van grotere medisch-microbiologische laboratoria te functioneren of in de grotere medisch-microbiologische laboratoria op te gaan. Wanneer de automatisering voortschrijdt, zal men misschien in de toekomst functionarissen moeten hebben die naast een laboratoriumopleiding ook een klinische opleiding hebben genoten of omgekeerd. Men zou kunnen denken aan een opleiding die voor de ene helft bestaat uit een klinisch gedeelte en voor de andere helft uit een laboratoriumonderzoekersgedeelte. Op dit moment kan men laboratoria voor medische microbiologie (nog) niet integreren met laboratoria voor klinische

geweldige toename in het aantal infecties veroorzaakt door multiresistente micro-organismen, zoals dat in België, Frankrijk en andere Europese landen wel het geval is.

Ten slotte

Voor de medisch microbioloog geldt, dat hij zowel de laboratorium- als de klinische taak van zijn specialisme in alle facetten dient te beheersen en steeds weer laat zien dat hij een onmisbare ziekenhuis-functionaris is. In zijn functie dient hij samen te werken met klinici, infectiologen, klinisch-chemici, apothekers en anderen. Er zijn op dit moment (nog) geen redenen om aan te nemen dat de medische microbiologie geen vak apart is. •

prof. dr J. Verhoef,
afdeling Klinische Microbiologie en
Laboratorium Infectieziekten,
Academisch Ziekenhuis Utrecht



P R A K T I J K P E R I K E L

Vertrouwen

EEN PATIËNT, WERKZAAM in ploegendienst bij een grote multinational, vraagt doorverwijzing naar een orthopedisch chirurg in verband met zijn knieklachten.

"De bedrijfsarts wil me naar de bedrijvenspoli sturen, maar dat vertrouw ik niet, want dan opereren ze misschien alleen omdat ik snel weer aan het werk

moet." Ik honoreer zijn verzoek en verwijs.

Twee weken later vraagt hij: "Mag ik naar een andere specialist? Ik vertelde aan de bedrijfsarts van mijn verwijzing en die vroeg: gaat u naar dr X? Als de bedrijfsarts dr X kent, dan zal dr X ook wel van de bedrijvenspoli zijn, dus vertrouw ik het niet." •

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

Transmurale zorg en artsenlaboratoria

Een nieuw vakgebied tussen huisarts en specialist

P.J. van der Ham

Onder de naam Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland (SAN) werken 22 zelfstandige artsenlaboratoria en diagnostische centra in Nederland samen bij het verstrekken van diagnostiek aan huisartsen: specialistische diagnostiek, transmurale zorg.

IN DE 17 JAAR dat de SAN, de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland, bestaat,¹ heeft zij steeds aan de bel moeten trekken om duidelijk te maken dat de Nederlandse gezondheidszorg uit meer bestaat dan huisartsen en ziekenhuizen.² In het recent verschenen 'Jaarbericht 1993-1994' van de SAN wordt niet alleen uitvoerig verslag gedaan van haar vele activiteiten, maar wordt tegelijkertijd inzicht gegeven in de veranderingen rond de laboratoriumdiagnostiek.³ In dit artikel wordt de bestaande praktijk van de artsenlaboratoria afgezet tegen de denkbeelden van de commissie-Biesheuvel,⁴ Post,⁵ en Pop,⁶ die kunnen worden samengebracht onder de noemer 'transmurale zorg'. Getracht wordt duidelijk te maken, dat transmurale zorg betrekking kan hebben op bestaande zowel als nieuwe vormen van zorg. Eén van die vormen betreft het werk van artsenlaboratoria en zelfstandige diagnostische centra, die daarmee een bijdrage kunnen leveren aan de verdere uitbouw van de transmurale zorg. Een onderdeel daarvan zou een nieuw vakgebied kunnen zijn tussen de huisartsgeneeskunde enerzijds en specialistische disciplines, waaronder de klinische chemie, anderzijds.

Oude en nieuwe begrippen

De Commissie modernisering curatieve zorg, kortweg de commissie-Biesheuvel, heeft een nieuw begrippenstelsel geïntroduceerd ter vervanging van de indeling in echelons/lijnen, die volgens de commissie zijn verworpen tot gescheiden werelden. De commissie streeft naar een nieuwe ordening, waarbij de zorgvormen

in elkaar overlopen: het *zorgcontinuüm*. Daarbij wordt een driedeling gemaakt in: generalistische zorg, specialistische zorg en transmurale zorg. Hoewel de commissie een precieze definitie geeft van 'generalistische zorg' en 'specialistische zorg', lijken beide begrippen toch veel op de bekende indeling in echelons van de Structuurnota van 1974.⁷

De echelonnering was door staatssecretaris Hendriks bedoeld om helderheid te scheppen in de toenmalige onduidelijke gezondheidszorgstructuur. Samen met regionalisering zou echelonnering hebben moeten leiden tot grotere samenhang en doelmatigheid. In die tijd dichtte men aan nieuwe begrippen een belangrijke rol toe bij de veranderingsprocessen in de gezondheidszorg.

Die veranderingen zijn er ook gekomen, maar niet precies zoals destijds was bedoeld. Het begrip 'echelon' is namelijk een eigen leven gaan leiden en vele gezondheidszorgorganisaties hebben zich gevoegd in het lijnenstelsel. Bovendien heeft de structurele inbedding vaak geleid tot een zekere mate van ideologie in de trant van: "De eerste lijn kan dat beter dan de tweede lijn", en vice versa. Dat werkte negatief voor een doelmatige zorgverlening; het is dan ook terecht dat de commissie-Biesheuvel de nadruk nu weer legt op de samenhang en de samenwerking van de instellingen en de beroepsbeoefenaren, onder meer door het begrip 'transmurale zorg' naar voren te schuiven.

De ervaringen hebben echter geleerd, dat het wel erg eenvoudig is aan begripsvorming en goede wil al te veel structurerende kracht toe te kennen.⁸ Gezien de belangen en de machtsstructuur in de gezondheidszorg is er veel meer nodig om tot werkelijke zorgvernieuwing te komen. Zo is de verzuchting van Post over de geringe bereidheid in het veld van de gezondheidszorg zich achter het gedachtegoed van de commissie-Biesheuvel te scharen ("Het is diep triest") op zich wel begrijpelijk, maar nogal naïef.⁹ Begripsvorming en goede ideeën alleen zijn niet voldoende. Dat geldt waarschijnlijk ook voor transmurale zorg.

Transmurale zorg

Het begrip 'transmurale zorg' bestond reeds veel langer, maar heeft door het rapport-Biesheuvel een politieke lading gekregen; tijdens de paarse formatie werd er zelfs expliciet naar verwezen. Er mag dan ook worden verwacht dat de transmurale zorg de wind in de zeilen krijgt. Maar juist om te voorkomen dat 'transmurale zorg' een politiek begrip wordt, is een kritische beschouwing van de reikwijdte en de toepasbaarheid ervan noodzakelijk.

De commissie-Biesheuvel omschrijft transmurale zorg als: "het tussengebied, waarbij sprake is van zorgverlening via samenwerkingsverbanden tussen de generalistische en specialistische zorg".¹⁰ Kern van het begrip 'transmurale zorg' is het onderdeel 'samenwerkingsverbanden'. 'Samenwerking' verwijst naar verbanden van personen of organisaties, 'verbanden' duidt op organisatievormen. Volgens deze omschrijving zou het dus niet gaan om een zorgconcept met een nieuwe zorginhoud, maar om de samenvoeging van reeds bestaande elementen: geen nieuwe wijn in oude zakken, maar oude wijn in nieuwe zakken. Maar doet deze omschrijving wel recht aan de werkelijkheid? Licht het niet wat genuanceerder?

Eerstelijnsdiagnostiek

De SAN-laboratoria hebben zich qua dienstverlening steeds gericht op de eerste lijn (huisartsen, verloskundigen), terwijl de laboratoria zelf zich zowel in de eerste lijn (zelfstandige huisartsenlaboratoria) als in de tweede lijn (ziekenhuislaboratoria) kunnen bevinden. Feitelijk is de plaats waar het laboratoriumonderzoek gebeurt minder van belang dan de doelgroepen (huisartsen en huisartspatiënten) en de infrastructuur. Ook worden sommige gespecialiseerde onderzoeken uitbesteed, aan elkaar of aan daartoe gespecialiseerde tweede- en derdelijnsinstellingen. Maar de onderzoeken blijven bestemd voor de huisartsen. Daarom spreekt men in de kringen van SAN en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC) bij voorkeur van 'eer-

stelijnslaboratoria': instellingen die zich bezighouden met laboratoriumdiagnostiek ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Afgezet tegen de nieuwe indeling in generalistische en specialistische zorg betreft het werk van de eerstelijnslaboratoria bij uitstek de generalistische zorg. De eerstelijnslaboratoria hebben hun vakgebied, de klinische chemie, afgestemd op de huisartsgeneeskunde. In dit verband is het interessant te weten dat er onlangs een panel is samengesteld van deskundigen uit de SAN en de NVKC enerzijds en het NHG anderzijds om zich te buigen over de inhoud van een diagnosegericht aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek ten behoeve van huisartsen. Daaruit blijkt het naar elkaar toe groeien van beide vakgebieden. Ook bij de biometrie gaat het erom de huisartsen diagnostisch onderzoek aan te bieden dat geheel is toegesneden op de huisartsgeneeskunde, dus om specialistische diagnostiek ten behoeve van de huisartsen.

Feitelijk is er sprake van een nieuw vakgebied, een nieuwe discipline, die zeer wel valt onder te brengen onder het begrip 'transmurale zorg'. Het nieuwe aan het vakgebied is niet de uitvoering van de eerstelijnsdiagnostiek, maar de interpretatie en het beleid. De uitvoering verschilt niet van die in ziekenhuizen. De interpretatie en het beleid daarentegen zijn bij de eerstelijnsdiagnostiek geheel afgestemd op de huisarts en op de huisartsgeneeskunde.

In tegenstelling tot de omschrijving van de commissie-Biesheuvel is er bij de transmurale zorg dus wel degelijk sprake van een aanzet voor een nieuw vakgebied, maar het is allemaal nog erg pril. Ook Pop en Den Ottolander, de vaders van het transmurale denken, leggen het accent vooral bij de gedragsbeïnvloeding van de huisarts en de organisatorische aspecten van het transmurale zorgconcept. De SAN heeft een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van dit vakgebied door de uitgave van het 'SAN-laboratoriumboek 1992' en het 'SAN-memoboek'.¹¹ Hoewel er reeds een grote mate van deskundigheid in dit vakgebied bestaat, dient er nog meer ruimte te worden geschapen voor wetenschappelijk werk ten behoeve van de eerstelijnsdiagnostiek. Zo moet de waarde van bepalingen ten behoeve van huisartspatiënten (gevoeligheid en specificiteit) nader worden uitgewerkt.

Veelkleurig palet

In Nederland bestaat een aantal mogelijkheden voor huisartsen om diagnostisch onderzoek te laten verrichten. Dat gebeurt vaak in ziekenhuizen door verschillende afdelingen (Röntgen, Klinische Chemie en

dergelijke). Ook zijn er ziekenhuizen die hun diagnostisch pakket hebben gebundeld; in dat geval spreken wij van een diagnostisch centrum in een ziekenhuis. Er zijn ook diagnostische centra buiten het ziekenhuis. Ten slotte zijn er ook volledig (juridisch) zelfstandige artsenslaboratoria en artsenslaboratoria, vaak gekoppeld aan een trombosedienst, maar die verder organisatorisch deel uitmaken van het ziekenhuis.

Het totale palet is dus veelkleurig. Het is daarom jammer, dat de commissie-Biesheuvel bij het aangeven van de gewenste verschijningsvorm in het kader van de transmurale zorg zich beperkt tot de diagnostische centra in ziekenhuizen. Die eenzijdige voorkeur van de commissie is zelfs betreurenswaardig, omdat één van de commissieleden, prof.dr D. Post, tijdens lezingen (waaronder die op het symposium van de NVKC, op 22 april 1994) het transmurale zorgconcept van de com-

heid, locatiekeuzen en kostenconsequenties:¹³ wederzijdse bereikbaarheid, informatieoverdracht, advisering, consult, consultatie, patiëntenbespreking, interpretatie, verwijzen-terugverwijzen, opnemen, en feed-back.

Een precieze analyse is nodig om vast te stellen welke van deze vormen van interactie en communicatie tussen de huisarts en specialist plaatsvinden binnen een diagnostisch centrum verbonden aan een ziekenhuis en welke in een zelfstandig artsenslaboratorium of in een zelfstandig diagnostisch centrum. Daarna kan de inhoudelijke meerwaarde van de ziekenhuisvariant en de zelfstandige variant worden onderzocht, met als sluitstuk een vergelijking van de kostenopbouw van beide varianten.

Dat laatste lijkt overigens op het eerste gezicht eenvoudiger dan het is. Werkelijke kostenvergelijking wordt vaak bemoeilijkt door registratieproblematiek met be-

Feitelijk is er sprake van een nieuwe discipline, die zeer wel onder het begrip 'transmurale zorg' valt te brengen

missie exclusief verbindt met het diagnostisch centrum in een ziekenhuis. In zijn visie is er in Nederland geen plaats voor zelfstandige huisartsenslaboratoria of zelfstandige diagnostische centra. Dat zou volgens hem logisch voortvloeien uit het transmurale zorgconcept van de commissie. In zijn visie is het belang van de verbinding huisarts-specialist zo groot, dat dit een eigenstandig instituut als een huisartsenslaboratorium of diagnostisch centrum buiten de muren van het ziekenhuis in de weg staat.

Kwantitatief doet de visie van Post zeker geen recht aan de reeds bestaande praktijk. Om de gedachten te bepalen: bij de SAN-laboratoria zijn circa 3.000 huisartsen aangesloten, bij de ziekenhuislaboratoria eveneens circa 3.000 huisartsen, en bij de reeds functionerende diagnostische centra in Amersfoort en Maastricht circa 140 huisartsen.¹² Maar ook op de eenzijdige argumenten van Post zelf valt af te dingen.

Interactie en communicatie tussen huisarts en specialist

Het transmurale concept omvat in algemene zin het tussengebied van generalistische en specialistische zorg. In engere zin betreft het de verbinding tussen de huisarts en de specialist. Kort gezegd: de functionele relatie tussen twee beroepsbeoefenaren. Die functionele relatie omvat een samenstel van interactie- en communicatieprocessen die heel verschillend zijn van inhoud, frequentie, direct-

trekking tot indirecte kostenfactoren als 'overhead', huisvesting en dergelijke en de toedeling van honoraria-aspecten. Daarom dient voor een dergelijk onderzoek een gespecialiseerd onderzoeksbureau te worden ingeschakeld en kan niet worden volstaan met goed bedoelde rekenexercities van medisch specialisten.¹⁴

Vooruitlopend op een dergelijke algemene en financiële vergelijking kan reeds nu een aantal pro's en contra's worden gegeven. Het is zeer aannemelijk, dat een ideale interactie en communicatie tussen huisarts en specialist het best verloopt als de lijnen organisatorisch in één hand zijn en de beroepsbeoefenaren onder één dak vertoeven. Dat is vooral van belang bij consult, consultatie en patiëntenbespreking. Ook bij het geven van feed-back aan huisartsen is het werken vanuit één instituut waarbij de huisartsen een nauwe verbinding hebben met het ziekenhuis en de diagnostische faciliteiten, uiterst waardevol gebleken; niet voor niets werd het Diagnostisch Centrum Maastricht in 1987 omgedoopt tot Diagnostisch Coördinerend Centrum Maastricht.¹⁵ Overigens is feed-back ook goed mogelijk vanuit een andere setting, bijvoorbeeld een huisartsenslaboratorium.¹⁶

In de andere gevallen is het voordeel van de fysieke nabijheid van huisarts en specialist nogal discutabel. Het is namelijk zeer de vraag of processen rond de patiënt dat steeds verlangen. De samenwerking tussen huisarts en specialist dient

doelgericht te zijn en bij meer dan 93% van de gevallen kan de huisarts zijn werk doen zonder contact met een specialist (verwijzing)¹⁷ dan wel op basis van indirect contact met een specialist via de post, de telefoon, de fax en de computer. Ook door de toegenomen gebruikersvriendelijkheid van elektronische communicatie is de locatiegebondenheid van de specialist van minder groot belang geworden.

Spreeuwenberg wijst terecht op het belang van dynamische netwerken.¹⁸ Dat ligt in het verlengde van de hier gesignaleerde veelvormigheid in de samenwerkingsprocessen tussen huisarts en specialist. Kort gezegd: samenwerking is niet steeds nodig en hoeft niet altijd op dezelfde manier, volgens vaste patronen, te verlopen. Ten slotte wordt nog gewezen op een regionaal structuuraspect. Bij de beschouwing van de relatie huisarts-specialist gaat men impliciet uit van één ziekenhuis. In veel gebieden is dat niet aan de orde. In gebieden met meer dan één ziekenhuis zijn - doorgaande op het model-Post - theoretisch twee ontwikkelingen mogelijk: 1. alle ziekenhuizen krijgen een diagnostisch centrum (dit is uit kosten oogpunt niet erg verstandig); 2. één ziekenhuis krijgt het diagnostisch centrum (uit het oogpunt van adherentie en concurrentie lijkt dat niet erg billijk). Maar ook in gebieden met slechts één ziekenhuis dient goed in het oog te worden gehouden of het doelmatig is een nieuw diagnostisch centrum te starten, wanneer daar reeds een goed functionerend zelfstandig huisartsenlaboratorium diagnostische faciliteiten aanbiedt aan huisartsen. Ook een nauwe samenwerking tussen een huisartsenlaboratorium/diagnostisch centrum en één of meer ziekenhuizen in een regio is een reeds voorkomende mogelijkheid. Recent kan nog een ontwikkeling worden geconstateerd waarbij tweedelijnspatiënten in de eerste lijn worden behandeld en waarbij de eerstelijnslaboratoria een rol vervullen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij oncologische patiënten. Iets soortgelijks betreft de zorg voor patiëntencategorieën (bijvoorbeeld diabetes).

Pluriforme oplossingen

Wij pleiten ervoor niet bij voorbaat uit te gaan van slechts één model: het diagnostisch centrum dat is gekoppeld aan het ziekenhuis. Zoals werd aangegeven, is de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts ermee gediend alle bestaande mogelijkheden van ondersteuning daarbij te betrekken. Uit doelmatigheidsoogpunt zullen er dan pluriforme oplossingen worden gekozen, die per regio kunnen verschillen.

Dit is geheel in de lijn van het rapport-Biesheuvel: "Bij deze transmurale zorg-

vormen is de focus gericht op het leveren van zorg op maat. Dit impliceert, dat afhankelijk van tijd, plaats en omstandigheden de vormgeving van een passend zorgconcept kan variëren."¹⁹ De titel van dat rapport: 'Gedeelde zorg, betere zorg', is ook heel toepasselijk op de gezamenlijke inspanning van huisartsen en specialisten om de huisartsendiagnostiek op een hoger niveau te tillen. •

drs P.J. van der Ham,
directeur Samenwerkende Artsenlaboratoria
in Nederland

Noten en literatuur

1. Samenwerkende Artsenlaboratoria in Nederland (SAN). De vereniging is op 16 juni 1977 opgericht ter behartiging van de belangen van de artsenlaboratoria.
2. Plaats en functie van het huisartsenlaboratorium. Haarlem, februari 1977.
- Van huisartsenlaboratorium tot diagnostisch centrum? Haarlem, juni 1978.
- Het huisartsenlaboratorium in Nederland, bereidheid tot ontwikkeling. Haarlem, maart 1989.
3. Jaarbericht 1993-1994, waarin naast het jaarverslag 1993 tevens recente beleidsstukken van de SAN zijn opgenomen.
4. Gedeelde zorg, betere zorg. Rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. 1994.
5. Post heeft zijn gedachten in een veelheid van periodieken uiteengezet. Zie bijvoorbeeld: Inzet januari 1994 en De Huisarts februari 1994.
6. Pop heeft veel gepubliceerd over dit onderwerp, vooral in relatie met de activiteiten van het Diagnostisch Coördinerend Centrum Maastricht. Voor een overzicht zie onder andere het interview met Pop in het aprilnummer van Praktijkmanagement voor de Huisarts en de daarop

gevolgde discussie in het nummer van augustus 1994.

7. Structuurnota, Leidschendam, 1974, blz. 13 e.v.
8. Verwezen wordt naar de ontwikkelingen bij de regionalisering van de gezondheidszorg. Zie hiervoor onder andere P.J. van der Ham, Regionalisering is niet hetzelfde als regionalisatie. Het Ziekenhuis november 1981, en E. Jurg en J.M. Boot, De eigen wijze; intramurale instellingen en samenwerking in Kennemerland, Zeist 1991.
9. Belangenstrijd zet zich voort. Inzet augustus 1994.
10. Gedeelde zorg, betere zorg. Rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994, blz. 27.
11. SAN-laboratoriumboek 1992; een handleiding voor laboratoriumdiagnostiek in de eerste lijn, tweede uitgave, dr J.P. Persijn red., Baarn 1993.
- SAN-memoboek 1993 voor laboratoriumdiagnostiek in de eerste lijn, dr J.P. Persijn red., Baarn 1993.
12. De schatting van het aantal huisartsen dat is aangesloten bij SAN-laboratoria berust op een interne enquête. De schatting van de 3.000 huisartsen bij ziekenhuislaboratoria berust op gegevens van de NVKC. De 140 huisartsen van Amersfoort en Maastricht zijn terug te vinden in de jaarverslagen van MDCE Amersfoort en MDC Maastricht.
13. J.J.A. van Doorn en C. Lammers, Moderne Sociologie, Utrecht 1967.
14. Dit betreft de kern van de bezwaren die de SAN heeft tegen de door Pop gepresenteerde cijfers, waarbij kosten en tariefopbrengsten worden gemengd en bij de terugloop van het aantal verrichtingen als gevolg van feed-back aan huisartsen onvoldoende rekening wordt gehouden met de relatie van analytische kosten en pre-en post-analytische kosten. Zie ook noot 6.
15. R. Winkens. Improving test order in general practice. Amsterdam, 1994, blz.2 e.v.
16. R. Winkens en P. Trienekens. Feed-back vanuit de bij de SAN aangesloten laboratoria. Discussienota. Juli 1994.
17. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, maart 1992, blz. 57.
18. C. Spreeuwenberg. Over huisartsen en specialisten. Medisch Contact 1994; 49: 315.
19. Gedeelde zorg, betere zorg. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg, 1994, blz. 27.

Huisartsenlaboratorium past niet in het concept van transmurale geneeskunde

Een commentaar

D. Post

Het huisartsenlaboratorium als faciliteit voor solitaire eerstelijnsdiagnostiek past niet in de gedachtenontwikkeling rond het diagnostisch centrum.

HUISARTSGENEESKUNDE heeft in de loop van haar bestaan stormachtige tijden dooremaakt. In de periode vlak na de Tweede Wereldoorlog, toen de specialistische geneeskunde zich enorm ontplooidde, zocht de huisarts naar zijn identiteit. Moest hij generalist blijven of zich ook specialiseren? Querido ontwikkelde in die tijd het concept van de integrale geneeskunde en meende dat de huisarts zich tot specialist

op dat terrein diende te ontwikkelen. In de jaren zestig werd dat beeld verder ontwikkeld en ontstond, mede onder invloed van Balint, het idee dat de huisarts zich moest bekwalen op het terrein van de psychosociale aspecten van het ziek-zijn.

De jaren zeventig kenmerkten zich door een sterke nadruk op sociologische aspecten van ziekte en gezondheid. De somatische geneeskunde in de huisarts-geneeskunde werd nog verder naar de achtergrond verdrongen.

De ordening die Hendriks aanbracht vanuit de ideeën die Stuyt als minister van Volksgezondheid had gelanceerd: de scheiding tussen eerste en tweede lijn, bevorderde de opvatting dat somatische geneeskunde maar aan de specialisten moest worden overgelaten. Sommigen meenden zelfs, dat de huisartsen alleen

maar moesten worden getraind in het goed verwijzen. Dit leidde er ook toe dat hier en daar geluiden ontstonden om de huisartsgeneeskunde maar op te heffen.

In die tijd ook kwam het besef op, dat specialisten en ziekenhuizen de somatiek te veel naar zich toe trokken. Als patiënten waren verwezen, kwamen ze niet meer terug. Ze bleven onder behandeling van de specialist. Deze had ook weinig fiducia in het kennen en kunnen van de huisarts.

Een van de oorzaken van het ontstaan van huisartsenlaboratoria is gelegen in deze heel in het kort geschetste ontwikkelingsgang van de huisartsgeneeskunde. Men wilde de patiënt niet verliezen aan de specialist; de huisarts kon zelf extramuraal ook wel diagnostische onderzoeken laten verrichten. Daarbij speelde, dat ziekenhuizen qua laboratorium- en röntgenfaciliteiten totaal niet extramuraal waren gericht.

In deze zin is het ontstaan van extramurale laboratoria goed te begrijpen en past het in het beeld van die tijd. Het was een manier om én de huisarts zijn identiteit als medicus terug te geven én de patiënt uit de tweede lijn te houden. Een goede ontwikkeling, die heeft geleid tot de huisarts van nu: de medicus die is gericht op een tweesporenbeleid: hij onderzoekt de somatische kant van ziek-zijn, maar neemt tegelijkertijd de psychosociale aspecten in ogenschouw.

Nieuwe ordening

Bij de analyse die de commissie-Biesheuvel uitvoerde, is de nadruk komen te liggen op de gevolgen van het zo stringent doorvoeren van de scheiding tussen intramurale en extramurale. Een van de problemen die tot ontoelmatigheid in de zorg leidt, is juist dat er niet voldoende samenhang is tussen huisarts en specialist. Bij verwijzing worden diagnostische verrichtingen vaak herhaald en daarenboven worden patiënten te lang in specialistische zorg gehouden, omdat wordt verondersteld dat de huisarts te weinig beschikt over mogelijkheden om de patiënt te volgen. Critici merken op, dat het hierbij slechts om een gering aantal patiënten gaat. Immers, de huisarts handelt geheel zelfstandig 90%-94% van de hem aangeboden morbiditeit af. Dat is juist: 6%-10% van de consulten eindigt in een verwijzing. Echter, per jaar schrijft de huisarts 420 verwijskaarten per 1.000 verzekerden uit. Hierbij zijn voor een aantal patiënten meerdere specialisten in het geding. Dat houdt nog wel in dat in een jaar ongeveer een derde van de hele praktijk in specialistische handen komt!

De onsamenvatbaarheid in de medische zorgverlening vormde voor de commissie-Biesheuvel de aanleiding om mogelijkheden aan te geven om tot grotere doelma-

tigheid te komen. Het transmurale concept is één van de voorwaarden om tot meer samenhang te komen, naast bijvoorbeeld de gelijke honoreringssystematiek van huisarts en specialist en het concept van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Bij het transmurale concept is één onderdeel het diagnostisch centrum: dat is meer dan alleen maar het huisartsenlaboratorium. In onze visie houdt dit een constructie in zoals die welke door Pop in Maastricht is ontwikkeld. Huisartsen stellen een vraag aan het diagnostisch centrum omdat ze bij hun patiënt niet tot een afgerond oordeel kunnen komen omtrent de oorzaak van de klacht. Het kan zijn dat

... zoveel mogelijk belemmeringen opruimen die de samenhang in de zorg in de weg staan ...

er dan aanvullend laboratoriumonderzoek moet plaatsvinden of radiologisch onderzoek of wellicht endoscopische expertise nodig is. Essentieel is, dat het oordeel van de specialist - als dat nodig is - structureel in de procedure is opgenomen. Uit gegevens destijds van het Diagnostisch Centrum Oudenrijn is duidelijk geworden dat deze werkwijze de samenwerking bevordert. Ook het Maastrichtse model geeft dit aan.

De commissie-Biesheuvel heeft sterk aangedrongen op een zuivere ordening, in de zin dat niet de scheiding extra/intramuraal langer als leidend principe wordt gehanteerd, maar dat juist een opheffing van die scheiding wordt gerealiseerd en een *medische* lijn ontstaat, naast de *verpleegkundige* continuïteit van zorg en naast een *maatschappelijke* lijn. Bij de opheffing van die scheiding in de medische hulpverlening kan het huisartsenlaboratorium extramuraal een belemmering zijn.

Huisartsenlaboratorium

De eerstelijnsdiagnostiek past in het transmurale concept niet buiten de intensieve samenwerking tussen huisarts en specialist. In die zin dient het huisartsenlaboratorium te zijn verbonden aan de plaats waar specialisten werken. Bovendien is het voor een integrale benadering van diagnostische mogelijkheden ook noodzakelijk dat er behalve laboratoriumdiagnostiek radiologie, functieonderzoek en endoscopie kan worden verricht. Natuurlijk zou dit onafhankelijk van ziekenhuizen kunnen, met zelfs specialisten die aan een dergelijk extramuraal centrum zijn verbonden. Echter, dan ontbreekt weer de continuïteit als de patiënt moet worden opgenomen.

In het ziekenhuislaboratorium kan, net als

in huisartsenlaboratoria, de klinische chemie worden afgestemd op de huisartsgeneeskunde, zoals dat overigens in talloze ziekenhuizen gebeurt. Het is niet nodig om, zoals Van der Ham stelt, een nieuw vakgebied te ontwikkelen: de specialistische diagnostiek ten behoeve van de huisarts, en zeker niet om dat extramuraal te vestigen.

Natuurlijk is het zo, dat bijna de helft van de huisartsen zaken doet met huisartsenlaboratoria. Dat neemt niet weg dat veel van deze huisartsen ook nog werken met de diagnostische mogelijkheden van ziekenhuizen in de buurt. En dat nu lijkt een doelmatig gebruik van middelen niet te bevorderen. Ik kan mij niet aan de indruk

onttrekken - en ik wordt daarin ook gesteund door berekeningen vanuit Maastricht - dat het minder kost wanneer van de bestaande infrastructuur van een ziekenhuis gebruik wordt gemaakt. Met Van der Ham ben ik het eens, dat ten aanzien van de kostenfactor nog eens een berekening dient te worden gemaakt.

Het argument, dat in bepaalde gebieden meerdere ziekenhuizen aanwezig zijn en dat daardoor beter een huisartsenlaboratorium apart kan worden opgericht, lijkt mij niet valide. Immers, in veel plaatsen met twee of meer ziekenhuizen zien we intensieve samenwerkingsverbanden. Ook op het gebied van het diagnostisch centrum kan men de handen ineen slaan en tot gezamenlijke afspraken komen. In grote steden zou het niet onlogisch zijn om in verschillende ziekenhuizen een diagnostisch centrum te vestigen.

Conclusie

Ik meen, dat op grond van nieuwe ideeën over de ordening van de medische zorg we zoveel mogelijk belemmeringen moeten opruimen die de samenhang in de zorg in de weg staan.

Het huisartsenlaboratorium als faciliteit voor solitaire eerstelijnsdiagnostiek past niet in de gedachtenontwikkeling van het diagnostisch centrum. Immers, hier ontmoeten huisarts en specialist elkaar, kunnen elkaars werk beter leren kennen en dragen zorg voor kwalitatief goede hulp aan de patiënt. En dat is pas zorg op maat. •

prof. dr D. Post,
vakgroep Gezondheidswetenschappen,
sectie Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen

Euthanasie in China

Volop in discussie

G. van der Wal en F.C.B. van Wijmen

In China is de laatste tien jaar een interessant debat op gang gekomen inzake euthanasie. Tot een wettelijke regeling is het echter nog niet gekomen.

HOLLAND GOOD: football and euthanasia", zo zei ons de hoofdredacteur van een juridisch tijdschrift tijdens een ontmoeting op onze studiereis in China in mei 1993.¹ Dat kon genuanceerder, maar het was in ieder geval weer eens wat anders dan het cliché van de tulpen en de molens.

Omgekeerd heeft uiteraard ook China meer te bieden dan porselein en Mao-kledij. Zo is er in dit immense land, waar omstreeks een vijfde van de wereldbevolking woont, al enkele jaren een interessant debat gaande over euthanasie. Iets daarvan is via een beperkt aantal publikaties in internationale tijdschriften naar buiten gekomen.²⁻⁵ Meer daarvan is ons duidelijk geworden in studiebijeenkomsten en informele contacten met artsen, juristen, ethici en regeringsambtenaren in Sjanghai, Xian en Beijing. Resultaten van opinieonderzoeken werden gepresenteerd en er werd verslag gedaan van congressen en de eerste en vooralsnog enige rechtszaak op dit terrein, de zaak-Hanzhong (zie de bijlage bij dit artikel). Het beeld dat uit deze ontmoetingen en de literatuur naar voren komt heeft soms verrassend veel weg van dat in Nederland; anderzijds zijn er toch ook pregnante verschillen te signaleren.

Vredig streven

Het Chinese woord dat het begrip 'euthanasie' het meest benadert is 'an le si', dat 'vredig sterven' betekent. Sinds ongeveer tien jaar is dit onderwerp van discussie. Aanvankelijk alleen in kleine academische kring, maar sinds de zaak-Hanzhong (1986) en de publiciteit daarover, is er een publiek debat ontstaan. Diverse auteurs en gesprekspartners refereren aan de kennelijk belangrijke bijdrage hieraan door de weduwe van

wijlen premier Zhou Enlai (jarenlang de tweede man achter Mao). Aan de centrale radio-omroep schreef zij: "Ik ben het er zeer mee eens dat u het vraagstuk van euthanasie als onderwerp van discussie in het hele land brengt. Ik denk dat het een zuivere kwestie van dialectisch materialisme is. Enkele jaren geleden heb ik een 'levenstestament' geschreven, opdat er, wanneer ik ongeneeslijk ziek aan het einde van mijn leven ben, geen pogingen meer zullen worden gedaan om mijn leven te redden."

In de praktijk van euthanasie bestaat geen betrouwbaar inzicht. Uit 'anecdotal evidence' blijkt, dat actieve euthanasie wel voorkomt.

Concept

In Nederland wordt sinds het werk van de Staatscommissie Euthanasie door voor- en tegenstanders als definitie van euthanasie gehanteerd: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan betrokkene op verzoek van die betrokkene. In het buitenland verstaat men doorgaans onder euthanasie niet alleen 'actieve' euthanasie, maar ook 'passieve' euthanasie (zoals ook ten onzent nog niet zo lang geleden het stoppen van de behandeling met als waarschijnlijk gevolg verhaasting van het overlijden werd genoemd). Dit blijkt ook in China het geval. Zelfs het thuis laten sterven van verwanten door ze niet in een ziekenhuis te laten opnemen of ze voor het overlijden naar huis te halen wordt soms als een vorm van euthanasie getypeerd.

In het euthanasiedebat in China is men het erover eens welke categorieën patiënten eventueel in aanmerking kunnen komen voor euthanasie: de terminale zieken, de langdurig comateuzen, de ernstig gehandicapte pasgeborenen en de neonaten met een zeer laag geboortegewicht. Soms worden nog als aparte groep de rabiespatiënten genoemd! De meningen lopen uiteen over de vraag wie het verzoek om euthanasie moet doen: (alleen) de patiënt of (ook) zijn familie? Indien de familie tegen is, mag het verzoek in ieder geval niet worden gehonoreerd, vindt men.


Discussie

Sommigen zien euthanasie als een verderfelijke westerse gedachte. Anderen vinden dat de medische ethiek een arts verbiedt iets te doen dat de dood van de patiënt naderbij brengt. De meeste deelnemers aan het debat echter, beschouwen euthanasie als onderdeel van de agenda van de modernisering van China. Meestal voert men drie redenen aan waarom euthanasie - ook actieve dus - verantwoord is: Ten eerste acht men euthanasie toegestaan bij personen die ondraaglijk lijden in de terminale fase van hun ziekte of bij patiënten in irreversibel coma. Voorts zou euthanasie de familie van de patiënt kunnen goed doen door verlichting van de emotionele en financiële last; vooral dit laatste is niet zonder belang, omdat steeds minder mensen in China gratis toegang hebben tot de gezondheidszorg. Tenslotte zou euthanasie kunnen bijdragen aan een redelijke verdeling van de schaarse voorzieningen voor gezondheidszorg, zodat deze kunnen worden ingezet waar ze het meest nodig zijn.

Invloed cultuur

Hoewel er door Chinese ethici en medici diverse redenen worden aangegeven om euthanasie te rechtvaardigen, is euthanasie in de praktijk niet algemeen geaccepteerd. Men schrijft dat toe aan de invloed van het eeuwenoude confucianisme - en ook van het taoïsme - op de belangrijkste normen en waarden in China.

Een diepgeworteld kenmerk van de traditionele Chinese cultuur is het 'respect voor de ouders'. De ouderen dienen een onbezorgde oude dag te hebben en dienen tot het uiterste te worden verzorgd. Dit is vooral een taak van de kinderen. Daarom vinden mensen het moeilijk om de behandeling te (laten) stoppen, laat staan het leven actief te (laten) beëindigen - ook zij die vóór de mogelijkheid van euthanasie zijn.

Daarentegen wordt het veel gemakkelijker gevonden de behandeling van ernstig gehandicapte pasgeborenen te stoppen. Infanticide, met name van meisjes, is een praktijk die van oudsher heeft bestaan op het platteland van China. Daarbij komt, 

dat onder het regime van 'één paar, één kind' ouders ertoe neigen de behandeling van een ernstig gehandicapt kind te staken, opdat ze een kind kunnen grootbrengen dat gezond is.

Opinieonderzoek

Er zijn in China diverse onderzoeken gedaan naar de opinie over euthanasie, zowel onder het algemene publiek als onder werkers in de gezondheidszorg; de betrouwbaarheid daarvan is voor ons moeilijk te beoordelen. Niettemin lijkt het volgende beeld aannemelijk:

Meer dan de helft van de bevolking is vóór de mogelijkheid van actieve euthanasie. Het grootste deel van de artsen en de andere werkers in de gezondheidszorg is vóór, het merendeel van de boeren is tegen. Hoe meer opleiding hoe meer vóór. Mannen zijn vaker voorstander dan vrouwen, ouderen vaker dan jongeren.

Meer dan de helft van de ondervraagden vindt, dat het besluit euthanasie toe te passen moet worden genomen door de dokter en de familie van de patiënt samen; een klein percentage is van mening dat de patiënt hierover zelf moet beslissen en een iets groter deel vindt dat de beslissing door de familie dient te worden genomen.

Wie moet de euthanasie uitvoeren? In de zogenoemde Baoding-studie vond 46% dat dit moest gebeuren door een hiervoor speciaal opgeleid iemand; 37% meende dat dokters het moesten doen en 11% vond het de verantwoordelijkheid van de familie.

Argumenten tegen

In het debat over euthanasie in China zijn ook opvattingen te horen tegen euthanasie respectievelijk de legalisering ervan, althans op korte termijn. Diverse daarvan zijn ons welbekend: "Euthanasie gaat in tegen de plicht van elke dokter om tot het uiterste te vechten voor het leven van de patiënt", "Euthanasie blokkeert de ontwikkeling van de medische wetenschap", "Euthanasie is tegen de wet." Argumenten met meer Chinese kleur zijn bijvoorbeeld dat euthanasie anti-humanistisch en anti-socialistisch is en dat euthanasie ingaat tegen de traditie van 'respect voor de ouders'.

Verder zou euthanasie meer problemen creëren dan oplossen zolang er geen wettelijke regeling is en zolang er geen voorwaarden zijn geformuleerd waaronder euthanasie is toegestaan: wanneer komt wie ervoor in aanmerking, beslist de patiënt of/ en de familie, welke dokter (de opleiding loopt uiteen van één tot acht jaar) mag euthanasie uitvoeren? Ook overwegingen als de soms onvoldoende kwaliteit en toegankelijkheid - ook financieel - van de gezondheidszorgvoorzieningen

spelen een rol, met name op het platteland.

Wetgeving

Euthanasie komt in geen enkele Chinese wet voor. Dit was de reden waarom de twee aangeklaagde dokters en de zoon in de *zaak-Hanzhong* - zie *bijlage* - uiteindelijk werden vrijgesproken. In hoger beroep oordeelde de rechter, dat er noch sprake was van moord, noch van doodslag; de aangeklaagden hadden iets gedaan waarvoor de wet geen omschrijving kende.

Ondanks deze overwegingen en de daarop volgende vrijspraak, zijn artsen nog voorzichtiger geworden ten aanzien van euthanasie. Zij zijn bevreesd voor vervolging. Dit is niet vreemd, want de meeste Chinese juristen zijn van mening dat euthanasie tegen de wet is. Aanpassing van de wet wordt algemeen noodzakelijk geacht. De meesten van onze gesprekspartners hadden daarbij - een zekere - legalisering, onder bepaalde voorwaarden, op het oog. De verwachting is, dat het ministerie van Volksgezondheid binnen enkele jaren met initiatieven in deze richting zal komen.

Conclusie

Er zijn diverse verschillen tussen China en Nederland voor wat betreft euthanasie. In ons land is het maatschappelijk draagvlak voor euthanasie groter, er is meer conceptuele duidelijkheid en er is grotere overeenstemming over de voorwaarden waaronder euthanasie eventueel mag worden toegepast. In China bestaan geen wettelijke bepalingen ten aanzien van

euthanasie; de rol van de familie in de besluitvorming is daar minstens zo belangrijk als die van de patiënt zelf, er zijn grote verschillen in kennis en kunde tussen dokters en ook in kwaliteit en toegankelijkheid van voorzieningen.

Anders dan in Nederland is in China lang niet iedereen verzekerd tegen ernstige en langdurige ziekte. In het Chinese debat zijn overwegingen van financiële aard - zowel de privésfeer als de publieke sfeer betreffende - geenszins taboe. In China is nog geen onderzoek gedaan naar de aard en omvang van de praktijk van euthanasie, dus inzicht daarin is niet aanwezig. Ondanks deze verschillen zijn er ook vele overeenkomsten. In China is men erg nieuwsgierig naar de ervaringen en inzichten die in Nederland worden opgedaan. Voor ons is het fascinerend om de ontwikkelingen in China te volgen en er ons voordeel mee te doen. •

dr G. van der Wal,
geneeskundig inspecteur Noord-Holland

prof. mr F.C.B. van Wijmen,
vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg

Noot/Literatuur

1. Zie ook G. van der Wal c.s., Ontwikkelingen in de Chinese gezondheidszorg. Medisch Contact 1994; 49: 1399-1401
2. Xu Tian Min. China: Moral Puzzles. Hastings Center Report March/April 1990: 24-5.
3. Shi Da Pu. Euthanasia in China: a report. Journal of Medicine and Philosophy 1991; 16: 131-8.
4. Ren Zong Qiu. Chinese Medical Ethics and Euthanasia. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1993; 2: 99-76.
5. Peiching Hu. The Acceptability of Active Euthanasia in China. Med Law 1993; 12: 47-53.

Bijlage

De eerste euthanasiezaak in China

DE ZAAK-HANZHONG

Honglin Wang

VERDACHTE LIANSHENG PU (man, 46 jaar) is hoofd van de afdeling Hepatitis van het Ziekenhuis voor Besmettelijke Ziekten van de stad Hanzhong van de provincie Shanxi. Verdachte Mingcheng Wang (man, 36 jaar) is de zoon van de door toepassing van

euthanasie overleden Suwen Xia (vrouw, 59 jaar).

In oktober 1984 werd in het ziekenhuis vastgesteld, dat mevrouw Xia leed aan levercirrose met ascites. Begin 1986 was haar toestand verslechterd: haar onderbuik was gezwollen door de ernstige ascites; ze was vaak bewusteloos geraakt. Op 23 juni 1986 verkeerde mevrouw Xia in kritieke toestand. Mingchen Wang bracht samen met zijn drie zusters zijn

moeder naar het Ziekenhuis voor Besmettelijke Ziekten van de stad Hanzhong. In het ziekenhuis werd de volgende diagnose gesteld: levercirrose met ascites en hypoalbuminemia, hepatorenale encefalopathie, 2e en 3e graad decubites. Door normale behandeling in het ziekenhuis bleef het symptoom rustig. Suwen Xia had echter ondraaglijke pijn en schreeuwde dat ze dood wilde.

In de ochtend van 25 juni vroegen Mingcheng en een van zijn zussen, Xiaolin Wang, de verantwoordelijke dokter, Liansheng Pu, naar de toestand van hun moeder. Liansheng Pu vertelde hun dat haar ziekte ongeneeslijk was en vertelde over de ontwikkeling van de euthanasie in het buitenland.

Op 27 juni ging het minder goed met de patiënte; ze was onrustig en schreeuwde constant. Pas nadat de dokter haar een injectie van 10 mg diazepam had gegeven, viel ze in slaap.

Op 28 juni, om 8 uur 's morgens, toen de directeur van het ziekenhuis, de heer Lei, samen met collega's de patiënten bezocht, was mevrouw Xia nog niet wakker. Nadat directeur Lei klaar was met zijn onderzoek, vroeg Mingcheng Wang of zijn moeder nog genezen kon worden. Lei antwoordde: "De ziekte is al in het laatste stadium. Het is te laat." Daarop zei Mingcheng Wang meteen: "Kunnen jullie, aangezien de ziekte van mijn moeder ongeneeslijk is, geen maatregelen nemen zodat zij geen pijn meer hoeft te lijden?" Lei antwoordde: "Nee, dat kunnen wij niet doen. In het buitenland past men de zogenoemde euthanasie toe voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn. In ons land bestaat hiervoor nog geen wettelijke bepaling." In weerwil van Mingcheng Wangs herhaaldelijke verzoeken, weigerde Lei euthanasie voor mevrouw Xia uit te voeren; hij zei: "Als je je moeder geen medicijnen wilt laten toedienen, moet je haar terug naar huis brengen. Het ziekenhuis kan zeker geen euthanasie uitvoeren."

Op 28 juni, rond 9 uur 's morgens, gingen Mingcheng Wang en zijn zus Xiaolin Wang weer naar het kantoor van Liansheng Pu om euthanasie te eisen. In het begin ging Pu daar niet op in. Nadat Mingcheng Wang en Xiaolin Wang keer op keer hun eis formuleerden en verzekerden dat ze alle verantwoordelijkheid zouden dragen, maakte Liansheng Pu echter de papieren klaar waarmee mevrouw Xia het ziekenhuis mocht verlaten (in werkelijkheid bleef mevrouw Xia gewoon in het ziekenhuis). Daarna schreef Pu een recept voor 100 mg chloorpromazine comp. Op dit recept stond, met de handtekening van Mingcheng Wang, dat de familieleden euthanasie eisten. Toen de hoofdverpleegster dit recept ontving, gaf ze de dienstdoen-

de verpleegster de instructie dat ze mevrouw Xia geen injectie moest geven. De hoofdverpleegster ging direct naar Liansheng Pu en zei: "Deze opdracht kan ik niet uitvoeren." Pu dwong daarop een assistent, genaamd Chai, de injectie aan mevrouw Xia te geven. Toen men bezig was met luchten, maakte Chai van de gelegenheid gebruik om een gedeelte van de vloeistof op de grond te spuiten; mevrouw Xia kreeg feitelijk slechts 75 mg chloorpromazine comp. Voordat Pu naar huis ging, zei hij tegen zijn vervanger, Haihua Li: "Als Suwen Xia tegen 12 uur nog niet dood is, geef haar dan nog een injectie chloorpromazine comp." Haihua Li antwoordde: "Goed." Op dezelfde dag, van 13.00 uur tot 15.00 uur zagen Mingcheng Wang en Xiaolin Wang dat hun moeder nog leefde. Ze gingen twee keer naar het kantoor van Haihua Li. Nadat hij Suwen Xia had onderzocht, schreef Haihua Li nog eens 100 mg chloorpromazine comp. voor en liet die een verpleegster aan mevrouw Xia toedienen. Suwen Xia stierf op 29 juni, om 5 uur 's morgens. Op 30 juni werd Xia begraven door haar vier kinderen.

Na de dood van Suwen Xia gingen haar oudste dochter Jianming Wang en haar tweede dochter Xiaode Wang naar de directeur van het ziekenhuis om een vergoeding voor ziektekosten en begrafenis te vragen. De directeur raadde hen aan de aanklacht bij het bevoegde gezag in te dienen. Op 3 juli dienden de twee zussen een aanklacht in bij de politie van de stad Hanzhong en bij het bevoegde gezag, inhoudende dat Liansheng Pu hun moeder opzettelijk had vermoord. Op 4 juli brachten ook vier mensen uit het ziekenhuis een beschuldiging tegen Liansheng Pu in bij het bevoegde gezag. De politie hield Liansheng Pu, Haihua Li, Mingcheng Wang en zijn zus Xiaolin Wang aan wegens moord op mevrouw Xia. Toen de zussen Jianming Wang en Xiaode Wang zagen dat hun broer en zus werden aangehouden, kregen ze spijt en wilden ze hun aanklacht intrekken. De politie en het bevoegde gezag weigerden daarop in te gaan, omdat er in de zaak al een openbare aanklacht was. Op 20 december van dat jaar werden de vier verdachten onder borgstelling vrijgelaten.

Op 31 maart 1987 stelde het 'Medisch Ongelukken Comité' van de regio Hanzhong de doodsoorzaak van Suwen Xia vast. Blijkens het certificaat werd het volgende geconstateerd:

1. Xia leed aan portale encefalopathie met een ernstige graad van gedecompenseerde levercirrosis.
2. Voor de ziekte van Xia was chloorpro-

mazine het verboden medicijn. Chloorpromazine zou de functie van de lever verder beschadigen.

3. De doodsoorzaak van Suwen Xia was het gevolg van de ziekte zelf en van de toediening van chloorpromazine, waarbij de chloorpromazine de dood versnelde. Op geleide van deze vaststelling eiste de politie van de stad Hanzhong bij het bevoegde gezag de arrestatie van Liansheng Pu, Haihua Li, Mingcheng Wang en Xiaolin Wang wegens moord op Suwen Xia. Het bevoegde gezag van de stad Hanzhong gaf in september 1987 toestemming tot de arrestatie van Liansheng Pu en Mingcheng Wang. Op 8 februari 1988 spande het bevoegde gezag bij de Volksrechtbank van Hanzhong een proces wegens moord aan tegen Liansheng Pu en Mingcheng Wang. Haihua Li en Xiaolin Wang werden van gerechtelijke vervolging ontheven.

Beoordeling patholoog-anatoom

Zodra de Volksrechtbank van Hanzhong de zaak ter hand had genomen, ontdekte de rechtbank een dossier waarin stond dat Liansheng Pu aangifte had gedaan van het feit dat directeur Lei van het Ziekenhuis voor Besmettelijke Ziekten van de stad Hanzhong financiële manipulaties had verricht. Daardoor was Lei niet bevoegd deel te nemen aan het Medisch Ongelukken Comité bij het beoordelen van deze zaak. Volgens de wet moest Lei buiten deze zaak blijven. Tevens tekenden de verdachte Liansheng Pu en zijn advocaat bezwaar aan tegen de beoordeling van het Medisch Ongelukken Comité.

Op 3 september 1988 vertrouwde de Hanzhong Volksrechtbank de afdeling Pathologie van de Hogere Volksrechtbank van de provincie Shanxi het vaststellen toe van de doodsoorzaak van Suwen Xia. De conclusie luidde:

1. De in het Ziekenhuis voor Besmettelijke Ziekten van Hanzhong gestelde diagnose, dat Suwen Xia leed aan levercirrose met ascites, decompensatie, portale encefalopathie en decubitus graad 2 tot 3, is verdedigbaar. Voor de diagnose 'levercirrose' ontbreekt voldoende bewijs, maar secundaire infectie kan niet worden uitgesloten.
2. De patiënte was al lang ziek geweest en haar toestand was ernstig. Hoewel haar toestand na de behandeling iets stabielere was geworden, was het gezien het huidige niveau van de medische stand onmogelijk dat de ziekte kon worden genezen. Als Suwen Xia verder was behandeld, zou het mogelijk zijn geweest dat ze iets langer had geleefd.
3. Chloorpromazine heeft als voornaamste bijwerkingen, dat het de functie van

het ademhalingscentrum afremt en de bloeddruk verlaagt. Door het verstoord zijn van de leverfunctie kan een patiënt die een ernstige leverziekte heeft, niet goed meer tegen chloorpromazine. Daarom moet die patiënt zeer voorzichtig zijn met het gebruik van chloorpromazine of van het gebruik afzien. De hoeveelheid chloorpromazine die Suwen Xia in twee keer ontving: 175 mg (waarvan chloorpromazine 87,5 mg en promethazine 87,5 mg), was normaal. Bovendien is de patiënte pas 14 uur na het gebruik van chloorpromazine overleden. Vlak voor haar dood daalde de bloeddruk niet in één keer en werd de functie van het ademhalingscentrum niet afgeremd. Chloorpromazine verdiepte de bewusteloosheidsgraad en stimuleerde de dood. Chloorpromazine was geen directe doodsoorzaak. De hoofdoorzaak van de dood was portale encefalopathie. Het is niet uitgesloten dat er een ernstige infectie aanwezig was.

De afdeling Pathologie van de rechtbank van de provincie Shanxi vroeg tegelijkertijd de Provinciale Medische Ongeluk Beoordelings Commissie de doodsoorzaak van Suwen Xia te beoordelen. De uitslag is dezelfde als die van de rechtbank.

Standpunten

In juridische en medische kringen alsmede in de media is druk gestudeerd en gediscussieerd met betrekking tot deze zaak. Er ontstonden grote meningsverschillen.

I

Het gedrag van de verdachten Liansheng Pu en Mingcheng Wang is misdadig en kan als moord worden bestempeld. Er schuilt echter een tamelijk gering gevaar voor de maatschappij in. De twee hebben een lichte misdaad gepleegd. Beiden kunnen worden vrijgesteld van sancties tegen misdadigers.

De aanpak van deze zaak moet in overeenkomst zijn met het huidige strafrecht van China. Er moet geen invloed zijn van de discussie inzake euthanasie. Euthanasie wordt ook wel 'sterven zonder pijn' genoemd. Onder euthanasie wordt verstaan, dat een dokter een bepaalde maatregel neemt om het leven van een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, eerder te beëindigen. Bovendien moet de patiënt de dokter serieus verzoeken om zijn leven te beëindigen, zodat hij minder ondraaglijke pijn hoeft te lijden. Op dit moment hebben maar een paar landen en regio's een euthanasiewet. De meeste landen kennen geen wettelijke bepaling voor euthanasie. De meningen erover lopen zeer uiteen.

Sinds de jaren tachtig wordt over eutha-

nasie ook gediscussieerd in academische medische kringen. Wat is de huidige situatie? Aan de ene kant heeft euthanasie wel als resultaat dat de patiënt geen ondraaglijke pijn hoeft te lijden, de financiële en geestelijke lasten van de familieleden worden verminderd en het geld voor ziekenverzorging wordt bespaard. Aan de andere kant is euthanasie een kwestie van leven of dood. Het is onomkeerbaar. *Derhalve moet er alvorens euthanasie mag worden uitgevoerd, een wet komen.* We moeten strenge wettelijke bepalingen hebben voor het uitvoeren van euthanasie, voor het toezicht houden op het hele proces en voor de methode van euthanasie. Pas dan wordt euthanasie normaal medisch handelen. Aangezien er in China nog geen wet op euthanasie is, wordt het uitvoeren van euthanasie als wetsovertreding beschouwd. Als we euthanasie die door enige mensen privé wordt gepleegd toelaten, kunnen we in de toekomst moeilijk voorkomen dat mensen met slechte bedoelingen euthanasie als een excuus gebruiken om patiënten die te genezen zijn te vermoorden. Het is ook zeer moeilijk te bepalen of familieleden euthanasie eisen met de bedoeling de patiënt te doden om zijn geld of vanuit hun bekommernis dat de patiënt verder geen pijn lijdt.

In de praktijk kan euthanasie ook verwarrend veroorzaken met betrekking tot ons huidige strafrecht, dat het opzettelijk en onwettig doen beëindigen van het leven verbiedt. Wij moeten vasthouden aan het principe: er moet een wet zijn. Men moet de wet naleven en goed uitvoeren. Wie de wet overtreedt, moet worden gestraft. In overeenkomst met het huidige strafrecht in China moeten wij bovengenoemde zaak serieus, eerlijk en redelijk behandelen.

Het gedrag van Liansheng Pu en Mingcheng Wang heeft vier aspecten waarvoor van de misdaad 'moord' kan worden gesproken:

1. De misdaad 'moord' verstoort het recht op leven. Hoewel de patiënt Suwen Xia leed aan levercirrosis en in kritieke toestand verkeerde, was haar leven beschermd door onze wet. Op verzoek van Mingcheng Wang schreef Liansheng Pu een recept voor en gaf hij het bevel Xia een injectie met chloorpromazine toe te dienen. Zijn gedrag maakte zonder meer inbreuk op Suwen Xia's recht op leven.

2. Wanneer wij objectief over de misdaad 'moord' praten, bedoelen wij dat de misdadiger op onwettige manier een einde heeft gemaakt aan het leven van een ander. De manieren en middelen om het leven van een ander te beëindigen zijn zeer gevarieerd. In de onderhavige zaak werd een medicijn als middel gebruikt. Het

hoofdeffect van chloorpromazine is het blokkeren van de dopaminereceptor van het centrale zenuwstelsel. Bovendien heeft dit medicijn ook bijwerkingen op de schiltemperatuur, op de bloeddruk en het veroorzaakt een ademhalingsdepressie. Chloorpromazine werkt hoofdzakelijk op de stofwisseling via de lever. De invloed ervan is voornamelijk het vormen van icterus door galwegobstructie. Patiënten van wie de lever niet goed functioneert moeten dit medicijn niet of zeer voorzichtig gebruiken. Doordat Xia twee injecties met chloorpromazine werden toegediend, leidde dit ertoe dat zij verder weggleed en vervolgens tot haar dood. Daarom is het gedrag van de verdachten Liansheng Pu en Mingcheng Wang te beschouwen als moord.

3. De verdachte Liansheng Pu en Mingcheng Wang zijn normale volwassenen, die de verantwoordelijkheid voor het plegen van een misdaad geheel kunnen dragen. Wat zij hebben gedaan, wordt in de wet in algemene termen omschreven als moord.

4. Wanneer wij vanuit het subjectief aspect de misdaad 'moord' bekijken, geldt dit alleen wanneer iemand opzettelijk van zijn leven wordt beroofd, dus met voorbedachten rade. Toen Suwen Xia in het ziekenhuis terecht kwam, stelde Liansheng Pu de diagnose 'levercirrosis met ascites en portale encefalopathie'. Pu wist zeker dat Xia's lever niet goed functioneerde en dat men geen of zeer voorzichtig chloorpromazine moest gebruiken. Nadat Liansheng Pu het recept van chloorpromazine had geschreven, voegde hij er de eis van de familie aan toe euthanasie toe te passen, en beval hij het personeel de injecties aan Xia toe te dienen. Bovengenoemde feiten tonen aan, dat dokter Pu de misdaad heeft gepleegd met voorbedachten rade.

Nadat de verdachte Mingcheng Wang van directeur Lei had gehoord dat zijn moeder ongeneeslijk ziek was, eiste hij telkens weer euthanasie van Liansheng Pu. Het is Mingcheng Wang die het recept met de euthanasieaanvraag ondertekende en Haihua Li dringend verzocht het recept van chloorpromazine nog een keer voor te schrijven en de injectie aan zijn moeder toe te dienen. Psychisch gezien is zijn betrokkenheid bij het ontnemen van Suwen Xia's leven hierdoor duidelijk.

II

Het gedrag van de verdachten Liansheng Pu en Mingcheng Wang is niet misdadig. In hun gedrag is geen enkel misdadig element. Wat ze gedaan hebben is niet bijzonder ernstig en is geen groot gevaar voor de maatschappij. Ingevolge artikel 10 van het Wetboek van Strafrecht

moeten deze twee verdachten onschuldig worden verklaard.

De aanhangers van dit standpunt zijn van mening, dat euthanasie goed is voor de maatschappij. Ogenschijnlijk leidt euthanasie ook tot de dood van mensen, maar er is een essentieel verschil tussen euthanasie en de misdaad 'moord' zoals die door het strafrecht is vastgesteld. Het doel van euthanasie is niet het doden van iemand, omdat de dood al door de ziekte zelf bepaald is. Het doel van euthanasie is het door middel van kunstmatige maatregelen verzachten van de pijnlijke toestand van het verkeren op de rand van de dood. Dat wil zeggen: euthanasie is een keuze voor de dood. Het gaat om een nieuwe manier van denken. Het gaat evenzeer om een heroverweging van leven en dood. Daarom is euthanasie geen gevaar voor de maatschappij.

Artikel 10 van het Wetboek van Strafrecht bepaalt, dat een misdaad drie fundamentele eigenschappen moet bevatten, namelijk maatschappelijke schade, criminele overtreding en strafbaar zijn. De maatschappelijke schade is de meest fundamentele eigenschap van de misdaad, is de basis van criminele overtreding en strafbaarheid en is het belangrijkste kenmerk van het onderscheid tussen schuld en onschuld. Euthanasie houdt geen gevaar voor de maatschappij in en mag derhalve niet worden beschouwd als een misdaad.

De verdachten Liansheng Pu en Mingcheng Wang voerden euthanasie uit bij een patiënte die aan de rand van de dood verkeerde. De dood was onvermijdelijk. In oktober 1985 werd Suwen Xia's ziekte ernstiger en had ze ascites. In december 1985 had ze problemen met ademen en kon ze haar bed niet uit. In de lente van 1986 was ze doorgelegen. Haar benen vertoonden oedeem en zweren. In mei 1986 had ze op een bil een zweer met een gat zo groot als een theemok. Haar onderbuik was opgezet ascites. Ze kon niet plat liggen en was incontinent. Ze was vier keer bewusteloos geweest. Ze kon de toestand niet meer aan en schreeuwde dat ze dood wilde. Na de bewusteloosheid van 12 juni 1986 herkende ze haar familieleden niet meer. Haar decubitus ging zweren, waardoor stank ontstond; verder kreeg ze wormen. Door de goede behandeling van het ziekenhuis was haar toestand weliswaar rustiger geworden, maar de ziekte van Xia was in een eindstadium. Genezing was onmogelijk. Verdere behandeling kon haar leven slechts even verlengen, een verlenging die alleen maar pijn voor de patiënte met zich zou brengen.

Het motief van beide verdachten was het lijden van patiënte te verminderen; het

was niet hun bedoeling een einde te maken aan het leven van Xia. Er was persé geen sprake van slechte bedoelingen. Van de vier broeders en zussen was Mingcheng Wang degene die zijn moeder het meest verzorgde. Toen Mingcheng Wang het telegram ontving met het bericht dat zijn moeder ernstig ziek was, kwam hij meteen uit een andere plaats terug. Toen waren zijn andere drie zussen al bezig met het verzorgen van de begrafenis. Met de hoop dat moeder nog zou opknappen, overtuigde hij zijn zussen hun moeder naar het ziekenhuis te brengen. In het ziekenhuis zag hij dat zijn moeder niet meer kon worden genezen. Hij kon er niet tegen dat zijn moeder zoveel pijn leed. Om die redenen had hij aan het ziekenhuis en de desbetreffende dokters om euthanasie gevraagd. Vanwege het feit dat Suwen Xia's ziekte ongeneeslijk was en ze veel pijn leed, had Liansheng Pu het voorstel aangenomen. Het motief hierbij was, de pijn van de patiënte te verminderen. Zoiets kan geen gevaar voor de maatschappij meebrengen. Het resultaat van deze euthanasie was, dat de bewusteloosheid door het toedienen van chloorpromazine dieper werd en de dood werd versneld. Chloorpromazine was echter geen directe oorzaak voor Suwen Xia's dood. Voor haar dood kreeg Suwen Xia twee keer chloorpromazine-injecties van 175 mg. Elke injectie bevatte 50% chloorpromazine en 50% promethazine. Xia kreeg dus in totaal 87,5 mg chloorpromazine. Voor iemand die voor de eerste keer dit medicijn krijgt, levert een injectie van minder dan 100 mg geen gevaar op. Bij dagelijks gebruik is het niet gevaarlijk tot een injectie van 400 mg. De dosis die Suwen Xia in twee keer kreeg toegediend, was steeds onder de normale standaard. Er zat 14 uur verschil tussen het moment dat de patiënte voor de laatste keer chloorpromazine kreeg en haar dood. Op het moment van haar dood was de meest effectieve werking van de chloorpromazine al voorbij. Het ziekerapport toont aan, dat er bij de dood geen ademhalingsbelemmering en verlaagde bloeddruk is geweest. Het rapport van de patholoog-anatoom luidt: "Suwen Xia's doodsoorzaak was voornamelijk portale encefalopathie." Chloorpromazine verdiepte de bewusteloosheid van de patiënte en versnelde de dood, maar was geen directe oorzaak voor de dood.

In ons strafrecht geldt ten aanzien van de persoonlijke verantwoordelijkheid, dat iemand alleen verantwoordelijk kan worden gesteld wanneer zijn gedrag schadelijke gevolgen heeft. Daarom

hoeven Liansheng Pu en Hingcheng Wang geen strafverantwoordelijkheid te nemen.

III

Het gedrag van de verdachten moet niet als misdaad met als gevolg moord worden veroordeeld. Men moet redeneren analoog artikel 132 van het Wetboek van Strafrecht; aldus beredeneerd, is er sprake van een misdaad met als gevolg moord door middel van euthanasie. De zaak kan naar de Hogere Volksrechtbank voor bevestiging. De groep die dit standpunt inneemt, is van mening dat het gedrag van Liansheng Pu en Mingcheng Wang: het vermoorden van mensen door middel van euthanasie, *maatschappelijke schade* ontstaat. Hoewel Suwen Xia ongeneeslijk ziek was, de dood onvermijdbaar was, en chloorpromazine waarschijnlijk de dood niet direct had veroorzaakt, leidde de toediening van chloorpromazine tot een snellere dood. Door onwettig handelen van de twee verdachten werd inbreuk gemaakt op het recht van Xia om een bepaalde periode te leven. Het gedrag dat onwettig een einde maakt aan het leven van de ander is een gevaar voor de maatschappij. Bovendien heeft dit gevaar in overeenkomst met de nauwkeurige bepaling van ons strafrecht al de grens van misdaad bereikt.

Er is geen gedetailleerde bepaling in de bijlage van ons Wetboek van Strafrecht over de misdaad 'euthanasie'. Dergelijk gedrag is van dusdanige aard dat het niet alleen moet worden bestraft omdat het de orde van de maatschappij beschadigt, maar ook omdat het in overtreding is met het strafrecht. Vanuit het oogpunt van de structuur van een misdaad lijkt de misdaad 'euthanasie' het meest op de misdaad 'moord', zoals die door de wet wordt bepaald. De misdaad 'euthanasie' heeft in grote lijnen de elementen in zich van de misdaad 'moord'. Alleen de objectieve kant, met andere woorden: de manier waarop, is anders. De misdaad 'euthanasie' laat de patiënt eerder doodgaan door middel van medicijnen met de bedoeling de pijn van de stervende patiënt te verminderen. Daardoor moeten wij volgens artikel 132 een analogie toepassen en dergelijke misdadigers bestraffen.

Uitspraken

De Volksrechtbank van de stad Hanzhong heeft de eerste euthanasiezaak van 15 tot en met 17 maart 1990 openbaar behandeld. Na overleg met de desbetreffende partijen heeft de rechtbank 6 april 1991 de volgende uitspraak gedaan:

"De verdachte Mingcheng Wang eiste telkens dat de verantwoordelijke dokter Liansheng Pu injecties aan zijn moeder zou geven, opdat ze zonder pijn kon sterven. Zijn gedrag is natuurlijk opzettelijk. Het

ontneemt zijn moeder het recht op haar bestaan. Deze zaak is echter niet ernstig, brengt geen grote schade toe en is geen misdaad.

De verdachte Liansheng Pu heeft samen met andere dokters injecties aan de zeer ernstig zieke Suwen Xia gegeven op het herhaalde verzoek van Mingcheng Wang. De injecties hadden een bepaalde versnellende werking bij Xia's dood; de hoeveelheid ervan is echter onder de normale grens en is geen directe oorzaak van Xia's dood. Zijn gedrag is ook opzettelijk. Het ontnemt een burger het recht op bestaan. De zaak is echter niet ernstig, brengt geen grote schade en is geen misdaad.

Volgens artikel 10 van het strafrecht van de Volksrepubliek China en artikel 11 van de wet op straf en procedure worden de verdachte Liansheng Pu en Mingcheng Wang onschuldig verklaard."

Na de uitspraak van de Volksrechtbank bevond het bevoegde gezag van de stad Hanzhong de verdachte Liangsheng Pu en Mingcheng Wang nog steeds schuldig wegens moord. Het bevoegde gezag ging

in beroep bij de Middelste Volksrechtbank, op grond van het feit dat de Volksrechtbank van de stad Hanzhong een kwalitatieve fout had gemaakt en de wet niet goed had toegepast.

De verdachten Liansheng Pu en Mingcheng Wang vonden dat hun gedrag niet van dien aard was dat het een burger het leven had ontnomen. Zij tekenden beroep aan bij de Middelste Volksrechtbank van de regio Hanzhong, op grond van het feit dat de uitspraak van de Volksrechtbank van de stad Hanzhong gedeeltelijk niet met de werkelijkheid klopt.

De Middelste Volksrechtbank deed in laatste instantie uitspraak op 25 maart 1992. Die uitspraak luidde: "De Volksrechtbank van de stad Hanzhong heeft voldoende en nauwkeurige feiten ter beschikking om een gefundeerd oordeel te kunnen vellen. Er is geen kwalitatieve fout gemaakt. De procesvoering is legaal. Het gebruik van de wet en de uitspraak zijn juist.

De Middelste Volksrechtbank van de regio Hanzhong heeft het protest van het bevoegde gezag van de stad Hanzhong en het beroep van Liansheng Pu en Mingcheng Wang verworpen en zich aan

de uitspraak van de Volksrechtbank van de stad Hanzhong gehouden."

De beslissing van de Volksrechtbank van de stad Hanzhong en de Middelste Volksrechtbank van regio Hanzhong werd overgebracht aan de Hogere Volksrechtbank van de provincie Shanxi en het Hooggeerechtshof van de Volksrepubliek China. Het Hooggerechtshof van de Volksrepubliek China gaf een officieel antwoord: "Het vraagstuk van de euthanasie moet nog worden opgelost. Met betrekking tot de onderhavige zaak spreken wij niet van euthanasie. Men kan volgens artikel 10 van het strafrecht van de Volksrepubliek China het gedrag van Liangsheng Pu en Mingcheng Wang niet als misdadig beschouwen en behandelen."

Honglin Wang,

werkt als jurist in China. Toen hij dit artikel schreef, was hij vice-directeur van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van de Hogere Volksrechtbank van de provincie Shanxi. De auteur neemt persoonlijk standpunt II in en is van mening dat de eerste euthanasiezaak in China door het Hooggerechtshof correct is opgelost.

G E E T E R D

P.G.J.J. Stevens et al. Consumentenboek Gezondheidszorg. Over de positie van patiënten en verzekerden.

De Tijdstroom, Utrecht 1993. ISBN 90 352 1455 2, losbladig in 1 band. Prijs f 90,-

DIT LOSBLADIG BOEK handelt over de positie die de consument in de Nederlandse gezondheidszorg inneemt. Het uitgangspunt van de redactie is, dat de positie van de patiënt steeds meer een dynamische gaat worden. Naar verwachting zal de positie van de hulpvrager gelijkwaardig worden aan die van de professionele hulpverlener; hij zal grotere invloed krijgen op aard, omvang en proces van hulpverlening en ook de bereidheid om met zijn wensen rekening te houden zal toenemen - kortom: de patiënt op weg naar erkenning als volwaardig gesprekspartner. De titel van het boek is verwarrend en ogenschijnlijk redundant. Uitgebreid wordt toegelicht wat de rode draad is die door het boek loopt: de positie die de consument inneemt is het resultaat enerzijds van invloeden die vanuit de gezondheidszorg worden uitgeoefend en anderzijds van de stellingname van de patiënt om actief te participeren in de zorg; het geheel van

relaties die de consument heeft met de verleners van zorg bepaalt de positie. Het boek is niet bestemd voor consumenten in de gezondheidszorg (zoals de titel wellicht doet vermoeden), maar voor mensen die veel die consumenten te maken hebben: bestuurders en medewerkers van de patiëntenbeweging op nationaal en regionaal niveau, functionarissen die in de zorgverlening verantwoordelijk zijn voor bestuur en beleid, zorgverzekeraars en geïnteresseerden uit de wereld van de politiek, overheid, onderzoeksinstituten en organisatieadviesbureaus. Ook mikt de redactie op het hoger en universitair onderwijs.

Het boek is opgesplitst in zeven delen. Dekkers bijt de spits af met een interessant verhaal over de wijze waarop en de mate waarin consumenten zich in de gezondheidszorg hebben georganiseerd en samenwerken. In deel B wordt de positie van de patiënt vanuit juridisch perspectief behandeld. Gezondheidsrechtelijke coryfeeën laten hun licht schijnen over onder andere beslissingen rond het levenseinde, de wilsonbekwame patiënt en de rechtspositie. Een fraai geschreven en uitgebreid hoofdstuk over het klachtrecht is van de hand van Van Wijmen. Deel C gaat over de patiënt in relatie tot zijn hulpverlener.

Spreeuwenberg gaat hier op boeiende wijze gedetailleerd op in. Merkwaardigerwijze komt in dit deel ook de patiëntenvoorlichting aan de orde. De tekst over patiëntenvoorlichting is nogal oppervlakkig, weinig actueel en inhoudelijk zwak. In deel D worden de financiële risico's voor de zorg voor gezondheid behandeld. Grote financiële risico's worden gereduceerd door collectivisering c.q. het veilig stellen van het eigen belang door middel van verzekeringen. De schrijvers gaan in op een aantal kernvragen die de maatschappelijke discussie over ziektekostenverzekering beheersen. In deel E komen het overheidsbeleid met betrekking tot de positie van de consumenten en het beleid van de decentrale overheden aan de orde. Het boek wordt afgesloten met de tekst van relevante en actuele wet- en regelgeving, alsmede met een gedeelte documentatie, met nota's, memoranda, convenanten, adressen, etc. Ofschoon dit boek nogal juridisch getint is, is het voor de doelgroep helder geschreven en logisch gestructureerd. De belangrijkste aanwinst van dit boek is, dat de positie van de patiënten - nagenoeg compleet - interdisciplinair wordt belicht. •

dr V. Damoiseaux

Arts moet aanwezig zijn bij inname van dodende middelen

HET MEDISCH tuchtcollege te Amsterdam moest zich in bijgaande casus buigen over de zorgplicht van artsen die betrokken zijn bij hulp bij zelfdoding.

Een patiënte van de aangeklaagde huisarts leed aan longkanker en vroeg om hulp bij zelfdoding. Voor de uitvoering daarvan werd een datum afgesproken. Al bijna een week daarvoor leverde de huisarts het dodelijke middel bij zijn patiënte af. Op dat moment had het in de zorgvuldigheidseisen genoemde intercollegiale consult nog niet plaatsgevonden. De huisarts stemde ermee in dat het middel in de kluis van de elders wonende ex-echtgenoot van patiënte, met wie zij goed bevriend was, zou worden bewaard. De huisarts wist, dat de man met wie patiënte op dat moment was getrouwd vanwege een manisch-depressief ziektebeeld eerder een poging tot suïcide had ondernomen en medicamenteus werd behandeld. Een dag voordat de zelfdoding zou worden uitgevoerd, consulteerde de huisarts alsnog een collega. Zoals vaker gebeurt,

ging de zelfdoding niet door, omdat patiënte zich veel beter voelde. Tegen de afspraak in had het echtpaar het middel thuis gehouden. De huisarts veronderstelde dus ten onrechte dat het middel zich in de kluis van de ex-echtgenoot bevond. Nadat elf dagen na de eerste afspraak voor hulp bij zelfdoding waren verstreken, pleegde de huidige echtgenoot na inname van een grote hoeveelheid alcohol en het dodende middel zelfmoord. De betrokken arts verklaarde geen moment de mogelijkheid te hebben overwogen dat een ander dan de betrokken patiënte het middel zou willen of kunnen innemen. Pas ruim een maand later is bij patiënte alsnog euthanasie uitgevoerd.

Het college beargumenteert overtuigend waarom de zorgplicht van een arts meebrengt dat een door hem voorgeschreven dodend middel alleen in zijn aanwezigheid mag worden ingenomen en dat hij maatregelen neemt om op zeer korte termijn te kunnen ingrijpen. Dit geldt a fortiori als het risico niet denkbeeldig is dat

een ander dan de betrokkene het middel voor eigen gebruik inneemt.

Het komt vaker voor dat (huis)artsen een recept of een middel achterlaten teneinde zelfdoding te realiseren. Hoewel wij daarin geen cijfermatig inzicht hebben, vermoeden wij tevens dat de afspraken over de omstandigheden waarin de arts moet worden ingeschakeld, uiteenlopen. Een aantal collegae is van mening, dat patiënten zelf moeten kunnen beslissen wanneer zij het middel innemen en dat het sterven niet te veel onder regie van de arts moet komen; zij vertrouwen er dan op dat de betrokkene en de naaststaanden verantwoord met deze situatie omgaan.

Nu het college zich zo duidelijk heeft uitgesproken, kan elke arts weten dat er van hem, ook in het geval van hulp bij zelfdoding, actieve betrokkenheid en controle op de gang van zaken wordt gevergd. •

W.R. Kastelein

C. Spreeuwenberg

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam d.d. 14 januari 1994

HET COLLEGE HEEFT het volgende overwogen en beslist omtrent de op 14 januari 1994 binnengekomen klacht van de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid, klager, tegen A, geboren in 1951, huisarts, verweerder.

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
- het verweerschrift van 5 februari 1994 met bijlagen.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van 22 maart 1994 waar partijen aanwezig waren.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard, kan van het volgende worden uitgegaan:

Verweerder was reeds meer dan tien jaar de behandelend arts van mw B (verder de patiënte) en haar man C. C was manisch-depressief en al jaren onder psychiatrische behandeling. Aan hem zijn de afge-

lopen jaren door verweerder en/of zijn behandelend psychiater Librium, Lithium, Seresta en Haldol in verschillende doseringen en perioden voorgeschreven.

Medio 1992 werd bij de patiënte longkanker geconstateerd. Met name vanaf de zomer van 1993 kreeg zij veel pijn, waarvoor verweerder haar onder meer MS Contin (2 x 800 mg per dag) voorschreef. Naar het oordeel van verweerder, de behandelend psychiater en de patiënte

ging het met C beter vanaf het moment dat bij zijn vrouw longkanker was geconstateerd. Ondanks een mislukte zelfmoordpoging van C in het najaar van 1992 had zowel verweerder als de behandelend psychiater het gevoel dat hij in de verzorging van zijn vrouw een levensdoel had gevonden en geen zelfmoordpoging zou ondernemen zolang zij nog in leven was. Ultimo september 1993 heeft de patiënte aan verweerder haar wens tot levensbeëindiging te kennen gegeven. Deze wens kwam, aldus verweerder, voort uit een door de patiënte als uitzichtloos en ondraaglijk ervaren lijden.

Nadat de patiënte op 13 oktober 1993 een euthanasieverklaring had ingevuld en ondertekend, heeft verweerder op 25 oktober 1993 met een apotheker overlegd over de wijze van levensbeëindiging. Verweerder heeft het euthanaticum op woensdag 27 oktober 1993 bij de desbetreffende apotheker opgehaald en nog diezelfde dag naar de patiënte gebracht. Hij heeft toen met haar afgesproken dat het middel zou worden bewaard in de kluis van haar ex-echtgenoot, met wie zij goed bevriend was, tot het in aanwezigheid van verweerder door haar op 3 november 1993 zou worden ingenomen.

Verweerder heeft op 2 november 1993 de beslissing tot euthanasie alsnog voorgelegd aan een collega-huisarts. Verweerder heeft ter zitting gesteld, dat het feit dat op 27 oktober 1993 nog geen intercollegiaal overleg had plaatsgevonden de reden was dat het middel niet bij de patiënte thuis, doch in de kluis van haar ex-echtgenoot zou worden bewaard.

Toen verweerder op 3 november 1993 de patiënte bezocht, bleek zij zich veel beter te voelen dan de week daarvoor en verklaarde zij haar leven (nog) niet te willen beëindigen. Verweerder en de patiënte besloten daarop de euthanasie voor onbepaalde tijd uit te stellen. Verweerder is vertrokken doch heeft het middel in de woning van de patiënte en C achtergelaten. Verweerder heeft ter zitting gesteld, dat hij ervan uitging dat het middel terug zou gaan naar de kluis van de ex-echtgenoot van de patiënte. Vast staat dat het middel na 3 november 1993 in de woning van de patiënte en C is gebleven.

Op 14 november 1993 heeft C, na een grote hoeveelheid alcohol te hebben gedronken, een geslaagde zelfmoordpoging ondernomen met behulp van het door verweerder aan de patiënte verstrekte middel. Verweerder heeft, naar hij stelt, geen moment aan de mogelijkheid gedacht dat C zelfmoord zou kunnen en willen plegen met behulp van het aan zijn vrouw verstrekte middel.

Op 15 december 1993 is de patiënte alsnog door euthanasie overleden. Haar li-

chamelijke toestand was toen reeds dermate verslechterd dat zij niet meer kon slikken.

De klacht houdt, zakelijk weergegeven, in dat verweerder onzorgvuldig en verwijtbaar heeft gehandeld door het euthanaticum, nadat besloten was de levensbeëindiging voor onbepaalde tijd uit te stellen, in het bezit van de patiënte en haar huisgenoten te laten.

Met betrekking tot de klacht overweegt het college het volgende:

Euthanasie, zowel in de vorm van actieve levensbeëindiging op verzoek als in geval van geneesmiddelenverstrekking bij de wens tot zelfdoding, is een handeling die als zodanig aan de arts, die over de daarvoor nodige medisch-technische en farmacologische kennis beschikt, is voorbehouden. De verantwoordelijkheid van de arts eindigt niet op het moment dat hij, met inachtneming van de daarvoor geldende zorgvuldigheid, op het verzoek tot euthanasie heeft beslist. De arts die het verzoek tot euthanasie inwilligt, draagt er tevens zorg voor dat de levensbeëindiging met de bij medisch handelen horende zorgvuldigheid en kunde geschiedt. Uit deze zorgplicht vloeit voort, dat de arts zelf de levensbeëindigende handeling bij de patiënt verricht, althans de patiënt in zijn aanwezigheid het euthanaticum laat innemen, en dat de arts bij de patiënt blijft tot dat hij de dood heeft geconstateerd dan wel bereikbaar en op zeer korte termijn beschikbaar blijft teneinde indien nodig te kunnen ingrijpen. Alleen dan heeft de arts immers de mogelijkheid om: a. na te gaan of de wil van de patiënt tot levensbeëindiging nog steeds aanwezig is, b. corrigerend op te treden indien het euthanaticum op enigerlei wijze niet mocht werken zoals verwacht, c. zo nodig voor opvang en begeleiding van aanwezige familieleden te zorgen. Hieruit volgt tevens, dat de arts het euthanaticum onder zich houdt tot het moment van toediening aan of inname door de patiënt en ervoor waakt het euthanaticum onder beheer van de patiënt of enige derde te laten. Alleen op die wijze kan worden voorkomen dat het euthanaticum ontijdig of door iemand voor wie het niet is bestemd, gewild (zoals in casu) of ongewild wordt gebruikt.

Verweerder heeft onzorgvuldig gehandeld nu hij het euthanaticum ruim één week voor de vastgestelde datum aan zijn patiënte ter beschikking heeft gesteld en het evenmin op 3 november 1993, toen zijn patiënte aangaf het moment van euthanasie voor onbepaalde tijd te willen uitstellen, onder zich heeft genomen. Boven genoemde handelwijze klemt te meer daar verweerder het euthanaticum heeft afge-

geven vóórdat collegiaal overleg had plaatsgehad.

Het college beschouwt tevens als verzwarende omstandigheid dat, alhoewel zich in beginsel altijd het gevaar van misbruik of een ongeluk kan voordoen indien een euthanaticum aan de patiënt ter beschikking wordt gesteld, verweerder het middel heeft achtergelaten bij C die, zoals verweerder wist, manisch-depressief was en reeds eerder een zelfmoordpoging had ondernomen.

De conclusie van het voorgaande kan slechts zijn, dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft door te handelen als hiervoor bekritiseerd het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Om redenen van algemeen belang zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden gepubliceerd.

De beslissing luidt:

Het Medisch Tuchtcollege waarschuwt verweerder;

en bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 13b van de Medische Tuchtwet zal worden bekend gemaakt door publikatie in de Staatscourant en door toezending met het verzoek tot publikatie over te gaan aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 11 april 1994 door mr U.W. baron Bentinck, voorzitter, S. Luitse, dr M.H. Klopper-Mensch, L.N.M. Perquin en M. Bakker-Winnubst, leden-geneeskundige, met mr C.M. van den Brink als secretaris. •

KNMG-congres 1994

Indirecte communicatie in de fase van de co-assistentschappen

Yvonne Winants

Hoe (in het bijzonder vrouwelijke) co-assistenten de (voornamelijk door mannen bepaalde) medische beroeps cultuur ervaren en beoordelen.

OM HET ontwikkelingsproces van medisch student tot arts van binnenuit te begrijpen, is het belangrijk zich te verplaatsen in de positie van iemand die voor het eerst kennis maakt met een bepaalde beroeps cultuur. Een aspirant-arts zal geleidelijk ingevoegd raken in het systeem van denken, voelen, willen en handelen dat de medische professie in de loop van haar geschiedenis heeft ontwikkeld. Omdat vrouwelijke artsen bij de ontstaansgeschiedenis van cultuur en structuur van het medisch beroep slechts een zeer marginale rol hebben gespeeld, is het interessant om specifiek aandacht te besteden aan de interactie van vrouwelijke nieuwkomers en deze professionele cultuur.

'Tacit knowledge'

Doel van de medische opleiding is, aan de nieuwe generatie artsen een bepaald niveau van kennis en vaardigheden over te dragen, maar bovenal bij aanstaande artsen die eigenschappen tot ontwikkeling te brengen die noodzakelijk zijn om de rol van arts, die zware verantwoordelijkheid voor het levenslot van mensen in zich bergt, naar behoren te kunnen uitvoeren (Metz 1993).

Een ervaren arts weet dat naast theoretische kennis en het hanteren van vaardigheden, gevoeligheid voor de context van de ziek(t)e en de interpretatie van de individuele nuances en variaties essentieel zijn voor kwalitatief goed medisch handelen. Juist het samengaan van verschillende vormen van kennis: ervaringskennis of 'tacit knowledge', feitenkennis en intuïtie, maakt een arts tot een goed arts, tot een connaisseur of expert (Stegeman 1991). 'Tacit knowledge' (letterlijk: stilzwijgende kennis) is volgens Stegeman met name in de geneeskunde van grote betekenis, omdat deze zich voor een

groot deel beweegt in het domein van de onzekerheid. Echter, deze kennis is uit de aard van haar wezen niet expliciteerbaar, waardoor ze de nieuwkomer niet kan worden aangereikt in woord, maat of getal: de enige manier om zich die kennis eigen te maken is haar waar te nemen en zelf te ervaren.

Hoe kan een jonge aanstaande dokter zich deze 'stilzwijgende' kennis nu eigen maken? Slechts door de medische praktijk van alledag mee te maken en daarin te participeren. Deze vorm van opleiden en leren komt tot volle bloei in de fase van de klinische stages ofte wel de co-assistentschappen.

De arts in spe, die zich tot voor kort binnen de context van de universiteit betrekkelijk onbezorgd kon verdiepen in leerboek en vaardigheidstraining, dient bij aanvang van de co-assistentschappen de witte jas niet alleen letterlijk maar ook figuurlijk aan te trekken. Die overgang van studeren naar werken, van het studentenbestaan naar dat van jongste bediende in de medische beroepsgroep, blijkt voor de meeste nieuwkomers een forse opgave. De stress en onzekerheid, het verlies van idealen en de innerlijke verscheurdheid van co-assistenten zijn uitvoerig beschreven (Fahrenfort 1985; Baszanger 1985; Light 1979; Branch et al 1990). Gesproken wordt van een 'cultuurshock' of 'Berufseintrittshock' die zou optreden bij nieuwelingen die voor het eerst de realiteit van een beroep of een werkveld aan den lijve ervaren (De Vries 1992; Sieverding 1990).


Het beschreven leerproces wordt ook wel aangeduid met de term 'professionele socialisatie'. Dit begrip wordt beschreven als het proces van overdracht van de cultuur van de (beroeps)groep waarvan men lid wenst te worden, maar tevens als een proces van persoonlijke groei en ontwikkeling. Dit wijst op het wederzijdse karakter van het leerproces: de nieuwkomer ondergaat de invloed van de beroepsgroep en haar cultuur, maar neemt tegelijkertijd zelf actief deel aan dit proces door voorbeelden te selecteren, indrukken en ervaringen individueel te beoordelen en te evalueren (Bucher en Stelling 1977). So-



cialisatie houdt wel de opdracht in, dat men zich min of meer diepgaand aanpast. De speelruimte voor een stagiair is beperkt (De Vries 1988). Een stagiair kan de omgeving nauwelijks veranderen. Als zijn of haar ideaalbeelden en waardeoordelen sterk afwijken van de op het werk aangetroffen realiteit, kan hij of zij slechts sleutelen aan de eigen perceptie en aan de verwerking van de cognitieve informatie. Deze psychologische dynamiek en de eerder beschreven tweezijdigheid van socialisatie, maken de bestudering daarvan tot een complexe aangelegenheid. Enerzijds kan men de aandacht richten op de eigenheden en de eigenaardigheden van de beroeps cultuur, zoals deze worden waargenomen en geëvalueerd door de nieuwkomer. Anderzijds kan men zich richten op het individuele groeiproces.

De medische beroeps cultuur in de ogen van co-assistenten

In deze bijdrage zal het accent liggen op het eerste aspect, concreet op de vraag naar de perceptie van de beroeps cultuur door co-assistenten en hun beoordeling van deze cultuur.

Deze vraag wordt nog boeiender, wanneer men zich tevens realiseert dat de huidige nieuwe generatie artsen en co-assistenten voor meer dan 50% uit vrouwen bestaat. Zouden vrouwelijke co-assistenten andere aspecten waarnemen of zouden zij de waargenomen cultuuraspecten anders beoordelen? Want ook sekserollen kunnen beschouwd worden als subculturen; meisjes en jongens zijn van jongsaf aan opgevoed met andere beelden van 'gewenst gedrag'. "Als we herkennen dat er binnen elke cultuur een mannen-subcultuur bestaat die verschilt van die van vrouwen, verklaart dit waarom traditionele sekserollen zich zo moeilijk laten veranderen." (Hofstede 1991) Volgens Hofstede worden vrouwen soms buitengesloten en ongeschikt geacht voor mannenwerk, niet omdat ze daar technisch gesproken niet toe in staat zouden zijn, maar omdat zij geen draagsters zijn van de symbolen van de mannencultuur, niet beantwoorden aan het beeld van de held, niet deelnemen aan de rituelen van de man- 

nencultuur en de dominante waarden niet of in minder mate koesteren. Sieverding (1990), die onderzoek deed naar loopbaanontwikkeling van Duitse vrouwelijke artsen, wijst op negatieve psychologische effecten van de laatste klinische fase van de medische opleiding op de latere professionele ontplooiing van deze vrouwen: de al genoemde 'Berufseintrittshock'.

'Cultuurshock' onderzocht

Op basis van een aantal diepte-interviews met vrouwelijke en mannelijke co-assistenten is een uitgebreide lijst met vragen opgesteld met betrekking tot verschillende aspecten van de medische beroeps-cultuur. Een dankbaar gebruik is hierbij van het theoretisch en empirisch werk van Hofstede c.s. (1990 en 1991) en De Cock (1985). Deze auteurs onderscheiden een aantal karakteristieken van culturen, zoals 'hoe om te gaan met ongelijkheid in macht' en 'hoe om te gaan met onzekerheid', waaronder de wenselijkheid om uitingen van emotie of agressie te beheersen. Hofstede onderscheidde verder de dimensies 'de mate van masculiniteit of femininiteit' en 'de mate van individu- of collectiefgerichtheid'.

Een zogeheten Rasch-analyse leverde zeven clusters van cultuurelementen op, waarvan er in deze bijdrage twee aan de orde zullen komen, namelijk de culturele codes van de medische professie ten aanzien van het omgaan met machtsongelijkheid en de culturele codes van de medische professie ten aanzien van het omgaan met emoties en persoonlijke zaken. Tijdens het onderzoek was zowel naar de perceptie als naar een persoonlijk waardeoordeel gevraagd. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal: 1. Hoe nemen de co-assistenten, in casu nieuwkomers in de medische wereld, de cultuur van de medische professie waar? Verschillen vrouwen en mannen van elkaar ten aanzien van de perceptie?

2. Hoe beoordelen co-assistenten deze cultuuraspecten, en verschillen vrouwen en mannen hierin?

3. Hoe groot is het verschil tussen wens en werkelijkheid?

De vragenlijst werd voorgelegd aan een steekproef uit de totale populatie van 300 co-assistenten die in 1991 aan de Rijksuniversiteit Limburg hun klinische stages deden, te weten 137 co-assistenten, 50% vrouwen, 50% mannen.

Culturele codes ten aanzien van het omgaan met machtsongelijkheid

Hoe kijken co-assistenten aan tegen de culturele codes van de medische professie ten aanzien van het hanteren van 'machtsongelijkheid'? In het onderzoek

werd dit concept uiteengegafeld in vijf elementen:

1. symbolen van machtsafstand van medische professionals in de relatie tot de buitenwereld: witte jas, aesculaap, directe zorg, grote kamer, tijd, toegankelijkheid;
2. machtsafstand in de omgangsvormen van artsen onderling, arts-assistenten en co-assistenten onderling;
3. machtsafstand in de relatie van artsen en verpleging: is de omgang tussen verpleging en artsen hiërarchisch?;
4. machtsafstand in de relatie van artsen-opleiders en co-assistenten: zijn opleiders toegankelijk voor kritiek van co-assistenten, kunnen zij ontevredenheid uiten?;
5. machtsafstand in de relatie van artsen en patiënten: is er een open en symmetrische communicatie, wordt kritiek van patiënten serieus genomen, heeft de patiënt invloed op het behandeling en beleid?

In het onderzoek werden de co-assistenten steeds op twee manieren ondervraagd ten aanzien van een bepaald cultuuraspect. De perceptie werd onderzocht door steeds de vraag te stellen: "Neem je dit fenomeen waar?", het individuele waardeoordeel door te vragen: "Vind je dit fenomeen wenselijk of niet?" Co-assistenten blijken de beschreven symbolen van machtsafstand van medische professionals in de relatie tot de buitenwereld inderdaad waar te nemen (1). Zij zien eveneens dat artsen onderling hiërarchische omgangsvormen hanteren (2) en dat er een grote machtsongelijkheid bestaat tussen medische en verpleegkundige professie (3). Verder ervaren ze weinig ruimte om kritiek of ongenoegen te ventileren tegenover hun opleiders (4) en percipiëren zij de relatie tussen artsen en patiënten niet als gelijkwaardig (5); volgens co-assistenten hebben patiënten weinig invloed op het handelen van artsen.

Gevraagd naar hun individuele waardeoordeel blijken co-assistenten de symbolen van machtsongelijkheid (1) negatief beoordelen, evenals de hiërarchische omgang (2) en de beperkte speelruimte in hun omgang met de opleiders (3). Opmerkelijk is, dat de afkeuring van vrouwelijke co-assistenten ten aanzien van deze drie aspecten significant groter is dan die van mannelijke co-assistenten. Een gelijkwaardiger relatie van artsen met hun patiënten (5) achten mannelijke en vrouwelijke nieuwkomers even wenselijk. Opvallend is dat de grote machtsongelijkheid tussen artsen en verpleging (3), die door beide seksen inderdaad wordt aangetroffen, door zowel vrouwen als mannen minder krachtig wordt afgekeurd dan de machtsafstand in de eerder beschreven gevallen. Zou de socialisatie in dit opzicht haar beslag al hebben gekregen?

Culturele codes ten aanzien van omgaan met onzekerheid

Wij hebben eveneens gevraagd hoe co-assistenten hun ontangst in de medische wereld ervaren en evalueren. Zij bleken de ontangst in de klinische setting toch in meerderheid te ervaren als een 'sprong in het diepe', zonder beschikbare badmeesters/leermeesters langs de kant: "Het is zwemmen of verzuipen."

Aan de co-assistenten werd door middel van zeven items gevraagd of het hun toegestaan is om fouten te maken, of ze feedback krijgen en of opleiders openstaan voor problemen. Uit de beantwoording bleek, dat zowel vrouwelijke als mannelijke co-assistenten deze harde manier van inwijden en waarnemen en als onwenselijk beoordelen.

Dit onderwerp werd door middel van vijf items verder geëxploreerd. Gevraagd werd of de cultuur toestaat dat een arts in spe zich als persoon met emoties en een hoogst persoonlijke verwerking van de klinische ervaringen mag articuleren. Hierop werd ontkennend geantwoord. Uit de gegevens bleek, dat vrouwelijke co-assistenten deze culturele code aanmerkelijk negatiever beoordeelden dan hun mannelijke collega's.

Beschouwing

Het leerproces in de klinische fase verloopt voor een deel onbewust en niet-intentioneel. De manier waarop artsen en ziekenhuizen eruit zien, de manier waarop zij met elkaar omgaan, hun gewoonten en vanzelfsprekendheden worden waargenomen en geïnterpreteerd door leden in spe van de groep. Nieuwkomers gebruiken zowel bedoelde als onbedoelde boodschappen en informatie, om eraan te groeien en om zich een beeld te vormen van hun potentiële loopbaan.

Vrouwelijke co-assistenten blijken, aldus dit deel van het onderzoek naar professionele socialisatie, de culturele codes van de medische beroeps-cultuur nagenoeg hetzelfde te percipiëren als hun mannelijke collega's, maar zij blijken sommige elementen van deze cultuur significant anders, negatiever, te beoordelen. Vrouwen blijken in deze fase meer moeite te hebben met de culturele codes van de medische professie rond 'macht' en de beperkte toegestane ruimte om, binnen de medische beroepsrol, het persoonlijke en emotionele te articuleren. •

Yvonne Winants,

huisarts, universitair docent Vrouwenstudies Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is bij de redactie op te vragen.

Kandidaat-leden Hoofdbestuur

R.G.P. Hagenouw, directeur GGD Oostelijk Zuid-Limburg te Heerlen:

“De KNMG vervult een brugfunctie tussen politiek en professional”

De heer R.G.P. Hagenouw is sinds 1988 directeur van de GGD Oostelijk Zuid-Limburg in Heerlen. Daarvoor was hij onder andere acht jaar lang werkzaam als verpleeghuisarts en hoofd medische dienst van een verpleeghuis. Als lid van de medische staf van een ziekenhuis en later als adjunct-directeur medische zaken van een ander ziekenhuis heeft hij zowel op het curatieve vlak als op het terrein van het management ervaring opgedaan. Daarnaast is hij op bestuurlijk gebied actief, zowel op het terrein van de gezondheidszorg als op het terrein van overige maatschappelijke sectoren, waaronder een kunststichting. Volgens Hagenouw is het belangrijk dat er een artsenorganisatie is die de professionele en maatschappelijk belangen van alle artsen in Nederland behartigt. “We zitten op dit moment op een snijpunt in de maatschappij. Enerzijds is er sprake van een verregaande individualisering van mensen, anderzijds is er behoefte aan duidelijkheid over de richting die de gezondheidszorg in totaliteit dient in te slaan. Des te belangrijker wordt het dat er een artsenorganisatie is die de individuele professionele belangen van alle artsen behartigt en bundelt. Dit kan tot uiting komen door een duidelijk standpunt in te nemen over medisch-ethische kwesties, zoals euthanasie en de grenzen van het medisch handelen, maar ook over medisch-technische kwesties, zoals keuzes in de vorm van behandeling. Deze standpuntbepaling is niet alleen van belang richting overheid en samenleving, maar ook richting eigen leden, zodat deze als leidraad kan dienen voor hun handelen.” Als vice-voorzitter van de KNMG-afdeling Heerlen is de heer Hagenouw al een aantal jaren nauw betrokken bij de werkzaamheden van de KNMG. Zo is hij onder andere voorzitter van de symposiumcommissie, die jaarlijks een symposium over een actueel thema organiseert voor alle artsen in Midden- en Zuid-

Limburg. Mede op grond van het bovenstaande en het feit dat er voor de regio Limburg een vacature is, is de heer Hagenouw door het Hoofdbestuur gevraagd zich kandidaat te stellen voor het lidmaatschap van het Hoofdbestuur van de KNMG.

Een zaak die de komende tijd extra aandacht zal vragen, is volgens hem de kwaliteit van het medisch handelen in relatie tot de effectiviteit van de gezondheidszorg: het omgaan met de beschikbare middelen in relatie tot de medische (on)-



mogelijkheden. Het is van groot belang dat er een dialoog op gang komt tussen de verschillende medische disciplines - specialisten, huisartsen en sociaal-geneeskundigen - waarbij duidelijkheid ontstaat over wat hen bindt en scheidt. Volgens Hagenouw is dit van groot belang. “Je kunt het niet alleen. Tijdens je studie word je vakmatig betrekkelijk solitair opgeleid, maar wil je goed functioneren, dan zul je dat samen moeten doen met alle andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg die op dat moment om je heen staan. Dit kunnen verpleegkundigen, paramedici, directies van ziekenhuizen, maar ook eerstelijns-werkers en patiëntenverenigingen zijn. In

al die jaren dat ik werk, heb ik gemerkt dat werken in een teamverband van onschatbare waarde is. Het leidt tot consensus in het medisch handelen en, wanneer dit niet kan worden bereikt, tot respect voor elkaars visie.”

Een belangrijke reden om het kandidaatschap te accepteren is dat hij het maatschappelijk belang van de KNMG van grote waarde acht. “Een belangrijke rol van de KNMG is, dat ze een brugfunctie vervult tussen de politiek enerzijds en de medische professie anderzijds. Een actueel thema in Heerlen is op dit moment de discussie rond de vrije heroïneverstrekking. Hierbij heb je aan de ene kant de mening van de KNMG, in casu de medische professie, en aan de andere kant de politiek. De taak van de KNMG is om hier consensus te bereiken in een voor artsen werkzaam model, afgezet tegen het maatschappelijk denken. Bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, zowel op macro- als microniveau, kan de KNMG een sturende rol spelen. De functie van de KNMG is hierbij bemiddelend, hetgeen tot duidelijke afspraken kan leiden. Er zijn legio andere voorbeelden denkbaar waarbij artsen, gesteund door een professionele organisatie, naast verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid dragen. De brugfunctie van de KNMG is hierbij van niet te verwaarlozen betekenis.”

Tijdens het interview spreekt de heer Hagenouw regelmatig over het begrip ‘professionele standaard’. Hij is van mening dat bij beslissingen in de gezondheidszorg de kwaliteit voorop dient te staan. “Het is de verantwoordelijkheid van de arts om over de gezondheid van mensen te waken, waarbij je keuzevraagstukken niet uit de weg kunt gaan. Als door de politiek wordt besloten dat het budget voor de gezondheidszorg niet wordt verhoogd, maar als we

weten dat de zorgvraag bijvoorbeeld door de vergrijzing zal toenemen, dan vind ik dat wij als artsorganisatie duidelijk moeten maken welke zorg wel en welke zorg niet noodzakelijk is. Je moet dat goed beargumenteren op grond van professionele afwegingen. Tegelijkertijd moet je ook duidelijk maken dat je als artsengroep niet de verantwoordelijkheid kunt dragen als je volgens de professionele standaard geen kwalitatieve goede gezondheidszorg kunt bieden. Samen vorm geven aan een regionaal samenhangend aanbod van voorzieningen is derhalve van groot belang. Een vraag die vaak wordt gesteld is of een

organisatie als de KNMG nog wel toekomst heeft. Juist door de genoemde individualisering neemt de animo om van een beroepsorganisatie lid te worden af. "Ik wil de vraag graag om-draaien. Stel je voor dat er geen KNMG zou zijn! Hoe zou de professional kunnen handelen in zijn werk? Hoe zou de overheid regels kunnen stellen op het gebied van de volksgezondheid. En hoe zouden de ziektekostenverzekeraars moeten omgaan met vraag en aanbod? Ik denk dat er al heel snel behoefte zou zijn aan een belangenorganisatie als de KNMG. Iemand zal het initiatief moeten nemen om artsen op één lijn te krij-

gen, standpunten in te nemen en met de overheid te onderhandelen. Ik denk dat artsen zich bewust moeten worden van die toegevoegde waarde van de KNMG. Dat kun je bereiken door voortdurend met elkaar te praten en elkaar te stimuleren. Ik vind dat er dan ook enorm veel energie moet worden gestoken in de communicatie tussen de KNMG in Utrecht en de leden in de regio. Dat kan niet op afstand; daarvoor zul je naar de regio's en de afdelingen toe moeten gaan om wat daar leeft te vertalen naar landelijk beleid. Ik meen dat mijn bestuurlijke en inhoudelijke ervaring daarbij van nut kan zijn." •

Mw N.I. Regensburg, oogarts, Sint Anna Ziekenhuis te Oss:

"Ook in de regio ligt een belangrijke taak voor de KNMG"

Mw N.I. Regensburg neemt onder de vier kandidaten voor het Hoofdbestuur van de KNMG een unieke plaats in. De oogarts uit Oss is namelijk sinds 1993 op voordracht van de LSV lid van het Hoofdbestuur, waardoor ze al de nodige bestuurservaring heeft opgedaan. Toch zal haar overstap, indien ze door de Algemene Vergadering wordt gekozen, ook voor haar de nodige gevolgen hebben. "Het voordeel is dat ik de cultuur van de KNMG ken en weet hoe het er in het bestuur aan toegaat. Maar ik zit nu namens de specialisten te praten, vanuit het perspectief van de specialist. In alles wat je doet, probeer je zo goed mogelijk de belangen van deze beroepsgroep te behartigen. Als ik echter word gekozen, zit ik er namens de regio en de belangen van alle artsen in deze regio. Dus minder monomaan; je zult een meer gedifferentieerde mening moeten vertolken. Ik denk dat ik professioneel genoeg ben om deze omslag te maken."

N.I. Regensburg is als oogarts in een tweemanspraktijk werkzaam in het Sint Annaziekenhuis te Oss. Sinds ze in 1971 haar medische studie afrondde aan de Rijksuniversiteit in Leiden, en daarop volgend haar specialisatie in Rotterdam, is ze lid van de KNMG en maakt ze sinds 1993 op voordracht van de LSV deel uit van het KNMG-Hoofdbestuur. Volgens haar wordt de rol van de KNMG

steeds belangrijker, waarbij ze niet alleen naar de KNMG in Utrecht kijkt, maar ook naar de KNMG in de regio. Ze is van mening dat de KNMG op dit moment de enige bindende factor is voor alle artsen in Nederland. "En al zijn niet alle artsen lid, de KNMG is wel de enige organisatie die namens alle artsen kan spreken. Als je als



artsengroep geen krachtige koepelorganisatie hebt, word je tegen elkaar uitgespeeld. Vooral nu de politiek zo intensief met de gezondheidszorg bezig is, is het belangrijk één stem te laten horen." Zoals gezegd, ziet mw Regensburg een belangrijke rol weggelegd voor de

KNMG. Een rol die zich ook uitstrekt tot de regio. "Je kunt daarbij denken aan beleidsmatige zaken, die alle artsen aangaan. Het bekende voorbeeld is natuurlijk euthanasie. Als daar uitspraken of richtlijnen over dienen te komen, dan kun je natuurlijk niet een uitspraak van de huisartsen en specialisten afzonderlijk nemen, dat zou alleen maar tot verwarring leiden. Maar ook op regionaal niveau zijn er onderwerpen die vanuit een totaalperspectief bekeken dienen te worden. Een voorbeeld is de thuiszorg. Daarin dienen huisartsen, specialisten en sociaal-geneeskundigen samen te werken. Het is belangrijk dat dit gecoördineerd wordt, bijvoorbeeld door de KNMG." Mw Regensburg benadrukt het belang van die coördinerende rol. "In de tijd dat ik in het Hoofdbestuur zat namens de LSV zijn er wel veel zaken afgerond, waaruit het standpunt van de KNMG als koepelorganisatie duidelijk naar voren komt. Een recent voorbeeld is het Platform Curatieve Zorg, opgericht om afspraken te formuleren over de door de commissie-Biesheuvel gedane voorstellen op het gebied van de modernisering van de organisatie en de financiering van de zorg die wordt verleend door de huisarts, de specialist en het ziekenhuis. Daarin is over een groot aantal onderwerpen een standpunt naar voren gebracht. Ik denk dat dit soort zaken steeds vaker zal voor-

komen. De KNMG is de laatste jaren veranderd in een vereniging die zich steeds meer met de inhoud van de gezondheidszorg is gaan bezighouden. Dat is volgens mij een belangrijke ontwikkeling, waaraan ik graag, ook in de toekomst, een bijdrage wil leveren.”

Tot slot de vraag welke belangrijke onderwerpen in de toekomst haar aandacht zullen krijgen. De eerste twee onderwerpen zijn de versterking van de regio en het uitbreiden van de ambassadeursfunctie van de Hoofdbestuursleden.

“Daarnaast is het heel belangrijk dat de KNMG zich meer gaat profileren; ook naar de eigen leden toe. Er wordt ontzettend veel door de KNMG gedaan, alleen de leden weten het vaak niet. Natuurlijk is die informatie beter geworden, maar het moet nog beter, bijvoorbeeld op microniveau, de informele contacten die je met je collegae hebt. Maar ook de ledenconsultatieconferenties over doelen van de gezondheidszorg, die onlangs hebben plaatsgevonden, zijn een goede manier om met je leden in contact te

komen. Het is belangrijk dat daar niet alleen oudere leden op af komen, maar dat ook de jongere garde zich met deze problematiek bezighoudt. Het grote probleem is dat we door de industrie worden doodgegooid met allerlei bijeenkomsten, nascholingscursussen en literatuur. Ik kan me voorstellen dat je bijvoorbeeld als huisarts alleen kiest voor zaken die rechtstreeks met de huisartsgeneeskunde te maken hebben. Maar je moet als arts ook over de grenzen van je vak heen kijken.” •

Mw W.C.P. Steuteknuël, jeugdarts, afdeling Jeugdgezondheidszorg bij de GGD te Den Haag:

“De verschillende invalshoeken binnen de KNMG moeten elkaar niet verdringen maar aanvullen”

“Ik vind het belangrijk dat artsen niet in hokjes worden gestopt op basis van hun discipline. Natuurlijk de deskundigheden liggen zo, maar de meerwaarde van de KNMG is dat artsen gezamenlijk over zaken praten, afspraken maken en een visie hebben, en niet zozeer afzonderlijk als huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige. De KNMG als organisatie is daarbij een groot goed, waar zoveel mogelijk artsen lid van zouden moeten zijn.”

Mw W.C.P. Steuteknuël is als jeugdarts verbonden aan de afdeling Jeugdgezondheidszorg bij de GGD in Den Haag. Daarnaast was ze tot 1 juni van dit jaar cursusleider Jeugdgezondheidszorg van de opleiding JGZ bij TNO-P&G in Leiden. Ook binnen de KNMG, afdeling 's Gravenhage en omstreken, was ze lange tijd actief. Zo maakte ze van 1985 tot 1990 deel uit van het afdelingsbestuur. Vanuit deze functie is ze door de KNMG-afdeling 's Gravenhage e.o. kandidaat gesteld voor het Hoofdbestuur.

Volgens mw Steuteknuël is het belangrijk dat de KNMG haar vooraanstaande positie binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld op het gebied van wet- en regelgeving, maar ook als gesprekspartner binnen de belangrijke adviesorganen in de gezondheidszorg, consolideert en verder probeert uit te bouwen. “Om die

taken goed te kunnen uitvoeren moet de KNMG een representatieve organisatie zijn. Hoewel de KNMG qua ledental gelijk blijft, is het ook nodig nieuwe artsen voor de KNMG te interesseren. Juist die vertegenwoordiging in de adviesorganen, maar ook de activiteiten op



het gebied van wet- en regelgeving, is een belangrijk motief voor artsen om lid van de KNMG te zijn. Bovendien zijn er veel zaken waar de KNMG over nadenkt en nota's over uitgeeft en die voor de artsen van belang zijn. Er gebeurt zoveel waar de leden en niet-leden eigenlijk geen weet van hebben. Ik denk dat hier een belangrijke taak ligt voor het Hoofdbestuur. De

KNMG is op dit moment bezig zich in de regio actiever op te stellen en wil dat de leden van het Hoofdbestuur vaker die regio ingaan. Dat is iets waarvoor ik me sterk wil maken. Ik wil dat onder andere bereiken door de afdelingen actief te benaderen. Dat moet dan wel tweerichtingsverkeer zijn. De leden moeten ook zelf aangeven wat ze van de KNMG verwachten en op welke terreinen ze beleid willen.”

Een andere zaak waarmee de KNMG zich bezighoudt en die volgens mw Steuteknuël van groot belang is, is de kwaliteit en de inrichting van de gezondheidszorg. “We hebben een goede gezondheidszorg, maar er zijn altijd dingen die verbeterd kunnen worden. Daarin speelt ook mee dat er goede contacten moeten zijn tussen de verschillende disciplines. Het is niet zo dat één arts alles van de patiënt weet. Dat is een samenspel. Ik denk dat alle artsen daar vanuit hun eigen professionele optiek in geïnteresseerd zijn. Je moet zorgen dat de gezondheidszorg zo efficiënt en effectief mogelijk verloopt en dat artsen zo effectief en efficiënt mogelijk werken. Daarbij kan de KNMG een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld op het gebied van de kwaliteit van het onderwijs en het medisch-technisch handelen, maar ook op het terrein van de medische ethiek. Punten

waarover je met elkaar kunt praten om kwalitatief goede beslissingen te nemen." Een vraag die mw Steuteknuël wordt gesteld, is of een sociaal-geneeskundige anders tegen de problematiek aankijkt dan bijvoorbeeld een huisarts of een specialist. "Ik denk dat we allemaal met onze eigen blik naar de gezondheidszorg kijken. De specialist kijkt naar de mens en zijn organen. De huisarts kijkt naar de mensen in hun persoonlijke thuissituatie en naar hun ziekten. En de sociaal-geneeskundige kijkt naar het individu in

wisselwerking met zijn of haar leef- en werkomgeving en naar bevolkingsgroepen en de gezondheidsprofielen van hen. Als je dat alles bij elkaar legt, krijg je het complete beeld. Maar we hebben nog steeds de neiging alles te splitsen en - zoals ik al zei - onder te verdelen in hokjes, terwijl het allemaal draait om de gezondheid en het welzijn van het individu. Natuurlijk zitten we met een aantal probleempunten. We worden allemaal steeds ouder en daardoor is er meer kans op gezondheidsproblemen op

latere leeftijd. En de gezondheidszorg wordt duurder, terwijl de overheid spreekt over kostenbeheersing en bezuinigingen. Dat zijn gezamenlijke problemen van alle artsen. Juist al die verschillende invalshoeken die binnen de KNMG vertegenwoordigd zijn, moeten elkaar niet verdringen maar aanvullen. Alleen zo kun je de problemen goed aanpakken. Dat is de meerwaarde van de KNMG. En natuurlijk liggen er verschillende belangen. Dat is zo en dat moet wel voor iedereen helder zijn." •

R.A. Thieme Groen, anesthesioloog, Sophia Ziekenhuis te Zwolle:

"Je moet als artsengroep vooruit zien"

"Wat ik belangrijk vind, is dat we als artsengroep een visie hebben op de gezondheidszorg in het jaar 2000. Daarin moet je ook de maatschappelijke ontwikkelingen meenemen. Waar we onze ogen niet voor kunnen sluiten, is dat we een commitment hebben naar de economie van de gezondheidszorg. Je moet jezelf de vraag stellen: 'Wat kost het en hoe kan ik er als dokter voor zorgen dat de kosten enigszins binnen de perken blijven?' Dat hoeft en moet zeker niet ten koste gaan van de kwaliteit."

Het carrièreverloop van R.A. Thieme Groen is zonder meer opmerkelijk. Nadat hij in 1969 met de studie geneeskunde in Leiden begon, maakte hij al snel de overstap naar de verpleging. Thieme Groen werkte onder ander op de anesthesie-afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Leiden. Eind jaren zeventig besloot hij echter een vervolg aan de medische studie te geven. Nadat hij in 1985 zijn studie afrondde, volgde zijn specialisatie, eveneens in het AZL. Na eerst twee jaar als anesthesioloog in Leiden te hebben gewerkt, vestigde hij zich in 1992 in Zwolle.

De heer Thieme Groen heeft zowel tijdens als na zijn opleiding de nodige bestuurservaring opgedaan en was onder andere actief binnen de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. "Gedurende mijn opleiding was ik al geïnteresseerd in bestuurlijke aangelegenheden. Zo ben ik nog als assistent in opleiding gekozen in de medezeggenschapsraad van het Academisch Zieken-

huis in Leiden en daar uiteindelijk vier jaar voorzitter van geweest. Tijdens deze periode kwam het gemis naar boven dat ik geen lid was van een beroepsorganisatie. Je bent te weinig geïnformeerd. Ik ben toen lid geworden van de KNMG en LAD. Bij de LAD ben ik voorzitter geworden van het overleg van medezeggenschapsraden van academische ziekenhuizen en universiteiten." Inmiddels is hij als vrijgevestigd specialist lid van de KNMG en LSV. Gaandeweg het gesprek vertelt hij, dat hij de KNMG als organisatie belangrijker vindt dan de afzonderlijke beroepsverenigingen. "Waar ik me aan heb geërgerd, is het geruzie tussen de LSV en NSF en aan die voortdurende briefwisselingen over en weer. Ik vind dat een foute manier van PR bedrijven. Daardoor krijg je als specialist een verkeerd imago, waarbij de mensen denken dat het alleen maar om geld draait. Ik denk dat het voor artsen van eminent belang is, dat er een krachtige artsengroep is die de mening van de artsen in Nederland vertolkt. En dan gaat het niet zozeer om het geld, maar bijvoorbeeld om medisch-ethische problemen en de kwaliteit van de gezondheidszorg en de beroepsuitoefening. Daar zullen we als beroepsgroep afspraken over moeten maken, want als wij het niet doen, dan doet de overheid het zonder ons en dan houd ik mijn hart vast."

Thieme Groen is van mening, dat met name daar de kracht van de KNMG ligt. "Bij de KNMG gaat het niet in eerste instantie om materiële zaken. Natuurlijk

is dat ook een belangrijk onderwerp en natuurlijk moeten er ook organisaties zijn die zich daarmee bezighouden, maar ik vraag me echter al enkele jaren af of dit



onder de vleugels van de KNMG moet gebeuren. Door de koppeling van het lidmaatschap zijn er artsen die uit onvrede hun lidmaatschap van een beroepsvereniging opzeggen en als gevolg van het gekoppelde lidmaatschap ook uit de KNMG stappen. Dat is volgens mij geen goede zaak."

Volgens Thieme Groen zijn er in ieder geval drie onderwerpen waar hij zich, als hij wordt gekozen, extra voor in wil zetten. "Ik vind dat er duidelijkheid moet komen of je de koppeling tussen de KNMG en de beroepsverenigingen moet laten voortbestaan. Een tweede punt is dat de geluiden uit de achterban - een

klacht die ik in mijn LAD-tijd veel hoorde - meer moeten doordringen tot Utrecht. Het moet duidelijk zijn dat de KNMG er is voor de leden in de districten. Dat zal door moeten klinken in het beleid naar buiten."

"Het derde onderwerp is dat je, zoals ik al zei, als KNMG een duidelijke visie moet ontwikkelen op de gezondheidszorg van het jaar 2000 en verder, waarbij we ook rekening moeten houden met de maat-

schappelijke ontwikkelingen. We zitten in een model waar krapte in is. Er is een beperkte hoeveelheid geld. Dat vindt de politiek en klaarblijkelijk ook het publiek, want dat kiest ten slotte de politiek. De vraag is: hoe kunnen we met die beperkte hoeveelheid middelen de gezondheidszorg op peil houden? We kunnen onze ogen niet sluiten voor de maatschappelijke realiteit, anders krijgen wij als artsen zelf de rekening gepre-

senteerd. Waar winst valt te behalen? In mijn eigen vak zijn er nog wel eens kostbare nieuwe ontwikkelingen waarvan ik mij afvraag: is dat moderne apparaat of nieuwe medicijn nu zoveel beter dan wat wij tot nu toe gebruikten? Nieuw is in veel gevallen niet beter. We zullen ons gezamenlijk verantwoordelijk moeten voelen voor de kosten en dat hoeft zeker niet altijd ten koste te gaan van de kwaliteit."

'Groene boekje'

K N M G

Aanvulling ad punt XI Beschrijvingsbrief 212de Algemene Vergadering op 18 november 1994 inzake de stand van zaken met betrekking tot de KNMG-'Code inzake beheer en verkeer sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten' In MC nr. 42/1994, blz. 1344, wordt voorgesteld de KNMG-'Code inzake beheer en verkeer sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten' aan te passen naar aanleiding van het rapport van de Registratiekamer over de gegevensverstrekking door de arbo-artsen aan de bedrijfsvereniging. De Registratiekamer gaat ervan uit, dat de zieke werknemer/patiënt de mogelijkheid moet worden gegeven *bezwaa*r te maken tegen deze gegevensverstrekking. In de onlangs verschenen 'Nota van uitgangspunten voor de uitvoering van het gegevensverkeer tussen arbodiensten en bedrijfsverenigingen', opgesteld door de Stuurgroep evaluatie gegevensuitwisseling, waarin vertegenwoordigd waren arbo-diensten, bedrijfsverenigingen, de KNMG en de Sociale Verzekeringsraad, wordt uitgegaan van *gerichte toestemming* van de werknemer voor deze gegevensverstrekking. De KNMG heeft in het verleden altijd al voor dit voorstel gepleit, omdat dit de gewenste 'open communicatie' (aanvullende informatie van de behandelend arts om de situatie van de zieke werknemer goed te kunnen beoordelen) tussen arbo-artsen en curatieve sector zal bevorderen. Voor het verstrekken van informatie aan de arbo-arts heeft

de behandelend arts overigens altijd gerichte toestemming van de patiënt nodig.

Voorstel

Derhalve wordt aan de Algemene Vergadering het voorstel gedaan om (in plaats van het eerdere voorstel om een bezwaarmogelijkheid op te nemen) in de KNMG-code *vast te leggen, dat voor alle gegevens die door de arbo-artsen aan bedrijfsverenigingen worden verstrekt, voorafgaand toestemming zal worden gevraagd aan de werknemer*. Voorts is, op verzoek van een aantal praktiserende arbo-artsen, in punt 4 van de appendix bij de code een aantal redactionele wijzigingen in de beschrijving van de gegevens opgenomen met als doel de leesbaarheid te bevorderen.

De aanvulling van de punten 5 en 6 in de appendix komt voort uit het advies van de Registratiekamer. •

Rechtzetting

Toelatingsprocedure huisartsopleiding
In de mededeling over de toelatingsprocedure voor de huisartsopleiding in Medisch Contact van 28 oktober jl. (MC nr. 43/1994, blz. 1378) is vermeld dat het voor een beperkt aantal artsen mogelijk is per 1 september 1995 de huisartsopleiding in deeltijd te volgen aan de afdeling Huisartsopleiding bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. *De mededeling over de deeltijddopleiding is niet juist.*

Naar eerst onlangs is gebleken, is voor de huisartsopleiding in deeltijd nog geen passende financiering beschikbaar.

De artsen die zich aanmelden voor de huisartsopleiding in deeltijd zullen hiervan persoonlijk op de hoogte worden gebracht. De artsen die zich aanmelden voor de deeltijddopleiding kunnen op de gebruikelijke wijze solliciteren naar een voltijds opleidingsplaats.

Geen nieuwe inschrijvingen mogelijk voor Jaarcongres KNMG

Zoals u inmiddels uitgebreid in Medisch Contact hebt kunnen lezen, vindt op vrijdag 18 en zaterdag 19 november het Jaarcongres van de KNMG in Tilburg plaats. Het thema is 'Als u begrijpt wat ik bedoel; de onbegrepen taal van de andere sekse'. De belangstelling voor dit congres is zo enorm dat de congrescommissie een inschrijfstop heeft moeten instellen. Dit betekent dat nieuwe inschrijvingen m.i.v. 3 november jl. niet meer gehonoreerd kunnen worden. Daarnaast is het niet mogelijk om op de dag zelf nog in te schrijven.

De congrescommissie vraagt uw begrip voor haar beslissing.



• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

Convocatie Ledenvergadering 15 december 1994

K N M G

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering op donderdag 15 december 1994, aanvang 19.00 uur. De vergadering zal worden gehouden in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht (tel. 030 - 823 911).

Agenda

1. Opening
2. Mededelingen
3. Voorstel tot goedkeuring van de notulen van de Ledenvergadering van 6 oktober 1994 en 10 november 1994 (besluitvormend)
4. Voordracht tot verkiezing van de afgevaardigde en plv. afgevaardigde van de Ledenvergadering der LHV naar de Algemene Vergadering der KNMG uit district I:
 - C. van Dulleman, huisarts te Amsterdam tot afgevaardigde
 - A.A. van Grieken, huisarts te Diemen tot plv. afgevaardigde (besluitvormend)

5. FOZ 1995 (opiniërend/eventueel besluitvormend)
6. Aanpassing honoreringsstructuur (besluitvormend)
7. Evaluatie Nota 'De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg' (opiniërend/eventueel besluitvormend)
8. De organisatie van de deskundigheidsbevordering (besluitvormend)
9. Structuur KNMG: voorstel van het Hoofdbestuur inzake de (ont)koppeling lidmaatschappen en de restgroepen (opiniërend/eventueel besluitvormend)
10. Wat verder ter tafel komt
11. Rondvraag
12. Afscheid van H. Knook
13. Sluiting

B.R. Schudel, huisarts,
secretaris •

K N M G • C O L O F O N

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
mw H.A. Bouwman

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische en administratieve zaken*

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr. R.J. Laffr e, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

LSV

Landelijke Specialisten Vereniging
drs F.W.M. Hol, *directeur*
J.H. v. Doorn-Knul, *hoofd communicatie*

LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*
mw J.C. Steenbrink, *secretaresse*

LVSG

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneseskundigen
A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw P.C.Th. Walstijn, *secretaresse*
mw L. Vromans, *secretaresse*

CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CSG

College voor Sociale Geneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

SRC

Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, *secretaris, bureauhoofd*
mw J.M. Koornneef, *hoofd sector visitatie, wnd bureauhoofd*

SGRC

Sociaal-Geneseskundigen Registratie Commissie
mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*
mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*
N.F. de Piijper, *secretaris*
mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau*

Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
1012 WP 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.

Mannen zijn anders, vrouwen ook. Hoe ga je daar mee om?

Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) Midden Brabant

Mannen komen van Mars, vrouwen van Venus.

Kom naar het KNMG-congres 'Als u begrijpt wat ik bedoel, de onbegrepen taal van de andere sekse' op 18 en 19 november 1994 te Tilburg.

Voor meer informatie en inschrijfformulier:
030-474450 (VVAA-congressecretariaat) of
030-823202 (KNMG Verenigingszaken en PR)

Als u begrijpt wat ik bedoel

De onbegrepen taal van de andere sekse



A M B U L A N T

- 15 NOVEMBER - DI.

Erasmus Universiteit Rotterdam:
bijeenkomst 'Variatie in beleid. De kwaliteit van de medische besluitvorming', georganiseerd door het Landelijk Forum Medische Besliskunde.

Inlichtingen: RUL, sectie Medische Besliskunde, mw E. Jansen, tel. 071-276780.

- 16 NOVEMBER T/M 20 DECEMBER -

Nascholingscentrum huisartsen te Rotterdam:
De vereniging 'Met Pincet en Penseel' stelt werk tentoon van haar leden.

Inlichtingen: Dr H. Eckstein, tel. 02159-30839.

- 16 NOVEMBER - WO.

De Reehorst te Ede:
congres 'Zakelijke zorg - zorgelijke zaak?'
Doelgroep: managers, (para-)medici, verpleegkundigen, pastores, zorgverzekeraars en ethici.

Inlichtingen: KVZ, tel. 073-137272.

- 17 NOVEMBER - DO.

Sophiaziekenhuis te Zwolle:
nascholingsdag 'Overleven', bestemd voor diegenen die werkzaam zijn in de begeleiding van en de hulpverlening aan vluchtelingen, slachtoffers van incest, mishandeling, oorlog en geweld.

Inlichtingen: mw G.A. van Dijk, tel. 050-633099.

- 17 NOVEMBER - DO.

Sophiaziekenhuis te Zwolle:
studiedag 'Overleven. Dwarsverbanden tussen kindermishandeling, beroeps-trauma's en vluchtelingenproblematiek'.
Doelgroep: medewerkers GGD's en RIAGG's, ziekenhuispsychologen, maatschappelijk werkers en huisartsen.

Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 17 EN 18 NOVEMBER - DO./VR.

Koningshof te Veldhoven:
Gezond Onderwijs Congres 1994, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs en Faculteit der Geneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.

Inlichtingen: RU-Groningen, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, dhr J. Pols/mw A. de Vries-de Jong, tel. 050-613008.

- 18 NOVEMBER - VR.

Congrescentrum Engels te Rotterdam:
symposium 'Epilepsie: seksualiteit en relaties', georganiseerd door de Nederlandse Liga tegen Epilepsie in samenwerking met Bureau Epilepsia van de vereniging Humanitas.

Inlichtingen: Nationaal Epilepsie Fonds, tel. 030-660144.

- 18 NOVEMBER - VR.

RAI te Amsterdam:
najarsconferentie 'Suïcidaliteit in de gees-

telijke gezondheidszorg: levenshulp of stervenshulp?', georganiseerd door het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid.

Inlichtingen: NcGv, tel. 030-971100.

- 18 NOVEMBER - VR.

De Uithof te Utrecht:
studiedag 'De Wet Voorzieningen Gehandicapten: de eerste ervaringen'.

Inlichtingen: Lydia Boonekamp, tel. 030-538111.

- 18 NOVEMBER - VR.

Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'Onbegrepen gedragsveranderingen bij ouderen'.

Doelgroep: huisartsen en verpleeghuisartsen.
Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 080-617051.

- 18 EN 19 NOVEMBER - VR./ZA.

Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg:
KNMG-CONGRES 1994: 'Als u begrijpt wat ik bedoel. De onbegrepen taal van de andere sekse.' (inschrijving niet meer mogelijk)
VVAA-congresservice, tel. 030-474450 (inschrijving)/KNMG Verenigingszaken & PR, tel. 030-823202 (algemeen).

- 19 NOVEMBER - ZA.

Hogeschool Amsterdam:
symposium 'Chronisch ziek zijn en toch bewegen', georganiseerd door Sportservice Noord-Holland en het Nederlands Instituut voor Sport en Gezondheid.

Inlichtingen: Sportservice Noord-Holland, Caroline Keizer, tel. 023-319475.

- 21 NOVEMBER - MA.

Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Gehoorzaal Interne Geneeskunde:
lezing met discussie 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen in de psychiatrie', georganiseerd door de Nijmeegse Colloquia voor Medische Ethiek.

Inlichtingen: Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Ethiek, tel. 080-615320.

- 22 NOVEMBER - DI.

Academisch Ziekenhuis Groningen:
symposium 'Cystic fibrosis zorg thuis: de praktische consequenties van een transmurale aanpak'.

Inlichtingen: Congresmanagement, tel. 050-636503.

- 23 NOVEMBER - WO.

de Rode Hoed te Amsterdam:
studiedag 'Video-Interactievebegeleiding, babies en jonge kinderen'.
Doelgroep: verloskundigen, huisartsen, kraamwerk en andere belangstellenden.

Inlichtingen: Stichting Lichaamstaal, mw M. Lenarts, tel. 04756-2473.

- 24 NOVEMBER - DO.

Domus Medica te Utrecht:
Algemene vergadering van de NVMETC met als thema 'Wetenschappelijk onderzoek bij wilsonbekwamen' bestemd voor de leden van de Medisch Ethische Toetsingscommissies

die lid zijn van de NVMETC en andere belangstellenden.

Inlichtingen: Secretariaat, mw V.J. Stein-Postma, tel. 030-739348.

- 24 NOVEMBER - DO.

Medische bibliotheek Erasmus Universiteit Rotterdam:
bijeenkomst, georganiseerd door de Vereniging tot Instandhouding ener Medische Bibliotheek en het Rotterdams Medisch Gezelschap; lezingen 'Uit de geschiedenis der medische boekillustratie' (prof.dr M.J. Lieburg) en 'Multimedia in het medisch onderwijs en de medische praktijk' (prof.dr C.F. van der Klauw).

Inlichtingen: prof.dr J. Huisman, tel. 010-4187505/ dr J. Ridderikhoff, tel. 010-4528069.

- 25 NOVEMBER - VR.

de Trefkoel dependance Morgenster te Groningen:
studiedag 'Kind tussen wal en schip'.
Doelgroep: jeugdartsen, CB-artsen, hoofdverpleegkundigen.

Inlichtingen: drs H.J. Poppen, tel. 050-633099.

- 25 NOVEMBER - VR.

Hotel de Witte Raaf te Noordwijk:
symposium 'De begeleiding van mensen met hemofilie en HIV/aids'.
Doelgroep: Aids-internisten en verpleegkundig aids-consulenten, hemofilie- behandelaars en verpleegkundigen en psychosociale hulpverleners.

Inlichtingen: NVHP, tel. 020-6599021.

- 25 NOVEMBER - VR.

Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:
cursus 'Bloedgroepenantagonismen in de zwangerschap: recente ontwikkelingen', georganiseerd door de Boerhaave Commissie.

Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, mw P.C.T. Metz, tel. 071-275290.

- 25 EN 26 NOVEMBER - VR./ZA.

Koningshof te Veldhoven:
Medisch Informatica Congres '94, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking en de Belgische Vereniging voor Medische Informatica.

Inlichtingen: VVAA congresservice, tel. 030-474450/347.

- 26 NOVEMBER - ZA.

Ziekenhuis De Baronie te Breda:
studiedag Society for psychosomatic Medicine 'Seksuologisch hulpverleners: alleen multidisciplinair?', bestemd voor huisartsen, eerstelijnspsychologen en psychologen werkzaam in ziekenhuizen.

Inlichtingen: dr J.P.C. Moors, tel. 04192-13456.

- 26 NOVEMBER - ZA.

Hotel Duinse Polders te Blankenberge:
Vijfde congres Vrouwen in Geneeskunde, focus op preventie: 'Een slimme vrouw neemt het voortouw'.

Inlichtingen: Congresssecretariaat, C. de Korte, tel. 00323-2811616.