

## redactioneel

- Op of omstreeks 8 augustus begint dit jaar de 'ramadan', de islamitische vastenmaand. Gelovige moslems – aanhangers van wat inmiddels een van de grote religies in ons land is geworden – kunnen behoorlijk klem komen te zitten als zij in die maand genoodzaakt zijn bij ziekte hulp te zoeken. Daarom een informatieve publikatie van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders.
- De nadelen van inenting tegen polio met 'Sabin' spelen geen rol in een land als het onze. Aldus de Leidse huisarts G. D. de Jong, die erop attendeert dat in Europa eigenlijk alleen nog Nederland aarzelt met over te stappen op het Salk-vaccin. Dr. J. Huisman dient hem van repliek.
- Het 'leger verzekeringsartsen' (Muntendam) laat bij monde van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde weten, niet slechter of beter te werken dan welke groep artsen ook. Verzekeringsgeneeskundigen zouden in multidisciplinair verband moeten kunnen werken. In dat kader zouden zij zich moeten uitspreken over het 'medisch' deel van het arbeidsverzuim. Het best zouden zij dat aan een School of Public Health kunnen leren.
- Opnieuw een college van de heer Ridderikhoff, ditmaal over de ziekenhuisstage in de huisartsopleiding. Nut en noodzaak van zo'n stage bleken in Rotterdam en omstreken door alle betrokkenen te kunnen worden onderschreven.
- Hoeveel kans maken de plannen die er zijn om de Medische Tuchtwet te herzien? Een voorzichtige prognose van Mr. J. de Vries in de serie '75 jaar KNMG-rechtspraak / 50 jaar Medische Tuchtwet', naar aanleiding van het onthaal dat de voorstellen van de commissie-De Vreeze in de Tweede Kamer kregen.



'Onze achtertuin', een werkstuk van de Maastrichtse orthopaedisch chirurg H. G. A. Naber, die voornamelijk werkt met olieverf, was geëxposeerd op de tentoonstelling van het KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Het is uitgevoerd in olieverf op doek en meet 60 x 50 cm.  
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

Brieven .....	878
Inzenders: L. R. Kooy, C. van der Kroef	

Moslempatiënten tijdens de vastenmaand. Publikatie van het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders .....	883
--	-----

Discussie. Vaccinatie tegen poliomyelitis in Nederland, door G. D. de Jong; met: Replik 'Onbewezen stellingen', door Dr. J. Huisman .....	
---	--

Discussie. De verzekeringsgeneeskundige als zondebok. Reactie vanuit het 'leger verzekeringsgeneeskundigen' .....	889
---	-----

De ziekenhuisstage in de huisartsopleiding, door J. Ridderikhoff .....	891
--	-----

Universitaire berichten .....	896
-------------------------------	-----

75 jaar KNMG-rechtspraak / 50 jaar Medische Tuchtwet. Plannen tot herziening van de Medische Tuchtwet, door Mr. J. de Vries .....	897
---	-----

Discussie. Tussen eerste en tweede echelon. Een kritiek, door B. M. S. van Praag en W. P. M. M. van de Ven .....	900
--	-----

Nogmaals macrolekenmodellen in de gezondheidszorg. Dupliek bij het voorgaande, door Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee .....	904
--	-----

OFFICIEEL .....	907
-----------------	-----

Inhoudsopgave officieel .....	916
-------------------------------	-----



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Opplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **HUISARTS EN NASCHOLING**

Gaarne wil ik reageren op het artikel 'Huisarts en nascholing' van de hand van collega W. J. de Graaff, dat onlangs in Medisch Contact (MC nr. 19/1978, blz. 571) werd gepubliceerd. De kritische kanttekeningen die ik wil maken, gaan over twee onderwerpen: in de eerste plaats de opzet van het onderzoek en de uit de bevindingen getrokken conclusies; in de tweede plaats de opmerkingen over huisartsen en nascholing die her en der door het artikel verspreid staan.

*1a. De opzet van het onderzoek.* Collega De Graaff schrijft dat het doel van dit verkennende onderzoek was een indruk te krijgen over de mate van deelname aan een zesentwintigtal nascholingsactiviteiten alsook over de waardering voor elk van deze activiteiten. Om dat doel te bereiken is een lijst gemaakt van activiteiten die misschien iets met nascholing te maken hebben en is aan de huisarts in de regio Leiden gevraagd of hij met elk van deze activiteiten de laatste jaren (of 'vrij recent') ervaring heeft gehad, en zo ja, of hij dan zijn oordeel wil aangeven op een vijfpuntsschaal.

Afgezien van het feit dat ik mij afvraag of al deze zesentwintig activiteiten wel het predikaat 'nascholing' verdienen en er kennelijk van wordt uitgegaan dat toetsing hetzelfde is als nascholing, is geen serieuze poging gedaan het doel te bereiken: een indruk te krijgen over de mate van deelname aan nascholingsactiviteiten. Er is wel gevraagd of men ervaring heeft gehad met een bepaalde vorm van nascholing, maar niet hoe lang geleden (zoals collega De Graaff zelf reeds schrijft) en of dat een eenmalige of regelmatige ervaring is geweest: de waardering die op de schaal moet worden aangegeven lijkt mij in het laatste geval aanzienlijk betrouwbaarder dan in het eerste geval. De hoge mate van waardering die het merendeel der activiteiten scoort is inderdaad opvallend; ik vraag mij af of dit beeld niet veroorzaakt is door naar een waardering te vragen zonder naar een motivering van dat oordeel te vragen. Het is bekend dat een verkeerde wijze van enquêteren tot een weinig getrouw beeld van de werkelijkheid leidt. De Engelsen spreken niet voor niets over drie soorten onwaarheid: 'the ly, the big ly and the statistics'.

*1b. De conclusies.* Collega De Graaff schrijft terecht dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van de uitkomsten van deze 'globale verkenning'. Mijns inziens kunnen er door de onvoldoende methodische opzet van deze enquête in het geheel geen conclusies worden getrokken. Het moet toch mogelijk zijn met behulp van een methodoloog (bij voorbeeld door medewerking te vragen aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde) een enigszins betrouwbare enquête op te zetten. De conclusies worden voorzichtigheidshalve hypothesen genoemd: deze hypothesen zijn niet nieuw, daarvoor was dit onderzoek niet nodig. Het is mij overigens niet duidelijk hoe hypothesen tot beleidslijnen kunnen leiden.

2. Ondanks alle relativiserende bewoordingen waarmee collega De Graaff zijn artikel heeft doorspekt, staan er verspreid door het artikel enkele *opmerkingen over huisartsen en nascholing* die er niet om liegen.

Ik citeer: 'De 231 artsen van de afdeling Den Haag vertonen een aanmerkelijk lagere respons (57%) dan de bijna even grote groep huisartsen uit de andere afdelingen (87%), zoals de gehele interesse in nascholing bij de Hagenaars kleiner is'. Uit de cijfers die geproduceerd worden kan deze conclusie niet getrokken worden; een beschuldiging zoals deze mist elke grond, om van de veronderstellingen die op deze zinsnede volgen maar niet te spreken. Men kan met evenveel recht veronderstellen dat de Hagenaars zich niet zo sterk met de Leidse regio verbonden voelen en daarom ook minder belangstelling hebben getoond voor deze enquête.

Nog een citaat: 'De jongste leeftijdsgroep scoort het hoogst voor relatie- en gesprekstrainingen en studiegroepen, mogelijk te verklaren vanuit de onzekerheid van de beginnening'. Ook al wordt hier het woord 'mogelijk' gebruikt, wanneer alleen deze mogelijkheid wordt genoemd maakt het de indruk een constatering te zijn. Met evenveel recht kan men veronderstellen dat de belangstelling voor dit soort cursussen voortkomt uit een andere kijk op het functioneren van de huisarts; sedert er een opleiding tot huisarts bestaat, zal het wel

**Doorlezen naar blz. 880**

## EIGENDOM RÖNTGENFOTO'S

Wie is de eigenaar van een röntgenfoto? Is dat het ziekenhuis c.q. de specialist of de patiënt? Een vraag die wel eerder aan de orde is geweest, maar die nu actueel is omdat door een (ex)patiënt een proefproces bij de rechter aanhangig is gemaakt. Eiser baseert zijn eigendomsrecht op een viertal argumenten: hij heeft voor het werk en het materiaal betaald, het betreft een foto van een onderdeel van zijn lichaam, de foto is op zijn verzoek gemaakt c.q. een onderdeel of een gevolg van zijn opdracht aan de specialist of het ziekenhuis. Bij deze argumenten zijn wel enige aantekeningen te maken.

Om met het laatste argument te beginnen: een behandeling tussen patiënt en arts is een inspanningsverbintenis en bijna nooit een resultaatverbintenis. Zowel de arts als de patiënt komen overeen hun uiterste best te doen om tot een diagnose te komen gevolgd door een behandelingsplan. En om dat behandelingsplan gaat het uiteindelijk. Het ligt voor de hand dat de arts op grond van zijn deskundigheid de middelen bepaalt om tot een diagnose te komen. De röntgenfoto is een van die middelen. Het is dan ook niet juist te stellen dat toepassing van dat middel expliciet plaatsvindt op verzoek van de patiënt noch dat het maken van een röntgenfoto automatisch uit een inspanningsovereenkomst volgt. Daarbij komt dat een röntgenfoto op zich in veel gevallen wat men zou kunnen noemen een halfprodukt is. Het gaat dan vooral om de beschrijving waarin tot uitdrukking kan komen onder welke omstandigheden met welke middelen

en tot welk doel de opname is gemaakt. Omdat de foto in een aantal gevallen ook een eindprodukt kan zijn, bijvoorbeeld in het geval van een fractuur, wordt wel eens vergeeten dat normaliter foto en beschrijving een geheel vormen, waarbij de beschrijving het belangrijkste is. Het valt dan ook moeilijk in te zien waarom nu één materieel onderdeel in de gehele behandelingsprocedure

*Een behandeling  
tussen patiënt en arts  
is een  
inspanningsverbintenis  
en bijna nooit een  
resultaatverbintenis*



*Het gaat hier niet om  
het eigendomsrecht  
van het plaatje,  
maar kennelijk om  
het eigendomsrecht  
van de informatie  
die het plaatje geeft*

het uitdrukkelijke eigendom van de patiënt zou kunnen zijn.

Het argument dat de patiënt de kosten betaalt snijdt geen hout. De patiënt betaalt de totale kosten van de behandeling. Specificatie van die kosten schept nog geen eigendomsrecht op een bepaald onderdeel van die behandeling. Waarom dan toch dit proces? Het betreft bovendien röntgenfoto's die op dit moment

voor de betrokkene geen betekenis meer hebben. Blijkens een interview in de Volkskrant van 13 juli jl. gaat het eiser om betere verhoudingen in de gezondheidszorg te bewerkstelligen. De arts hoort een advies te geven en de patiënt hoort te beslissen, als de arts beslist is dat betutteling.

In feite gaat het blijkbaar om het recht op informatie van de patiënt. Immers, het recht op (het krijgen van) de röntgenfoto betekent feitelijk het recht op (het krijgen van) informatie – namelijk de informatie die de gevraagde foto verstrekt. Het gaat niet om het eigendomsrecht van het plaatje, maar kennelijk om het eigendomsrecht van de informatie die het plaatje geeft. Het hoofdbestuur van de KNMG heeft hierover gezegd (MC nr. 5/1978, blz. 160): 'als daarvoor een goede reden bestaat, kunnen kopieën van röntgenfoto's op verzoek van en op zijn kosten aan de patiënt worden gegeven'. Omstreden is het 'als daarvoor een goede reden bestaat'. De patiënt zal hierin al gauw een element van betutteling proeven. In de volgende zin licht het hoofdbestuur deze uitspraak dan ook toe door als criterium te nemen dat de patiënt geen schade mag lijden door het verstrekken van de kopieën. In dit licht bezien betekent de HB-uitspraak, dat alleen al het verzoek van de patiënt als een goede reden kan worden beschouwd.

Rest dan nog: 'op zijn kosten'. Het komt ons voor dat de hoogte van die kosten voor de gemiddelde patiënt aanvaardbaar moet zijn. Overwogen zou kunnen worden deze kosten voor de ziekenfondsverzekerden in het ziekenfondspakket op te nemen.

B.

meevallen met die onzekerheid (een veronderstelling die voor mijn rekening komt.)

Uit een niet goed opgezet onderzoek mogen geen conclusies worden getrokken. Het zou zinvoller zijn geweest wanneer men de uitkomsten van deze enquête had gebruikt als uitgangspunt voor een gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de waardering van de diverse vormen van nascholing. Wij krijgen een aantal conclusies c.q. hypothesen voorgeschoteld waaraan geen wetenschappelijk onderzoek ten grondslag ligt, maar die wel uitgangspunt moeten zijn voor het toekomstige beleid van de Regionale Nascholingscommissie Huisartsen in de regio Leiden. Het meest verwerpelijk vind ik echter, dat dit artikel wordt gebruikt om een aantal veronderstellingen te uiten waarvoor elke grond ontbreekt en waardoor onze Haagse collegae mijns inziens ten onrechte in hun nascholingshemd worden gezet.

Zwammerdam, 24 mei 1978

L. R. Kooij

#### Naschrift

Collega Kooij heeft natuurlijk gelijk als hij wijst op de beperkingen van ons onderzoek. Ik meende dat duidelijk genoeg in mijn artikel tot uitdrukking te hebben gebracht. De door de Regionale Nascholingscommissie gehouden enquête was een eerste *eenvoudige* veldverkenning, bedoeld om een globale indruk te krijgen van de belangstelling voor diverse nascholingsvormen in de regio, zonder de pretentie van een nauwkeurige meting van de mate van deelname en waardering. Inderdaad zou daarvoor een veel uitvoeriger vraagstelling naar de achterliggende motieven nodig zijn geweest, waarvoor zo'n massale enquête niet het juiste middel is. Zoals meestal roept zo'n eerste verkenning meer vragen op dan zij beantwoordt. Maar – zo reageerde de afdeling Onderwijsontwikkeling van de Medische Faculteit op onze inderdaad wel aanwezige zelfkritiek – dit 'hypothese-generend effect' is juist de functie ervan. Dat deze hypothesen niet nieuw zijn is misschien waar, maar er wordt in de praktijk van de nascholing weinig mee gedaan. Nog steeds wordt nascholing aangeboden in ondoelmatige vormen als massale hoorcolleges, specialistische voordrachten en klinische demonstraties, die niet of nauwelijks zijn afgestemd op het kennisniveau, het klachtenpatroon en de praktijkvoering van de huisarts. Als het verslag van onze enquête kritische lezers zou prikkelen om de genoemde hypothesen te toetsen of om een uitvoeriger onderzoek op te zetten dat wel antwoord geeft op de vragen die de enquête oproept, dan heeft

Tabel. Bekendheid met georganiseerde nascholing bij huisartsen in Den Haag en elders, percentagegewijs met elkaar vergeleken.

	Den Haag	elders
1. Boerhaavecursussen voor huisartsen .....	48,9%	65,6%
2. Blokcurssussen in Rotterdam .....	4,5%	10,9%
3. Symposia, georganiseerd door de farmaceutische industrie .....	63,9%	67,0%
4. Klinische demonstraties .....	79,0%	86,8%
5. Kringavonden van de KNMG met specialistische voordrachten .....	42,1%	62,3%
6. Lunchbijeenkomsten van het huisartseninstituut .....	6,8%	22,2%
Studiegroepen van huisartsen met een specialist als consulent ....	6,8%	10,9%
bijvoorbeeld:		
7. – voor electrocardiografie .....	22,6	18,9%
8. – ter uitwerking van praktische diagnostiekschemata .....	7,5%	14,6%
9. – voor een rationele laboratoriumdiagnostiek .....	7,5%	14,6%
10. – ter uniformering van de farmacotherapie .....	12,0%	19,8%
11. NHG-bijeenkomsten rond praktijkgerichte themata .....	21,1%	31,1%
12. Balintgroepen .....	11,3%	11,8%
13. Cursussen gespreksvoering .....	11,3%	17,5%
14. Relatietrainingen .....	9,0%	14,2%
15. 'Warffum-cursussen' (Treekweken, Kraanvencursussen) .....	2,3%	21,2%
16. Fonodidactische Dienst NHI .....	12,0%	28,3%
gemiddeld .....	21,7%	30,5%

het publiceren ervan zijn nut meer dan bewezen.

Theoretisch moet ik collega Kooij gelijk geven als hij niet begrijpt hoe de Regionale Commissie beleidslijnen meent te mogen ontlelen aan de enquête. Inderdaad mist de formulering de voorzichtigheid die ik elders in mijn artikel heb proberen te betrachten. Maar is dit zo vreemd? Het is voor de commissie de hoogste tijd om nascholingsinitiatieven te ontplooiën en we moeten daarbij roeien met de riemen die we hebben. Er bestaat nu eenmaal geen 'gedegen wetenschappelijk onderzoek' en in afwachting daarvan moeten wij toch proberen onze nascholing als huisartsen zo verantwoord mogelijk gestalte te geven. Overigens baseren we onze plannen niet alleen op de belangstelling van de huisartsen, zoals die tot uiting komt in de beantwoording van de enquête, maar tegelijk op allerlei andere gegevens zoals het succes van nascholingsactiviteiten in de praktijk, onderwijskundige bevindingen omtrent de effectiviteit van diverse nascholingsvormen, ervaringen in het buitenland, enz. Ook al kunnen wij niets wetenschappelijk bewijzen, lijken onze uitgangspunten (zelfwerkzaamheid, kleine groepen, enz.) voldoende redelijk om tot een keuze voor bepaalde nascholingsvormen te komen. Dat die keuze overeenkomt met die in het tweede interimrapport Postacademisch Onderwijs Geneeskunde sterkt ons in die mening, terwijl ook collega Kooij inhoudelijk geen bezwaren noemt tegen die uitgangspunten. Natuurlijk gaat het daarbij om een voorlopige keuze. Aan de hand van de opgedane ervaringen zal het beleid moeten worden bijgesteld. Wat de vraag betreft of alle genoemde zeventwintig activiteiten wel het predikaat

'nascholing' verdienen, dat lijkt mij een arbitraire kwestie (de lijst is evenmin volledig). Maar het zijn wel allemaal activiteiten die de vakbekwaamheid verhogen via het bijbrengen, aanvullen of opfrissen van kennis en vaardigheden. En dat is toch de voorwaarde om iets nascholing te noemen. Aan deze voorwaarde voldoet zowel de 'georganiseerde nascholing' (die vormen waarvoor een daarop gerichte organisatie nodig is zoals cursussen, studiegroepen e.d.) als de individuele, 'ongeorganiseerde nascholing' (zelfstudie, praktijkervaring, toetsing).

De volgens collega Kooij 'verwerpelijke' opmerking over de geringere interesse in nascholing van de Hagenaars wordt inderdaad in het artikel niet door cijfers gestaafd. Niet omdat die er niet waren maar omdat hier voor eenvoudig de ruimte ontbrak, evenals voor andere details zoals bijvoorbeeld de verschillen tussen leeftijdsgroepen. De bewering is intussen alles behalve ongegrond. Hij berust in de eerste plaats op de informatie van de Haagse vertegenwoordigers in onze regionale commissie, die meermalen getuigden van de geringe opkomst bij allerlei nascholingsactiviteiten, de minimale belangstelling voor studiegroepen en de onmogelijkheid de nascholing vanuit de ziekenhuizen door huisartsen te laten beïnvloeden. Deze geringe betrokkenheid is geen specifiek probleem van Den Haag. Het is bekend dat de nascholing in alle grote steden moeizaam van de grond komt. Het blijkt ook uit de enquêtecijfers: gemiddeld ligt de deelname aan georganiseerde nascholing (activiteiten 1-16) buiten Den Haag bijna 50% hoger dan bij de Haagse respondenten: zie de tabel.

Deze cijfers geven nog een te geflatteerd beeld van Den Haag, omdat het aantal non-respondenten daar veel groter is, terwijl hun belangstelling voor nascholing waarschijnlijk nog lager ligt. Dat Den Haag zich minder met de Leidse regio verbonden zou voelen dan bijvoorbeeld Zoetermeer, Gouda of het Westland lijkt hoogst onwaarschijnlijk. Overigens houdt dit alles geen beschuldiging in, zoals Kooij ten onrechte veronderstelt. Ik constateer gewoon een feit, zonder daaraan een waardering te verbinden: hoe anderen hun morele verplichting tot nascholing waarmaken is hun verantwoording. Voor de organisatoren van nascholing is de enige vraag of de motivatie te verhogen valt door het aanbod naar vorm en inhoud te verbeteren.

Sassenheim, 12 juni 1978

W. J. de Graaff

## USSR EN MENSENRECHTEN

### Een actie voor Alexander Podrabinek

Op 14 mei jl. arresteerden de Russische autoriteiten Alexander Podrabinek. Deze heeft zich vanuit zijn vak als medisch assistent ('feldscher') uitermate moedig ingezet om de momenteel geldende politieke misbruiken van de geneeskunde in het algemeen en van de psychiatrie in het bijzonder in de USSR te bestrijden. Hij schreef onder meer het 265 pagina's tellende 'Punitieve geneeskunde' (1977) over het weloverwogen gebruik van medische technieken om mensen te straffen op grond van politieke of andere motieven. De definitieve tekst van dit boek, resultaat van drie jaar documentatie, viel ten prooi aan de staatsveiligheidsdienst. Een zo volledig mogelijke versie wordt momenteel door de ondergrondse Russische pers ('samizdat') verspreid.

Eerder was Alexanders broer Kirill Podrabinek gearresteerd om Alexander te dwingen het land te verlaten of te zwijgen. Die opzet mislukte, waarop ook Alexander werd vastgezet, zijn broer is inmiddels tot 2½ jaar dwangarbeid veroordeeld. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat Alexander Podrabinek nog in juli voor de rechtbank in Moskou zal worden gebracht; evenzeer ligt het in de lijn der verwachtingen dat deze meest vooraanstaande strijder voor de vrijheid van handelen van medici en psychiaters in de USSR een zwaar vonnis zal krijgen.

Op 13 juli jl. zijn tijdens een hearing in Londen talrijke getuigenissen afgelegd omtrent de juistheid van de beweringen van Alexander Podrabinek. Bekende dissidenten als Grigorenko en Boekovski werkten daaraan mee. Door dergelijke bemoeienissen vanuit het Westen kan het te verwachten vonnis waarschijnlijk

aanmerkelijk lichter uitvallen. Behalve van grote betekenis voor Podrabinek persoonlijk zijn zij van groot belang voor de – steeds sterker wordende – beweging in de USSR voor de verwezenlijking van de mensenrechten, zoals vermeld in de mede door de USSR ondertekende akkoorden van Helsinki.

Dat juist praktizerende medici in de USSR een belangrijke rol spelen in de strijd voor de erkenning van de mensenrechten is niet verwonderlijk, omdat een groot deel van de onderdrukking van de mensenrechten door politiek misbruik van het officium nobile tot stand komt. Het betreft hier een zaak van de grootste urgentie. Vandaar dit appèl op de medici practici en psychiaters in Nederland. Wat kunnen zij doen?

– Schrijven, bij voorkeur op officieel papier, van een in het Engels gestelde brief volgens het volgende model:

*To the Procurator-General  
Mr. R. A. Rudenko,  
Prokuratura SSSR,  
Ul. Pushkinskaya 15a,  
g. MOSKVA,  
USSR.*

Honorable Mr. Procurator-General,

*In the case, that a trial will take place against Alexander Podrabinek, member of the Working Commission for the Investigation of the Use of Psychiatry for political Purposes, I urgently request, that the conditions of trial will be legitimate. The USSR has ratified on the 16th of October 1973 the Helsinki Agreements, in which the civilians and political rights of the Russian civilians were guaranteed. According to article 14 of this agreement every accuses has the right to defend himself or to defend himself by a free chosen lawyer; he has the right to produce witnesses and to have them heard. Furthermore he has the right to stand trial before an independent and unprejudiced court.*

*Sincerely yours,*

– Een financiële bijdrage storten ter bestrijding van de kosten van deze (wereldomvattende) actie, en wel op postgirorekening 302511 ten name van C. van der Kroef, psychiater te 's-Gravenhage, onder vermelding van: 'Alexander Podrabinek'.

's-Gravenhage, 6 juli 1978

C. van der Kroef, psychiater



**Bouwplafond** – De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mevrouw Mr. E. Veder-Smit heeft aan de vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal een brief gezonden inzake de vaststelling van een plafond voor de bouw van ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. In die brief wordt medegedeeld dat voor 1978 het bouwplafond is vastgesteld op 585 miljoen gulden. De bouwactiviteiten van academische ziekenhuizen vallen hier niet onder. Voorts wordt voor 1978 maximaal 55 miljoen gulden extra ter beschikking gesteld voor het stimuleringsbeleid in de sector psychiatrie. Dit laatste mede in het kader van de onderuitputting van het bouwplafond voor 1977. Het bouwplafond is gebaseerd op de zoals die door het CBS wordt gemeten. Deze bouwproductie vormt ruim de helft van de totale investeringskosten doordat het CBS slechts de kosten van de zogenaamde 'kale bouw' meet. Voor wat betreft het in het kader van het bouwplafond te voeren bouwbeleid heeft de staatssecretaris de Kamer al in februari dit jaar een overzicht verstrekt van de grote bouwprojecten die in 1978 en 1979 met de bouw kunnen beginnen. Het gaat daarbij om projecten met meer dan 20 miljoen gulden investeringskosten per project. In het algemeen zal het bouwbeleid erop gericht zijn om hoge prioriteit te geven aan verbetering van de huisvesting van psychiatrische patiënten, het bevorderen van de poliklinische functie en het streven naar beddenvermindering in regio's met een overcapaciteit. Voorts wordt gestreefd naar een betere spreiding van voorzieningen en naar het renoveren van bestaande inadequate voorzieningen boven totale nieuwbouw.

**De vrije beroeps-BV** – Aldus luidt de titel van het zojuist verschenen boek van de hand van de heren Mr. J. M. Polak, E. Cl. Berkel, Mr. A. H. M. Santen, Mr. L. Wolfsbergen en Mr. W. B. van der Mij, wiens bijdrage: 'De BV voor beroepen in de gezondheidszorg', eerder verscheen in MC (nr. 15/1978, blz. 449). Dit boek vormt de neerslag van de problematiek rond de BV-vorm voor het 'vrije beroep', zoals die op het seminar van 27 september en 30 november 1977 aan de orde is gesteld. De juridische en fiscale aspecten, die de keuze

het beroep al of niet vanuit of door middel van een besloten vennootschap uit te oefenen, staan centraal. Uit de inhoud: Vrije beroep en BV; Hoe en waarom samenvoegen?; Oneigenlijk gebruik van de BV-vorm?; Selectieve transparantie; Inbreng van een praktijk; Zelfstandigheid van de directeur; Vergelijking tussen zelfstandige en BV; Spaarmogelijkheden; Oudedagsvoorziening; Meewerkende echtgenote; Onroerend goed ten dienste van de beroepsuitoefening; Sociale verzekeringen; Wijze van omzetting; Beroepsethiek, Kwaliteitseisen. Doelgroep: Accountants, belastingconsulenten, notariaat, advocatuur, vrije beroepsbeoefenaars; zoals medici, architecten, makelaars. De prijs bedraagt f 22,50. Het boek bevat 77 pagina's en uitgegeven bij Kluwer BV, 7400 GA Deventer, Postbus 23.

**Seminaar milieukunde** – Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO organiseert in samenwerking met de Stichting Postacademiale Vorming Gezondheidstechniek het achtste Seminaar Milieukunde. Het seminaar zal in het academisch jaar 1978/1979 in drie perioden van vier dagen en één periode van vijf dagen worden gehouden, elke periode gewijd aan één thema. Van 30 oktober t/m 2 november (Woudschouten): Het leefmilieu; van 11 t/m 14 december (Noordwijkerhout): Milieugebruik; van 5 t/m 8 februari 1979 (Driebergen): Milieuverontreiniging; en van 2 t/m 6 april 1979 (Driebergen): Milieubeleid. Aan de cursus worden bijdragen verleend door docenten van universiteiten, researchinstituten, overheidsinstellingen en de industrie. Het aantal deelnemers is beperkt tot 25 (inschrijving in volgorde van binnenkomst). Het cursusgeld bedraagt f 1.700,— inclusief verblijfskosten. Nadere inlichtingen: Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO, Wassenaarseweg 56, Leiden, tel. 071-150940 (Mw. Dr. C. M. Kuiper).

**Cursus ergometrie** – De afdelingen cardiologie en longziekten van de Erasmus Universiteit Rotterdam, de afdeling fysiologie van de KU Nijmegen en het Coronel-laboratorium van de GU Amsterdam organiseren van 16 t/m 20 oktober 1978 in de Hartenark te Bilthoven een cursus in de ergometrie. De cursus is bedoeld voor artsen (gedacht wordt onder anderen aan cardiologen, internisten, longartsen, revalidatieartsen, bedrijfsartsen en sportartsen) die geregeld inspanningsonderzoek verrichten of denken dit in de naaste toekomst te gaan doen. Aan de orde zullen komen inspanningsfysiologie, ergometrie, inspanningselectrocardiografie, meting van

## Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



ventilatie en zuurstofopname, apparatuurkennis, conditiemeting, telemetrie en 'vertaling' naar de praktijk, etc. Naast de theorie zal ook veel aandacht worden besteed aan eigen vaardigheid. Maximum aantal deelnemers: 30. Cursusgeld: f 450,— inclusief verblijfskosten. Opgave en inlichtingen: Mej. L. de Langen, Thoraxcentrum EUR, postbus 1738, Rotterdam, tel 010-635313.

**Hoofdluisfolder** – De Geneeskundige Hoofdinспекtie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid heeft in samenwerking met het Stedelijk Orgaan ter Bevordering van Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding in de gemeente 's-Gravenhage een nationale hoofdluisfolder uitgegeven. Deze publieksfolder is vooral gericht op ouders en opvoeders van kinderen, scholen, kindertehuizen, kinderdagverblijven en overige instellingen van gezondheidszorg. Dit omdat hoofdluis onder jeugdigen over het algemeen het meest voorkomt. De uitgave bevat duidelijke informatie over het voorkomen en bestrijden van hoofdluis. Voorts is de bedoeling van de geïllustreerde folder wat weg te nemen van de emotionaliteit die nog altijd aanwezig is rondom het probleem hoofdluis. Exemplaren kunnen worden aangevraagd bij de Stafafdeling Externe Betrekkingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Postbus 439, 2260 AK Leidschendam; telefoon 070-209260, toestellen 2093 en 2094.

**MAR buitenspel te zetten** – De Nationale Ziekenhuisraad heeft in een schrijven zijn leden erop geattendeerd, dat nu hun medische aansprakelijkheidsrisico's ook buiten de verzekeringsgroep MAR kunnen worden ondergebracht. Er is de laatste tijd veel kritiek geuit op de MAR, waarin dertien verzekeringsmaatschappijen samenwerken. De MAR zou optreden als een kartel en – vanuit die monopoliepositie – premieverhogingen van 100 tot 200 procent hebben doorgevoerd. Voor medische aansprakelijkheidsrisico's kan men blijkens dit NZR-schrijven eveneens terecht bij Van Calcar Assurantiën BV in Groningen, terzake optredende namens een aantal grote nationale en internationale verzekeringsmaatschappijen.

**Postzegels** – Op 22 augustus aanstaande zal de PTT drie bijzondere postzegels uitgeven, die alle een relatie met de gezondheidszorg hebben. Een zegel van 40 cent heeft als thema niertransplantatie. De actie tot bestrijding van hoge bloeddruk wordt ondersteund met de uitgifte van een postzegel van 45 cent. De derde zegel van de serie verschijnt in de waarde van 55 cent met een bijslag van 25 cent ten bate van het Nederlandse Rode Kruis.

### Rectificatie

Onvermeld bleef bij de samenvatting van het LHV/NHI-rapport 'Vertrek uit de huisartspraktijk' in MC nr. 25/1978, blz. 757, de naam van de rapporteur: Drs. P. P. Groenewegen.

# Moslempatiënten tijdens de vastenmaand

Publikatie van het *Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders*

Met de vestiging in ons land van grote aantallen Turken en Marokkanen, van wie de meesten aanhangers zijn van de islam, naast moslems uit onder meer Suriname en Indonesië en ook Nederlandse moslems, is de islam de laatste jaren een van de grote religies van Nederland geworden. De kans dat zich moslems onder Uw patiënten bevinden is daardoor aanmerkelijk toegenomen.

Religie en religieuze voorschriften zijn sterk verweven met het dagelijks leven van de moslem, ook al doordat het heilige boek, de koran, vrij gedetailleerd aangeeft hoe de gelovige zijn leven het best kan inrichten. De hulpverlener die hiermee niet op de hoogte is, kan in het contact met islamitische patiënten voor raadsels en onverwachte problemen worden gesteld.

Een van de religieuze verplichtingen van de moslem die van invloed kan zijn op de behandeling is het vasten gedurende de maand *ramadan*.

## Voorschriften

De ramadan (Arabisch) of ramazan (Turks) is de negende maand van de islamitische jaarkalender. Het jaar wordt ingedeeld volgens de stand van de maan en bestaat uit 12 maanmaanden,  $\pm 354$  dagen. Hierdoor verschuift de islamitische jaartelling ten opzichte van de christelijke per jaar ongeveer 11 dagen naar een vroegere datum.

In 1978 wordt het begin van de ramadan en daarmee van het vasten verwacht op of omstreeks 6 augustus en het einde op ongeveer 4 september. De voorschriften voor deze vastenmaand zijn vastgelegd in de koran (Surah II, 184-186-188), terwijl

aanvullende adviezen zijn te vinden in de hadith, waarin de uitspraken van de profeet Mohammed zijn vastgelegd.

De gelovige dient zich in deze 30 dagen durende periode van zonsopgang tot zonsondergang te onthouden van alle spijs en drank. Hij zal dan ook niets tot zich nemen, ook geen medicamenten, oraal, per injectie of op welke wijze dan ook toegediend.

De zorg voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid is evenwel een van de belangrijkste plichten van de moslem. Zieken kunnen daarom het vasten uitstellen tot na hun herstel als door het vasten de genezing van de ziekte zou worden belemmerd.

Indien de ziekte chronisch of ongeneeslijk is, behoeven de dagen waarop niet werd gevast niet te worden ingehaald. De koran omschrijft nauwkeurig op welke andere wijze de gelovige in dat geval aan zijn verplichtingen kan voldoen, namelijk door een arme te voeden. De verplichting om te vasten geldt *niet voor kinderen*. Kraamvrouwen en vrouwen die menstrueren moeten het vasten onderbreken en deze dagen later inhalen. Personen die op reis zijn moeten het vasten uitstellen tot na de reis. Ook zij die zodanig zware arbeid moeten verrichten dat door het vasten de dagelijkse plichten zouden moeten worden verzaakt moeten op andere wijze aan hun verplichtingen voldoen.

## Betekenis voor de moslem

De vastenmaand moet worden gezien als een lichamelijke en geestelijke training om te trachten het bewustzijn te richten op een hoger peil van deugd en reinheid, door de gedachte aan het

materiële te verzwakken en die aan het geestelijke te versterken. Dit alles wordt nog verdiept door de strikte naleving van de voorgeschreven gebeden vijf maal daags en het lezen van de gehele koran tijdens de maand ramadan.

De periode van vasten wordt afgesloten men het *Kleine of Suikerfeest*, een drie dagen durend feest, waar men het gehele jaar naar toeleeft. Het gevoel te hebben voldaan aan de door Allah opgelegde beproevingen doet een soort geluksgevoel ontstaan, waaruit nieuwe kracht voor de toekomst kan worden geput.

Het totale gebeuren, door miljoenen moslems over de gehele wereld gelijktijdig beleefd, is elk jaar weer een belangrijke mijlpaal in het leven van de gelovige.

## Consequenties voor de hulpverlener

Het zal duidelijk zijn, dat de gelovige moslem in geval van ziekte tijdens de ramadan voor grote gewetensconflicten kan komen te staan, wanneer hij moet besluiten of hij in strijd met de hem bekende voorschriften medicamenten moet innemen, zich aan de voorgeschreven etenstijden van zijn dieet moet houden of bepaalde onderzoeken moet ondergaan. Door onwetendheid van de niet-islamitische hulpverlener kunnen onnodige misverstanden ontstaan, waardoor de gezondheid van de patiënt eerder geschaad dan bevorderd zal worden, doordat men de patiënt onbedoeld uit zijn geestelijk evenwicht brengt.

Waar mogelijk doet men er goed aan eten, drinken en toediening van welke stoffen ook 's avonds na



zonsondergang of 's morgens vroeg te doen plaatsvinden. Tijdens ziekenhuisopname zal de patiënt zo veel mogelijk in de gelegenheid moeten worden gesteld rustig in de koran te lezen en zijn gebeden en voorgeschreven wassingen te verrichten.

Indien uitstel van behandeling of aanpassing aan de religieuze voorschriften medisch gezien gecontraïndiceerd is, zal men de patiënt duidelijk moeten maken dat men op de hoogte is van het bestaan van vervangende voorschriften. Men zal hem, zo nodig met behulp van een tolk, duidelijk uitleggen waar het om gaat. Hierbij moet men rekening houden met het gegeven, dat de weinig ontwikkelde gelovige vaak niet precies op de hoogte is van de in de koran omschreven vervangende mogelijkheden in geval van schade voor de gezondheid of belemmering van de genezing. Ondanks zijn ziekte zal deze patiënt zich toch willen houden aan de voorschriften om te vasten.

Ook na de ramadan bestaat de mogelijkheid, dat bijvoorbeeld een met succes behandelde ulcuspatiënt het resultaat van de therapie in korte tijd weer teniet doet door de gemiste vastendagen na de behandeling te gaan inhalen.

Over het algemeen zullen door het ontregelde voedingsschema tijdens de vastenmaand eerder verschijnselen van vermoeidheid en irritatie optreden, terwijl reeds bestaande klachten kunnen verergeren. Na (vooral 's zomers) vele uren vasten wordt er vaak 's nachts overvloedig gegeten van speciaal bij deze maand behorende gerechten. Ook het feest ter afsluiting van de vastenperiode wordt gevierd met het nuttigen van zeer veel voedsel en zoetigheid. De arts of andere hulpverlener die van een en ander op de hoogte is, kan door zijn begrip en de bereidheid zijn behandeling waar mogelijk aan te passen gedurende de ramadan veel misverstand en teleurstelling voorkomen en in hoge mate bijdragen tot het algemeen welzijn van zijn islamitische patiënt.



## Wie het hardst lacht, is de baas

*Ik heb gewonnen. De alcoholicus is het hoekje omgegaan. Jammer dat mijn medeco in dit paviljoen geen weddenschap had willen aangaan, anders was het kratje pils voor mij geweest. Had de goede man nog kunnen lopen, hij was in een delier de hemel binnengestapt. Maar dat lopen ging niet al te best meer. In plaats van zijn alcoholpercentage steeg nu het ammoniakgehalte van zijn bloed.*

*Het ging overigens bijna geruisloos. Eerst begon zijn hart wat rustiger te kloppen, toen weigerden gaandeweg de longen hun functie en tenslotte gooide het hart er maar het bijtje bij neer. En dan zo jong! Ik denk, dat het overlijden één van de meest geruisloze gebeurtenissen is geweest in het leven van deze man.*

*Mijn assistent en ik zijn nog om een sectie gaan vragen. Het mocht! Ik ben ervan overtuigd, dat wanneer de patholoog-anatoom eens flink in de lever knijpt hij er best nog een 'lekker cognacje' uit kan krijgen. Het is triest, dat de man twee jonge kinderen achterlaat. Ik zag ze toevallig en mijn eerste indruk was niet erg best. Ik hoop van harte, dat ze niet dezelfde richting opgaan.*

*Het leven wordt toch wel een beetje lastig. Ik kom uren tekort, maar vooral Noud kan daarover meepraten. Het is met name voor hem een ware slijtageslag.*

*Vanmiddag kwam dokter Wouters even in ons paviljoen. 'Zeg, Van Es, lees eens wat voor uit dat dagboek van je', vroeg hij mij. Nu had ik hem gisteren al verrast met een artikel over de Anorexia Nervosa, waarin hij zeer geïnteresseerd is, dus ik kon zijn gemoed niet veel kwaad meer berokkenen. Het vervelende was alleen, dat ik niet één, twee, drie een geschikt stukje vond. Uiteindelijk heb ik hem twee fragmenten voorgeleren: één over de tumorbespreking en één over onze Surinaamse vriendin. Dr. Wouters vond het geweldig. Hij gniffelde van plezier en toen ik de climax op de juiste wijze had voorgedragen barstte hij uit in een*

*geweldig schaterlach. Dat is het recht van bazen: om een mop het hardst te lachen.*

*Mijn assistent wreef zich in de handen van plezier. 'Ik heb een soufflé gehoord die iedere co moet horen; stuur ze maar eens hierheen', zei hij enthousiast. Het betrof een jong meisje met een flinke hypertensie. Volgens de assistent kon je de soufflé zelfs op haar rug horen. Kun je je voorstellen! Dus Dr. Wouters in extase. Tijdens de grote visite plantte hij zijn stetoscoop op en tussen haar borsten, die zij met enige moeite had ontbloot.*

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(38)

*Heel geconcentreerd luistert Dr. Wouters naar haar hart; eerst op de apex, dan op de tweede intercostaalruimte links, op de tweede rechts en tenslotte op de vierde intercostaalruimte links. Heel aandachtig schuift hij zijn stethoscoop langs haar carotiden en voor de zekerheid luistert hij ook op haar rug.*

*Mijn assistent kijkt gespannen toe.*

*Dan richt Dr. Wouters zich op: 'Ik hoor niets!'*

*Maar mooi zijn ze wel, die borsten . . .*

*Wanneer wij 's morgens het ziekenhuis binnenkomen, heerst er een nare, kille sfeer. Je bent intens humeurig en elk antwoord dat je nog geeft is kortaf en bijtend. Er is sprake van een zekere apathie. Je voelt je in feite niet meer zo betrokken bij de ander. Heel merkwaardig, dat je dit nu als toekomstig arts moet overkomen. Voor mij hoeft het dan ook niet.*

Alexander van Es



# Vaccinatie tegen poliomyelitis in Nederland

De zeer overzichtelijke en door een wijze spreuk voorafgegangene bijdrage van collega Dr. J. Huisman in Medisch Contact van 23 juni 1978 (MC nr. 25/1978, blz. 762) geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen, alsmede tot bespreking van verscheidene andere aspecten van het probleem.

Het is inderdaad waarschijnlijk dat het toedienen van geïnactiveerd poliovaccin (IPV, Salk) ook in het darmslijmvlies antilichamen tegen het poliomyelitis-virus doet verschijnen, doch het is even waarschijnlijk dat dit na 4 à 6 maanden zo weinig is geworden dat het geen beschermende werking meer biedt. Als de circulatie van het natuurlijke poliomyelitis-virus in Nederland inderdaad drastisch is gedaald dan heeft dit consequenties voor de huidige en nog meer voor de toekomstige bestrijdingsmethoden, als gevolg van het feit dat de natuurlijke besmetting die (naar wij aannemen) definitieve immuniteit verwekt niet meer plaatsvindt. Zeer belangrijk zijn de door collega Huisman gesignaleerde groepen die tot de import van poliovirus bijdragen. Het is zeer wel mogelijk dat het toerisme naar het buitenland hierbij de belangrijkste factor is. Jonge volwassen Nederlanders bijvoorbeeld zijn op hun 9e jaar ingevolge het overheidsschema voor het laatst met Salk-vaccin ingeënt en hebben daarna niet of nauwelijks contact met het wilde virus gehad. Bij vakantie in onder andere Noord-Afrika is de kans op besmetting zeer groot; zij worden echter zelf niet ziek, maar kunnen na terugkomst in Nederland geruime tijd als verspreider van het poliomyelitis-virus fungeren. Het bezwaar van Salk-vaccinatie is nu

---

door **G. D. de Jong**

---

De schrijver is huisarts in Leiden.

---

eenmaal dat iemand die in het verleden hiermee is ingeënt bij besmetting met poliomyelitis niet ziek wordt, maar *wel* de ziekte helpt verspreiden. Gezien het massale karakter van het huidige toerisme is er mijns inziens voldoende reden tot ongerustheid over dit probleem.

## **Keuze voor Sabin-vaccin: alleen Nederland aarzelt**

Het feit dat wij in Nederland een hoog inentingspercentage (90%) hebben kan en mag geen invloed hebben op de keuze levend of geïnactiveerd vaccin. Men kan in dit verband evengoed zeggen, dat een hoog inentingspercentage de nadelen van het Salk-vaccin camoufleert. In de landen met een onvoldoende hoge vaccinatiegraad is door het overgaan van Salk- op Sabin-vaccin het aantal gevallen van poliomyelitis drastisch gedaald bij een gelijkblijvend (te laag) inentingspercentage. Het IPV volgens Salk wordt naar mijn weten in andere Europese landen niet of nauwelijks meer gebruikt; alleen Nederland en Zweden hadden de naam uitsluitend Salk-vaccin te gebruiken, doch in 1970 is in Zweden ook het Sabin-vaccin (OPV) in gebruik genomen, zodat wij nu in dit opzicht alleen staan. Het hoge inentingspercentage in Nederland is een grote meevaller, maar is te danken aan de zeer goede medewerking van het publiek. Bovendien is de administratieve begeleiding zeer deskundig, de

bouwstenen van dit systeem zijn in het verleden geleverd door GG & GD-functionarissen van de steden Tilburg, Leiden en Den Haag. Tevens hebben huisartsen en kinderartsen in Tilburg een belangrijke bijdrage geleverd tot het vinden van een goede aanpak (Keijzer 1955, Van Goor 1961).

De door collega Huisman gesignaleerde nadelen van het Sabin-vaccin spelen geen rol in een land als Nederland met een gematigd klimaat en goede organisatiegraad. Het is opvallend, dat men in de internationale vakliteratuur unaniem en met nadruk kiest voor de Sabin (OPV)-vaccinatie. Er bestaat eigenlijk alleen in Nederland aarzeling over deze keus, dit terwijl de kennis op dit gebied in Nederland niet superieur is ten opzichte van de elders bestaande.

Wat betreft de 'explosiebestrijding' is ook in Nederland tot nu toe het standpunt: snelle en massale toepassing van het Sabin-vaccin, althans in een gebied waar de vaccinatiegraad kleiner is dan 75%, en dit liefst al bij het voorkomen van één respectievelijk het eerste poliomyelitisgeval (Bijkerk 1972). De epidemie in Staphorst van 1971 begon op 28 februari 1971; op 5 en 6 maart 1971 is massaal geënt met Sabin-vaccin. Dit jaar in Elspeet was dank zij de opmerksaamheid van de plaatselijke artsen op 2 mei het eerste geval bekend en bewezen; op donderdag 11 mei 1978 is begonnen met Sabin-vaccinatie. Indien dit vaccin vrij verkrijgbaar zou zijn geweest, was een eerdere start mogelijk geweest. In vrijwel alle Europese landen is de Sabin-vaccinatie vanaf 1962 routine

geworden en het Salk-systeem verlaten. In België bijvoorbeeld zijn in 1963 2,8 miljoen personen ingeënt met 'Sabin', zijnde 55% van de bevolking tussen 3 maanden en 40 jaar. Tot zover mijn reactie op het artikel van collega Huisman. Hieraan zou ik nog gaarne een verdere beschouwing betreffende het poliomyelitis-probleem willen toevoegen.

### Star overheidssysteem

In ons land wordt 90% van de kinderen ingeënt. De 10% die niet wordt bereikt is bovendien voor een groot gedeelte in bepaalde gebieden woonachtig. Het lijkt gewenst, dat – in plaats van te werken met het starre overheidssysteem – de in deze gebieden werkzame artsen speciale faciliteiten krijgen, waaronder de permanente beschikbaarheid van Sabin-vaccin.

Het is in dit licht gezien ook niet juist de beschuldigende vinger uitsluitend op de betrokken godsdienstige groepen te richten. Terloops zij opgemerkt dat andere epidemieën bij hen blijkbaar minder voorkomen dan in de rest van Nederland, getuige bijvoorbeeld het lage ziekteverzuim in deze kringen. Een al te nadrukkelijk uitbazuinen van de zekerheden en de vorderingen van wetenschap en techniek kan de in deze kringen reeds bestaande weerstand tegen technocratie nodeloos vergroten. Er is dan ook alle reden voor een zeer gematigd en vooral geruisloos optreden. Het absoluut stellen van de gunstige werking van het geneesmiddel, in dit geval een vaccin, moet in de voorlichting terecht achterwege worden gelaten.

Wél blijft het bezwaar bestaan dat de voorgangers van deze gemeenten hebben nagelaten allerlei achterhaalde, weliswaar begrijpelijke maar inmiddels geheel ondervangen, misverstanden uit het grijze verleden, althans van vóór 1880, recht te zetten. Een en ander vindt men onder andere samengevat in een proefschrift van A. A. Thomas uit 1883, getiteld: 'De Vaccinatie Quaestie'. Twee belangrijke en juiste stellingen waren de volgende:

'I. Ouders die hunne kinderen niet laten vaccineren begaan daardoor een zeer grote fout.'

'III. Voordat de vaccinatie van

Staatswege beter geregeld is, mag zij niet verplichtend worden gesteld.'

Het lijkt gewenst, dat in de gebieden waar een verhoogd poliomyelitis-gevaar aanwezig is de nodige vaccinaties zoveel mogelijk in de beslotenheid van de doktersspreekkamer plaatsvinden en dat ons in de toekomst toestanden met acties, samendrommen in een leeggeruimd schoollokaal of opgeroepen worden naar een wijkgebouw bespaard blijven.

### Nieuwe dimensies

Verder moet worden overwogen of aan de poliomyelitis-bestrijding in Nederland als geheel nog enkele dimensies moeten worden toegevoegd. Tot nu toe krijgen de kinderen op circa 9-jarige leeftijd de laatste polioprik (DTP-vaccin). Wij moeten ons gaan afvragen of hier niet *hervaccinatie* op moet volgen, bijvoorbeeld om de vijf jaar, en hoe lang wij moeten doorgaan. De Inspectie Volksgezondheid neemt aan dat personen beneden 27 jaar weinig aanraking hebben gehad met het wilde poliovirus na de laatste epidemie in 1956. Voor personen beneden 22 jaar is dit vrij zeker. De leeftijdsgrens schuift uiteraard jaarlijks op. Bovendien is van deze groep, die inmiddels 5 miljoen personen omvat, 10% niet ingeënt. Dit betekent dus de wenselijkheid van 500.000 *inhaalinjecties*, die grotendeels niet zullen slagen, hoewel met de Sabin-methode de resultaten misschien beter zullen worden. Ook verdient het overweging *vanaf het 4e jaar* met Sabin-vaccin te gaan werken, in de hoop de verspreiding via de scholen meer dan tot nu toe tegen te gaan.

Als wij inderdaad aannemen dat import van *virus vanuit het buitenland* een belangrijke rol speelt, dan betekent het streven naar beperkingen van deze import een veel grotere ingreep.

Zoals vele andere landen zullen dan ook wij onze toelatingsformaliteiten voor vreemdelingen moeten uitbreiden. Van reizigers afkomstig uit gebieden waar poliomyelitis voorkomt kunnen wij een geldig en recent vaccinatiebewijs verlangen. Naar mijn mening behoeven wij op dit gebied niet bescheidener te zijn dan

vele Afrikaanse en Aziatische landen, die dit overigens weer met het oog op andere ziekten doen.

Uiteraard moet dan ook van Nederlandse toeristen die zuidelijke landen bezoeken bij vertrek reeds een vaccinatiebewijs worden geëist. Ook hiervoor zal tot nader order Sabin-vaccin moeten worden gebruikt; dan is de kans op import van poliomyelitis-virus bij terugkeer zoveel mogelijk verlaagd. Het door collega Huisman in het vooruitzicht gestelde Salk-vaccin van de tweede generatie is nog niet beschikbaar.

Bij deze problematiek duikt tevens de kwestie van illegaal in het land verblijvende buitenlanders op; dit niet alleen met het oog op de poliomyelitis-bestrijding, maar ook op de bestrijding van tuberculose.

### Verschraalde keuze

Tenslotte is er nog het meer algemene probleem dat de Nederlandse artsen niet vrij zijn in de keuze van vaccin. Wij kunnen niet, zoals overal elders, het Sabin-vaccin gewoon uit de apotheek laten komen. Trouwens, ook Salk-vaccin is hier niet als zodanig verkrijgbaar maar alleen in combinatie met andere entstoffen (DTP en DKTP).

Organisatorische en communicatieve oorzaken hebben tot deze verschralling geleid. Terwijl de overheidsrichtlijnen voor vaccinaties in feite een minimumprogramma weergeven over vaccins die door de staat gratis ter beschikking worden gesteld zijn vele niet-insiders, onder wie ook artsen, dit programma als normatief of zelfs als het optimum gaan beschouwen. Ook levert de wijze van toepassing van de Wet op sera en vaccins een mogelijkheid op om nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de vaccinaties te vertragen. Het is in het nabije verleden meermalen gebeurd dat een vaccin niet kon worden geïmporteerd, omdat de wettelijke eisen waaraan het moest voldoen nog niet bekend waren. Het tot stand komen en formuleren van die eisen kon enkele jaren duren.

---

### Literatuur

Bijkerk, H. (1972) NTVG, 116, nr. 14/1972, blz. 549.

van Goor I. A. Huisarts en Preventieve Gezondheidszorg, Diss. Leiden 1961.  
Huisman J. (1978) Medisch Contact, 33, blz. 762.

Keijzer J. L. De organisatie van de vaccinaties. Maandschrift voor Kindergeneeskunde XXIII, 11, 1955.  
Thomas A. J. A. (1883) De Vaccinatie Quaestie.

#### Verder aanbevolen literatuur

Ehregut W. Impfschutz für Auslandsreisende. Schattauer Verlag 1975.  
Evans A. S. Viral infections of Humans. J. Wiley & Sons, 1976.  
Stickl H. und Schmid F. Impfprobleme, Problem Impfungen. DÄV 1975.  
Vaccination Certificate WHO, Genève.  
Requirements for International Travel.

uitscheiding van ondergeschikt belang.

3. Collega De Jong gaat als voorstander van routine Sabin-toediening na bijvoorbeeld het vierde levensjaar geheel voorbij aan het door mij in mijn artikel geciteerde recente Engelse literatuur, waaruit blijkt dat bij Sabin-toepassing poliomyelitis blijft voorkomen. Ik wijs bovendien op de gevaren van besmetting met Sabin-stammen van kinderen met hypo- of agammaglobulinaemie en niet-immune personen die onder immunopressie staan. Bij hen bestaat de kans op een 'slow-virus' infectie van het centraal zenuwstelsel met Sabin-stammen, die zich kan uiten in een encefalitis.

## Onbewezen stellingen

### Replik Dr. J. Huisman

Het is – in principe – altijd prettig een reactie op een artikel te ontvangen. Het is echter wél verdrietig te moeten vaststellen dat de bijdrage van collega De Jong tot de discussie over het pro en contra van het huidige vaccinatieprogramma ten aanzien van poliomyelitis voor het overgrote deel een aantal onbewezen stellingen bevat en verder veelal uitgaat van verouderde gegevens, die in de vijftiger en begin zestiger jaren een zeker gewicht hadden maar dit thans niet of nauwelijks meer hebben. Het is hier niet de plaats om een wetenschappelijke analyse van de (uitgebreide) bijdrage van collega De Jong te geven; ik wil mij dan ook beperken tot het weerleggen van enkele kardinale punten uit zijn betoog.

1. Er is – voor de situatie in Nederland – geen enkele aanwijzing dat de *darmimmunitet* ná vaccinatie met het Nederlandse IPV 'na 4 à 6 maanden zo weinig is geworden dat het géén beschermende werking meer biedt'. Integendeel, het feit dat de poliovirus-circulatie onder gevaccineerden reeds gedurende vele jaren (praktisch) niet meer voorkomt – zoals onder meer blijkt uit het routine virologisch faecesonderzoek van patiënten en de afwezigheid van (polio)viruscirculatie onder kinderen die crèches bezoeken (zowel te Rotterdam als te Amsterdam) – gevoegd bij het feit dat thans géén poliomyelitis voorkomt onder ouderen die nimmer werden gevaccineerd

maar verspreid in de geïmmuniseerde bevolking leven, weerlegt dit argument volledig: de darmimmunitet ná IPV is in Nederland van langdurige aard en daardoor van wezenlijke betekenis voor het remmen van de circulatie.

2. Er zijn evenmin feiten die erop wijzen dat (vroeger) gevaccineerde toeristen ná terugkeer in Nederland 'geruime tijd' als verspreider van poliovirus fungeren. Bij virologisch faecesonderzoek van ongeveer vijfhonderd terugkerende toeristen te Rotterdam werd éénmaal poliovirus type I vastgesteld bij een jongeman die zijn ouders in Nigeria had bezocht. Dit gaf evenwel zelfs in het gezin waar de jongeman in Rotterdam verbleef géén aanleiding tot verspreiding onder de huisgenoten van betekenis. Uiteraard kan ook bij gevaccineerden een passagère dragerschap optreden, maar collega De Jong verliest het kwantitatieve aspect van dit 'dragerschap' (uitscheiding van minder virus en gedurende kortere tijd) ten opzichte van niet-immune personen volledig uit het oog. Daardoor is de factor 'verspreiding' via gevaccineerden (of natuurlijk immunen) zeer beperkt (zie verder ook het vorige punt). Wij kennen helaas niet de relatieve importantie van de (enkele) door mij geopperde importketens; die via gevaccineerde of natuurlijk immune toeristen en andere zich in ons land vestigende buitenlanders is zeer waarschijnlijk qua kwantiteit en duur van

4. Naast Nederland wordt in Zweden, Finland en delen van Canada volledig op Salk-vaccin vertrouwd. Bovendien wordt in de Verenigde Staten thans ernstig overwogen (weer) van Sabin-vaccin op Salk-vaccin over te gaan.

5. Nergens is aangetoond dat onder de betrokken *godsdiens*te bevolkingsgroep 'epidemieën' (!) minder voorkomen. Het is zeker onjuist daarvoor het ziekteverzuim als criterium te nemen, daar dit door een scala andere factoren mede wordt bepaald (in dit geval o.a. positieve instelling ten opzichte van arbeid binnen deze bevolkingsgroep en de onwil zich te verzekeren).

6. Er zijn *geen* (serologische) aanwijzingen dat ná het 9e levensjaar de antistof-titer van gevaccineerden in Nederland wezenlijk daalt, zoals blijkt uit de resultaten van het serologisch onderzoek onder recruten. Er bestaat voor deze groep dan ook geen argument voor een systematische revaccinatie.

7. Het is irreëel en niet getuigend van een inzicht in het functioneren van de desbetreffende commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie, te veronderstellen dat het ooit tot een 'verplichte' vaccinatie van reizigers tegen poliomyelitis – een ziekte die in grote delen van de wereld zeer algemeen voorkomt – zou komen. Bovendien bestaat daartoe geen epidemiologische noodzaak.

8. Er zijn *geen* feiten bekend die

aantonen dat de door het Nederlandse IPV opgewekte immuniteit 'minder definitief' zou zijn dan die na een natuurlijke infectie. In het (ongewilde) massa-experiment dat de Natuurthans in Nederland voor onze ogen opvoert heeft nog niet één volledig gevaccineerde paralytische poliomyelitis gekregen, evenmin als niet-gevaccineerden die verspreid in de immune bevolking leven. Is er een sterker argument voor het voortreffelijke immuniserende vermogen van het huidige geïnactiveerde polio-vaccin dat in Nederland wordt gebruikt?

*Samenvattend* moet ik constateren, dat collega De Jong geen feiten heeft aangedragen die een wezenlijke verandering van het huidige vaccinatieprogramma noodzakelijk zouden maken, doch door zijn bijdrage mogelijk alleen – echter ten onrechte – de onzekerheid die bij sommigen zou bestaan ten aanzien van het huidige beleid heeft vergroot. Het ligt, voor zover mij bekend, in de bedoeling van de minister het gehele probleem van de poliomyelitis-vaccinatie en de bestrijding van explosies – in het licht van de huidige situatie – nogmaals door de Gezondheidsraad te laten evalueren.

**Discussie gesloten. Red.**

## VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drente. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.

## Grote deelneming aan phenylketonurie-onderzoek bij pasgeborenen

Sedert 1 september 1974 worden in het gehele land pasgeboren baby's onderzocht op phenylketonurie. Zij krijgen daartoe bij voorkeur in de tweede levensweek een hielprik waarbij enkele druppels bloed worden afgenomen en opgevangen in speciaal filterpapier. Het onderzoek vindt plaats in de streeklaboratoria voor de Volksgezondheid. Bij vermoeden van PKU wordt het kind verwezen naar een universitaire kinderkliniek. Indien er inderdaad sprake blijkt te zijn van PKU volgt een dieetbehandeling waardoor het kind zich normaal kan ontwikkelen. Zonder dit dieet raakt het – meestal in ernstige mate blijvend – achter in ontwikkeling. De gehele procedure van hielprik tot en met behandeling wordt gesuperviseerd door de Landelijke

Begeleidingscommissie PKU onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Deze commissie heeft bekend gemaakt dat over de eerste 28 maanden (de periode tot 1 januari 1977) de deelneming aan het PKU-onderzoek groot was en zij nam nog toe in deze eerste periode van 98,4% tot 99,0% van alle levendgeboren kinderen. In totaal werd in deze periode bij 25 jonge zuigelingen vroegtijdig PKU aangetoond, waarna met het dieet kon

worden begonnen. Twee van hen zijn nadien aan een andere aangeboren aandoening overleden. Het aantal gevonden PKU-patiënten (1 per 16.000 levendgeborenen) stemt met de verwachtingen overeen. Tot dusverre is geen enkel geval van PKU ontdekt dat bij dit pasgeborenen-onderzoek door middel van een hielprik aan de aandacht zou zijn ontsnapt. Het PKU-onderzoek in de tweede levensweek blijkt in ons land zodoende betrouwbaar en doeltreffend te zijn uitgevoerd.

# De verzekeringsgeneeskundige als zondebok

## Reactie vanuit het 'leger verzekeringsartsen'

In zijn toespraak bij gelegenheid van de opening van het gezondheidscentrum Noordwolde heeft Prof. Muntendam met een korte opmerking de verschillende vaderlandse nieuwsmedia in grote opmaak gehaald. Deze opmerking betrof het verschijnsel van het snel toegenomen arbeidsverzuim, dat naar zijn mening nog steeds ten onrechte ziekteverzuim wordt genoemd en waarvoor een 'leger van verzekeringsartsen' is aangesteld, dat geen bijdrage heeft kunnen leveren aan een daling van het verzuimcijfer. Vervolgens wordt dit 'leger van verzekeringsartsen' een kapitale en ondoelmatige investering genoemd in ons sociale verzekeringsinstituut, waaraan een einde dient te worden gemaakt door hen als bedrijfsarts in de ondernemingen te plaatsen, waar zij wel een bijdrage aan het welzijn van de mens kunnen geven. Ongetwijfeld zou deze opmerking voor het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde aanleiding zijn geweest voor een acute felle reactie, ware het niet dat wij – in tegenstelling kennelijk tot de vaderlandse journalistiek – er de voorkeur aan geven aandacht te besteden aan de gehele rede van Prof. Muntendam. Het is ons daarbij opgevallen dat Prof. Muntendam in de aanhef van zijn speech opmerkt dat hij reeds 11 1/2 jaar AOW ontvangt en daarom toch niet meer geacht kan worden 'bij' te zijn op het gebied van de gezondheidszorg. Wij nemen de vrijheid deze opmerking in twijfel te trekken daar ons dit tot op heden uit niets is gebleken, maar – aannemende dat Prof. Muntendam dit zelf zo ervaart – zou het dan niet verstandiger zijn geweest zijn uitspraak over de

verzekeringsgeneeskundigen met de door hemzelf ervaren twijfels te omkleden? Hoezeer wij ons ook onaangenaam getroffen voelen door de opmerking een ondoelmatige investering te zijn en vooral door de insinuatie geen bijdrage te leveren aan het welzijn van de mens, lijkt het ons weinig zinvol op deze plaats een uitgebreide discussie te gaan voeren over de moderne taak en plaats van de verzekeringsgeneeskundige, een taak en plaats overigens die ons klaar voor ogen staat. Waar Prof. Muntendam in zijn repliek aan collega Grond (MC nr. 21/1978, blz. 644), wiens woorden wij gaarne onderschrijven, verwijst naar een artikel van bedrijfsarts L. de Boer in Medisch Contact, mogen wij Prof. Muntendam wellicht verwijzen naar onze reactie op genoemd artikel. De opmerkingen van Prof. Muntendam, gevoegd bij de steeds toenemende stroom van aanvallen op het functioneren van de verzekeringsgeneeskundige en de almaar aanhoudende beschuldigingen aan hun adres waar het het stijgende ziekteverzuim betreft, leiden er overigens wel toe dat de verzekeringsgeneeskundigen als weinig anderen alert blijven op hun functioneren in de gezondheidszorg. Wij zijn het dan ook roerend eens met de vele critici dat dit functioneren van de verzekeringsgeneeskundige zeker niet optimaal kan worden genoemd, zoals wij ook reeds vele malen en op vele plaatsen hebben betoogd. Doch wij blijven weigeren de oorzaak hiervan primair te zoeken bij de verzekeringsgeneeskundige zelf, die – zoals collega Grond terecht opmerkt – hun werk niet slechter of beter verrichten dan welke groep artsen in

Nederland ook.

Het antirevaliderende karakter van de huidige sociale wetgeving in Nederland met zijn bepalingen, die de verzekerden stimuleren en soms dwingen om de 'patiëntenrol' aan te nemen, maakt een optimaal functioneren van de verzekeringsgeneeskundige illusoir. Een objectief oordelende verzekeringsgeneeskundige manoeuvreert zich binnen de bestaande sociale wetgeving vaak in een medisch-ethische conflictsituatie. Het is niet voor niets dat van verzekeringsgeneeskundige zijde al zovele jaren lang de dringende roep wordt gehoord om opheffing van de cesuur tussen Ziektewet en Wet op de arbeidsongeschiktheid, alsmede om gelijkgeschiktheid van Ziektewet - Wet op de arbeidsongeschiktheid met de werkloosheidswetten (WW/WWV), waar het de hoogte en de duur van de uitkering betreft, een roep die nog steeds onbeantwoord is gebleven. Even lang wordt er door de verzekeringsgeneeskundigen reeds op gewezen dat het huidige arbeidsverzuim in vele gevallen slechts partieel een 'medisch' arbeidsverzuim is, doch in toenemende frequentie in meer of minder sterke mate een 'maatschappelijk' arbeidsverzuim. Het is daarom nodig dat de verzekeringsgeneeskundige in multidisciplinair verband kan werken, in welk verband hij zich kan beperken tot het beoordelen van en het zich uitspreken over het 'medische' deel van het verzuim. Hierbij blijft de vraag onbeantwoord of uitkering dient te worden verleend bij arbeidsverzuim dat ontstaat op andere gronden dan ziekte. Wordt deze vraag bevestigend beantwoord

dan is het echter niet de taak van de verzekeringsgeneeskundige om de rechtmatigheid van dit verzuim te beoordelen. Met name de overheid zal dan ook niet meer de noodzaak gevoelen mensen met 'ziekteverlof' te zenden, bij wie in geen enkel opzicht ziekte is vast te stellen.

Een juiste beoordeling van het arbeidsverzuim wegens ziekte kan slechts geschieden door artsen die een volwaardige

verzekeringsgeneeskundige en arbeids-bedrijfsgeneeskundige opleiding hebben gevolgd. Niet sterk genoeg kunnen wij derhalve blijven pleiten voor een sterkere of volledige integratie van beide opleidingen. Gezien de reeds vele jaren durende moeilijkheden bij de opleiding van praktisch alle sociaal-geneeskundigen zien wij een of andere vorm van School of Public Health in de zo nabij mogelijke toekomst als de meest gerede oplossing. Wellicht is het daarnaast wenselijk, eens nader te bestuderen of een integratie van de beroepen bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige in de toekomst mogelijkheden biedt.

Hierop aansluitend zou hier ook weer eens de vraag kunnen worden gesteld, of de huidige vaste deskundigen van de Raden van Beroep wel voldoen aan de eisen die aan echte deskundigen op dit gebied dienen te worden gesteld. Reeds vaak is ook door verzekeringsgeneeskundigen gesteld dat de behandelende artsen – zowel

huisartsen als specialisten – een belangrijke taak hebben bij het begeleiden van het arbeidsverzuim, dit in nauwe samenwerking met de verzekeringsgeneeskundigen. Wij betreuren het dat Prof. Muntendam de kans heeft laten liggen hierop te wijzen bij de opening van juist een multidisciplinair bemand gezondheidscentrum als dat te Noordwolde.

Gezien de stheniciteit waarmee de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het principe van scheiding tussen behandeling en controle blijft voorstaan, vragen wij ons juist in deze tijd af, of de door ons gepropageerde optimale samenwerking tussen verzekeringsgeneeskundigen en curatief werkzame artsen niet in ernstige mate zal worden gehinderd door de recente uitspraken van de KNMG betreffende de regels te hanteren bij het uitwisselen van medische gegevens.

Het feit dat niet de verzekerden hun arbeidsongeschiktheid behoeven aan te tonen, doch de verzekeringsgeneeskundige de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde moet vaststellen, heeft steeds meer aanleiding gegeven tot een eigenlijk gebruik maken van sociale verzekeringswetten. Hoe licht vinden niet in vele gevallen bijstandsgerechtigden en langdurig werklozen de weg naar Ziektewet of

de Wet op de arbeidsongeschiktheid? En is dit verschijnsel ook niet toenemend in het bedrijfsleven te constateren? Ook hier is onze roep om duidelijker stellingname nog steeds onbeantwoord gebleven.

Tenslotte willen wij hier nog eens uitdrukkelijk als ons standpunt naar voren brengen dat de verzekeringsgeneeskundige een volledige vrijheid dient te hebben en een volledige eigen verantwoordelijkheid, waar het zijn medisch handelen en zijn medische besluitvorming betreft, in dienstverband uitgeoefend. In dit opzicht dient hij zich even zo verantwoordelijk te voelen voor het welzijn van de verzekerden als voor een goede gang van zaken in de sociale verzekering, inclusief de kosten die de sociale zekerheid met zich meebrengt. De opmerkingen van Prof. Muntendam zijn voor ons aanleiding geweest een aantal knelpunten dat zich bij het functioneren van de verzekeringsgeneeskundigen voordoet nog eens te signaleren. Als dit signaal nu eens wordt opgevangen zullen wij alsnog blij kunnen zijn dat Prof. Muntendam op 22 maart 1978 het gezondheidscentrum in Noordwolde opende.

Malden, 12 juni 1978

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

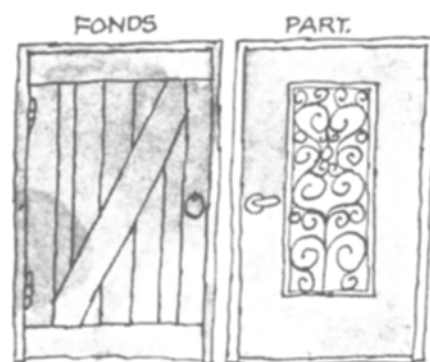
## PRAKTIJKPERIKELEN

### 'Praat hierover in jullie klas'

9 In Nederland bestaan fondspatiënten en particuliere patiënten. Het verschil tussen deze twee bestaat uit de hoogte van het salaris dat beide groepen verdienen. De mensen zelf zijn gelijk. Toch krijgt de particuliere patiënt in Nederland een andere behandeling dan een fondspatiënt. Zouden jullie hiervan voorbeelden kunnen noemen.

Vinden jullie het rechtvaardig, dat er verschil is tussen deze twee groepen.

Praat hierover in jullie klas.



*Uit: 'Werkboek bij gezondheidskunde', een set werkbladen uit het leerpakket gezondheidskunde voor de derde en vierde klas Lager Huishoudelijk en Nijverheidsonderwijs of daarmee te vergelijken opleidingen, Wolters-Noordhoff, Groningen 1976.*

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

# De ziekenhuisstage in de huisartsopleiding

De door diverse commissies en werkgroepen<sup>1-7</sup> bepleite opzet van een huisartsopleiding is door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut in grote lijnen gevolgd. Het instituut ziet daarbij als doel, dat door het aanbieden van een groot pakket van mogelijkheden de assistent-arts zich breed kan oriënteren op zijn toekomstig functioneren als huisarts. Een huisarts die met behulp van de opgedane vaardigheden zelf zijn weg kan vinden in een steeds veranderende gezondheidszorg. Veel van deze vaardigheden kan hij opdoen in een ziekenhuisstage, waar door het samenspel van huisarts en specialist de kwaliteit van de patiëntenzorg kan worden bevorderd

## Integrale zorg

Intramurale zorg en extramurale zorg zijn subsystemen van het totale gezondheidszorgsysteem. Het systeem dient een vloeiend continuüm te zijn, waarbij alle dienstverleners de handen ineen moeten kunnen slaan en elkaar leren vinden ten behoeve van de patiënt. Steeds meer ontdekken we dat processen in het ene subsysteem doorwerken in het andere. Men mag, nee moet een dynamische samenhang veronderstellen die tot effecten leidt, los van de vraag of in de feitelijke, huidige organisatievorm deze samenhang te onderscheiden is. Ogenschijnlijk zijn de sub-systemen los van elkaar georganiseerd, maar in toenemende mate blijken de invloeden op de totale gezondheidszorg<sup>8</sup>. Indien huisarts en specialist hun behandelingsmogelijkheden niet op elkaar afstemmen, dreigt een uitholling van dit zorgende, hulpverlenende systeem. De

## Samenvatting

Bij de theoretische opzet van de opleiding tot huisarts is steeds uitgegaan van een stage bij een huisarts en een stage in een inrichting voor klinische geneeskunde. Het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut heeft dit concept van de aanvang af gevolgd. Na twee jaar ervaring met de ziekenhuisstage wordt verslag uitgebracht over de resultaten. Bij de drie partners in het onderwijsprogramma: de assistent-artsen, de specialisten-opleiders en het huisartseninstituut, bestaat een grote mate van eenstemmigheid over nut en noodzaak van een ziekenhuisstage in de opleiding tot huisarts.

door **J. Ridderikhoff**



De heer Ridderikhoff is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Faculteit der Geneeskunde der Erasmus Universiteit Rotterdam.

verantwoordelijkheid van de huisarts houdt niet op bij de drempel van het ziekenhuis. Indien de huisarts zijn brugfunctie niet leert kennen, zal hij vervreemden van de wereld van het ziekenhuis, zal hij zichzelf buitenspel zetten. Zijn functioneren is duidelijk complementair aan de specialistische ziekenhuisgeneeskunde (De Melker<sup>9</sup>). Integrale zorg is de zorg die alle dienstverleners moeten nastreven. Is

de integrale zorg een vanzelfsprekende zaak? Ik betwijfel dat. De verzuchting van Jeffs<sup>10</sup> (1973) is nog geheel up to date: De laatste twintig jaar is de geneeskunde meer en meer opgesplitst in vakjes. Deze vakjes worden progressief kleiner en kleiner totdat er uiteindelijk niets 'general' meer is, geen chirurg, internist of 'practitioner'. 'Een goede relatie tussen specialist en huisarts is een conditio sine qua non voor een goede dienstverlening' (Whitfield<sup>11</sup>). 'De wisselwerking tussen én de overlapping van thuis- en ziekenhuiszorg zullen ( . . . ) het toekomstige beeld van de gezondheidszorg moeten gaan bepalen. Samenwerking tussen thuis- en ziekenhuiszorg zal geïntensiveerd moeten worden. De gewenste verschuiving van de hulpverlening van ziekenhuis naar thuismilieu vraagt om nieuwe vormen en samenwerking tussen huisarts en specialist. Voorkomen moet worden dat de huisarts zich té eenzijdig op samenwerking binnen de eerste lijn alléén gaat richten'<sup>12</sup>. Voorwaarde hiertoe is dat beide groepen hun 'individualisme' doorbreken, dat beide uit hun ivoren toren komen.



Kan de beroepsopleiding daaraan een bijdrage leveren? Ik denk van wel. Met De Melker<sup>12</sup> ben ik van mening, dat de gezondheidszorg de doelstelling van het medisch onderwijs mede bepaalt maar dat omgekeerd dat onderwijs weer bijdraagt tot veranderingen. Eén dezer veranderingen kan zijn het verwerven van het inzicht in het belang van samenwerking met en de taak van de huisarts in het ziekenhuis. Voor aanstaande huisartsen een leerdoel, opdat men elkaar later beter kan begrijpen<sup>12</sup>. Veranderingen ook in het rolgedrag van huisarts tegenover specialist; waar de huisarts is opgeleid door specialisten, blijft er later vaak een leerling-leraar-verhouding ten opzichte van de specialist. Veranderingen ook waar de huisarts:

- voor de patiënt een brug kan slaan tussen ziekenhuis en thuis;
- de specialist kan laten profiteren van de bijdragen van de huisarts: betere selectie van patiënten, kortere opnamen, afgestemde nazorg;
- zichzelf kan vinden in eigen identiteit en bewustwording van zijn specifieke taak in de gezondheidszorg. Het toetsen van kennis en ervaring aan elkaar. Leren weten wat 'hij weet';
- kan bijdragen tot een betere afstemming van intra- op extramurale zorg, hetgeen de patiënt en de gezondheidszorg zowel inhoudelijk als economisch ten goede komt<sup>9</sup>. Zijn deze zaken dan niet tijdens de co-assistentenschappen aan de orde geweest? Doen we hier niet iets dubbel waar we de beperkte tijd beter konden gebruiken? Het antwoord op deze vraag laat ik geven door Christie, wiens woorden, hoewel neergeschreven in 1958, mijns inziens nog niets aan actualiteit hebben ingeboet:

'The clinical faculty usually do not know how the student actually handles the patient. They base their evaluation on ward records, the student's work-up of the case, the way he presents the material in case-seminars, and the like. As an outsider observer I am struck how little most faculty know about the interaction of students and patients'<sup>13</sup>. De faculteiten kunnen ook nauwelijks anders, gericht als ze zijn op het doen

verwerven van kennis bij de studenten. Aan het vervolg van de leerprocessen kunnen zij in de beperkte tijd nauwelijks toekomen. Hierin schuilt één der rechtvaardigheidsgronden van een huisartsopleiding.

### Stages

De leerdoelen voor de huisartsopleiding kunnen worden samengevat in de volgende trias:

- integrale en longitudinale behandeling van zieken;
- medisch-technische kennis en vaardigheden;
- intermenselijke relationele kennis en vaardigheden.

Het perifere ziekenhuis kan in het algemeen bij de verwezenlijking van deze doelstellingen een belangrijke rol spelen. Het kleinere, plaatselijke ziekenhuis, waar huisarts en klinische geneeskunde nog in nauw contact met elkaar staan. De grotere, met de medische faculteit geaffilieerde ziekenhuizen waren in het algemeen ongeschikt wegens de mogelijke rolconflicten met co-assistenten; de ervaring waarbij in sommige ziekenhuizen de assistent-arts een co-assistentenrol vervulde moest ten ene male worden vermeden<sup>14</sup>. Het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut werkt inmiddels samen met tien ziekenhuizen\*. Deze ziekenhuizen bieden tezamen stagemogelijkheden in de volgende vakgebieden: interne geneeskunde, chirurgie, verloskunde/gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie/psychiatrie. Met uitzondering van interne geneeskunde (6 maanden) duurt de stage 4 maanden. Met de opleidingsinstelling c.q. de specialist-opleider wordt een *contract* gesloten. In deze overeenkomst wordt geregeld:

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

stellen de terugkomdagen op het instituut bij te wonen en vakantie te nemen in de door het instituut bepaalde tijd;

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

Het instituut onderhoudt alleen contact met de specialist-opleider en niet (direct) met de ziekenhuisdirectie. Immers, de specialist-opleider aanvaardt de verantwoordelijkheid voor dit deel van de opleiding van de assistent-arts. Dit houdt, naast de gebruikelijke eisen die ook aan huisarts-opleider worden gesteld, in, dat hij zorg draagt voor: opvang en begeleiding van de assistent-arts, introductie in teamverbanden van collegae-specialisten, verpleegkundige staf en paramedische werkers, taakafspraken met overige assistenten, organisatie van leerprogramma's in het kader van het ziekenhuis, refereeravonden, contacten met huisartsen, enz. Voor de onderwijskundige begeleiding, evaluatiegesprekken, toetsing van vorderingen, het bijschaven van leerprogramma's enz. verplicht de specialist-opleider zich tot deelname aan de 'workshops'. Het goede en regelmatige contact dat op deze wijze word gelegd en dat in beider voordeel kan worden geïnterpreteerd, beschouwt het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut als een essentieel onderdeel van de stage.

Gezien de ervaringen lijkt deze begeleiding van de opleider een substantieel deel van het succes van dit soort stages te betekenen (zie ook: 'De workshop tijdens de proefopleiding tot huisarts'<sup>15</sup>). Men kan en mag van een specialist niet voetstoots aannemen, dat hij het andere patroon, de andere benaderingswijze van de patiënt, de andersoortige probleemoplossing zoals de huisarts die hanteert, kan overnemen, dat hij daarmee kan leren werken. Het verheugt het Rotterdams instituut, dat het in de korte tijd van samenwerking met de ziekenhuizen en specialistopleiders een toenemend begrip voor de positie van de huisarts mocht signaleren. Belangrijk in de

\* Dit aantal is sinds augustus 1977 uitgebreid tot dertien.

begeleiding van de assistent-arts (op terugkomdag) en van de opleider (tijdens de 'workshop') is het entameren en creëren van zelfstandig functioneren en het durven dragen van verantwoordelijkheid.

### **Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid**

Iedere beroepsopleiding heeft tot doel de student op te leiden tot iemand die zelfstandig en op verantwoorde wijze zijn beroep kan uitoefenen. De diverse doelstellingen van de huisartsinstituten hebben allen dezelfde strekking (zie: 'De beroepsopleiding tot huisarts, wat is dat?'<sup>7</sup>). Clute<sup>16</sup> stelt, dat een eindpunt van de opleiding gezien kan worden als: 'being ready to accept the responsibilities of practice'. We kennen echter geen curriculum tot verantwoordelijkheid. De universiteit kan de student aanbieden: 'the broad knowledge which will permit the graduate to become, with further training, a good general practitioner'. Wij kunnen de kandidaat geen pakket 'verantwoordelijkheid' aanbieden. Wij kunnen ervoor zorgen dat de assistent-arts een blik kan werpen op dit moeilijke terrein. Dit kan door het hem mogelijk te maken vertrouwd te raken met de problemen van verantwoordelijkheid. Hierin doen zich ook de verschillen voor tussen de huisarts in opleiding en de specialist in opleiding. De huisarts in opleiding staat reeds op de drempel van de eigen verantwoordelijkheid. Zijn blik is anders gericht. Enerzijds de wens tot het opnemen van eigen verantwoordelijkheid, anderzijds het volle gewicht ervan met vrees aanschouwend. Doelstellingen en programma van deze stage zullen steeds moeten uitgaan van deze problematiek: begeleiden naar zelfstandigheid en het dragen van eigen verantwoordelijkheid.

### **Doelstellingen en programma**

De Melker noemt in zijn proefschrift een aantal zaken waardoor de huisarts in de medische zorgverlening een belangrijke rol kan vervullen in het ziekenhuis:

1. helpen bij het nemen van beslissingen door middel van uitleg en advies;
2. helpen bij het verwerken van

- problemen en zorgen;
3. informatie en begeleiding van gezinsleden;
4. continuïteit van de zorg benadrukken;
5. helpen bij de overgang van ziekenhuis naar thuismilieu;
6. contacten met de wereld van het ziekenhuis;
7. voorkomen van onnodige opname c.q. beperken van de duur van de opname;
8. verstrekken van goede en adequate informatie over en weer.

Mede uitgaande van deze taken voor de huisarts kunnen voor de arts in opleiding de volgende *doelstellingen* voor de ziekenhuisstage worden opgesteld (RUHI):

1. uitbouw van kennis en vaardigheid;
2. verwerven van inzichten in de humane biologie en de toepassing daarvan;
3. verwerven van inzichten in de nazorg van zieken;
4. leren zelfstandig voor de huisarts relevante ziekten te behandelen;
5. leren voorkomen van onnodige opname;
6. leren de grenzen van zijn/haar bekwaamheid te ervaren, bereid en in staat eigen werk te (doen) evalueren;
7. leren taxeren van de gegeven informatie;
8. verwerven van inzicht in goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist;
9. leren omgaan met gehospitaliseerde zieken;
10. leren kennen van sociaal-psychologische aspecten van hospitalisatie;
11. leren kennen en het verwerven van inzicht, technisch zowel als relationeel, in het gezondheidseffect bij het verwijzen, de opname en de hulpverlening door derden;
12. kennis maken met en kennis nemen van de multidisciplinaire aanpak;
13. verkrijgen van meer inzicht in de problemen van de begeleiding van ongeneeslijke ziekten en stervenden;
14. verkrijgen van inzicht in de taak van de huisarts in het ziekenhuis;
15. leren kennen van de betekenis van het ziekenhuis in het gezondheidszorgsysteem en de aansluiting tussen eerste en tweede lijn.

Waar mogelijk is het programma van de stage hieraan aangepast. Heel globaal ziet een *programma* er als volgt uit:

#### *1e week*

kennis nemen van de organisatie van het ziekenhuis, wijze van werken van staf en opleider; kennis maken met andere disciplines in ziekenhuis; opstellen van taken en leerprogramma; EHBO-dienst

#### *2e week*

aanvangen met het zelfstandig opnemen van patiënten en het opstellen van een behandelingsplan; uitbreiding van werkzaamheden EHBO-dienst met zelfstandige behandelingen (met feed-back)

#### *3e-4e week*

uitbreiding van het aantal te behandelen klinische patiënten; zaalvisites; poliklinische patiëntenopvang; avond-, nacht- en weekenddiensten samen met oudere assistent

#### *2e maand*

komen tot zelfstandig onderzoek en behandeling van zieken; opstellen en doen uitvoeren van behandelingsplannen, met controle achteraf door de opleider; opstellen van onderzoeks- en behandelingsplannen van poliklinische patiënten; zelfstandig doen van avond-, nacht- en weekenddiensten

#### *3e-4e maand*

als volwaardig assistent functioneren op afdeling en polikliniek van opleider, volwaardig meedraaien in dienstschema; indien mogelijk: refereren van eigen casuïstiek; contacten met huisartsen, onder andere bij de ziekenhuisbesprekingen.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk ambitieus programma alleen dan te verwezenlijken is indien er een intensief en open overleg is tussen opleider en assistent-arts. Ontbreekt dit overleg, dan ontbreekt een stukje vertrouwen en treedt onherroepelijk vertraging op in de begeleiding naar zelfstandig handelen. Een begeleiding ook, die meer gericht zal zijn op het verwerven van een wetenschappelijk denkkader dan op het opdoen van feitelijke kennis<sup>17</sup>.

### **Ervaringen**

Bij de vertaling van de theorie naar de

praktijk bleken de twee voornaamste problemen te zijn:

1. de vertaling van onze doelstellingen in een praktisch programma, dat bovendien moest passen in de structuur van de ziekenhuisorganisatie;
2. het opbouwen van een zodanige vertrouwensrelatie tussen assistent en opleider, dat de laatste in staat is bevoegdheden aan de eerste over te dragen.

Bij het oplossen van het eerste probleem bleek duidelijk de handicap dat wij, huisartsen, maar weinig inzicht hebben in het functioneren van specialist en ziekenhuis. Het is vooral aan de voorlichting van de specialistenopleiders te danken dat er een voor beide partijen acceptabel programma uit de bus kon komen. Veel en frequente uitwisseling van informatie is, zeker in de beginfase, een conditio sine qua non geweest voor het slagen van de ziekenhuisstages. Een winstpunt daarbij was tevens dat er een prettige relatie ontstond tussen opleider en instituut, waardoor de drempel om elkaar om raad en hulp te vragen ook lager werd. Het tweede punt sloot hierbij volledig aan. In sommige ziekenhuizen was het fenomeen arts-assistent nieuw en vreemd. De specialist was gewend zelf zijn zaakjes te regelen, als eerste bij het spoedgeval aanwezig te zijn, als enige overleg te plegen met de verpleegkundige staf en afspraken te maken. Nu kwam er een jonge collega, die misschien veel, misschien weinig wist of kon, maar die in ieder geval het vertrouwde patroon verstoortte. Iemand die vragen stelde als je er geen tijd voor had en er niet was als je het zelf nodig vond. Iemand van wie je niet wist of je hem/haar wel die patiënt kon toevertrouwen, of hij niet geweldige bokken schoot, de naam van het ziekenhuis in gevaar zou brengen. En hoe zouden de huisartsen in de regio reageren als de patiënt niet eerst door henzelf maar door een assistent-arts werd gezien? Men moest leren samenwerken met een jonge collega. Leren, dat je op je vingers werd gekeken en dat je fouten mogelijk ook nog breed besproken zouden worden op die geheimzinnige terugkomdag op het instituut. Bij andere instellingen had men reeds (wissel)assistenten, maar daar was het probleem de inpassing in het

werkschema. Problemen met het niet continu beschikken over een (huis)arts-assistent, daardoor vaak onderbelasting met als gevolg een vermindering van motivatie bij de assistent-arts en ergernis bij de opleider ('Hij voert niets uit, ik kan hem ook niets toevertrouwen!'). Problemen ook met de plaats en positie van de assistent-arts in zijn relatie met de verplegende staf, met de workload die men van hem mag vragen. Problemen voorts met de tijdsinvestering: het opleiden bleek veel meer tijd te kosten dan men aanvankelijk had gedacht. Deze en nog vele andere zaken maakten het voor de specialist-opleider moeilijk bevoegdheden en werkzaamheden over te dragen. ('Ik kan het zelf vlugger'). En juist dit was en is het essentiële van de stage. De gezamenlijke besprekingen tussen specialisten-opleiders, assistent-artsen en de instituutsmidewerker hebben zeer veel bijgedragen aan de oplossing van deze problematiek. De assistent-arts is opgeleid door specialisten. Onbewust blijft een leerling-leraar verhouding bestaan: de specialist die nogal eens 'leraar' wil spelen, de arts-assistent die vaak in 'leerling' rol duikt. Dezelfde rolverhouding signaleert De Melker<sup>9</sup> eveneens bij de huisarts. Een doorbreking van dit patroon kan zeker een betere verstandhouding tussen eerste en tweede lijn bevorderen.

Tenslotte: Van Es signaleerde in 1973<sup>14</sup>, dat de minister had bepaald dat de ziekenhuizen zelf de stagevergoeding van de assistent-arts moeten vergoeden. 'Dit heeft', zo schrijft hij, 'ertoe geleid, dat voor het tweede (1972) jaar het aantal beschikbare ziekenhuisplaatsen tot de helft werd gereduceerd'. Het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit heeft ons geholpen door de onkosten die de assistent-arts maakte tijdens de stage (met name zijn reiskosten) te vergoeden en bij de minister aan te dringen op herroeping van zijn eerder ingenomen standpunt. Wij prijzen ons derhalve gelukkig dat de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen onlangs heeft bepaald dat een stagevergoeding ook kan worden gegeven aan ziekenhuizen en verpleeghuizen, dit – aldus zijn motivatie<sup>17</sup> – om vereenzijdiging in de opleiding te vermijden.

Aantallen

Het aantal stagemogelijkheden in de tien ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt bedraagt op jaarbasis: 58, verdeeld als volgt:

ziekenhuis	interne	chi- rurgie	verlosk./ gynaec.	kinder- geneesk.	neurolog. psych.
I .....	2				
II .....	4	3			
III .....	2	3			
IV .....	4				
V .....	4	3	3		3
VI .....	2				3
VII .....				3	
VIII .....	2				
IX .....		6			
X .....	2	3	3		3
	22	18	6	3	9

De verdeling van de keuzen van arts-assistenten over de mogelijkheden in het zogenaamde 'tweede halfjaar' – ziekenhuis-, verpleeghuis-, tweede huisartsstage – is als volgt (cijfers over de periode 1 juni 1975-1 juni 1977):

stage	aantal	percentage
ziekenhuis .....	59	41,2
verpleeghuis .....	56	39,5
tweede huisarts .....	27	19,3

In de beschreven twee jaar ervaring met ziekenhuisstages is de keuze voor de ziekenhuisstage toegenomen. Sinds december 1974 (start verplichte huisartsopleiding in Rotterdam) hebben veertien groepen hun keuze voor het tweede halfjaar gemaakt. Maken we een verdeling tussen de eerste zeven en de tweede zeven groepen dan ziet het beeld er als volgt uit:

groepen 1-7	aantal	percentage
ziekenhuis .....	25	34,7
verpleeghuis .....	30	41,7
tweede huisarts .....	17	23,6

groepen 8-14	aantal	percentage
ziekenhuis .....	34	48,6
verpleeghuis .....	26	37,1
tweede huisarts .....	10	14,3

Wij menen, dat de toegenomen appreciatie hierin een belangrijke rol speelt.

Appreciatie

Hoe waarderen de arts-assistenten en opleider nu deze stage? Zoals hierboven reeds vermeld, komt

de positieve waardering voor een deel tot uiting in de toegenomen voorkeur voor een ziekenhuisstage.

In het algemeen gaat de positieve appreciatie uit naar zaken als: beter durven omgaan met acute of schijnbaar acute ziek(t)en en het verkrijgen van meer zekerheid bij spoedgevallen; vergroten van je vaardigheden; beter taxeren van wat je als huisarts kan doen; leren samenwerken met collega's in het ziekenhuis en met andere disciplines; opvullen van lacunes, niet alleen in het keuzevak maar ook van vakken als KNO, dermatologie; begeleiden van mensen in het ziekenhuis, je verbazen over het gebrek aan informatieuitwisseling tussen huisartsen en specialisten, enz. Vele uitspraken moeten hier in dit artikel – om lengtewille – ongezegd blijven. Liever laat ik nog even een arts-assistent aan het woord, die het beter heeft gezegd dan ik het kan doen: '... is een gastvrij ziekenhuis dat een jong arts als voorbereiding op de algemene praktijk vrijwel onbegrensde mogelijkheden biedt zijn persoonlijke vaardigheden uit te breiden, persoonlijke lacunes naar behoefte op te vullen en uitgebreid kennis te maken met alles wat een perifeer ziekenhuis kan bieden aan diagnostiek en therapie. Voorts kan de assistent leren hoe de verschillende specialisten met elkaar samenwerken (en soms langs elkaar heen werken), terwijl ook de taak en werkwijze van andere hulpverleners als maatschappelijk werker en pastores hem duidelijk zullen worden. Naast het werk op de interne afdeling bestond ruimschoots gelegenheid aandacht te besteden aan andere vakken en lacunes eventueel op te vullen, waarbij in mijn geval de nadruk lag op orthopedie, dermatologie, KNO en röntgenologie, alsmede kleine chirurgie (arts-assistent liep de stage 'interne', JR). Op deze wijze (EHBO-dienst, JR) deed ik een niet onaanzienlijke ervaring op in kleine en grote chirurgie, traumatologie, neurologische en psychiatrische spoedgevallen, beoordelen van röntgenfoto's enz. Allen werden in eerste instantie door de arts-assistent gezien, die een eerste behandeling instelde en zo nodig de specialist alarmeerde. Daarbij moet beslist worden opgemerkt dat je werd geassisteerd door uitstekend

verpleegkundig personeel, dat je wel vertelde wanneer je te veel op eigen initiatief deed zonder overleg met de specialist'<sup>19</sup>.

Belangrijk is hier, dat zowel naar onze mening als naar de mening van de arts-assistent de huisartspraktijk toch te weinig verscheidenheid in ziektebeelden en problemen biedt om daar uitsluitend mee te volstaan. Dit sluit aan bij de Engelse ervaring van assistenten: 'The trainees considered that, as a result of this, not enough problems arose in practice to support the teaching/learning discussions essential in vocational training (in-service attachment to the general practices)'<sup>20</sup>.

Hoe kijken opleiders er tegen aan? Ook hier moet ik mij, omwille van de lengte, beperken tot het noteren van een aantal uitspraken, die gezamenlijk toch een beeld oproepen:

- De medische kennis van de arts-assistent is goed tot zeer goed; de toepassing ervan laat nog wel eens te wensen over. Trainen in methodisch en analyserend denken.
- Juist op het punt van medische vaardigheden kan de ziekenhuisstage een belangrijke bijdrage leveren.
- Er is een belangrijk verschil in morbiditeitspatroon en de frequentie van vele ziekten ten opzichte van de huisartspraktijk. Juist door de veelvuldige confrontatie met – soms ernstige – ziekten kan de arts-assistent leren weloverwogen beslissingen te nemen en adequaat ernaar te handelen.
- Het voordeel in het ziekenhuis is vaak de onmiddellijke bevestiging of verworping van de gestelde diagnose: een direct leereffect.
- Een belangrijk leereffect is de 'medical audit' in ons ziekenhuis. Hierin betrekken wij ook de assistent-artsen. Ik heb de indruk, dat door mijzelf ter discussie te stellen de assistent ook over de brug durft te komen. Hij krijgt kritiek, maar geeft het ook terug.
- Een bijzondere plaats neemt de wekelijkse ontmoeting met huisartsen uit de regio in. De assistent-arts, die van de twee kanten kennis heeft, is nu in staat direct de effecten van de verwijzing, de opname, de behandeling of de nazorg te bespreken in wederzijdse discussie. Een belangrijk element in de continue patiëntenzorg.

- Kennis nemen van de verwijzingen door de huisarts: de arts-assistent ziet nu uit velerlei huisartspraktijken hoe de procedure is, het aantal, de graad en de ernst, de informatie-overdracht, voorlichting aan de patiënt, enz.
- In het leergesprek dient het accent te liggen op het leggen van een vertrouwensbasis, in het kweken van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.
- De eerste veertien dagen is er een zeer intensieve begeleiding van de assistent, daarna kan ik gas terugnemen. Als ik echter na 3 à 4 weken patiënten onder 'beheer' van de assistent plaats, heb ik het er toch soms moeilijk mee.
- Feed-back betekent geven en nemen. Geven is makkelijk, nemen soms erg moeilijk. Ik begin daarom de assistent te begrijpen.
- Ik denk dat de toekomstige huisarts met diverse disciplines moet kunnen samenwerken. Nu, dat kan hij bij ons aan den lijve ondervinden in het samenwerken met verpleegkundige staf en maatschappelijk werk. Gelukkig vinden beide groepen dit aspect erg belangrijk en wordt het hogelijk gewaardeerd.
- Wij vinden de ziekenhuisstage een nuttige noodzaak in de huisartsopleiding en willen er enthousiast aan blijven meewerken.

## Conclusies

Huisartsgeneeskunde omvat het brede terrein van het genezen, zorgen en begeleiden van de hulpvragende medemens, van preventie tot stervensbegeleiding, van klacht tot kliniek. De huisarts weet daarbij de patiënt als middelpunt. Maar de student heeft geleerd een objectiverende houding ten opzichte van de patiënt aan te nemen; deze houding zal hem later bij de confrontatie met de patiënt als mens, na eerst jarenlang alleen kennis verzameld te hebben, tot dekmantel dienen van eigen onzekerheid<sup>9</sup>. De assistent-arts in staat te stellen een kritische houding te leren, eigen verantwoordelijkheid durven te dragen in een zelfstandige praktijkvoering dient het uitgangspunt te zijn van de beroepsopleiding tot huisarts. Belangrijk hierbij is het zien, herkennen en begeleiden van grote aantallen zieken en ziekten met de nadruk op de 'gewone zieken en ziekten'<sup>16</sup>.

Daarnaast leert de aanstaande huisarts dat zijn taak niet ophoudt bij de drempel van het ziekenhuis. Goede communicatie met patiënt én specialist kan een wezenlijke bijdrage leveren in het genezingsproces<sup>9</sup>. Hierbij kan het ziekenhuis een belangrijke bijdrage leveren in de vorming van de aanstaande huisarts. Het schept de mogelijkheid voor de assistent-arts om zich zo breed mogelijk te oriënteren in het gezondheidssysteem ten voordele van zijn latere functioneren. De ervaringen met de ziekenhuisstage zijn voor het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut aanleiding om op de ingeslagen weg voort te gaan. Een weg die het de assistent-arts mogelijk moet maken een huisarts te worden die door zijn opleiding heeft weten te anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Wetend ook, dat 'formal qualification is merely the end of the beginning, not an end in itself' (Medicine, a lifelong study)<sup>21</sup>.

#### Literatuur

1. Wet verlenging van de regeling inzake de bevoegdheden en de verplichtingen van de assistent-arts. 1972.
2. World Health Organization, Training of the Physician for Family Practice. Technical Report Series Nr. 257, 1963.
3. Rapport Commissie Opleiding van de huisarts (commissie-Colenbrander). *Medisch Contact* 1963, 18, 923.
4. Rapport Commissie Huisartsen (commissie Muntendam).
5. Werkgroep Scholing, Huisarts en Universiteit. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1966.
6. Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde, Huisartsgeneeskunde en de artsopleiding-nieuwe stijl. 1968.
7. Ridderikhoff J., De beroepsopleiding tot huisarts, wat is dat?, *Medisch Contact* 1976, 31, 1603.
8. Leenen H. J. J., De verhouding intra- en extramurale gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1972, 27, 1119.
9. Melker R. A. de, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen 1973.
10. Jeffs H. G., General Practitioner Beds in the General Hospital. *Practitioner* 1973,

210, 743.

11. Whitfield M. J., The General Practitioner and X-ray facilities. *Practitioner* 1973, 210, 780.
12. Melker R. A. de, Huisarts, koploper of hekkelsluiter? *Medisch Contact* 1976, 31, 115.
13. Christie R., Proceedings. *J. of Medical Education* 1958, 33, 2: 161.
14. Es J. C. van, De beroepsopleiding van de huisarts. *Medisch Contact* 1973, 28, 218.
15. Amerongen H. L. van et al, De workshop tijdens de opleiding tot huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1976, 19, 42.
16. Clute K. F., The General Practitioner. University of Toronto Press, 1963.
17. Child C. G., Proceedings. *J. of Medical Education*, 1961, 36, 4, 2: XXI.
18. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, brief HW/OP/A 304.023, 1977.
19. Kool G. de, Verslag ziekenhuisstage. *Erasmica* 1976, 2, 3, 17.
20. Freeman J. & P. S. Byrne, The assessment of vocational training for general practice. *J. Royal College of General Practitioners*, juni 1976.
21. Arnott W. M. Medicine, a lifelong study. Proceedings Sec. World Conference on Medical Education, Chicago 1959.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### *Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde*

Mw. W. E. Elion-Gerritzen, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Requirement for analytical performance in clinical chemistry'. Promotor: Prof. Dr. B. Leijne.

Mw. A. M. Kuijpers-Jagtman, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Subchondrale vascularisatie, periosteum en de groeiactiviteit van de epifysaarschijf'. Promotor: Prof. Dr. F. P. G. M. van de Linden.

J. Lubsen, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Acute coronary events in general practice: The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam study'. Promotoren: Prof. Dr. P. G. Hugenholtz en Prof. Dr. O. S. Miettinen.

L. L. H. Peters, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Fetal blood flow at various levels of oxygen'. Promotor: Prof. Dr. T. K. A. B. Eskes.

R. E. Ploemacher, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'The erythroid hemopoietic microenvironment'. Promotor: Prof. Dr. O. Vos.

J. F. W. B. Rijksen, aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift:

'Preservation of canine kidneys'. Promotor: Prof. Dr. J. L. Terpstra.

R. J. Sanders, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'De anterieure habituele schouderluxatie'. Promotor: Prof. Dr. Th. J. C. van Rens.

J. S. Stilma, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Goniotrephining with scleral flap in the treatment of glaucoma'. Promotor: Prof. Dr. C. M. J. Velzeboer.

J. Th. M. Vreeburg, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Testosteron: androgeen en oestrogeen'. Promotor: Prof. Dr. J. J. van der Werff ten Bosch.

Mw. E. R. van Wering, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Growth and development of children on Aruba in 1974'. Promotoren: Prof. Dr. H. K. A. Visser en Prof. Dr. J. J. van der Werff ten Bosch.

S. R. Poort, aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; proefschrift: 'Invloed van dieetsamenstelling op het eiwitsynthesepatroon van het rattepankreas'. Promotor: Dr. C. Poort.

F. H. Roerdink, aan de Rijksuniversiteit van Groningen; proefschrift: 'Liposomes as Enzyme Carriers; Uptake by rat liver and by cultured fibroblasts from a patient with Pompe's disease (glycogenosis type II)'. Promotor: Dr. G. L. Scherphof.

B. E. Rijnsburger, aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; proefschrift: 'De georganiseerde jeugdtandverzorging. Het model Drenthe. De beschrijving van een verzorgingssysteem en de daarmee bereikte resultaten'. Promotor: Prof. Dr. C. O. Eggink, copromotor Prof. Dr. B. Houwink.

R. J. Veeneklaas, aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen; proefschrift: 'Bijdrage van perifere informatie vanuit ademhalingsspieren aan de regeling van het adempatroon'. Promotor: Dr. J. A. Bernards.

R. J. Vonk, aan de Rijksuniversiteit te Groningen; proefschrift: 'Hepatic transport mechanisms. The influence of bile salts'. Promotor: Prof. Dr. W. Lammers.

J. de Vries, aan de Rijksuniversiteit te Groningen; proefschrift: 'Schouderpijn bij de hemiplegische patiënt'. Promotor: Drs. W. H. Eisma.

J. L. Willems, aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen; proefschrift: 'Disturbances in pyruvate metabolism'. Promotoren: Dr. L. A. H. Monnens en Dr. J. H. Veerkamp.

# Plannen tot herziening van de Medische Tuchtwet

Het spreekt vanzelf dat oude wetten herzien moeten worden. De wet heeft betrekking op een (deel van een) werkelijkheid, een deel van deze wereld, en onze wereld en werkelijkheid veranderen voortdurend. Ook wanneer een wet een zelfde doel moet blijven nastreven als destijds, toen de wet in werking trad, dan nog zal telkens opnieuw moeten worden bezien of de wijze waarop dat doel wordt nagestreefd herziening behoeft. Al is de ethische grondgedachte niet veranderd, dan nog is de opzet van een wet die nu vijftig jaar bestaat allicht aan herziening toe. De taak van de wetgever is niet alleen om wetten te maken, maar ook om de voorschriften up to date te houden.

## Eerdere herzieningen

De Medische Tuchtwet van 1928 is al eerder herzien\*. De wet was oorspronkelijk alleen bedoeld voor artsen, tandartsen en vroedvrouwen; sedert 1951 vallen ook de apothekers eronder. De wet maakte oorspronkelijk maatregelen mogelijk bij ondermijning van het vertrouwen in de stand, nalatigheid en grove onkunde (artikelen 1, 2 en 3) en ook bij ongeschiktheid voor de uitoefening van de kunst wegens een ziels- of lichaamsziekte of wegens ouderdoms- of lichaamsgebreken (artikel 4); sedert 1951 zijn er ook maatregelen mogelijk bij gewoonte van drankmisbruik of van verdovende middelen (artikel 4a). De herziening van 1951 is hiermede

door *Mr. J. de Vries*



De auteur werkt sedert 1950 in verschillende functies bij het directoraat-generaal van de Volksgezondheid, thans als hoofd van de hoofdafdeling Medische Beroepen en Opleidingen.

slechts kort aangeduid; in feite betekende deze wijziging een modernisering van de tekst van bijna alle artikelen.

De wijziging van 1972 (in werking sedert 1 augustus 1974) was van geheel andere aard. Er was een zekere geïrriteerdheid ontstaan over de geheimzinnigheid, naar men zeide, die over de procedure hing en die het zicht versluisde op de feiten en de overwegingen en die wellicht de indruk kon wekken dat de leden van de tuchtcolleges niet streng genoeg optraden jegens degene over wie geklaagd werd. Naar mijn gevoel is het te veel 'onder ons', zegt het Kamerlid Tilanus. De voornaamste van de toen aangebrachte wijzigingen waren:

- het college of het gerechtshof kan bepalen dat bepaalde zaken in een openbare zitting moeten worden behandeld om redenen aan het algemeen belang ontleend;

- het college kan om dezelfde redenen bepalen dat de uitspraak in het openbaar gebeurt;
- de beslissingen van het Centraal College of van een gerechtshof worden in het openbaar uitgesproken (enkele uitzonderingen daar gelaten);
- ook de klager krijgt een afschrift van de uitspraak;
- indien een bevoegdheid wordt ontzegd, wordt dit bekend gemaakt zodra de uitspraak onherroepelijk is geworden; bij een schorsing is dit facultatief (indien het college of het hof daartoe termen aanwezig acht).

De wetgever heeft in 1972 voldaan aan de wens naar meer openheid. Er zijn naar mijn indruk nu inderdaad minder klachten dan voorheen over de geheimzinnigheid in de tuchtrechtspraak. Vooral de toezending van de uitspraak aan de klager heeft daartoe bijgedragen. Het aantal klachten is toegenomen. Vooral de colleges in Amsterdam en Den Haag bemerken dit. Het tuchtrecht is populair. De patiënt, die – overigens evenals de gezonde – mondig is en gemakkelijker klaagt en protesteert dan voorheen, heeft de weg naar de tuchtrechter (en naar de Inspectie van de Volksgezondheid) gevonden. Een en ander leidt ertoe dat er verschillende aanleidingen zijn om de tekst van de Medische Tuchtwet nog eens te herzien. De tekst is verouderd, de openheid is nog steeds een probleem en de toepassing is belangrijk toegenomen. Maar de belangrijkste reden voor verandering heb ik nog niet genoemd. Deze reden is gelegen in het feit dat de hele wetgeving op de uitoefening van de geneeskunst op de helling staat.

\* Een wijziging van 1939 is van ondergeschikte aard (Wet van 13 mei 1939, Stb. 801).

## Nieuwe wet op de beroepsuitoefening

Na een studie van ettelijke jaren is in 1974 een rapport verschenen van de *Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening*, naar zijn voorzitter ook wel de commissie-De Vreeze genoemd. Als de voortekenen niet bedriegen is er een wetsontwerp op komst waarbij zowel de wetten van 1865, 1876 en 1878 als de Medische Tuchtwet en de wetten op de verpleegkundige en paramedische beroepen zullen worden vervangen door een nieuwe wet op de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg.

Een van de hoofdpunten is dat er een verandering komt in de manier waarop de beoefenaar van een beroep de bevoegdheid verwerft. Tot dusver is het systeem van kracht waarin dat geschiedt door het behalen van het desbetreffende diploma. In de nieuwe vorm geschiedt dat door de registratie van gediplomeerde in het desbetreffende register, dat de overheid zal gaan bijhouden. Daarmede wordt het noodzakelijk de omschrijving van de tuchtstraf te wijzigen. Tot dusver spreekt de wet van schorsing of ontzegging van de bevoegdheid; in de toekomst zal sprake moeten zijn van tijdelijke of definitieve doorhaling van de vermelding in het register.

Kan er al iets gezegd worden van het nieuwe stelsel? Wat voor voorstellen heeft de commissie-De Vreeze nog meer gedaan? Is er kans dat die voorstellen onder druk van andere factoren niet worden overgenomen of de eindstreep niet halen? Deze vragen kunnen uit de aard der zaak niet goed worden beantwoord. Wel kan gewezen worden op de behandeling van het rapport-De Vreeze in de Tweede Kamer (openbare vergadering van de Commissie voor de Volksgezondheid) op 23 februari 1976. Laten we voor het vervolg even aannemen dat de consensus die toen ten aanzien van bijna alle onderdelen van de voorstellen in de Kamer bestond inderdaad ook tot een nieuwe wet van dezelfde strekking leidt; met dat voorbehoud kunnen dan een aantal voorspellingen worden gedaan. Daarbij ga ik niet op detailpunten in, maar spreek alleen over:

1. de formulering van de artikelen;
2. de indiening van de klacht;
3. het vooronderzoek;
4. de samenstelling van de colleges;

5. de openheid;
6. de omschrijving van het tuchtvergrijp;
7. de lichamelijke of geestelijke toestand van de beoefenaar van een beroep;
8. het beroep op hof of Hoge Raad.

*ad 1.* De huidige regeling in de wet is summier; er is een 'reglement' in de vorm van een Algemene Maatregel van Bestuur, die bepalingen bevat die naar huidige inzicht in de wet zelf moeten worden opgenomen. In het algemeen gezegd kan naar huidige inzicht de opzet van een medisch tuchtrecht niet anders uitvallen dan als een meer uitvoeriger regeling dan die welke thans bestaat.

*ad 2.* De Inspecteur van de Volksgezondheid wordt degene die als enige bevoegd is een klacht in te dienen. De patiënt of anderszins direct belanghebbende wendt zich tot de inspecteur. Dient de inspecteur geen klacht in, dan kan de patiënt tegen zulk een weigering in beroep gaan bij het Centraal College. Op deze wijze krijgt de particuliere klager de garantie dat de klacht zo deskundig mogelijk wordt opgezet. Bij de huidige wetsbepalingen is de klager een soort procespartij als in een civiel geding; bij de nieuwe opvatting wordt de inspecteur een soort 'vervolgende' instantie, vergelijkbaar met het Openbaar Ministerie in strafzaken.

*ad 3.* Het vooronderzoek blijft behouden, maar zal in de praktijk een veel grotere rol moeten gaan spelen dan nu het geval is. Hiervoor zal de tekst van de wet in wezen niet behoeven te worden veranderd, maar de tijd en de mankracht die nu ontbreken om het onderzoek gedegen te laten verlopen zullen er moeten komen.

*ad 4.* Wat de samenstelling van de colleges betreft was de gedachtengang duidelijk. In de colleges van eerste aanleg komen vier leden van hetzelfde beroep als degene over wie geklaagd werd plus een jurist-voorzitter; in beroep drie juristen, onder wie de voorzitter, en twee beroepsgenoten. De juristen worden gekozen uit de rechterlijke macht.

*ad 5.* De geldende constructie ten aanzien van de openheid is nog te nieuw om die alweer te wijzigen. Op één punt is de commissie-De Vreeze zo boud geweest te menen dat de Kamer iets te ver was gegaan: zoals boven is vermeld worden thans alle

uitspraken in hoger beroep in het openbaar uitgesproken; de Staatscommissie stelt voor ten aanzien van uitspraken die geen veroordeling inhouden daarop terug te komen. Ten aanzien van deze uitspraken wil de Staatscommissie de keuze laten aan het college dat de uitspraak doet en dus niet meer automatisch alle uitspraken in het openbaar laten plaatsvinden. Een deel van de commissie wilde trouwens eveneens deze keuzemogelijkheid invoeren wanneer de maatregel bestaat in een waarschuwing, een berisping of een geldboete; deze leden zagen in de openbare uitspraak een extra verzwarende van de maatregel. Een deel van de Staatscommissie wilde de bedoelde keuze ook invoeren bij de maatregel van schorsing. Alleen ten aanzien van de maatregel van ontzegging was de commissie unaniem akkoord met uitspraak in het openbaar.

*ad 6.* De ondermijning van het vertrouwen in de medische stand is van oudsher het voornaamste vergrijp waarvoor de beroepsbeoefenaar een maatregel kan worden opgelegd. Daarnaast worden als tuchtvergrijpen genoemd de nalatigheid waardoor de patiënt schade ondervond en grove onkunde in de uitoefening van het vak.

In de eerste bijdragen tot deze serie, met name waar gesproken wordt over de onderlinge verhouding van beide vormen van rechtspraak, is er al op gewezen dat het vertrouwen in de stand veeleer een omschrijving is die in het interne recht van de KNMG thuis hoort. Daar bestaat nu wel algemeen overeenstemming over. Voor de overheid geldt op het terrein van de individuele gezondheidszorg alleen dat het tuchtrecht de patiënt dient te beschermen in zijn zwakke positie, op het moment dat hij hulp behoeft, tegenover een beroepsbeoefenaar van wie hij afhankelijk is. De beroepsbeoefenaar is professioneel onafhankelijk, d.w.z. dat hij zich – bijvoorbeeld bij de keuze van zijn therapie – door niemand iets laat zeggen. Of hij nu in loondienst is of vrij gevestigd, in zijn vak is hij onafhankelijk. Hij is niet (en zeker niet op korte termijn) te corrigeren en heeft de gelegenheid tegenover zijn patiënt tekort te schieten. Daaruit volgt, dacht ik, dat het tuchtvergrijp moet zijn het verwaarlozen van zijn plicht als behandelend arts tegenover de patiënt.



De Staatscommissie stelt dan ook voor als norm te hanteren: indien hij door enig handelen of nalaten tekort schiet in de zorg die hij behoort te betrachten ten opzichte van (kort gezegd:) de patiënt. In die constructie is er ook geen bezwaar tegen alle (geregistreerde) artsen onder het tuchtrecht te brengen. In de praktijk zal er toch alleen worden vervolgd en veroordeeld als er in concreto sprake is van een arts en zijn patiënt.

ad 7. Ik heb gemerkt dat ik niet de enige ben die de beoordeling van een ziels- of lichaamsziekte, van ouderdoms- of lichaamsgebreken, van de gewoonte van drankmisbruik of misbruik van verdovende middelen geen taak vindt voor een tuchtcollege. Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw noemde artikel 4 en 4a al 'een ondergeschoven kind van de medische tuchtrechtspraak' (in de bundel '25 Jaar medisch tuchtrecht', Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, juli 1955). Of een beoefenaar van een onder de wet vallend medisch, paramedisch of verpleegkundig beroep aan zo iets lijdt, dient een dokter te beoordelen maar niet de tuchtrechter.

Er dient dan een college voor medisch toezicht te komen, zoals De Vreeze met zijn commissie al voorstond.

ad 8. Tenslotte vermeld ik enkele wel belangrijke wijzigingen, die echter niet veel aandacht kregen in de discussies tot dusver omdat de opmerkingen van de Staatscommissie blijkbaar moeiteloos werden aanvaard. Daartoe reken ik het wegvallen van de bepalingen inzake de oplossing van geschillen. Die artikelen zijn nooit toegepast: men zoekt bij geschillen kennelijk andere wegen. Vervolgens vervalt ook het nu mogelijke beroep op het hof en in cassatie bij de Hoge Raad als het gaat om de zwaardere straffen. Er is geen kwaad woord gezegd van de hoven of de Hoge Raad; men heeft alleen gezegd dat de rechtspraak een duidelijke eenheid moet vertonen, wat niet bereikt wordt als er twee hoogste uitspraken mogelijk blijven. De tuchtrechtspraak moet van zichzelf van voldoende kwaliteit en gezag zijn op dit specifieke terrein.

#### Literatuur

Voor de oudere literatuur zie het boek van Mr. D. Sanders.

1. Sanders, Mr. D. De praktijk van het

Medisch Tuchtrecht. Kluwer, Deventer 1976.

2. Agt, Mr. A. A. M. van en Mw. O.A.C. Verpaalen, in Pre-adviezen voor de Nederlandse Juristenvereniging, 1971.

3. Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening. Verslagen en rapporten Volksgezondheid 1973, nr. 15. Witte Kamerstukken, Zitting 1975-1976, nr. 13768.

Handelingen, Verslag van de Openbare Commissievergadering van 23 februari 1976 (OCV 17).

4. Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, in Jaarverslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie, 1974, 1975 en 1976.

5. Brauw, Mr. P. W. J. de, Over de voorstellen van de Staatscommissie. *Medisch Contact* 1974, nr. 4, pag. 110.

6. Rang, prof. Mr. J. F. Tuchtrecht. Boekenreeks Nederlands Juristenblad, nr. 2, 1976.

7. Utermark, Mr. P. H. Medisch Tuchtrecht. Pre-advies Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1977.

## TUCHTPERIKELEN

Persoonlijke ervaringen  
van artsen  
met het medisch tuchtrecht

### Zeldzaam

Mw. X was plotseling rechtszijdig verlamd, luidde de boodschap die ik tijdens een vakantiewaarneming kreeg. Bij onderzoek van de mij onbekende patiënte vond ik geen objectieve afwijkingen. Vier dagen later bij uitvoerig onderzoek op het spreekuur, behoudens een lichte urineweginfectie, evenmin. Weer vier dagen later liet ik haar opnemen, omdat zij volgens haar man weer een aanval van rechtszijdige verlamming zou hebben gehad. Binnen 24 uur ontwikkelde zich een herseninfarct met afasie en een rechtszijdige verlamming. De neuroloog kon geen oorzaak vaststellen. Eerst dacht men aan een snel groeiende tumor. Patiënte werd overgeplaatst naar een gespecialiseerde kliniek. Daar stelde men de diagnose tenslotte op 'transient ischemic attacks gevolgd door een completed stroke' – een voor een 30-jarige vrouw erg zeldzaam ziektebeeld. Dit verloop hoorde ik pas achteraf: Mw. X was geen patiënte van mij.

Ruim drie maanden na mijn eerste contact met Mw. X kreeg ik bij de ochtendpost een brief van het Medisch Tuchtcollege te A. De echtgenoot had een klacht ingediend, omdat ik patiënte niet direct na het eerste onderzoek had laten opnemen, waardoor een infarct wellicht had kunnen worden voorkómen.

Ik piekerde er niet over een advocaat te nemen. Drie dagen voor de zitting heb ik op advies van een bevriende neuroloog toch een advocaat genomen. Omdat de voorbereidingstijd voor de advocaat nu wel erg kort was, verzocht ik om uitstel van de zitting; dit werd geweigerd. Daarop vroeg mijn advocaat uitstel; het werd hem onmiddellijk toegestaan – blijkbaar spreken advocaten een andere taal.

Tijdens de zitting bleek er een andere klager te zijn. Mw. X en haar man waren inmiddels gescheiden, patiëntes vader had de klacht overgenomen. Er was nauwelijks sprake van onderzoek, gericht op de vraag of er nu wel of niet een indicatie tot onmiddellijke opname had bestaan en of van zo'n opname heil te wachten was geweest. Het was min of meer een steekspel: had mevrouw X tijdens het eerste onderzoek nu wel of niet ondersteund gelopen? Aan die vraag werd zelfs een tweede zitting gewijd. Het proces-verbaal van de eerste zitting was op vele plaatsen onjuist of zodanig dat het gemakkelijk tot onjuiste interpretaties kon leiden.

Ik heb geweldig veel tijd en emoties aan deze affaire gependend. Om een voorbeeld te noemen: Ik kreeg niet alle stukken thuis gestuurd, maar ik kon ze wel op de rechtbank inzien . . . als ik maar geen aantekeningen maakte. Zodat mijn vrouw en ik hebben geprobeerd hele eindjes uit ons hoofd te leren om de tekst direct buiten de deur te kunnen opschrijven. Bar en boos. Hoe gauw vergeet je dan niet iets dat achteraf misschien van doorslaggevend belang blijkt te zijn – tenminste, zo beleef je het dan.

De uitspraak, gedateerd op september, kreeg ik tenslotte in november toegestuurd: vrijgesproken. Alsof je niet al die tijd in spanning zit te wachten.

Ik ben er tenslotte mee door de steun van mijn vrouw onbeschadigd uitgekomen. Je bent er weer eens met je neus op gedrukt – maar vraag niet ten koste van wat! – dat je als huisarts niet alert genoeg kunt zijn, maar ook hoe kwetsbaar je bent.

Een huisarts

# Tussen eerste en tweede echelon

## Een kritiek

In een serie van vijf artikelen<sup>1</sup> hebben Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee een bijdrage geleverd aan de uitgebreide literatuur op het gebied van onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Na een algemene inleiding met onder andere een beschouwing over het begrip *verwijzen* vervolgen zij met een literatuurbespreking, waarbij de nadruk valt op de vóór april 1975 gepubliceerde rapporten van de Leidse projectgroep 'Macro-Rekenmodel Gezondheidszorg'. In de laatste twee artikelen worden eigen onderzoeksresultaten gepresenteerd, gebaseerd op een analyse van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (1974). Een repliek op de door hen uitgeoefende kritiek op de Leidse projectgroep is reeds eerder in dit blad gepubliceerd<sup>2</sup>. Ware het niet dat Posthuma en Van der Zee hun eigen onderzoek nadrukkelijk presenteren als replicering en toetssteen van het Leidse onderzoek, dan zouden wij waarschijnlijk hebben afgezien van een kritische bespreking van hun eigen onderzoek. Nu voelen wij ons echter geroepen tot het leveren van een kritische beschouwing ten aanzien hiervan.

---

1. Medisch Contact nrs. 4, 5, 6, 7 en 8/1978.

2. Medisch Contact nr. 10/1978, blz. 307.

3. Pag. 227, laatste alinea; zie ook voetnoot 11, pag. 226.

4. Hierbij hebben wij het oriëntatiepercentage van gemeente A op gemeente B bepaald door de fractie van het aantal opnemingen in gemeente B van verzekerden uit gemeente A en het totaal aantal opnemingen van verzekerden uit gemeente A.

---

door **B. M. S. van Praag**  
en **W. P. M. M. van de Ven**

Prof. Dr. B. M. S. van Praag is hoogleraar in de westerse economie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.  
Drs. W. P. M. M. van de Ven is medewerker bij de projectgroep 'Macro-Rekenmodel Gezondheidszorg' te Leiden.

---

### Eenheid van analyse: rayon of gemeente?

De onderzoekers stellen, als een van de voornaamste verbeteringen ten opzichte van onze inspanningen, dat zij als analyse-eenheid de *gemeente* kiezen in plaats van de door ons geconstrueerde *ziekenhuisrayons*. De voornaamste reden voor deze keuze is gelegen in de relevantie van op gemeenteniveau wel (of beter) en op het rayonniveau niet (of slechter) te meten variabelen (pag. 226).

Wij zullen echter aantonen dat enige relevante variabelen op gemeenteniveau slechter te meten zijn dan op rayonniveau en dat, onder meer ten gevolge hiervan, er een nogal *selecte keuze* is gemaakt van gemeenten die in het onderzoek zijn betrokken. Toepassing van het door Posthuma en Van der Zee opgegeven selectie criterium<sup>3</sup> leidt tot de volgende resultaten (zie *tabel* op volg. blz.):

1. Gegevens van gemeenten met minder dan drie huisartsen kunnen niet in de analyse worden opgenomen, omdat deze gegevens niet in het Jaarboek LISZ 1974 zijn vermeld. Van de 842 gemeenten in Nederland

blijven op deze wijze 422 gemeenten over.

2. Teneinde ingewikkelde constructies te vermijden hebben de onderzoekers gekozen voor 'gemeenten die voor tenminste 50% op één andere ziekenhuisgemeente zijn georiënteerd'<sup>4</sup>. Op deze wijze zouden 168 gemeenten en in totaal 5,7 miljoen verzekerden buiten het onderzoek blijven!

3. Gegevens betreffende de medische consumptie en het aantal ziekenfondsverzekerden per gemeente zijn verkregen door optelling van gegevens van de in de gemeente gevestigde huisartsen. De gevolgde procedure is blijkbaar zó onnauwkeurig dat er op deze wijze 30 gemeenten ontstaan met meer verzekerden dan inwoners! Voorzichtigheidshalve heeft men deze gemeenten plus alle gemeenten met een berekend percentage ziekenfondsverzekerden van 90% of meer niet in het onderzoek opgenomen. Dit heeft uiteraard de nodige consequenties voor de betrouwbaarheid van de gegevens en de representativiteit van de steekproef.

Na consequent de door Posthuma en Van der Zee opgegeven selectie te hebben uitgevoerd kwamen wij tot de bevinding dat het onderzoek slechts op 222 gemeenten betrekking kon hebben, waaronder geen enkele gemeente met een ziekenhuis en slechts 2 (van de 43) steden met meer dan 50.000 inwoners. Zeer verbaasd waren we dan ook te lezen dat in het onderzoek 331 gemeenten meedoen (pag. 227), waarvan 34% valt in de klasse 'afstand tot ziekenhuis 0' en 9%

in de klasse ‘meer dan 50.000 inwoners’. In het ons door de onderzoekers toegezonden rapport<sup>5</sup>, waarop de serie artikelen in Medisch Contact is gebaseerd stond tweemaal hetzelfde selectie criterium beschreven; dus toch blijkbaar géén drukfout.

Lezers van Medisch Contact die met hetzelfde probleem zaten als wij kunnen we echter mededelen dat achterin genoemd rapport een samenvatting is opgenomen waaruit blijkt dat in het onder punt 2 vermelde selectie criterium wellicht het woord ‘andere’ dient te vervallen. Gaat men ervan uit dat de onderzoekers deze niet geringe, tot tweemaal toe herhaalde en voor wetenschappelijke publikaties ongebruikelijke slordigheid inderdaad hebben begaan, dan klopt het genoemde aantal gemeenten. Deze 331 gemeenten vormen qua aantal weliswaar een voldoende basis voor analyse, maar kunnen beslist niet als representatief voor de Nederlandse situatie worden beschouwd.

**Meting der variabelen  
‘percentage ziekenfondsverzekerden’  
en ‘praktijkgrootte huisarts’**

Zoals reeds gezegd, heeft de procedure waarbij men het aantal verzekerden dat is ingeschreven bij de in de betreffende gemeente gevestigde huisartsen bij elkaar optelt geleid tot 45 gemeenten met een berekend percentage verzekerden van meer dan 90%; deze gemeenten doen niet in het

5. ‘Tussen eerste en tweede echelon I’ door B. H. Posthuma en J. van der Zee; NHI/ISMW, Utrecht/Groningen, 1977.  
6. Voorbeeld: Stel, de naburige gemeenten A en B hebben ieder 10.000 inwoners waarvan 7.000 ziekenfondsverzekerden. De 10 huisartsen, waarvan er 4 in gemeente A wonen en 6 in gemeente B, hebben elk een praktijk van dezelfde omvang en samenstelling: 2.000 zielen, waarvan 1.400 ziekenfonds. Door de gehanteerde toerekeningsmethode worden naar gemeente A 5.600 verzekerden toegerekend en naar gemeente B 8.400. Het resultaat is nu dat in gemeente A de berekende gemiddelde praktijkgrootte 2.500 is en het ziekenfondspercentage 56%; in gemeente B zijn deze cijfers respectievelijk 1.667 en 84%; in werkelijkheid is het 2.000 respectievelijk 70%.

Tabel. Aantal gemeenten en verzekerden die volgens het opgegeven selectie criterium niet in het onderzoek (zouden) zijn opgenomen\*.

	aantal gemeenten	aantal ziekenfonds-verzekerden (in miljoenen)
gemeenten met minder dan drie huisartsen .....	420	1,18
gemeenten die voor meer dan 50% op eigen gemeente zijn georiënteerd .....	114	5,17
gemeenten die niet voor minstens 50% op een andere ziekenhuisgemeente zijn georiënteerd .....	52	0,55
gemeenten met een berekend percentage ziekenfondsverzekerden van meer dan 90% .....	34**	0,30
totaal <i>niet</i> in het onderzoek .....	620	7,21
totaal Nederland (1974) .....	842	9,31

\*Zie tekst.  
\*\*Van de 45 gemeenten met meer dan 90% verzekerden doen 11 gemeenten om andere reden niet mee aan het onderzoek.

onderzoek mee.  
Een logische consequentie van het feit dat naar sommige gemeenten duidelijk *te veel* ziekenfondsverzekerden zijn toegerekend, is dat naar andere gemeenten *te weinig* verzekerden zijn toegerekend. Voor deze fout wordt *niet* gecorrigeerd. Dit probleem zou kunnen worden ondervangen door de gegevens van enige naburige gemeenten te aggregeren tot een rayon: de afwijkingen per gemeente zullen dan grotendeels tegen elkaar wegvallen, hetgeen betrouwbaarder cijfers per rayon oplevert dan per gemeente.  
Ter *illustratie* geven we het volgende voorbeeld: Krimpen a/d Lek heeft een berekend percentage ziekenfondsverzekerden van 180% (en doet derhalve niet mee in het onderzoek). De naburige gemeente Krimpen a/d IJssel heeft een berekend percentage verzekerden van 24,6% (en doet wel mee in het onderzoek!). Samenvoegen van deze aangrenzende en slechts op historische gronden gescheiden gemeenten geeft een percentage van 55,3% verzekerden. Ook de betrouwbaarheid van de variabele ‘gemiddelde praktijkgrootte’ is, zoals de onderzoekers zelf opmerken, dubieus. Dubieuzer echter dan de onderzoekers suggereren. Door de bovenbeschreven selectie der gemeenten is de variantie van deze variabele in de steekproef kleiner dan de werkelijke variantie voor deze variabele, gebaseerd op *alle* gehuchten, kleine plaatsen, middelgrote gemeenten en grote steden tezamen. Het is duidelijk dat

waar door onvoldoende representatie van de populatie weinig variantie in een verklarende variabele aanwezig is, ook nauwelijk een significante regressiecoëfficiënt kan worden geschat.  
Een vervelende consequentie van het bepalen van het aantal ziekenfondsverzekerden per gemeente door het aantal ingeschrevenen in de ziekenfondspraktijk van de in de gemeente gevestigde huisartsen op te tellen is een kunstmatig invoeren van een negatieve relatie tussen de berekende gemiddelde praktijkgrootte van huisartsen en het berekende percentage ziekenfondsverzekerden: immers, indien in gemeente A relatief weinig huisartsen wonen en veel patiënten uit gemeente A naar een huisarts in de (naburige) gemeente B gaan, worden naar gemeente A te weinig ziekenfondsverzekerden toegerekend. Aangezien het aantal inwoners uit een andere bron (CBS) wordt verkregen, is voor gemeente A het berekende percentage ziekenfondsverzekerden te laag en is de berekende praktijkgrootte te groot, d.w.z. groter dan het werkelijke ‘verzorgingsgebied’ van een huisarts in gemeente A<sup>6</sup>. Op deze wijze wordt de correlatiecoëfficiënt tussen de variabelen ‘praktijkgrootte’ en ‘ziekenfondspercentage’ in negatieve richting beïnvloed.  
Als *voorbeeld* van de negatieve relatie tussen praktijkgrootte en percentage ziekenfondsverzekerden noemen wij weer de naburige gemeenten Krimpen a/d Lek en Krimpen a/d IJssel. De

eerste gemeente heeft een gemiddelde praktijkgrootte van 1.920 zielen en een percentage ziekenfondsverzekerden van 180,6%; de tweede gemeente heeft een gemiddelde praktijkgrootte van 7.825 zielen en een ziekenfondspercentage van 24,6%. Voor beide gemeenten tezamen zijn deze cijfers respectievelijk 4.873 en 55,3%. Het feit dat ook na samenvoeging van de beide gemeenten deze cijfers nog fors afwijken van de landelijke gemiddelden – respectievelijk 2.913 en 67,35% (met behoud van de negatieve relatie tussen beide grootheden: de ene ligt ver boven het landelijk gemiddelde, de andere er ver beneden) – doet vermoeden dat samenvoegen van meerdere naburige gemeenten (tot een rayon) meer betrouwbare cijfers zal opleveren.

Samenvattend mogen we stellen dat de variabelen 'praktijkgrootte' en 'ziekenfondspercentage' niet geringe meetfouten bevatten. Ten gevolge hiervan zijn de regressiecoëfficiënten zowel van deze beide variabelen zelf als van andere, hiermee gecorreleerde variabelen onzuiver geschat<sup>7</sup>. De geïntroduceerde correlatie tussen de variabelen 'praktijkgrootte' en 'ziekenfondspercentage' maakt het bovendien onmogelijk de betreffende coëfficiënten met grote precisie te schatten.

### Modelspecificatie

De onderzoekers schatten de structuurvergelijkingen met behulp van de gegeneraliseerde kleinste kwadraten-methode, omdat per

gemeente het *aantal huisartsen* verschilt. Dit impliceert dat aan een gemeente een groter gewicht wordt toegekend naarmate er meer huisartsen in de gemeente zijn. Aangezien de medische consumptie *per verzekerde* het te verklaren fenomeen is, lijkt het ons juist de weging van de waarnemingen te baseren op het aantal verzekerden in de gemeente en niet op het aantal huisartsen. Gemeenten met een hoog ziekenfondspercentage krijgen nu een te laag gewicht (en vice versa). Essentieel echter aan de bedoelde negatieve relatie tussen frequentie en duur van een verschijnsel is dat *frequentie maal duur slechts waarden aan kan nemen binnen bepaalde nauwe grenzen*.

### Presentatie resultaten

Hoewel de onderzoekers in eerste instantie slechts geïnteresseerd zijn in de *significantie* der verbanden, doet de onvolledige wijze waarop de schattingsresultaten worden gepresenteerd echter vermoeden dat de onderzoekers deze geïnteresseerdheid bij de lezer niet verwachten. Bij geen enkele regressievergelijking wordt een mate van significantie (R-kwadraat of F-waarde) vermeld, en ten gevolge van een ongelukkige keuze van de meeteenheid verschijnen er regressiecoëfficiënten van -0,00 met een standaardafwijking van 0,00 (bij de variabelen 'praktijkgrootte huisarts' en 'percentage ziekenfondsverzekerden'). Volstaan wordt met de mededeling dat de coëfficiënt wel of niet significant verschillend van nul is, maar de mate van (in)significantie (t-waarde) wordt niet vermeld. Zo ook de coëfficiënt van huisartspraktijkgrootte in de vergelijking van verwijzingen per 1.000 verzekerden: bij een (afgeronde) regressiecoëfficiënt -0,02 en een (afgeronde) standaardafwijking 0,01 kan de t-waarde (in absolute waarde) variëren van 1 tot 5 (van *niet* significant to *zeer* significant).

De *argumentatie* voor de verwachte negatieve relatie tussen aantal opnemingen en gemiddelde verpleegduren komt enigszins onwezenlijk over. 'Dit verband is afgeleid van het algemeen bekende verschijnsel dat er een (haast logisch)

negatieve relatie is tussen frequentie en duur van een verschijnsel' (pag. 222), 'welke relatie vrijwel altijd aangetroffen wordt (zie bijvoorbeeld het ziekteverzuim)' (pag. 248). Op zich is het niet zo moeilijk een verschijnsel te bedenken waarbij geen negatieve, maar een positieve relatie wordt gevonden tussen frequentie en duur, bijvoorbeeld de ziekteverzuimcijfers (!) in de periode 1954-1976<sup>8</sup>. Zo is het aantal gerealiseerde verpleegdagen van een ziekenhuis naar boven toe gelimiteerd door het aantal bedden, en weliswaar is de zogenaamde 90%-regel enige jaren geleden officieel afgeschaft maar in de praktijk blijkt een dergelijke regel (via COZ-normen) nog veelvuldig als norm te fungeren. Hier blijkt de invloed van de financieringssystemen op de gerealiseerde medische consumptie (= medische produktie).

Tot slot wijzen we op het door elkaar gebruiken van de termen '(gemiddelde) ligduur per opname' (blz. 227), 'verpleegdagen per 1.000 inwoners' (blz. 248) en 'verpleegdagen per 1.000 verzekerden' (blz. 249) voor – waarschijnlijk – hetzelfde begrip, hetgeen heeft geleid tot minder begrijpelijke zinsneden als 'veel opnemingen leiden tot minder verpleegdagen per 1.000 inwoners' (pag. 248).

### Interpretatie resultaten

Een belangrijk verschil in interpretatie van de door de Leidse projectgroep gehanteerde 'huisartsdichtheid' en de door Posthuma en Van der Zee gehanteerde 'gemiddelde praktijkgrootte' wordt teweeggebracht doordat laatstgenoemden de variabelen 'regio', 'afstand tot ziekenhuis' en 'urbanisatiegraad' in het onderzoek opnemen (de Leidse projectgroep gebruikte de proxy 'gewogen bevolkingsdichtheid'<sup>9</sup>). Verschillen in medische consumptie, bijvoorbeeld tussen de regio's, welke veroorzaakt worden door verschillen in praktijkgrootte komen dan niet alleen tot uiting in de coëfficiënt van praktijkgrootte, maar worden gedeeltelijk overgenomen door de coëfficiënt van, hier, de dummyvariabele 'regio'.

In het Noorden van het land vinden

7. Zie Theil, Principles of Econometrics, hfdst. 12.2, Wiley, New York 1971.

8. Gedurende de periode 1954-1976 steeg het aantal verzuimgevallen per man per jaar van 1,09 tot 1,85; de gemiddelde verzuimduur per geval steeg van 15,1 tot 17,9 dagen. Het aantal verzuimgevallen per vrouw per jaar steeg in deze periode van 1,51 tot 2,85; de gemiddelde verzuimduur per geval steeg van 9,7 tot 14,2 dagen. Bron: Verzuimstatistiek NIPG/TNO in 'Ziekteverzuim en het bedrijf' van D. Draaisma en P. G. W. Smulders, 1978, Stenfert Kroese, Leiden.

9. Het verschil in *definitie* (huisartsdichtheid is gelijk aan 1.000 gedeeld door gemiddelde praktijkgrootte) is uiteraard niet van invloed op de interpretatie.

we gemiddeld kleine huisartspraktijken en in het Zuiden vrij grote praktijken. Combineren wij deze relatie tussen de variabelen 'regio' en 'praktijkgrootte' met de bevinding van de onderzoekers dat in het Zuiden (grote praktijken) relatief veel verwijskaarten per verzekerde worden uitgeschreven en in het Noorden (kleine praktijken) relatief weinig opnemingen per verzekerde plaatsvinden<sup>10</sup>, dan is het aannemelijk dat deze, eventueel door verschillen in praktijkgrootte tussen de regio's veroorzaakte verschillen in medische consumptie mede tot uiting komen in de significante coëfficiënt van regio, en *niet* in die van praktijkgrootte, speciaal wanneer de 'praktijkgrootte' slecht gemeten is en in variantie beknót.

Enige terughoudendheid bij het vergelijken van de gevonden regressiecoëfficiënten van praktijkgrootte in beide genoemde onderzoeken is dan ook zeker op zijn plaats. De onderzoekers zijn zich dit gelukkig wel bewust ('alleen de interpretatie van de ingevoerde regionale variabelen zal nog nader onderzoek vergen', pag. 250), doch betrachten deze terughoudendheid niet, daar zij geen gelegenheid voorbij laten gaan te vermelden dat zij de door de Leidse projectgroep gevonden invloed van praktijkgrootte op medisch consumptie *niet* hebben gevonden.

De variabele 'percentage bejaarden' werd geïntroduceerd omdat bejaarden een groep vormen die zeer intensief

10. In de uiteindelijke verkozen structuurvergelijking voor *verwijskaarten* wordt nog slechts één dummyvariabele voor regio opgenomen ('wel of niet Zuid'); hiervoor wordt een significant *positieve* coëfficiënt geschat.

In de uiteindelijk verkozen structuurvergelijking voor *opnemingen* is de enige regiodummy 'wel of niet Noord', waarvoor een significant *negatieve* coëfficiënt wordt geschat.

11. Feldstein vindt ook een negatieve elasticiteit van opnamecoëfficiënt met betrekking tot het percentage bejaarden. Hij geeft als mogelijke verklaring, dat weliswaar de opnamecoëfficiënt van de groep bejaarden *hoger* is dan die van de gehele bevolking maar dat de gemiddelde ligduur voor deze groep zó hoog is dat de *overall* opnamecoëfficiënt daalt als het percentage bejaarden toeneemt.

(M.S. Feldstein, Economic analysis for health service efficiency, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, 1967.)

## Inschrijven voor het Ledencongres in Arnhem

In Medisch Contact nr. 25 van 23 juni jl. is veel aandacht besteed aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG dat op 4, 5 en 6 oktober aanstaande wordt gehouden in Arnhem. Het complete programma van het recreatieve en het wetenschappelijk gedeelte, dat laatste gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde', werd daarbij afgedrukt. Ook het inschrijfformulier treft u in dat MC-nummer aan. U gelieve dat tijdig in te sturen, vóór 1 september aanstaande.



### Foto-wedstrijd

Vergeet ook niet foto's in te zenden voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste Ledencongres. Informatie daarover wordt eveneens geboden in MC nr. 25 van 23 juni jl. Inzendingen worden vóór 1 september aanstaande tegemoet gezien door collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-33 45 34)

van intramurale voorzieningen gebruik maakt. In de structuurvergelijking van opnemingen wordt voor deze variabele een significant negatieve coëfficiënt geschat, d.w.z. hoe meer bejaarden in een gemeente, des te minder opnemingen per verzekerde. De onderzoekers volstaan met de opmerking dat 'dit resultaat ook door hen kan worden onderschreven', maar laten de lezer in het ongewisse over de *interpretatie* van deze negatieve coëfficiënt<sup>11</sup>.

Een laatste punt van kritiek betreft het feit dat in het onderzoek géén aandacht wordt geschonken aan de wijze waarop huisartsen en specialisten voor de door hen geleverde prestaties worden gehonoreerd en aan de wijze waarop ziekenhuizen worden gefinancierd (COZ-normen). Noch bij het introduceren van de verklarende variabelen noch bij de interpretatie van de schattingsresultaten wordt gerefereerd aan de resultaten van vele publikaties waaruit blijkt dat de wijze van honoreren respectievelijk van het tot stand komen van de tarieven wel degelijk invloed uitoefent op het beslissingsproces binnen de gezondheidszorg.

### Validiteit conclusies

Een belangrijke conclusie van Posthuma en Van der Zee is dat de

bevinding van de Leidse projectgroep, dat door een toename van het aantal huisartsen een reductie van de medische consumptie in hogere echelons mogelijk wordt, door hun eigen onderzoek niet wordt bevestigd. Gezien de opzet van het onderzoek hechten wij aan deze conclusie evenwel weinig waarde.

Het onderzoek van Posthuma en Van der Zee is gebaseerd op een selecte, niet-representatieve steekproef van de ziekenfondsverzekerden, waarbij het selectiecriterium sterk samenhangt met relevante variabelen als onder andere 'afstand tot ziekenhuis', 'praktijkgrootte' en 'percentage ziekenfondsverzekerden'. De betrouwbaarheid van de laatste twee variabelen is dubieus en door de wijze van gegevens verzamelen is een negatieve (cor)relatie tussen deze variabelen geïntroduceerd. Door de gecorreleerdheid van de onnauwkeurig gemeten variabele 'praktijkgrootte' met de regiovariabelen, het percentage ziekenfondsverzekerden en het percentage bejaarden is zeker de coëfficiënt van praktijkgrootte onbetrouwbaar geschat. Voegen we hierbij 'de door de bewuste keuze voor relativisering van het homogeniteitsprincipe veroorzaakte hoeveelheid 'ruis' in het materiaal' (pag. 226), dan is het geenszins verwonderlijk dat eventuele significante relaties in *deze* analyse niet boven water zijn gekomen.

# Tussen eerste en tweede echelon

## Nogmaals macrorekenmodellen in de gezondheidszorg – dupliek

Het is voor de lezer wie de voorafgaande discussie niet meer geheel helder voor de geest staat misschien wel goed de uitgangspunten van ons betoog nog eens op een rijtje te zetten.

Wij hebben in het kader van een breed opgezet vooronderzoek over het onderwerp 'Verwijzen in de huisartspraktijk' met gegevens per gemeente over het jaar 1974 geprobeerd de resultaten van de Leidse werkgroep zoals ze gepubliceerd waren in de (ons op dat moment bekende) rapporten 'Vraag/aanbodrelaties in de sector gezondheidszorg' (1973) en 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' (1975) te repliceren. Wij vonden een aantal overeenkomstige resultaten (bijvoorbeeld over de invloed van het aantal ziekenhuisbedden per 100 inwoners op het aantal opnemingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden), maar we vonden *niet* dat het aantal opnemingen dan wel de gemiddelde verpleegduur per opname lager was in gebieden waar zich naar verhouding meer huisartsen bevonden. Kritische bestudering van bovengenoemde rapporten deed ons tot de ontdekking komen dat de Leidse werkgroep dit betreffende verband eigenlijk ook niet vond – maar alléén na correctie van de opnamecijfers voor de verdeling van de bevolking naar leeftijd en geslacht. Deze ontdekking heeft ons aan het denken gezet over de kwaliteit van de door de Leidse werkgroep geconstrueerde modellen en ook doen twifelen aan de waarde van ons eigen onderzoek. Wij kunnen de vragen die wij onszelf en de Leidse werkgroep hebben gesteld in twee categorieën indelen. De eerste vraag was: 'Is dit nu wel zo?': bestaat de relatie tussen huisartsendichtheid en verwijs-

---

door **Drs. B. H. Posthuma**  
en **Drs. J. van der Zee**

*Drs. B. H. Posthuma*, econoom, is medewerker van het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. W. W. Hogerzeil).  
*Drs. J. van der Zee*, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).

---

opname- en ligduurcijfers eigenlijk wel? De tweede vraag luidde: 'Werk het nu wel zo?': stél, dat een verband wordt geconstateerd, dat niet kan worden 'wegverklaard', dan nog blijft de vraag gerechtvaardigd naar het mechanisme waarlangs dan de huisarts opname- en ligduurcijfers zou moeten beïnvloeden.

### Is dit nu wel zo?

De studies van de werkgroep macrorekenmodel worden geplaagd door een *hardnekkig verband* tussen aantallen huisartsen in een gebied (de *huisartsendichtheid*) en de *leeftijdsverdeling* van de bevolking. In gebieden waar veel huisartsen zijn, zijn ook veel bejaarden. Het is algemeen bekend dat medische consumptie van oudere mensen hoger is dan van jongere; zowel verwijscijfers als de gemiddelde verpleegduur hangen zeer sterk met leeftijd samen.

De Leidse werkgroep heeft in haar verschillende publikaties op verschillende manieren geprobeerd onder dit probleem uit te komen – begrijpelijk, want doet men er niets

aan (Vraag/aanbod-relaties 1973) dan worden resultaten van de schattingen onbetrouwbaar vanwege hetgeen statistici als 'multicollineariteit' aanduiden, d.w.z. vanwege het onderlinge verband van de twee als verklarende variabele opgenomen grootheden (huisartsendichtheid en percentage bejaarden) is het onmogelijk de afzonderlijke invloeden van elk dezer op de onafhankelijke variabele te bepalen. Corrigeert men het verwijs- of opnamecijfer naar een leeftijds- en geslachtsverdeling van de bevolking (zoals in 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg') dan struikelt de gehele onderzoekswereld over de resultaten.

Gebruikt men de (ons inziens) *juiste* leeftijds/geslachtscorrectie, zoals Feldstein (1971) haar introduceert door middel van een variabele (een indexgetal waar de naar medische consumptie gewogen ziekenfondspopulatie gedeeld wordt door de feitelijke ziekenfondspopulatie – proefschrift Rutten 1978), en een correcte (loglineaire) specificatie dan wordt – ook in Ruttens recente proefschrift – *geen* significante relatie gevonden (Rutten 1978, pagina 75). De aldaar geschatte regressiecoëfficiënt kan namelijk worden geïnterpreteerd als de (partiële) elasticiteit van de naar ziekenfondspopulatie gestandaardiseerde huisartsendichtheid op het eveneens gestandaardiseerde verwijscijfer. Ruttens conclusie moet dan ook luiden dat *vergroting van het aantal huisartsen*, de overige factoren ongewijzigd (*ceteris paribus*), *geen daling geeft van het verwijscijfer* (zie 'Tussen eerste en tweede echelon II' (ter perse) paragraaf 2, 2). In Van der Gaags dissertatie worden

gecombineerde tijd- en dwarsdoorsneegegevens per provincie (verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers over de jaren 1960-1972) geanalyseerd. Hoewel een van de belangrijkste punten van kritiek op 'Het ziekenhuis' was dat ruimtelijke relaties zonder meer in de tijd werden getransponeerd, geven juist tot macroniveau geaggregeerde tijdruimtelijke gegevens (cijfers per provincie in dit geval) andere problemen. Zogenaamde 'trendeffecten' (zaken nemen in het algemeen toe of af zonder dat van een causaal verband ertussen sprake hoeft te zijn) kunnen vaak nauwelijks van causale relaties worden onderscheiden. Nieuwenhuis, 1976, analyseert verwijscijfers van één gebied (Nederland) in een tijdreeksanalyse voor de jaren 1953-1971. Hij onderkent 'trendeffecten'; een autonome stijging van de vraag naar huisartsenhulp doet hem een (weliswaar onvolkomen) variabele invoeren, die rekening houdt met verandering in de tijd waarmee mensen de hulp van een huisarts plegen in te roepen. Zijn voorlopige conclusie in de tijdreeksanalyse is heel voorzichtig: 'Een verlaging van de praktijkdrukke van de huisarts (bijvoorbeeld door praktijkverkleining BHP/JvdZ) heeft *geen* indrukwekkend effect op het verwijspercentage.' Daarnaast heeft Van der Gaag in zijn tijd/dwarsdoorsnede weer te kampen met het 'bejaardenprobleem'. Het is waarschijnlijk dat de combinatie van trendeffecten en de multicollineariteit, veroorzaakt door de positieve samenhang tussen de variabelen huisartsendichtheid en bejaarden, de door hem gevonden relatie tussen huisartsendichtheid en verwijscijfers zeer dubieus maakt. Wij laten immers zien dat in de dwarsdoorsnede-analyse geen relatie wordt aangetoond; in dat geval is de waarde van 'een zelfde' resultaat in een tijdreeksanalyse heel wat minder overtuigend!

### Werkt het nu wel zo?

Een principiële bezwaar tegen de macrorekenmodellen hebben wij ook

\* We gaan nu even voorbij aan het feit dat de grens tussen een 'eerste' huisartscontact en een terugbestelcontact lang niet altijd scherp te trekken is.

in onze vorige dupliek (MC nr. 20/1978, blz. 617) geformuleerd en in het tweede deel van ons rapport 'Tussen eerste en tweede echelon' systematisch uitgewerkt.

Voor een goed begrip moeten we even een kleine uitwijding geven over verschillende *soorten gezondheidszorg*. De Amerikaanse econoom Feldstein onderscheidt drie typen gezondheidszorg:

- type I : zorg die op initiatief van de patiënt tot stand komt;
- type II : zorg die door een arts nodig wordt geacht en door *hemzelf* wordt verschaft;
- type III : zorg die door de ene arts nodig wordt geacht en door een andere arts wordt verschaft.

Verwijzingen op initiatief van de huisarts zijn voorbeelden van zorg type III, herhaalconsulten van zorg type II en de directe vraag naar huisartsenhulp (eerste contacten met de huisarts) van zorg type I. Men kan stellen dat de vraag naar specialistische zorg in Nederland voor de ziekenfondsverzekerde nooit rechtstreeks van de patiënt afkomstig is: er is altijd een huisartsenconsult bij nodig. In principe vallen alle 'verwijsbeslissingen' van de huisarts onder zorg type III. Máár: gebruikt men het brutoverwijspercentage als variabele in een model, dan vallen daaronder ook de verwijskaarten die door de specialist opnieuw aan de huisarts worden gevraagd, omdat de maximale duur van de specialistische behandeling (één jaar) is verstreken. En deze verwijzingen vallen in ieder geval onder zorg type II. Van Es en Pijlman (1970) vinden dat 19% van de verwijzingen onder deze categorie valt; telt men de verwijzingen naar de oogarts hier ook bij, dan valt bijna de helft der verwijzingen niet onder zorg type III maar onder zorg type II. Iedere huisarts zal beamen dat veel verwijzingen eigenlijk door de specialist worden geïnduceerd. We kunnen het brutoverwijspercentage echter nog verder ontleden. We kunnen het namelijk opgebouwd denken uit het aantal verwijzingen *per 100 contacten* en de verhouding contacten/(ziekenfonds)patiënten.

$$\frac{100 \text{ V}}{\text{verz.}} = \frac{100 \text{ V}}{\text{cont.}} \times \frac{\text{cont.}}{\text{verz.}}$$

Splitsen we nu verwijzingen in  $V_{\text{act.}}$  (verwijzingen als 'actieve' beslissingen van de huisarts, zorg type III) en  $V_{\text{pass.}}$  (verwijzingen op verzoek specialist of volgens vaste afspraken, zorg type II) en de contacten in  $C_{\text{ip}}$  (contacten op initiatief patiënt, zorg type I\*) en  $C_{\text{ia}}$  (contacten op initiatief van de arts, zorg type II), dan ziet men dat in het brutoverwijspercentage alle drie de zorgtypen onontwaarbaar vermengd zijn:

$$\frac{100 \text{ V}}{\text{verz.}} = \frac{100 (V_{\text{act.}} + V_{\text{pass.}})}{C_{\text{ip}} + C_{\text{ia}}} \times \frac{C_{\text{ip}} + C_{\text{ia}}}{\text{verz.}}$$

Alles goed en wel, zal de lezer nu zeggen maar is dat dan zo erg? Welnu, dat is inderdaad erg – of in ieder geval erg lastig. Men hoeft geen econoom en expert in vraag/aanbodrelaties te zijn om in te zien dat medische zorg van het type I (initiatief patiënt) op geheel andere wijze moet worden verklaard dan zorg van het type II (zorg die door de arts nodig wordt geacht en door hemzelf wordt verschaft). Feldstein zegt dat, wil men fluctuaties in uitkomsten van vraag en aanbod van gezondheidszorg van het type II verklaren, men op de eerste plaats moet denken aan fluctuaties in de aanbodfactoren; vraag en aanbod van gezondheidszorg van het type II zijn zo gecontamineerd, dat wil zeggen dat dezelfde factoren invloed hebben op zowel de vraag als het aanbod, dat de beschikbaarheid van zorg van het type II vraag naar en aanbod van deze zorg beïnvloedt. Immers, de zorg wordt gevraagd door *dezelfde* dokter als door wie de zorg ook wordt aangeboden. Hier lijkt het dus weinig zinvol vraag en aanbod te onderscheiden. Maar we zouden op voorhand niet durven stellen dat vraag en aanbod van zorg van het type I (op initiatief van de patiënt) en zorg van het type III (gevraagd door de ene en verstrekt door een andere arts) niet van elkaar te onderscheiden zijn.

Hoe de aanpassing tot evenwicht tussen vraag/aanbodrelaties tot stand komt, welke factoren van invloed zijn op de vraag en welke op het aanbod, wat de interacties zijn tussen aanbod van zorg van het type I bij de huisarts (aanbod eerste consulten), beslissingen over zorg van het type II (herhaalconsulten) en vraag naar zorg van het type III (verwijzing op initiatief huisarts), de theoretisch te beredeneren samenhangen tussen al



dit soort zaken zullen moeten worden afgebeeld in een stelsel (niet strijdige) vergelijkingen om te kunnen bevroeden wat de invloed van een instrumentele variabele (zoals de praktijkgrootte) op een (doel-)variabele (zoals het verwijscijfer) kan zijn. In onze vorige dupliek (en in het tweede deel van ons rapport) hebben we al laten zien dat een variabele als praktijkgrootte tegengesteld inwerkt op de verschillende onderdelen van het brutoverwijspercentage. Zolang men in macromodellen deze laatste variabele gebruikt is het *effect van verschillen in vraag- en aanbodfactoren niet te onderscheiden* en – en dit is het belangrijkste – zijn de *gevonden verbanden afhankelijk van toevalligheden in de samenstelling van het materiaal*. Dat wij in ons gemeentemateriaal een *positief* verband tussen huisartsendichtheid en verwijscijfers vonden, is net zo toevallig als het door de Leidse werkgroep gevonden *negatieve* verband. Onze resultaten zijn niet beter, maar ook niet slechter, omdat ze *principieel* niet beter of slechter kunnen zijn!

#### Terug naar de kritiek

We hebben zojuist beweerd dat ons eigen onderzoek (althans dit macrogedeelte) net zo mank gaat aan een gebrek aan dimensionele homogeniteit (om het maar eens met een mooi woord te zeggen) als de modellen van de Leidse werkgroep. Kritiek op de door ons gevonden schattingsvergelijkingen kan dan ook alleen maar tot de categorie ‘Is dit nu wel zo?’ behoren. De kritiek spitst zich (na een lange

uitwijding over een slordigheid onzerzijds) toe op de vraag of de *variabelen* ‘percentage ziekenfondspatiënten’ en ‘aantal inwoners per huisarts’ wel *goed gemeten* zijn. Neen, vinden Van Praag en Van de Ven: doordat wij een aantal gemeenten op grond van een te hoog percentage ziekenfondsverzekerden uit onze selectie hebben gelaten – de cijfers per gemeente zijn immers ontstaan door cijfers per in die gemeente werkzame huisarts op te tellen; wanneer de huisartsen veel patiënten uit andere gemeenten hebben ingeschreven zijn de cijfers niet betrouwbaar – hebben wij gemeenten die op dezelfde wijze een te *laag* percentage verzekerden en te weinig huisartsen bezitten in het bestand gelaten. Dit zou inderdaad het geval zijn wanneer wij *alle* gemeenten in ons onderzoek hadden opgenomen. Wij hebben echter bijvoorbeeld alle gemeenten met minder dan 3 huisartsen bij voorbaat uit het onderzoek gelaten.

De volgende *cijfers* kunnen dit verduidelijken. Wij hebben 45 gemeenten uit het onderzoek gelaten omdat het percentage ziekenfondsverzekerden groter dan 90 was. Deze 45 gemeenten hebben bij elkaar 185 omringende gemeenten. Van deze 185 omringende gemeenten vallen er 93 buiten het onderzoek omdat ze minder dan 3 huisartsen bezitten; 8 vallen om andere redenen uit. Over blijven 84 gemeenten, waarvan wij de variabelen ‘aantal inwoners per huisarts’ en ‘percentage ziekenfondsverzekerden’ nader hebben bekeken. Bij 4 gemeenten (Krimpen a/d IJssel, Haarlemmermeer en de Friese gemeenten Wonseradeel en Wymbritseradeel) was er inderdaad

sprake van dermate lage percentages verzekerden dat we de kritiek van Van Praag en Van de Ven van toepassing achten. We hebben onze schattingen overgedaan zonder deze 4 gemeenten. De resultaten wijken niet af van wat we al vonden\*.

Ook hebben we de gemiddelden en de correlatie berekend tussen de variabelen ‘gemiddelde praktijkgrootte’ en ‘percentage ziekenfondsverzekerden’ voor de 84 omringende gemeenten die in het onderzoek zijn opgenomen. Wanneer Van Praag en Van de Ven gelijk hebben met hun kritiek dan zou er een negatieve correlatie tussen beide variabelen moeten zijn, die *hoger* is dan de negatieve correlatie in het gehele bestand. Het tegendeel blijkt het geval ( $R = -.04$ ), terwijl de gemiddelden van de variabelen ‘gemiddelde praktijkgrootte’ en ‘percentage ziekenfondsverzekerden’ van deze 84 gemeenten niet afwijken van deze gemiddelden voor de overige gemeenten. We kunnen dus niet zeggen dat onze selectie de schattingsresultaten onbetrouwbaar maakt, al hadden we inderdaad de 4 bewuste gemeenten er in eerste instantie uit moeten laten. Dat neemt niet weg dat ook wij de LISZ-huisartsenaantallen (die overigens dezelfde vertekeningen kunnen vertonen als de door de Leidse werkgroep gebruikte gegevens van de Ziekenfondsraad) graag zouden vervangen door eigen materiaal. We hebben al betoogd dat de uitkomsten der schattingen zowel van ons eigen onderzoek als van dat der Leidse werkgroep sterk worden bepaald door toevalligheden in de samenstelling van het materiaal en de foute specificatie van de vergelijkingen (deze zijn immers mechanismeloos).

#### Conclusie

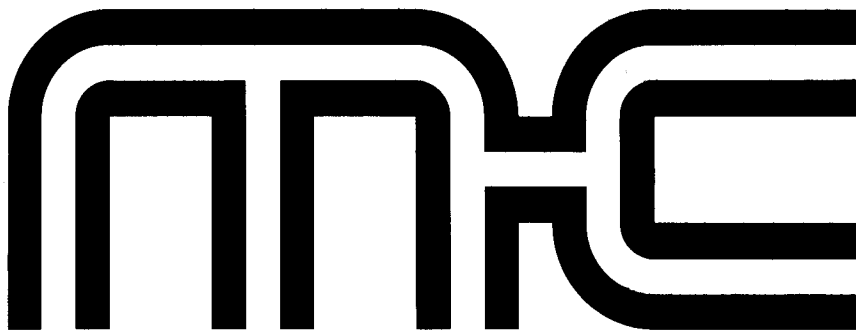
Onze conclusie is, dat doelgerichte beheersing van de gezondheidszorg – hoe noodzakelijk deze op zichzelf ook is – nooit op basis van deze onvolkomen gespecificeerde rekenmodellen kan en mag geschieden!

*Discussie gesloten. Red.*

\* Ter vergelijking de regressiecoëfficiënten in de structuurvergelijking van het verwijscijfer, voor de variabele, ‘gemiddelde praktijkgrootte’ (lineaire specificatie;

*verklarende variabelen* ‘dummyvariabelen: regio Zuid, afstand nul, afstand vijf, verstedelijkt platteland, grote stad; ‘echte variabelen: praktijkgrootte huisartsen, percentage 65 jaar en ouder, bedden per 1.000 inwoners).

	'oud' tegen.kl.kwadr. (correctie, aantal huisartsen) N = 331		'nieuw' tegen.kl.kwadr. (correctie, aantal huisartsen) N = 327		'nieuw' tegen.kl.kwadr. (correctie, aantal ziekenf. verz.) N = 327	
	$\beta$	$S_{-\beta}$	$\beta$	$S_{-\beta}$	$\beta$	$S_{-\beta}$
gemidd. praktijkgrootte $\times 10^{-3}$	-17,86	7,47	-19,46	7,86	-18,50	7,68



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST'

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



## **van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten**

### **Jaarverslag 1977**

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten hield in 1977 elf avondvergaderingen, waaronder 10 mei een extra vergadering ter bespreking van een door het Nationaal Ziekenhuisinstituut uitgebracht rapport, benevens op 10 maart en 1 oktober een studiedag voor het bespreken van meer algemene onderwerpen, in totaal dertien bijeenkomsten.

#### **Medische specialisten in Nederland<sup>1</sup>**

In de extra vergadering van 10 mei, waarvoor ook het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging was uitgenodigd, werd met een vertegenwoordiging van het Nationaal Ziekenhuis Instituut het door het NZI uitgebrachte rapport 'Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp' uitvoerig besproken. Besloten werd dat een delegatie van de LSV, van het NZI en van het Centraal College zich nader zou beraden over publikatie van het rapport<sup>2</sup>.

#### **Het beddenscriterium**

In de opleidingseisen welke voor alle specialismen zijn vastgesteld is, met een enkele uitzondering, opgenomen het aantal bedden waarover de inrichtingen tenminste moet beschikken om als opleidingsinrichting voor het onderhavige specialisme te kunnen worden erkend.

Een lid van het Centraal College wees er in een notitie op dat door onder meer een verkorting van het aantal ligdagen, de toename van het aantal poliklinische behandelingen, de regionalisatie en het kleiner wordende aantal bedden, het beddenscriterium steeds minder goed kan worden gehanteerd. De eis van een minimaal aantal bedden kan niet geheel worden losgelaten, maar daarnaast zullen andere criteria moeten worden gevolgd.

Het Centraal College kon zich met deze gedachte verenigen en besloot daar aandacht aan te schenken wanneer wijziging van de vastgestelde opleidingseisen voor een specialisme aan de orde zou komen.

#### **De vrije vestiging van artsen in de EG-landen**

In de vergaderingen van het Centraal College werden regelmatig mededelingen gedaan over de werkzaamheden van het Raadgevend Comité voor de medische opleidingen, het Permanente

Comité van artsen in de EG, de UEMS en de Europese Vereniging van stafartsen. Verschillende leden van het Centraal College hebben zitting in deze organen.

#### **De Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG)**

Van het hoofdbestuur der KNMG werd een verslag ontvangen van de werkzaamheden van de adviescommissie voor opleidingen van geneeskundigen. In dit verslag werd een uiteenzetting gegeven over de verschillende deeltaken van de AOG. Er zijn drie werkgroepen ingesteld, namelijk voor de kwantitatieve gegevens, voor de huisartsgeneeskunde en voor de sociale geneeskunde. Voor de specialistische geneeskunde is later nog een werkgroep ingesteld.

Gezien de taak van de commissie en haar brede werkteurterrein bezon het Centraal College zich op de vraag of een en ander consequenties zou kunnen hebben voor de werkzaamheden van de drie colleges.

#### **De Commissie Assistent-Geneskundigen**

Ontvangen werd het tweede interimrapport van de commissie assistent-geneeskundigen, waarin een aantal vraagstukken uit het eerste interimrapport nader zijn uitgewerkt. Voorts zijn in dit tweede interimrapport drie modellen aangegeven voor een reglementering van de relaties tussen de opleidingsinrichting, de assistent-geneeskundige en de specialisten/opleiders. Het Centraal College, dat het rapport in twee vergaderingen besprak, was van mening dat de opleider verantwoordelijk is voor de vorm en inhoud van de opleiding. Het gaf voorshands de voorkeur aan het model waarin, op grond van de door het Centraal College opgestelde eisen, de SRC de erkenning als opleidingsinrichting en als opleider geeft, de inrichting en de specialist een opleidings- of een toelatingsovereenkomst sluiten, de inrichting met de assistent-geneeskundige een arbeidsovereenkomst aangaat en de opleider met de assistent-geneeskundige een opleidingsovereenkomst.

#### **Het Post Academisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG)**

Besproken werd het eerste interimrapport van het in 1975 door de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, in overeenstemming met de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ingestelde Overlegorgaan post-academisch onderwijs geneeskunde. Dit onderwijs is bedoeld om de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening in de praktijk op peil te houden of te verbeteren als vervolg op de specifieke beroepsopleiding tot specialist, huisarts of sociaal-geneeskundige.

Het Centraal College kon zich verenigen met het uitgangspunt dat de basisopleiding tot arts, de specifieke beroepsopleiding en de nascholing moeten worden gezien als onderdelen van één geheel, welke onderdelen, zij het met gescheiden terreinen, in elkaars verlengde liggen en zoveel mogelijk op elkaar moeten worden afgestemd.

#### **De collectieve arbeidsovereenkomst voor het ziekenhuiswezen (CAO)**

Een punt van herhaald en langdurig beraad was de collectieve arbeidsovereenkomst voor het ziekenhuiswezen, welke op 1 januari 1978 zou moeten worden verlengd. Van de medische staf van een aantal opleidingsinrichtingen werden brieven ontvangen, waarin verontrusting naar voren kwam over de gevolgen van de CAO voor de kwaliteit, de kwantiteit en de financiering van de opleidingen tot specialist. Met functionarissen van de Landelijke Specialisten Vereniging en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband werd herhaaldelijk overleg gepleegd. De gelegenheid werd besproken in vier vergaderingen van het Cen-

1. Zie voor het onderwerp Medische specialisten in Nederland ook het jaarverslag 1976, dat is gepubliceerd in MC nr. 32/1977, blz. 1013.

2. Het rapport ontwikkeling in de vraag naar specialistische hulp is verschenen in 'Het Ziekenhuis' van 3 augustus 1977, nr. 1977-16, blz. 432. Voor meer bijzonderheden over de door het NZI, onder auspiciën van het Centraal College en de LSV uitgevoerde en nog uit te voeren onderzoeken moge worden verwezen naar het jaarverslag 1977 van de LSV in MC nr. 12/1978, blz. 385 - informatica.

traal College en met een vertegenwoordiging van de Nationale Ziekenhuis Raad, de LSV en de LAD op de studiedag van 11 maart 1977, zulks aan de hand van een groot aantal stukken.

Het Centraal College was van mening dat de financiële gevolgen van de CAO een zaak was welke hoofdzakelijk de LSV regardeerde, voor het college was voornamelijk van belang de invloed van de CAO op de kwaliteit van de opleiding tot specialist. Besloten werd aan een kleine werkgroep te vragen een nota terzake op te stellen. De werkgroep vergaderde enkele malen en bracht aan het Centraal College advies uit. Op grond van dit advies werd besloten een brief te zenden aan de CAO-partijen, waarin voornamelijk op het volgende werd gewezen. Voor de maximale omvang van de werkweek van de assistent-geneeskundigen zal moeten worden uitgegaan van de categorie werknemers die tot 60 uur geen overwerkvergoeding ontvangt in plaats van de categorie waaronder zij volgens de CAO vallen, namelijk die met een maximum van 50 uur. In bepaalde gevallen kan de maximering van de lengte van aanwezigheidsdiensten, gevolgd door een verplichte rustpauze, roostertechnisch op onoverkomelijke bezwaren stuiten, welke de gang van zaken wat betreft de opleiding bemoeilijken. In een opleidingsstatuut zullen een aantal voor de opleiding relevante zaken nader moeten worden geregeld.

### Opleidingseisen

Besproken werden de voorstellen inzake de opleidingseisen voor de specialismen reumatologie, plastische chirurgie, klinische chemie, revalidatie, anesthesie, medische microbiologie en psychiatrie.

#### *Reumatologie*

Het Centraal College sloot zijn besprekingen over de opleidingseisen voor het specialisme reumatologie af met het vaststellen van zijn besluit no. 1 – 1977 dienoemtrent in zijn vergadering van 27 januari 1977<sup>3</sup>.

#### *Plastische chirurgie*

Van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor plastische en reconstructieve chirurgie werd ontvangen een ontwerp-opleidingseisen met een inleidend schrijven inzake het specialisme plastische chirurgie. Na een korte bespreking door het Centraal College werden in kleine kring in het ontwerp enkele wijzigingen aangebracht en werd een in de gebruikelijke vorm gegoten voorstel aan het bestuur van de vereniging voorgelegd. Dit voorstel werd in een vergadering van het Centraal College met een delegatie van de vereniging behandeld. Daarna werden de in het Centraal College gemaakte opmerkingen in kleine kring besproken. Tenslotte diende het bestuur van de vereniging met een inleidend schrijven een definitief voorstel in, dat in het einde van het verslagjaar in bespreking werd genomen.

#### *Klinische chemie*

Over het in 1976 door het Centraal College behandelde voorstel van de Nederlandse vereniging van laboratoriumartsen inzake de opleidingseisen voor het specialisme klinische chemie werd een bespreking gehouden van een vertegenwoordiging van het Centraal College (voorzitter, ondervoorzitter en secretaris) met een delegatie van de Vereniging. In het bijzonder kwam aan de orde het opleidingsschema en voorts het overleg met de Nederlandse vereniging voor klinische chemie. Ingediend werd een iets gewijzigd voorstel, dat door het Centraal College werd besproken en

in zijn vergadering van 16 mei 1977 stelde het College bij besluit no. 2 – 1977 de opleidingseisen voor het specialisme klinische chemie vast<sup>4</sup>.

#### *Revalidatie*

Naar aanleiding van de in 1975 gehouden bespreking van het Centraal College met een delegatie van de Nederlandse vereniging van artsen voor revalidatie en fysische geneeskunde, diende het bestuur der vereniging begin 1977 een nieuw voorstel in inzake de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie. Aangezien onder meer niet duidelijk was aangegeven welke soorten opleidingsinrichtingen er zijn, had in kleine kring met vertegenwoordigers der vereniging een gesprek plaats. Het resultaat was dat aan het Centraal College een gewijzigd voorstel werd voorgelegd, waarmede het college zich kon verenigen. Het stelde in zijn vergadering van 16 mei 1977 bij besluit no. 3 – 1977 de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie vast<sup>5</sup>.

#### *Anesthesie*

In het jaarverslag 1976 is vermeld dat het Centraal College een werkgroep had ingesteld, welke inzake de opleiding voor het specialisme anesthesie aan het Centraal College een voorstel zou doen omtrent de inhoud van het aan het bestuur van de Nederlandse anesthesisten vereniging te zenden antwoord. De werkgroep kwam enige malen bijeen, besprak de gehele problematiek – mede aan de hand van het rapport uitgebracht door een door het bestuur van de vereniging ingestelde commissie herziening opleidingseisen – rapporteerde over haar werkzaamheden aan het Centraal College en bracht een advies uit. Het college kon zich met de inzichten van de werkgroep verenigen en besloot deze neer te leggen in een brief aan het bestuur van de vereniging.

#### *Medische microbiologie*

In 1976 werd het van de Nederlandse vereniging voor microbiologie ontvangen voorstel met toelichting inzake de opleidingseisen voor het specialisme medische microbiologie (voorheen laboratoriumarts, hoofdvak bacteriologie) voorlopig terzijde gelegd in afwachting van het overleg tussen deze vereniging en de Nederlandse vereniging van laboratoriumartsen. Aangezien werd bericht dat de laatste vereniging zich met het voorstel kon verenigen, zij het met enige wijzigingen, werd dit in behandeling genomen. Besloten werd dat de in het Centraal College gemaakte opmerkingen en gestelde vragen in kleine kring met een vertegenwoordiging van beide verenigingen zouden worden besproken. Dit gesprek had in het einde van het verslagjaar plaats en leidde tot een ontwerp-opleidingseisen dat in de gebruikelijke vorm was gegoten en aan de vertegenwoordigers der verenigingen werd gezonden.

#### *Psychiatrie*

Van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie werd ontvangen een memorandum inzake aan te brengen wijzigingen in de opleidingseisen voor het specialisme psychiatrie. Het Centraal College besloot, mede aan de hand van een nota van de ondervoorzitter van het Centraal College, Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, zich omtrent de naar voren gebrachte problematiek diepgaand te oriënteren.

Het Centraal College besprak voorts een aantal onderwerpen inzake de *opleiding, erkenning en registratie* van medische specialisten.

#### *Kosten opleiding medische specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen*

In het begin van het verslagjaar deelde de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen mede dat de regeling inzake een in een aantal gevallen te verlenen subsidie ter tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique in niet-universitaire opleidingsinrichtingen, ook voor het jaar 1976 gold en aan het einde van het verslagjaar werd bericht ontvangen dat deze regeling ook voor het jaar 1977 zou gelden<sup>6</sup>.

3. Het besluit no. 1 – 1977 inzake de opleidingseisen voor het specialisme reumatologie is gepubliceerd in MC nr. 15/1977, blz. 482.

4. Het besluit no. 2 – 1977 inzake de opleidingseisen voor het specialisme klinische chemie is gepubliceerd in MC nr. 33/1977, blz. 1050.

5. Het besluit no. 3 – 1977 inzake de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie, is gepubliceerd in MC nr. 34/1977, blz. 1077.

Wel vroeg de staatsecretaris aan het Centraal College een commissie in te stellen ter evaluatie of het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen moest voortgaan met financiële steun als tot nu toe (sedert 1972) in de kosten van chefs de clinique in niet-universitaire opleidingsinrichtingen. Op grond van het uit te brengen rapport zal de staatssecretaris zijn standpunt ten aanzien van deze materie bepalen. Deze Commissie, waarin zitting namen vier personen namens het Centraal College en twee personen namens de LSV, begon in het verslagjaar met haar werkzaamheden.

#### *Basisopleiding heelkundige specialismen*

In het jaarverslag 1976 is melding gemaakt van het initiatief van het Collegium Chirurgicum tot het instellen van een gemeenschappelijke basisopleiding heelkundige specialismen – theoretisch gedeelte. In het verslagjaar zond het Collegium Chirurgicum een schrijven aan het Centraal College inzake de voortgang van deze basisopleiding, waarvan met belangstelling en waardeering kennis werd genomen.

#### *Orthopedie*

Het bestuur van de Nederlandse orthopedische vereniging stelde voor het besluit no. 3 – 1973 inzake de opleidingseisen voor het specialisme orthopedie zodanig te wijzigen, dat niet meer vereist is dat in een voor dit specialisme erkende opleidingsinrichting-A werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend. Het Centraal College achtte het noodzakelijk dat hierover een gesprek zal plaatsvinden van enige leden van het college met een delegatie van het bestuur of Concilium der vereniging.

#### *In de EG-landen opgeleide medische specialisten*

Voor in het buitenland opgeleide medische specialisten die onderdaan zijn van een der lidstaten geldt, na de inwerkingtreding van de richtlijnen inzake de vrije vestiging, op 16 december 1976, niet meer het voorschrift dat zij alvorens in Nederland in het register van erkende specialisten kunnen worden ingeschreven bij een taleninstituut een taaltest moeten afleggen. Dit laat uiteraard onverlet dat het een eerste vereiste is dat een specialist op normale wijze met zijn patiënt kan communiceren. Het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie waren dan ook van mening er sterk op te moeten aandringen, dat in EG-landen opgeleide medische specialisten die zich in Nederland vestigen, een cursus Nederlandse taal volgen dan wel bij een taleninstituut een taaltest afleggen, zij het vrijwillig. Besloten werd een publikatie diensomtrek in Medisch Contact op te nemen<sup>7</sup>.

#### *In Nederland tot specialist opgeleide buitenlandse artsen*

De Specialisten Registratie Commissie was van oordeel dat vanzelfsprekend buitenlandse artsen – voor zover zij geen onderdaan van een der EG-landen zijn – die in Nederland een volledige specialistische opleiding volgen, eveneens de Nederlandse taal dienen te beheersen. Zij zullen de in bovengenoemde voorschriften vereiste taaltest moeten afleggen en wel tegen het eind van het eerste jaar van hun opleiding. De Specialisten Registratie Commissie en het Centraal College besloten tot een gezamenlijke publikatie diensomtrek in Medisch Contact<sup>8</sup>.

#### **De Specialisten Registratie Commissie**

Met belangstelling nam het Centraal College kennis van het door

het secretariaat van de SRC opgestelde overzicht inzake het bedden- en assistentenbestand op 1 januari 1977 en van de van de SRC ontvangen jaarverslagen van visitatiecommissies.

Ingesteld werd de in het vorige jaarverslag aangekondigde gespreksgroep, bestaande uit de Commissie van Uitvoering van de SRC en een delegatie van het Centraal College.

In deze gespreksgroep werden besproken onderwerpen, welke zowel voor de SRC als het Centraal College van belang zijn, zoals de tijdsduur waarvoor opleidingsbevoegdheid wordt verleend, detachering van een deel der opleiding in een niet erkende inrichting, opleiding in twee inrichtingen, de voorschriften voor visitatiecommissies. Vervolgens werden deze onderwerpen besproken op de studiedag dd. 1 oktober 1977 van het Centraal College. Aan de SRC werd verzocht nadere voorstellen terzake aan het college te doen.

Met vertegenwoordigers van de Nederlandse verenigingen voor kindergeneeskunde, cardiologie, neurologie, psychiatrie, longziekten en tuberculose en de Nederlandsche Internisten Vereniging, besprak de gespreksgroep uitvoerig de 'Beleidsnota kindergeneeskunde', een bundel rapporten over de ontwikkeling van de kindergeneeskunde in Nederland anno 1977, uitgebracht door de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde. Zulks ter inleiding van het door de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde in te dienen voorstel inzake nieuwe opleidingseisen voor het specialisme kindergeneeskunde.

#### **Samenstelling Centraal College**

In de samenstelling van het Centraal College deden zich in het verslagjaar de volgende wijzigingen voor:

W. B. Gerritsen trad af als adviserend lid namens de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en werd opgevolgd door J. van Londen.

Prof. Dr. J. C. Birkenhäger, die plaatsvervangend lid was namens de Erasmus faculteit te Rotterdam, volgde Prof. Dr. S. A. de Lange op als lid.

Het Hoofdbestuur der KNMG benoemde op voordracht van het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging P. Buys, Gouda, tot lid als opvolger van Dr. D. Wolvius, die secretaris van de Specialisten Registratie Commissie was geworden en tot plaatsvervangend lid Dr. C. H. J. Stockmann, Rotterdam, als opvolger van Dr. H. A. J. Lemmens.

Dr. D. Wolvius nam in zijn functie van secretaris van de SRC als adviserend lid zitting in het Centraal College. P. A. de Groot, Utrecht, die na zijn aftreden als adviserend lid namens de Vereniging de Nationale Ziekenhuis Raad de vergaderingen van het Centraal College als adviseur bijwoonde, legde die functie neer.

Namens het Hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen namen zitting P. L. Meenhorst, Oegstgeest, en Dr. A. C. Nieuwenhuizen Kruseman, Oegstgeest, met als plaatsvervangers H. F. Aarts, Amsterdam en C. la Lau, Leiden.

Voorzitter van het Centraal College was in het jaar 1977 Prof. Dr. A. Kemp, Utrecht, en ondervoorzitter Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, Utrecht.

Tot voorzitter voor het jaar 1978 werd gekozen Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en tot ondervoorzitter Prof. Dr. A. Kemp.

Tot secretaris van het Centraal College – en tevens van het College voor Sociale Geneeskunde en het College voor Huisarts Geneeskunde – werd benoemd Mevrouw Mr. H. A. van Andel, Utrecht. Zij begon in samenwerking met secretaris De Jager haar werkzaamheden op 1 juni 1977.

Utrecht, 29 mei 1978

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, voorzitter  
Prof. Dr. A. Kemp, ondervoorzitter  
W. J. de Jager, secretaris.

6. De publikatie over tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique voor het jaar 1976 is verschenen in MC nr. 4/1977, blz. 125, en die voor het jaar 1977 in MC nr. 50/1977, blz. 1586.

7. De publikatie over beheersing van de Nederlandse taal door artsen die in één der EG-landen tot medisch specialist zijn opgeleid, is verschenen in MC nr. 6/1977, blz. 194.

8. De publikatie over beheersing van de Nederlandse taal door buitenlandse artsen die in Nederland tot medische specialist worden opgeleid, is verschenen in MC nr. 6/1977, blz. 194.

## De 172ste Algemene Vergadering

### Kort verslag, deel II

*Kort verslag van het verhandelde in de 172ste Algemene Vergadering van de KNMG, gehouden te Utrecht op vrijdag 17 maart 1978.*

**(Het eerste gedeelte van dit verslag werd gepubliceerd in MC nr. 28/1978, 33, blz 868 e.v.)**

*Meursing* (Voorzitter commissie-Regionalisatie) zegt dat men wordt gedwongen de KNMG-vertegenwoordiging naar voren te schuiven, omdat men bestuurs- en overlegstructuren in de regio zal aantreffen, waar voor de artsen slechts één zetel beschikbaar is. Het probleem is dan: één zetel voor de medische professie, wie komt daar terecht en welk geluid zal hij laten horen? Daarin moet een kleurloze kameleonpersoon zitten, die in die bepaalde kwestie het geluid laat horen dat hem is ingegeven door de belanghebbende groepering, die achter hem staat. Hiervoor zal een overlegstructuur moeten worden gecreëerd die dit garandeert. Betreft het problemen van de specialisten, dan zal de KNMG-vertegenwoordiger hun geluid moeten laten horen en hiervoor zal hij een scholing moeten hebben en moeten worden geaccepteerd door de groepering, waarvoor hij optreedt. Gaat het over de organisatie van de eerste-echelonshulp door huisartsen, dan zullen de huisartsen hierover een advies uitbrengen en is het in principe niet zo belangrijk, of zij allen wel of niet lid van de KNMG zijn, maar het wordt veel moeilijker bij de vertegenwoordigingen met name in de bestuurscommissies. Dat is het probleem. Wat de tijdsfasering betreft, zegt spreker, dat men erop kan rekenen dat iedere keer in de AV en in de vergadering van afdelingsvertegenwoordigers met het DB over deze zaken en hun voortgang zal worden gerapporteerd.

Aangaande de public-relationsaspecten zegt spreker, dat de collegae Diepersloot en Lubbers en hijzelf regelmatig in de afdelingen op verzoek over de regionalisatie spreken. Wanneer men dit wil, moet men zijn verzoeken tot coll. Diepersloot richten. Ook spreker is van mening dat men naar de mensen toe moet om hen ter plaatse te informeren over hetgeen de regionalisatie kan betekenen.

*Eggink* (XX) meent dat in de praktijk alles heel anders verloopt. In de periferie ontstaan deze organisaties – niet alleen de interstafraad – spontaan en daarin zitten ook niet-KNMG-leden. Als de Provinciale Raad om een plancommissie vraagt, schrijft hij hiervoor de bestaande organisaties en niet de KNMG aan. De provinciale overheid, de Provinciale Raad heeft al een postbus, namelijk de Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe, een interstafraad enz. en als de KNMG er nog een bestuurscollege naast plaatst, zal dit zeker niet als postbus fungeren.

De *voorzitter* zegt dat er talloze vormen van regionalisatie zijn. De bestaande formele structuren worden gevormd door de provinciale raden en de provinciale adviescommissies in Groningen, Drenthe en Friesland. De officiële artsenvertegenwoordigers daarin zijn aangewezen namens de KNMG. Wanneer de interstafraad middels de Vereniging van Ziekenhuizen in Groningen en Drenthe mede een adres is geworden, betekent dat nog niet dat de KNMG daar buiten spel staat. Historisch is het zo gegroeid dat deze organen er zijn middels de connectie van de ziekenhuisverenigingen; deze verenigingen kunnen ook altijd

kandidaten aanwijzen voor de Provinciale Raad en de verschillende adviescommissies. Men moet onderscheiden de formele structuur, ten opzichte waarvan de KNMG claimt dat zij als beroepsorganisatie vertegenwoordigers aanwijst en dat zijn dan de in de wet aangewezen structuren, en voorts de structuren, die op initiatief van de KNMG en anderen tot stand zijn gekomen en die mede in de meningsvorming over wat er in een plan moet staan en in de te nemen besluiten een rol spelen. Het is verheugend als daarin veel KNMG-leden zitten, die dit goed doen. Als eenmaal de goede vorm van ondersteuning is gevonden, waar men met zijn problemen te rade kan gaan, kan de KNMG de artsen misschien op die manier aan zich binden. Dan kan de informele structuur goed worden ondersteund, terwijl daardoor er tevens voor kan worden gezorgd, dat zij, die zijn aangewezen, zich zo goed mogelijk van hun vertegenwoordigende taak kwijten.

*Weerdesteyn* (III) wijst erop dat tijdens de vorige AV, toen nog niet zeker was wie erin het nieuwe kabinet zou komen, werd gezegd, dat het met de regionalisatie niet zo'n vaart zou lopen en dat de voorstellen voor enige tijd de koelkast in zouden gaan. Nu blijkt de zaak in Eindhoven in versneld tempo diep de put te zijn ingegaagd. Waar gaat men uiteindelijk heen? Artsen zijn eenlingen en daarom is het belangrijk dat zoveel mogelijk artsen KNMG-lid zijn, met andere woorden, dat de KNMG zich moet kunnen waarmaken door een vuist naar de overheid te maken. Wat Eindhoven betreft, zal het HB zijn leedwezen bij de staatssecretaris kenbaar maken. Zij kan dit rustig naast zich neerleggen. Het doet spreker veel genoegen dat collega's die hiervan verstand hebben, bereid zijn het land in te gaan om voorlichting in deze te verschaffen. Zo zal men veel kunnen bereiken bij het motiveren van de collegae om achter het HB te staan.

De *voorzitter* zegt wat de opmerking over Eindhoven betreft, dat hij er in beginsel van uitgaat dat de overheid bereid is tot een rationeel gedrag en dat zij wil dat er een rationele basis ligt onder de te nemen besluiten. Hij neemt aan dat ook de overheid verlangt dat de patiënten een beter toegankelijke gezondheidszorg krijgen. Als overheid en KNMG dit willen zal deelneming aan de experimenten de KNMG de gelegenheid geven hierover een rationele discussie te voeren en aan te wijzen, welke factoren het voorgestane beleid bevorderen of tegenwerken. Politiek is het mogelijk dat de staatssecretaris dit naast zich neerlegt, maar dit zou dan een verwijdering tussen artsen en overheid teweegbrengen die ongunstig is voor de gezondheidszorg en die ook de wederzijdse goede trouw ernstig aantast. Met al zijn vermogens moet men trachten een dergelijke situatie te voorkomen. Een eerlijke, honorabele instelling, gevoed door inzicht en deskundigheid zal ten slotte leiden tot wat het beste voor de arts-patiëntrelatie is.

*Van Dam* (II) zegt dat de proefregio Kennemerland tot zeer moeilijke taak heeft een verschuiving van de intramurale naar de extramurale zorg en een versterking van het eerste echelon. In Kennemerland heeft de overbedding geleid tot een rapport van het College van Ziekenhuisvoorzieningen, waarin gesteld dat enige ziekenhuizen moeten worden gesloten. De Stichting Samenwerking Kennemer Ziekenhuizen, heeft hierin aanleiding gevonden een eigen beleidsplan op te stellen, 'plan E', dat behelst dat er in de regio een centrumziekenhuis met basisziekenhuizen moet komen. Als men meer poliklinisch gaat werken houdt dat in dat er bedden leegstaan, hetgeen een bankroet voor de ziekenhuizen kan betekenen, daar de financiële situatie van de drie ziekenhuizen in Kennemerland zeer slecht is. Deze drie ziekenhuizen hebben de staatssecretaris verzocht tot een andere financiële structuur van de gezondheidszorg te komen, d.w.z. neutralisatie, zodat zij niet meer aan de COZ-normen zijn gekoppeld. Dit heeft nare gevolgen, want nu komt ook de politiek om de hoek kijken. De gemeentebesturen (de politieke partijen) willen in dit geval een greep op de gezondheidszorg verkrijgen. In Haarlem kan men constateren dat door de regionalisatie de gezondheidszorg duurder wordt. In een voorlichtings-



bijeenkomst van de Wiardi Beckmanstichting werd het goedkoper worden niet zo belangrijk geacht, het belangrijkste was dat men greep op de gezondheidszorg had. Men zal er in de regionalisatiedrift voor moeten oppassen, dat men de greep op de gezondheidszorg aan de politieke partijen overlaat.

De *voorzitter* vraagt welke die greep eigenlijk is.

*Van Dam* (II) noemt als voorbeeld dat het bestuur van het Elisabeth-gasthuis door de gemeenteraad wordt benoemd en dat nu de drie ziekenhuizen willen fuseren, de gemeenteraad ook wil bepalen wie de bestuurders in die andere ziekenhuizen worden. Wanneer de gemeenteraad zich ook bemoeit met het economisch functioneren van de ziekenhuizen, kan van hogerhand worden gezegd, dat bijvoorbeeld urologenpraktijken in drie ziekenhuizen economisch gezien niet goed zijn en kan worden verzocht een praktijk te verplaatsen.

*Drabbe* (XV) zegt dat de Stedendriehoek Apeldoorn, Deventer, Zutphen een besturenberaad heeft, gevormd door de drie afdelingen aldaar. In oktober zijn de drie afdelingen overvallen door een verzoek van de Provinciale Raden van Gelderland en Overijssel om te zorgen voor een enkelvoudige KNMG-vertegenwoordiging in een te vormen regionale commissie voor de gezondheidszorg. Men vroeg zich in de afdelingen af, wat met die regionale commissie werd beoogd en welke argumenten konden worden aangevoerd om een meervoudige vertegenwoordiging te claimen. Overijssel heeft geen bezwaren tegen een meervoudige vertegenwoordiging, maar Gelderland wel en daartegen heeft het besturenberaad als argumenten aangevoerd: alle echelons moeten worden vertegenwoordigd en het is onmogelijk een rechtersfunctie in één persoon te verenigen, die een zo veelzijdige kennis heeft van de organisatie van de gezondheidszorg in dat gebied. Aan de andere kant zegt de overheid, dat een te uitgebreide commissie de werkmogelijkheden beperkt. Doordat men te voren niet weet, wat zulk een commissie gaat doen, ontstaat er wantrouwen, gaat men rekken door onderhandelen zonder te weten waarover men onderhandelt, terwijl de aanvankelijk aangevoerde argumenten voor een meervoudige vertegenwoordiging worden vervangen door het argument, dat men een meervoudige vertegenwoordiging moet hebben, omdat er nog niet zo'n grote samenhang is. Deze onzekerheid is een gevolg van het feit dat men niet weet, welke de instructies zijn. Spreker voorziet dat in de Stedendriehoek nog vele vergaderingen nodig zullen zijn om te bepalen, hoe de vertegenwoordiging in de regionalisatiecommissie zal zijn. Doordat de artsen een meervoudige vertegenwoordiging wensen, verlangen andere gezondheidsinstellingen deze ook, terwijl de artsen hierom juist vroegen, omdat zij meenden dat andere instellingen, de ziekenfondsen, de kruisverenigingen, ook een meervoudige vertegenwoordiging zouden krijgen, gelet op het feit dat de kruisverenigingen geen landelijke overkoepelende organisatie hebben, zitting hebben in beide Provinciale Raden, waardoor zij een dubbele vertegenwoordiging krijgen. Er is langzamerhand een zodanig verwarde toestand ontstaan dat er veel tijd verloren gaat en het wantrouwen groeit.

*Meursing* (voorzitter commissie-Regionalisatie) zegt dat de standaardregel is, dat de KNMG een meervoudige vertegenwoordiging moet verkrijgen. Lukt dit niet dan moet men ervoor zorgen met een niet-meervoudige vertegenwoordiging aan zijn trekken te komen. Door de onhelderheid over de doelstellingen zal elk gesprek mislukken. Misschien wil men helemaal niet dat er uit de samenspraken met de beroepsbeoefenaren een zinnig advies komt en wenst men uit politieke overwegingen zijn politieke stempel op het geheel aan te brengen. Men moet langs achterwegen trachten erachter te komen, wat de werkelijke bedoelingen zijn. Gebleken is dat aan de relatie die de KNMG met haar vertegenwoordigingen in de Provinciale Raden heeft iets schort en dat de mandaten van deze vertegenwoordigers van de artsenorganisatie zullen moeten worden veranderd, daar het de Provinciale Raden zijn, die deze initiatieven nemen. Deze vertegenwoordigers hadden de Mij al in een vroeg stadium moeten

tippen. De Commissie en het DB zullen op korte termijn een bijeenkomst met de vertegenwoordigers in de Provinciale Raden beleggen.

*De Wit* (VI) meent dat voor de slechte gang van zaken in Eindhoven twee redenen zijn. De eerste is dat men in bestuurlijke kringen en bij bepaalde politieke partijen de artsenstand en de KNMG wantrouwt. De tweede is dat er wordt geschermd met het begrip democratisering, waaronder wordt verstaan dat de gekozen volksvertegenwoordiging uitmaakt wat er gebeurt. Men zal dus pogen artsen als vertegenwoordigers van de KNMG uit de bestuurslichamen te weren. Wil de KNMG blijven vechten voor een zo goed mogelijke volksgezondheid, dan moet zij vooral deskundig en vanuit haar betrokkenheid steeds weer haar invloed aanwenden, o.a. rechtstreeks bij de politieke partijen en bij de bestuurlijke lichamen. Spreker hoopt dat de nodige deskundigheid de afgevaardigden in ruime mate zal worden toegevend.

*A. C. Boot* (VII) vraagt of de huidige staatssecretaris ook zo achter de regionalisatie staat als de vorige staatssecretaris. Waar is men eigenlijk mee bezig? Er wordt een geweldige denkkraft gevraagd voor een organisatie, waarin artsen waarschijnlijk weinig te vertellen zullen hebben en waarvan het zeer de vraag is, of deze ten voordele van de gezondheidszorg is. Op het platteland, waar men met eenvoudige structuren te maken heeft, zullen regionalisatie en bureaucratie de goede zorg voor de patiënten tegenwerken. De voor de patiënt snel toegankelijke huisarts is hierbij gebaat als hij de specialisten achter zich heeft, die ook al la minute toegankelijk zijn. Schuift men hier allerlei bureaucratische instanties tussen, die de patiënten soms daarheen sturen, waar de huisarts het niet zo goed vindt, dan is dit bepaald niet ten voordele van de patiënten. Als eenvoudig plattelandsarts is spreker niet voornemens alle onleesbare rapporten over deze zaak te bestuderen; hij gebruikt zijn schaarse vrije tijd liever voor studie in het belang van zijn patiënten.

*Meursing* (voorzitter commissie-Regionalisatie) zegt, dat van collega Boot niet het offer wordt gevraagd alle rapporten te lezen en ze van a tot z te begrijpen, maar wel het offer, dat hij anderen in de gelegenheid stelt, dit voor hem te doen en deze kolen voor hem uit het vuur te halen. Er zal een nieuw genus arts moeten komen, die zich op deze politieke overlegssferen en organisatorische problemen durft te werpen. Deze zal vooral uit de voorwaarden scheppende hoek van de sociaal-geneeskundigen voortkomen, voor zover hij niet professioneel gebonden is aan dit soort werk.

De *voorzitter* stelt voor aan het besluit toe te voegen, dat dit voor ten hoogste drie jaar zal gelden en om te bepalen dat de AV regelmatig op de hoogte wordt gehouden van de inhoudelijke en procedurele vorderingen inzake deze experimenten. Spreker constateert dat de AV hiermee akkoord gaat.

Het aldus geamendeerde ontwerp-besluit wordt aangenomen.

De *voorzitter* zegt dat de artsen op verschillende fronten in niet geringe moeilijkheden worden gebracht, nu de overheid overgaat van het voorwaarden scheppende beleid naar het bepalen van wie, wanneer, wat en waar mag doen. Werken overheid en arts niet in goede harmonie samen, dan zouden de artsen kunnen worden geconfronteerd met een aantal lokale conflicten die op landelijk niveau zouden kunnen komen te liggen.

Daar, waar de overheid nu direct invloed heeft, zoals de hartchirurgie en de niertransplantaties, valt er niet te juichen over de voortvarendheid en flexibiliteit van het gevoerde beleid. Het is jammer dat deze zaken die in de periferie vaak zo goed worden behartigd, waarschijnlijk vertraging zullen ondervinden ten opzichte van de mate, waarin de artsen het wenselijk vinden dat deze voorzieningen worden aangepast aan de veranderde omstandigheden van de patiënt en de geneeskunde.



## VII. Concept-gedragsregels voor artsen

De *voorzitter* zal gaarne het oordeel van de AV vernemen en eventuele suggesties, opdat deze kunnen worden verwerkt in een definitief boekje over de gedragsregels voor artsen.

*Gielen* (VIII) merkt op dat in zijn afdeling een commissie is gevormd die dit onderwerp heeft bestudeerd en haar commentaar op papier heeft gezet en aan het HB toegezonden. Hij wil dit nu niet repeteren en neemt aan dat een en ander zal worden overwogen en eventueel verwerkt in de verdere redactie van deze gedragsregels. Misschien kan hierop over enige tijd bij een artikelsgewijze behandeling nader worden ingegaan.

De *voorzitter* antwoordt dat wat het HB in de verschillende commentaren juist lijkt, in de gedragsregels zal worden opgenomen. In een volgende AV zal het definitieve exemplaar van de gedragsregels ter discussie worden gesteld.

*Goedbloed* (XX) meent dat men voor de duidelijkheid in de gedragsregels van 'arts' moet spreken en niet de ene keer van 'arts' en dan weer van 'specialist', daar specialisten ook artsen zijn en huisartsen tegenwoordig ook specialisten zijn. Spreker zal zijn concept-gedragsregels met de door hem daarbij gemaakte kanttekeningen aan het HB toesturen.

De *voorzitter* zegt dat het HB dit kostbare kleinood gaarne tegemoet ziet en het na gebruik zal terugzenden.

*Terpstra* (III) zal zijn reactie nog op schrift stellen en dit aan het HB toesturen.

*Eggink* (XX) zal dit ook doen.

*Knappe* (V) zegt dat, aangezien men de arts tegenwoordig meer ziet als boosdoener dan als helper, er binnen district V de vrees bestaat, dat deze zeer gedetailleerde gedragsregels tegen de artsen zullen worden gebruikt. Men vreest dat er steeds meer geclaimd zal worden en dat men hier een situatie zal krijgen die net zo erg is als in Amerika. Hoewel het geen wet is, zal een handige advocaat er zeker gebruik van kunnen maken als gevolg van de zeer gedetailleerde redactie van verschillende artikelen, zoals bijvoorbeeld artikel 21, dat handelt over de optimale organisatie van de praktijk.

In artikel 60 staat, dat, als men zijn praktijk heeft overgedaan, men zich niet meer mag vestigen binnen 10 à 20 km van het praktijkhuis. Het is niet verstandig dit aantal km te noemen, daar een verzorgingsgebied van een ziekenhuis een groter gebied dan een met een straal van 20 km kan beslaan. Ook is het mogelijk dat men in een bepaald specialisme, bijvoorbeeld anesthesie, een praktijk overdoet en dan op een km afstand gaat zitten, omdat men dan toch geen patiënten afpakt. Er staat trouwens ook: Deze straal dient een zodanig gebied te omvatten, dat van daaruit concurrentie reëel te vrezen is. Het is voldoende als men dit laat staan en die kilometers eruit haalt.

*Mr. Schultsz* (secretaris KNMG) antwoordt dat in de Nederlandse juridische wereld algemeen de overtuiging bestaat, dat een situatie, zoals deze in de Verenigde Staten met betrekking tot het claimen en het toeschatten van enorme bedragen door geëmotioneerde juries bestaat, hier geen kans krijgt. In Nederland, waar geen jurystelsel is, zijn de rechters gebonden aan zeer strikte regels van causaliteit en van adequate veroorzaking bij het toeschatten van schadevergoedingen. Een nauwkeurige normstelling in dit boekje kan nauwelijks leiden tot het gemakkelijker toeschatten van hoge schadevergoedingen door de rechter, want het verband tussen die twee zaken is in het Nederlandse rechtstelsel niet zo gemakkelijk te leggen. De concrete regels in dit boekje kunnen natuurlijk op tuchtrechtelijk gebied tot concrete toepassingen leiden, maar dit is niet zo slecht. Wanneer voor een tuchtrechter kan worden aangetoond dat het equipment van een

arts ontoereikend is, is het niet ten onrechte als hem daarvoor eventueel een berisping of waarschuwing wordt gegeven.

*Roelink* (secretaris KNMG) merkt met betrekking tot hetgeen is gezegd over het aantal km op, dat, wanneer een specialist een ziekenhuis verlaat omdat hij de praktijk heeft overgedragen, volgens deze regels inderdaad de straal ten opzichte van het andere ziekenhuis 20 km moet zijn. In redelijkheid zal echter iedereen naar de geografische situatie zien. Ook de rechter die niet aan deze regels toetst, maar aan de situatie met deze regels eventueel op de achtergrond. Overigens zal men wel zo verstandig zijn dit neer te leggen in het overnamecontract.

*Knappe* (V) meent dat men dan wel een overnamecontract maakt, dat strijdig is met deze regels.

*Roelink* antwoordt dat men die vrijheid heeft, maar wel alle consequenties hiervan moet aanvaarden.

*De Wit* (VI) zegt zijn commentaar op schrift te zullen stellen.

*Wind* (III) herinnert zich dat er vroeger in dit soort boekjes veel meer regels stonden, bijvoorbeeld dat als een van de collegae ziektecontroles deed, hij niet mocht overnemen en dat men na pensioenkeuringen nooit een patiënt kon overnemen. Het zou jammer zijn, als deze regels geheel verdwenen, daar dergelijke keuringen van alles kunnen meebrengen.

De *voorzitter* zegt dat ook deze opmerking nader zal worden bezien.

*Mr. Schultsz* (secretaris) wil in verband met de kwestie van de kilometers nog zeggen, dat dit boekje voor een deel regels bevat die regelen recht zijn. Wanneer de partijen bij een praktijkoverdracht duidelijke afspraken maken, die anders zijn dan die, welke in het boekje staan, kan dat natuurlijk, daar men contractvrijheid heeft. Als men dit goed onder elkaar regelt, mag in het contract best een andere straal worden genoemd. Krijgt men ruzie, komt de zaak voor de rechter en blijkt er dan niets te zijn afgesproken, dan zal de rechter zich op de algemene regels baseren.

*Eggink* (XX) vraagt waarom in het boekje niet de 'Declaration of Health' van de WHO staat.

De *voorzitter* constateert dat de AV van mening is, dat deze verklaring in het boekje behoort te staan. Hij beschouwt dit agendapunt voldoende besproken en zegt, dat het HB de schriftelijke reacties gaarne tegemoet ziet.

## VIII. Richtlijnen voor waarneming door artsen (MC nr. 8/1978 blz. 262 e.v.)

*Huyssoon* (I) meent dat de woorden 'door artsen' juridisch volkomen overbodig zijn, aangezien alleen artsen juridisch medische praktijken kunnen waarnemen. Men zou in de plaats van de nu voorgestelde titel kunnen nemen: 'Richtlijnen der KNMG voor de praktijkwaarneming'. Men is iets te snel in deze problematiek gedoken, daar men over het belangrijkste punt, namelijk dat er praktijkwaarneming is, enigszins is heengelopen. Men krijgt er wel eens mee te maken, dat bijvoorbeeld wat meer misbare specialisten met vakantie zijn en dat er geen waarneming is. Dit moet worden ondervangen door een verplichting tot waarneming met een ontsnapingsclausule voor degenen, die grote moeilijkheden hiervan zouden ondervinden. Zij kunnen misschien met organen van de Mij overleggen, hoe hulp in deze kan worden geboden. Het is enigszins overtrokken de waarnemer te verplichten zich tegen wettelijke aansprakelijkheid te verzekeren. Dan zou men hem ook moeten verplichten zijn artsdiploma te tonen en te bewijzen dat hij een erkend arts is. Men kan beter stellen dat de waarnemer wordt geadviseerd, zich

tegen wettelijke aansprakelijkheid te verzekeren. Verder moet men zich niet in deze verantwoordelijkheid begeven.

De *voorzitter* merkt, wat de titel betreft, op, dat het hier niet gaat om waarneming door apothekers.

*Huysoon* (I) zegt dat 'richtlijnen der KNMG voor de praktijk-waarneming' nooit kunnen slaan op apothekers. Men mag ook zeggen: medische praktijkwaarneming.

De *voorzitter* zegt dat men dan bijna weer bij 'artsen' is.

*Roelink* (secretaris) zegt dat bij het opnemen van deze regels in de voor artsen geldende gedragsregels zij tekstueel worden aangepast met het daarvoor nodige kopje. De verplichte WA-verzekering staat al jarenlang in de voorschriften van het Bureau voor Waarneming van de Mij. Tot dusverre is dit altijd geaccepteerd. Er staat: hij dient er zorg voor te dragen. In dit kader zijn deze richtlijnen geschreven en hiervan is men uitgegaan in het gesprek met de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, die op het standpunt staat, dat de verantwoordelijkheid bij de artsen ligt. Als men dit overtreedt, is dat voor rekening en verantwoordelijkheid van de artsen.

*Huysoon* (I) wil niet dat de praktijkoverdragende de waarnemer verplicht die verzekering te sluiten, daar een en ander geheel voor diens verantwoordelijkheid is. Hij is juridisch persoonlijk verantwoordelijk en hij is ook persoonlijk verantwoordelijk voor de verzekering.

De *voorzitter* acht het mogelijk dat de polis er niet in voorziet dat de verzekering de aansprakelijkheid dekt, ook als de praktijk door een ander dan de arts die de praktijk heeft, wordt waargenomen.

*Huysoon* (I) meent dat dit kan worden ondervangen door de regel, dat de waarnemer de vrijheid heeft dit te corrigeren als hij waarneemt. Die WA-polis is verstandig, maar hij wil de verplichting eruit halen, waarbij hij denkt aan advisering.

*Roelink* (secretaris) zegt dat het mogelijk is, dat, als de waarnemer niet verzekerd is en dit met de eigen polis niet is gedekt, de patiënten schade lijden die niet kan worden vergoed. Degene die een waarnemer zoekt moet ervoor zorgen dat deze aan alle kanten is ingedekt tegen zulke zaken, ook wat betreft zijn verantwoordelijkheid.

*Mr. Schultsz* (secretaris) zegt dat deze regel is geschreven ter bescherming van de arts voor wie wordt waargenomen.

Hij is in eerste instantie verantwoordelijk voor de praktijk en hij heeft ook een zekere verantwoordelijkheid voor de keuze van de praktijkwaarnemer. Hij kan ook verantwoordelijk worden gesteld voor dingen, die in zijn afwezigheid gebeuren en daarom moet hij zich ervan overtuigen, dat de waarnemer een behoorlijke beroepsaansprakelijkheidsverzekering heeft, teneinde te vermijden dat hij bij thuiskomst wordt besprongen met claims voor dingen, die in zijn praktijk zijn gebeurd.

*Boot* (VII) heeft een polis die ook betrekking heeft op schadevergoeding voor dingen die tijdens waarneming gebeuren. Hij adviseert iedereen goed de kleine letters van zijn WA-polis hierop na te lezen.

*Gielen* (VIII) meent dat als er vele polissen zijn die ook de waarneming dekken, deze regel niet als algemene regel gehandhaafd kan worden. Men moet dan in een andere zinsnede opnemen dat de dekking er bij wie dan ook moet zijn.

De *voorzitter* merkt op dat dit er ook staat.

*Gielen* (VIII) meent dat het dan niets te betekenen heeft.

De *voorzitter* zegt dat moet vastliggen dat dit zo geregeld moet worden. Het enige nut van deze bepaling is dat men er even naar kijkt, ter voorkoming van alle eventualiteiten.

*Roelink* (secretaris) acht het mogelijk dat een waarnemer keuringen voor eigen rekening en verantwoordelijkheid mag doen. Wanneer tijdens de waarneming hiermee iets gebeurt, is de verantwoordelijkheid hiervoor op grond van de afspraak voor de waarnemer. In dat geval is het zowel in het belang van de waarnemer als in dat van degene, voor wie wordt waargenomen, dat er een verzekering is. Ook in de richtlijnen van het Bureau voor Waarneming en Vestiging staat dit. In principe wordt tegen de jonge pas afgestudeerde arts gezegd, dat, als hij zijn bul haalt, hij de verzekeringspapieren al in zijn zak moet hebben en naar de eerste de beste brievenbus moet lopen.

*Huysoon* acht deze verzekering ook verstandig, maar hij valt over het principe, dat de praktijkoverdragende zich aan de hand van de polis ervan moet overtuigen, dat de waarnemer verzekerd is. Advisering lijkt hem voldoende.

*Roelink* (secretaris) zegt dat men de polis niet hoeft te zien, maar er moet wel naar gevraagd worden en de waarnemer moet 'ja' zeggen.

*Huysoon* meent dat voor de rechter moeilijk kan worden aangetoond, dat er 'ja' is gezegd, als dit wordt ontkend. Men moet zich er dus letterlijk van overtuigen.

*Roelink* zegt dat het daarom zinvol is, dat de waarneming via het bureau van de Mij wordt geregeld. Men is dan juridisch gedekt.

Een *lid* zegt dat in deze regel aan twee mensen een verplichting inzake verzekering wordt opgelegd. Is het niet verstandiger een van beiden een verplichting op te leggen, zodat ook een van beiden aansprakelijk is? Wat zal de rechter anders zeggen?

*Mr. Schultsz* zegt dat iedere arts, die een praktijk gaat uitoefenen in het bezit behoort te zijn van een verzekering tegen beroepsaansprakelijkheid. Wat de rechter eventueel zal zeggen is nooit te voorspellen, daar dit van de situatie afhangt. De waarnemer hoeft de polis niet te tonen, maar men behoort zich er redelijkernwijze wel van te overtuigen dat hij verzekerd is door hem dit te vragen. Het zal dan spoedig duidelijk zijn, of hij wel of niet een WA-polis heeft.

*Weerdesteyn* (III) meent dat de leek in deze kwestie niet behoorlijk is voorgelicht. Het bericht in MC over deze waarnemingsregeling, waarin erover wordt gesproken dat in een spoedgeval een arts in 15 minuten aanwezig moet zijn, was slechts een klein bericht, maar de volgende dag stond de enorme kop in de krant: 'De arts moet in 15 minuten aanwezig zijn.' Dit moet natuurlijk in redelijkheid worden opgevat, maar de leek zal zeggen: dokter, u was niet in 15 minuten aanwezig. Het lijkt spreker ontstellend gevaarlijk een aantal minuten te noemen, daar de arts hieraan zal worden opgehangen.

*Roelink* (secretaris) antwoordt dat collega *Weerdesteyn* zelf reeds heeft aangegeven dat er flexibiliteit is in de context van de gekozen bewoordingen. Er staat dat er wordt gedacht aan ongeveer 15 minuten. Men weet zo langzamerhand wel hoe de kranten dit vertalen, maar het gaat erom wat een rechter zal zeggen. Hij zal deze richtlijnen in zijn oordeel als achtergrond informatie in een concrete situatie betrekken. Wanneer een arts zich voor de rechter moet verantwoorden op het punt van de 15 minuten, kan hij de concrete situatie en alles wat daarbij in aanmerking moet worden genomen schetsen en dan zal de rechter in zijn ondoorgrondelijke wijsheid naar de totale context kijken en niet naar deze tekst en zeker niet naar de tekst van de krant.

*Weerdesteyn* (III) wil juist voorkomen, dat men bij de rechter belandt.

*Roelink* noemde het voorbeeld van de rechter, omdat dit het ergste is wat er kan gebeuren. Men kan van de rechter verwachten dat hij de totale situatie beoordeelt en niet afgaat op krantenartikelen.

*Duyvendak* (XIV) vraagt, waarom het niet nodig is dat men bij waarneming door buurtcollegae toegang heeft tot de medische gegevens.

*Roelink* zegt dat de ervaring heeft geleerd, dat, wanneer men een goede anamnese opneemt en goede informatie heeft, geplaatst tegen de context van alle andere eisen waaraan moet worden voldaan, dit eenvoudig niet nodig is. Persoonlijk zou spreker het toejuichen, als bijvoorbeeld iedereen een semafoon had, maar de ervaring leert, dat er alternatieve systemen zijn, waarin dit niet nodig is.

*Leclercq* (XI) is blij met deze richtlijnen, daar hieraan in het veld een reële behoefte was om de waarnemingen beter te kunnen structureren. In zijn afdeling waren onlangs nog problemen, omdat met bepaalde regels de hand werd gelicht. Hij acht vooral de bereikbaarheid per semafoon of per mobilofoon zeer wenselijk. Daarop moet sterk worden aangedrongen.

*Wind* (III) wijst erop dat de zinsnede: 'dat voor de waarneming door een huisarts voor een populatie van meer dan 20.000 zielen bijzondere maatregelen dienen te worden overwogen' betekent, dat die huisarts in zijn eentje voor acht praktijken waarneemt. Kan in het stuk niet tot uitdrukking worden gebracht dat men aanneemt dat de mensen kariger 'dokters' tijdens waarneming? Wanneer er moeilijkheden komen, kan dit wel eens als maatlat worden gebruikt.

De *voorzitter* zegt dat de zin: 'Dit houdt in, dat niet meer dan strikt nodig geacht wordt door de bevolking een beroep gedaan wordt op de hulpverlening van waarnemende artsen', duidelijk maakt, dat de verwachting is dat men zich in zijn vragen om hulp zal beperken.

*Roelink* merkt nog op dat men voor de rechter verantwoord is als men kan aantonen dat men in een nare situatie is geraakt doordat iemand de arts naar het ene einde van zijn praktijkrayon liet komen voor bijvoorbeeld een wrat, terwijl aan het andere einde van het rayon een patiënt een hartinfarct heeft, bij wie hij daardoor niet binnen 15 minuten kon komen. Er moet dan wel een goede anamnese zijn opgenomen en goede informatie van de andere kant zijn gegeven. Ook de patiënt heeft de plicht, voor goede informatie te zorgen.

*Weerdesteyn* (III) meent dat de arts dan een bandrecorder bij de telefoon moet nemen om ieder gesprek vast te leggen.

*Roelink* zegt dat ook hier de redelijkheid geldt.

*Verlooy* (IV) vindt het vermelden van de 15 minuten, evenals het noemen van een aantal van 20.000 zielen, een griezelige affaire. Het laatste aantal zou spreker graag iets lager zien gesteld. Het is opvallend dat in deze richtlijnen praktisch niet over de nacht- en weekenddiensten wordt gesproken. Het is teleurstellend dat de pers hierover reeds publikaties liet verschijnen voordat de artsen MC hadden ontvangen.

De *voorzitter* betreurt dit ook.

*Roelink* zegt dat de nacht- en weekenddiensten inderdaad niet expliciet zijn vermeld, maar dat wel hier en daar is vermeld: het geldt in principe voor alle vormen van waarneming, kort durend of lang durend. Wat het aantal van 20.000 zielen betreft, is er gesteld, dat bij een populatie van meer dan 20.000 zielen bijzondere maatregelen dienen te worden overwogen. Het is een aanwijzing dat men in een rayon van meer dan 20.000 zielen eens zou kunnen nagaan, of het gehanteerde systeem nog juist is. Het

geldt vooral voor groeiende gebieden, zoals Zoetermeer of Nieuwegein. In Den Haag met enkele honderdduizenden inwoners heeft men een unieke waarnemingssituatie. Het is voor verantwoordelijkheid van de Haagse artsen zich hierop te bezinnen en zij hebben dit op een zeer acceptabele manier gedaan.

*Langer* (XII) vindt het onder IV vermeld: 'De beslissing over het moment van hulpverlening tijdens een waarneming zal steeds mede gezien moeten worden tegen de achtergrond van de verantwoordelijkheid van de arts voor de totale populatie waarvoor wordt waargenomen', zeer knap geformuleerd. Dit geeft de waarnemer de mogelijkheid zijn eigen inzichten te volgen en zich eventueel te verdedigen tegen aanvallen op zijn beleid.

*Gielen* (VIII) zegt dat er artsen zijn, die hun telefoon niet omzetten en zelf patiënten verzorgen in de weekenddienst, die bedoeld is voor een ander. Kan er een uitspraak worden gedaan over het niet loyaal meewerken van leden van een waarnemingsgroep?

De *voorzitter* zegt dat de basis van het deelnemen in een waarnemingsgroep is, dat de leden zich loyaal aan de besluiten houden. Houden sommige collegae zich niet aan de gemaakte afspraken, dan moet men binnen de waarnemingsgroep deze zaak aan de orde stellen. Men moet ervan uitgaan, dat men zich aan de gemaakte afspraken houdt.

*Weerdesteyn* (III) vraagt, of de getallen van 20.000 zielen en 15 minuten in de regeling worden gehandhaafd.

De *voorzitter* antwoordt dat deze getallen expres in de toelichting zijn genoemd, omdat zij dan niet die stringente werking hebben als wanneer zij in de regels zelf waren opgenomen. Zij vormen voor degenen die met deze regeling werken, een indicatie, onder welke omstandigheden, bij welke omvang van de praktijk en bij welke verplaatsingsmogelijkheden het voor hen aanvaardbaar is, de waarneming te verrichten. Zonder indicatie waaraan men moet denken is het nut van deze regels uiterst beperkt.

*Weerdesteyn* (III) hoopt dat men in het vervolg erin zal slagen, de pers duidelijker te instrueren.

De *voorzitter* vindt het ook vervelend dat door de wijze van publiceren verwachtingen kunnen zijn gewekt die niet door deze regels worden vervuld. Men heeft de pers echter niet in de hand. Het gaat erom dat deze regels een goede waarneming mogelijk maken. Zij moeten ervoor zorgen dat bij een conflict voor de rechter de redenen, die tot het conflict hebben geleid, zo goed mogelijk worden afgewogen en dat de concrete situatie wordt beoordeeld aan de hand van de regels, die de betrokken artsen in acht hadden moeten nemen. In de publiciteit komen de artsen er altijd ongunstig af; dingen, die zij goed bedoelen worden vaak door anderen in de krant geheel anders geïnterpreteerd, hetgeen vervelend is voor degenen die het treft. Bij de voorlichting moet men duidelijk maken dat de werkelijke bedoeling hiervan is het organiseren van een goede waarneming.

*Weerdesteyn* (III) dankt de voorzitter voor deze prettige vergadering.

De richtlijnen voor waarneming door artsen worden vervolgens aangenomen.

De *voorzitter* meent dat de AV hiermede een uitstekende prestatie heeft geleverd en is blij met het hiermede uitgesproken vertrouwen.

## IX. Mededelingen van het hoofdbestuur

### – Kwaliteitsaspecten medische zorg

## - Oprichting LVSG

De voorzitter deelt mede dat een commissie van het HB is ingesteld, die een studie zal verrichten inzake de kwaliteitsaspecten van de medische zorg, met name over de vraag op welke wijze de kwaliteitsbewaking door artsen al dan niet in de wet moet worden opgenomen. Deze commissie is in de initiatieffase en wacht op de toewijzing van leden uit de Maatschappelijke verenigingen. Zij zal in ruimere mate dan alleen het opnemen in de wet de zaken van de kwaliteitsbevordering, -handhaving en -beoordeling bezien, opdat hierover een goede meningsvorming kan ontstaan.

Een commissie onder leiding van collega Sanders heeft een globaal plan geformuleerd voor een landelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen. Gedacht wordt aan een Maatschappelijke vereniging binnen de KNMG met eigen statuten en Huishoudelijk Reglement, met volledige rechtsbevoegdheid, met een band met het HB van de Mij en met onderlinge relaties, conform die van de andere Maatschappelijke verenigingen. Als taken wordt gedacht aan het bevorderen van het optimaal functioneren van de sociaal-geneeskundigen, de kwaliteitsbevordering, de bevordering van het onderwijs, het opstellen van richtlijnen en spelregels, het behartigen van maatschappelijke belangen van sociaal-geneeskundigen, het helpen creëren van voor een optimale beroepsuitoefening en praktijkvoering noodzakelijke of gunstige voorwaarden en het mede vorm geven aan het beleid van de KNMG en het behulpzaam zijn bij het vervullen van haar taken. Ook wordt er gedacht over het lidmaatschaps criterium en een automatische koppeling daarvan aan KNMG-, LVSG- en LAD-lidmaatschap. Voor de organisatiestructuur denkt men aan een centraal bestuur met leden, aan te wijzen door de secties van de LVSG, en leden, te kiezen door de ledenvergadering, terwijl ook de voorzitter door de ledenvergadering zou worden gekozen. Er zouden zijn LVSG-secties voor de vier functionele sectoren, de verzekeringsgeneeskundigen, de bedrijfsartsen enz. Ook zou er een leden-vergadering zijn. Er wordt nog gefilosofeerd over districten en regio's. Gehoopt wordt, dat de commissie erin zal slagen de LVSG tot stand te brengen en dat hierover in de najaarsvergadering kan worden gerapporteerd en zelfs, dat er dan een voorstel zal zijn.

## X. Tweede rondvraag

Gielen (VIII) heeft in het jaarverslag van de CBVK een foto gezien, waarop een grote auto stond afgebeeld. Op de zijkant van die auto stond: 'Cervix-auto'. Hierin moet wel een stelletje onnozele halzen hebben gezeten om zo de taal te verloederen en om zo met medische termen om te springen. Dit is bar.

De voorzitter heeft van deze opmerking goede nota genomen.

## XI. Sluiting

De voorzitter sluit onder dankzegging voor ieders aanwezigheid de vergadering.

## Kindermishandeling bestaat. Hoe lang nog.

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

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

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

**SIRE**

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



## van het centraal bestuur

## Convocatie extra ledenvergadering dd. 24 augustus 1978

*Convocatie voor een extra ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op donderdag 24 augustus 1978 des avonds te 19.15 uur in het Jaarbeurs-Congrescentrum te Utrecht, tel. 030-914914.*

## Agenda:

1. Opening.
2. Goedkeuring notulen eerste gewone Ledenvergadering d.d. 22 april 1978.
3. Bespreking actuele honoreringsproblematiek.
4. Rondvraag.
5. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der LSV,  
G. Groenewoud, secretaris.

## INHOUD OFFICIEEL

CC, van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten:

Jaarverslag 1977 ..... 908

KNMG:

De 172ste Algemene Vergadering. Kort verslag, deel II ..... 911

LSV, van het centraal bestuur:

Convocatie extra ledenvergadering dd. 24 augustus 1978 ..... 916

Nr. 29 - 21 juli 1978