

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 1 – 8 januari – 43e jaargang

'Ik zie het als een van mijn belangrijkste taken de integratie binnen en buiten de KNMG volop te bevorderen.' Dit zegt KNMG-voorzitter W. H. Cense in een gesprek waarmee hij zijn tweede zittingsperiode ingaat. Interprofessionele samenwerking op alle niveaus noemt hij hét item voor 1988.

Veel aandacht in dit nummer voor de spoedeisende hulp. Spoedeisende hulp om te beginnen in een algemeen ziekenhuis: Rotterdam-Dijkzigt. Bij een groot deel van de patiënten die de afdeling Spoedopname daar bezoeken blijkt dit bezoek niet in de eerste plaats te worden bepaald door een ernstig somatisch lijden; er zijn aanwijzingen dat psychosociale crisissituaties een belangrijke luxerende factor zijn. Spoedeisende medische hulpverlening? Door de huisarts. Zo laat een volgende beschouwing, uit het Zeeuwse, zich kort samenvatten. Maar . . . wil de huisarts de spoedeisende hulp in zijn takenpakket houden, dan zal er wel aan enige voorwaarden moeten worden voldaan. Hoe de hulpverlening buiten kantooruren is verdeeld tussen huisartsen en EHBO-afdelingen bekeek J. L. Engelenburg voor Den Haag; de doktersnachtsdienst had het vergelijkenderwijs verreweg het drukst van beide. Tot slot weer een rondje competentie: uit de Geneeskundige Hoofdingspectie de notie dat in de organisatie van de ambulancehulpverlening geen behandelend arts is opgenomen, terwijl dat wel zou moeten.

Vrijwillig of verplicht, geregelde nascholing moet. Nu de beroepsgroep nog.

En: hoe maken patiëntengroepen het? Of: maken patiëntengroepen het?

INHOUD

De arts als toetsbare professional. Een vervolgesprek met KNMG-voorzitter W. H. Cense – 9

Spoedeisende hulp in een algemeen ziekenhuis

C. G. Kooiman, B. J. M. van de Wetering en Mw. R. C. van der Mast – 11

Een karretje op de zandweg reed . . . Spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts

W. L. Fraanje en H. J. W. A. Meijerink – 14

De LAT-relatie tussen huisarts en EHBO. Medische hulpverlening buiten kantooruren

J. L. Engelenburg – 17

Ambulancehulpverlening: een bijzondere gezondheidszorgvoorziening. Over het uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen

W. A. Zandbergen – 19

Naar een geregelde nascholing door artsen

A. A. de Roo en J. W. Moll – 21

Hoe maken patiëntengroepen het? Onderzoek naar patiëntenparticipatie in gezondheidscentra

W. G. M. Boerma en N. E. Warmenhoven – 24

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Amsterdam. Te kort geschoten in voor- en nazorg bij (dure) haartransplantatie – 27

Colofon 2 – Colofon officieel 2 – Hoofredactioneel commentaar 3 – Voorzitterskolom LVSG 4 – Brieven 5 – Kort Amerikaans 28 – Uit de Verenigingen 29

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

De heilige Anastasia Farmakolytria, fresco in de kerk van Asinou op Cyprus (14e eeuw). Deze heilige zou pijn hebben verdreven met behulp van geneeskrachtige kruiden; haar symbool is een medicijnfles.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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

Spoedeisende eerste hulpverlening

Van alle geneeskundige activiteiten mag van de spoedeisende hulpverlening als eerste worden geleverd dat zij efficiënt en effectief is georganiseerd. Toch kunnen we constateren dat de dienstverlening, kwaliteitsverzekering en onderlinge afstemming van de drie belangrijkste verantwoordelijken hiervoor: de huisartsen, de ambulancediensten en de ziekenhuizen, nog aanzienlijke verbetering behoeven.

Een belangrijk probleem vormt de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ondanks de komst van het landelijk alarmnummer, blijft er behoefte aan een eerste evaluatie van klachten door een huisarts. Buiten de normale kantooruren blijkt de waarneming echter een ernstig knelpunt te zijn. Doordat het voor de huisarts onmogelijk is gedurende 168 uur per week voor al zijn patiënten bereikbaar te zijn, is continuïteit heden ten dage, althans op het niveau van de individuele arts en patiënt, een fictie. Elke arts moet zich van bij tijd en wijle laten waarnemen. Artsen hebben de plicht zorgvuldig in hun waarneming te voorzien. Ze zijn bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de kwaliteit van de waarnemer, zoals uit uitspraken van de tuchtrechter blijkt. Desondanks moest de voorzitter van de KNMG erkennen dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van huisartsen vooral in waarnemingsituaties te wensen overlaat¹.

Behalve dat zo'n situatie mogelijk directe nadelige gevolgen met zich meebrengt voor de patiënt, leidt ze er ook toe dat patiënten zelf hun weg naar het ziekenhuis zoeken, met alle nadelige gevolgen van dien, zoals overbodige kosten en onnodige medicalisering. Als ziekenhuizen worden geconfronteerd met een grotere vraag om acute hulpverlening passen zij hun organisatie hierop aan, waardoor de bevolking het idee krijgt dat het normaal is dat men voor een eerste evaluatie van allerlei klachten bij het ziekenhuis terecht kan.

Als men zijn oor te luisteren legt kan men gemakkelijk een aantal frustraties rond de waarneming opmerken. Patiënten moeten veel moeite doen om met een waarnemer contact te krijgen en deze onbekende van het spoedeisende van hun klachten te overtuigen. Specialisten moeten zonder beschikbare achtergrondgegevens over vage klachten oordelen, een terrein dat in wezen het hunne niet is. Huisartsen hebben problemen met de enorme last van de waarneming,

vooral ook doordat ze de meeste patiënten niet kennen.

Er lijkt sprake te zijn van een vicieuze cirkel. Patiënten die in het algemeen met hun eigen huisarts rekening houden stellen zich tegenover een waarnemende arts eisender op. De waarneming wordt hierdoor zwaarder, waardoor de tolerantiegrens afneemt en de kans op een conflict groeit. Veel huisartsen doen daarom niet graag dienst. In de Randstad verkopen huisartsen die zich dat financieel kunnen veroorloven hun dienst al aan jonge artsen. Deze huisartsen hebben daardoor minder met acute hulp te maken; het is de vraag of hun vroegere ervaringen voldoende zijn om het voor alle huisartsen vereiste deskundigheidsniveau te handhaven.

De teruglopende hulpverlening bij ongevallen en andere acute situaties, vooral in de grote steden, is ook door de LHV met

Dr. C. Spreeuwenberg

zorg gesignaleerd. Terecht heeft zij zich op het standpunt gesteld dat acute hulpverlening in het basistakenpakket van de huisarts thuishoort en vraagt zij de huisarts zich te profileren als hulpverlener die bereid en in staat is hulp te verlenen bij ongevallen en andere acute situaties². Dit lukt alleen als huisartsen en specialisten hierover gezamenlijk afspraken maken. De regio Zuid-West-Utrecht vormt hiervan een voorbeeld; hier nam de PHV enkele jaren geleden het initiatief met de gemeentepolitie van Nieuwegein en de chirurgen van het St. Antonius Ziekenhuis afspraken te maken over de spoedeisende hulp en de bevolking, bezoekers aan de EHBO, sportverenigingen en scholen erover te informeren dat het een normale gang van zaken is als men eerst een huisarts waarschuwt³.

De vraag wie bij calamiteiten (ernstig verkeersongeval, acute situaties thuis) het eerst moet worden ingeschakeld dient pragmatisch, rekening houdend met de situatie, te worden beantwoord. In de grote steden is het lang niet altijd mogelijk er huisartsen bij in te schakelen, ambulances zijn vaak sneller ter plaatse en beschikken daar over uitstekend geschoold personeel. Op het platteland zijn huisartsen meestal in een gunstiger positie om acute hulp te verlenen.

Uit het verslag over het jaar 1986 van de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid blijkt dat er vooral op het platteland problemen zijn op het gebied van de deskundigheid van het ambulancepersoneel en de paraatheid⁴. Hoewel de 48 centrale posten voor het ambulancevervoer (CPA) tot taak hebben de 215 ambulancediensten te controleren, doen sommige CPA's niets op het gebied van controle en bijscholing. Ook zijn er niet altijd verpleegkundigen aanwezig die bekwaam zijn in levensreddende handelingen als beademen, zuurstoftoediening, intubatie, hartmassage en infunderen. In gebieden waarin 's nachts weinig ritten worden gemaakt is de paraatheid een knelpunt door financieringsproblemen ten gevolge van de te kort schietende richtlijn van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

De acute hulpverlening behoeft verbetering. De samenwerking tussen huisartsen, ambulancediensten en ziekenhuizen dient pragmatisch, met de regionale situatie als uitgangspunt, te zijn georganiseerd. □

1. Cense WH. 'U belt, wij komen'; tuchtrechtelijke uitspraken rond waarneming. Medisch Contact 1987; 42: KNMG-rubriek bij nr. 50.

2. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

3. Eerste hulp in de (huis)artspraktijk. Medisch Contact 1985; 40: 496.

4. Jaarverslag 1986 van de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid. Rijswijk, 1987.

LOGGIO-voorzitter Mw. J. Bloot:

Opleidingsperikelen in de sociale geneeskunde

Sinds enkele jaren stelt de LVSG (financiële) middelen beschikbaar ten behoeve van het Landelijk Overleg van Sociaal Geneeskundigen in Opleiding (LOGGIO)¹. Dit overleg is destijds in het leven geroepen om de gebruikers van de opleidingen sociale geneeskunde in staat te stellen met elkaar van gedachten te wisselen over en aanbevelingen te doen ten aanzien van de kwaliteit van de opleidingen in de verschillende takken van sociale geneeskunde, en wel speciaal gezien vanuit de gebruikersgroep.

Graag geef ik het woord aan de voorzitter van het LOGGIO om een probleem dat in de opleiding van sociaal-geneeskundigen is gesignaleerd bij u te presenteren.

Mw. Dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

Sinds de oprichting van het LOGGIO houden wij ons onder andere bezig met de supervisieproblematiek en de relatie deeltijdarbeid en opleiding. Uit de opleidingen kwam in 1985 het signaal dat de berekening van de duur van de praktijkopleiding² bij part-timers leidde tot onverklaarbare onderlinge verschillen.

Wanneer wij het begrip 'part-timers' definiëren als zij die minder dan 32 uur per week werken, dan werkt 26,5% van alle sociaal-geneeskundigen in opleiding (SGIO's) part-time.

WAT IS HET PROBLEEM?

In bepaalde gevallen blijkt een part-timer die de opleiding in werktijd volgt een kortere praktijkopleiding te hebben dan de part-timer die de opleiding niet in werktijd volgt. De tijd besteed aan het werken in de praktijk en opleiding samen verschilt echter niet! Een rekenvoorbeeld maakt het duidelijk: SGIO A werkt 70% en doet de opleiding in werktijd (waarvoor gemiddeld 20% van een volle werkweek wordt gerekend); SGIO B werkt 50%, maar volgt de opleiding in eigen tijd. Beiden zijn dus met dezelfde activiteiten bezig in dezelfde hoeveelheid tijd: 50% werken in de praktijk en 20% opleidingsactiviteiten. SGIO A krijgt een verlenging van de opleidingsduur van $100/70 = 1,4$ maal de normale duur (dat is de duur van de opleiding bij full-time werk) en SGIO B een verlenging van $100/50 = 2$ maal de normale duur.

Dit probleem is ook aan de SGRC voorgelegd, die er op het ogenblik een oplossing voor zoekt in de vorm van een minimum-norm voor de 'netto-werktijd' als basis voor de berekening (zie ook jaarverslag SGRC, MC nr. 43/1987).

ENQUÊTE

Het LOGGIO heeft mede naar aanleiding van bovengenoemd signaal een enquête gehouden onder de SGIO's om de aard en omvang van allerlei opleidingsproblemen in kaart te brengen. Om praktische redenen is de enquête uitgezet bij 400 van de in totaal circa 520 SGIO's; 340 SGIO's gaven respons (= 85%).

Uit deze enquête bleek dat er voor part-timers ten opzichte van full-timers andere afspraken worden gemaakt met betrekking tot het volgen van de opleiding (= theorie en stage) in werktijd: slechts 28,1% van de part-timers volgt de theorie volledig in werktijd en 34,1% van hen volgt de stage volledig in werktijd. Voor full-timers zijn deze cijfers 92,8% respectievelijk 86,0%! Verder bleek dat SGIO's



(full-timers én part-timers) tijdens afwezigheid in verband met de theorie of stage slechts in 39,7% respectievelijk 47,1% van de gevallen door een collega worden vervangen. Bij 60,6% respectievelijk 50% van alle SGIO's blijft bovendien het werk geheel of gedeeltelijk liggen.

Bij de jeugdgezondheidszorg zijn de problemen het grootst, omdat van oudsher daar de meeste part-timers werken (51,4%!). Sowieso is er een trend om meer part-time te gaan werken. Wij verwachten daarom dat het huidige aantal part-timers (26,5%) nog verder zal toenemen. Ook bij de andere takken van de sociale geneeskunde zal dit probleem zich meer en meer gaan voordoen.

Al met al vormt het een goede reden om nu en in de toekomst geen genoegen te nemen met een ad hoc-regeling per individu, maar te streven naar een goede structurele oplossing. Het is echter een grote vraag of de 'netto-werktijd', zoals is voorgesteld door de SGRC, wel het beste middel is om de opleidingsduur

te berekenen. Uit het bovenstaande blijkt immers dat de vaststelling van de echte 'netto-werktijd' zeer moeizaam zal zijn. Ons inziens kan deze 'netto-werktijd' daarom niet als uitgangspunt dienen voor de berekening van de duur van de praktijkopleiding.

DUUR PRAKTIJKSCHOLING

Waarom is de bepaling van de duur van de praktijkopleiding nu zo belangrijk? Welnu, één van de kenmerken van praktijkopleiding is dat de SGIO onder supervisie behoort te staan. Het nut van supervisie als onderdeel van de opleiding en vorming van de SGIO wordt door het LOGGIO onderstreept. Echter de waarde van supervisie voor de praktijkopleiding in de opleiding van de SGIO staat en valt met de invulling van de supervisie. Bij de wijze waarop momenteel de supervisie in verschillende takken wordt ingevuld, zet het LOGGIO grote vraagtekens. Het vaststellen van regels voor de berekening van de duur van de praktijkopleiding zonder verdere inhoudelijke en procedurele vormgeving van het begrip 'supervisie' is in onze ogen daarom voorbarig en (nog) niet ter zake doende.

Het LOGGIO vindt dat zolang supervisie niet goed is geregeld en er geen eenduidige regel bestaat voor de berekening van de praktijkopleiding, individuele SGIO's niet de 'dupe' mogen worden. Wij vragen ons des te meer af of verlenging van de praktijkopleiding, en dus de duur van de supervisie, bij part-timers wel hét middel is om de kwaliteit van de opleiding in de sociale geneeskunde te garanderen...

Mw. J. Bloot,
voorzitter LOGGIO

1. Het LOGGIO is in 1983 opgericht. Gestreefd wordt naar een samenstelling van vertegenwoordigers van elke cursusgroep van alle opleidingen. De doelstelling van het LOGGIO is het bereiken van een optimale kwaliteit van de opleiding in relatie tot de (beroepsspecifieke) praktijkkenmerken. De sociaal-geneeskundigen in opleiding (SGIO's) zijn bij uitstek in staat aan te geven hoe door anderen bedachte en verzorgde opleidingen bij de praktijk aansluiten. Daarom streeft het LOGGIO naar een actieve samenwerking met de beleidsbepalende en uitvoerende organisaties in deze (en dat zijn er meer dan u denkt: CSG, SGRC, CvD, LVSG, opleidingsinstellingen, beroepsspecifieke verenigingen, zoals NVAG, NVAB, NVVG, NVJG, medisch-milieukundige werkgroep).

2. Onder praktijkopleiding wordt verstaan de tijd dat de sociaal-geneeskundige in opleiding (SGIO) werkend in de praktijk onder supervisie staat.

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

DENKMODEL REVALIDATIEGENEESKUNDE

Het is een goede zaak dat collega C. Pons het revalidatiegeneeskundig denkmodel nog eens onder de aandacht van de medische wereld heeft gebracht (MC nr. 45/1987, blz. 1444). Hij geeft een goed beeld van het belang van de integrale behandeling van de motorisch gehandicapte.

In de inleiding merkt collega Pons op dat de revalidatiegeneeskunde nog een jong specialisme is. Ik moge daarbij echter opmerken dat het revalidatiegeneeskundig denkmodel reeds zeer oud is.

Eind 18e eeuw stichtte Jean A. Venel in Orbis een orthopedische inrichting voor de behandeling van ernstig gehandicapten van het houdings- en bewegingsapparaat. In 1844 gebruikte Franz Joseph Ritter von Busch reeds het woord 'Rehabilitation'; 'Viel mehr soll der heilbare Kranke vollkommen rehabilitiert werden, er soll sich zu der Stellung wieder erheben von welcher er herabgestiegen war, er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder gewinnen und mit ihm ein neues Leben'. Op het orthopedencongres in 1908 te Berlijn stelde Bisalski met betrekking tot 'Krüppelfürsorge': 'Das Ziel ist Erwerbsbefähigung und Resozialisierung'. De orthopeed Dr. J. van Assen geeft in 1929 een uiteenzetting over de zorg voor lichamelijk gebrekkigen uit sociaal, economisch en medisch oogpunt (N.B. volgorde!). Hij spreekt over een gemotiveerd behandelings- en opleidingsplan, met onderwijs, plaatsing in de maatschappij en nazorg.

Bij bestudering van de geschiedenis der gebrekkigenzorg van de laatste twee eeuwen blijkt dat accenten verschuiven, nomenclatuur wijzigt en technische verworvenheden een rol gaan spelen, de filosofie achter het denkmodel echter blijft dezelfde. In de revalidatiegeneeskunde is het multidisciplinair gebeuren van essentieel belang. Men denkt dan meestal aan arts, paramedisch beroepsbeoefenaar, psycholoog en maatschappelijk werker (zie ook wijzigingsbesluit Revalidatiedagbehandeling Ziekenfondsverzekering van 7 oktober 1981, Staatscourant 202). Collega Pons geeft in zijn betoog terecht aan dat óók een medisch (specialistisch) multidisciplinair optreden noodzakelijk is voor een adequate revalidatiebehandeling. Wanneer namelijk de revalidatiearts voornamelijk als poortspecialist in de zin van arts-fysiotherapeut met belangstelling voor conservatieve orthopedie zou gaan functioneren en de medisch specialisten van het houdings- en bewegingsapparaat, zoals neuroloog, reumatoloog en orthopeed, onvoldoende hun deskundigheid in het revalidatiegeneeskundig model zouden kunnen inbrengen, dan werkt dit ten nadele van het gehandicaptenzorgsysteem. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de zeer belangrijke revalidatie in de eerste lijn, waar het home-team onder leiding van de huisarts de deskundige inbreng van de categorale specialisten zou moeten ontberen. Het is niet zo dat alle houdings- en bewegingsapparatspecialisten

BRIEVEN

als orgaandeskundigen alleen via het populair zogenoemd 'loodgietersmodel' opereren.

Ik hoop dat collega Pons met zijn helder betoog weer vele collegae het goede perspectief heeft getoond voor de integrale gehandicaptenzorg.

Ulvenhout, december 1987
F. J. B. Zeegers, orthopeed

Literatuur

Assen J van. De zorg voor lichamelijk gebrekkigen uit sociaal, economisch en medisch oogpunt. 1929 (Geschriften van de Centrale Vereniging voor Lichamelijk Gebrekkigen no 3).

Hohmann. G. Hackenbroch M. Lindeman K. Handbuch der Orthopädie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Zeegers FJB. Revalidatie is een normale vorm van hulp in de geneeskunde. Maandblad van de Nationale Federatie Het Wit Gele Kruis april 1958.

Zeegers FJB. Regionale revalidatie. Medisch Contact 1977; 32: 142-5

MET PINCET EN PENSEEL

Artsen-kunstenaars gezocht

Om zijn 10-jarig bestaan in de huidige bedrijfsvorm te vieren organiseert het Artsenlaboratorium Willemsparkweg te Amsterdam samen met 'Met pincet en penseel' een tentoonstelling. 'Met pincet en penseel' is een gezelschap van KNMG-leden die actief beeldende kunst bedrijven en elkaar door het onderlinge contact kunnen steunen en inspireren. De tentoonstelling zal eind februari gedurende een week worden gehouden in het gebouw van het artseneelaboratorium.

Leden van de KNMG uit Amsterdam en omstreken worden hierbij uitgenodigd om beeldend werk in te zenden. Zij kunnen daartoe contact opnemen met ondergetekende, tel. 072-332121.

Heiloo, december 1987
W. E. Naessens

'DEKKER' EN BEZUINIGEN

Veranderen is nog geen verbeteren

Hoewel het rapport-Dekker bruikbare aanbevelingen bevat, zal de uitwerking van de plannen zoals ze er nu liggen niet echt bezuinigen, de kwaliteit van de zorg aantasten en leiden tot een ernstige vorm van discriminatie voor een groot deel van de bevolking.

De Nederlandse gezondheidszorg behoort tot de beste ter wereld en is bij lange na niet de duurste: Nederland 8,8% van het bruto nationaal produkt; de VS 10,8%; Frankrijk 9,3%. In Engeland bedragen de kosten van de gezondheidszorg slechts 6,2% van het bruto na-

tionaal produkt. Geen wonder dat de voorstellen van Dekker c.s. verdacht veel lijken op het National Health System (NHS) van onze westerburen. Beide steunen op drie basisprincipes: 1. volksverzekering; 2. budgettering van de zorg (inclusief ziekenhuis en specialist); 3. het ontoereikend maken van dit budget. Samen leidt dit tot 'a crude, but effective way to restrain health services' - een citaat van Dr. Willets, adviseur van premier Thatcher en directeur van het Centre for Policy Studies in Londen, die onlangs in Utrecht een waarschuwend spreekbeurt hield over Dekker en het NHS. Zoals we nu ook al hier zien gebeuren, leidde dit in Engeland tot onder andere maanden- tot jarenlange wachtlijsten voor operaties (600.000 tot 750.000 personen) en tot een ernstige aantasting van de kwaliteit van de zorg. Het is logisch dat de beter gesitueerden (5 miljoen personen) een extra particuliere verzekering hebben afgesloten. Hierdoor hoeven ze niet in de file te wachten totdat zij aan de beurt zijn, doch worden in privé-klinieken geholpen: sneller, beter en goedkoper. Die privé-klinieken zijn hier nog niet, maar dat is natuurlijk zo geregeld. Ik durf te veronderstellen dat de heren Dekker, Dees, Lansink, Mw. Müller-van Ast en ondergetekende zich zeker geen jaar of langer op een wachtlijst laten zetten als we van onze galstenen moeten worden verlost. Nee . . . wij behoren tot die vooroordelen die financieel in staat zijn te voorkomen dat we in die file komen te staan. Maar de rest . . . ?

Volgens de plannen zijn we straks allemaal verplicht verzekerd tegen ziektekosten, niet voor 100% zoals in Engeland, doch voor slechts 85% daarvan. Nog beroerder dus dan bij de buren. Extra bijverzekeren gebeurt natuurlijk juist niet door die groep (15%-20%?) waarvoor dit het hardst nodig is. Maatregelen zijn reeds aangekondigd om in die gevallen een beroep op de bijstand onmogelijk te maken, met het gevolg dat dit deel van de bevolking van een deel van de zorg zal worden uitgesloten - toestanden die aan de Derde Wereld doen denken: klassegezondheidszorg. Ik hoor nog geen protest van de patiëntenverenigingen of van politici die zo graag vertellen voor de minderbedeelden in onze samenleving op te komen.

Omdat het hele nieuw te ontstane geldcircuit buiten de WVC-begroting zal omgaan, zal het plan-Dekker die beoogde 6,2% van het bruto nationaal produkt wel halen. Dit is echter geen bezuinigen, maar alleen een boekhoudkundige vestzak-broekzaktruc, meer niet: betaald worden moet er toch. Om deze goocheltoer mogelijk te maken moet wel ons hele gezondheidsstelsel worden afgebroken. Mij lijkt dit zo'n ingrijpende maatregel dat ik dit niet alleen door ziekenfondsen en politici zou willen laten beslissen; voor zo iets lijkt mij een volksreferendum op zijn plaats.

De huidige particulier verzekerden (30%) dragen nu al voor 30% bij in de tekorten van ziekenfondsen. Via de volksverzekering (premiëdeelnominiaal en naar draagkracht) gaat dit laatste percentage binnenkort naar 100% omhoog. Maximale solidariteit? Prachtig, ak-

koord! Maar bezuinigen doet dit weer niets: er is wederom slechts sprake van louter verschuiving van premielastendruk.

Bezuinigen lukt wél als je kunt bewerkstelligen dat er minder mensen een beroep hoeven te doen op de gezondheidszorg, door het individu meer verantwoordelijk te maken voor zijn eigen gezondheid. Dit ontbreekt nu nog te veel, omdat de gemeenschap toch wel voor alle kosten opdraait. En aangezien verantwoordelijkheid via de portemonnaie loopt, moet dit beleid ook via financiële prikkels worden uitgevoerd. Een stuk premie-inbouw dient plaats te vinden afhankelijk van die eigen verantwoordelijkheid, met andere woorden: mensen die bewust ernstige gezondheidsrisico's nemen dienen dit te betalen in extra premie. Het gaat hierbij om roken, overmatig alcoholgebruik, vetzucht, gevaarlijke sportbeoefening en dergelijke. Mensen die deze verantwoordelijkheid wel kennen moeten dus minder aan premie betalen dan degenen die het hiermee niet zo nauw nemen. Dit is mijns inziens niet alleen logisch en rechtvaardiger, doch het werkt bovendien voorlichtend, stimulerend en preventief. Dat het rapport-Dekker dit laat liggen is het missen van een kans voor open doel.

's-Hertogenbosch, december 1987
Dr. H. F. Aarts, plastisch chirurg

ARTSEN GEVRAAGD

Voor het interkerkelijk vakantiewerk voor allerlei groepen 'kansarmen', die op een of andere manier niet of zeer moeilijk op vakantie kunnen gaan, zijn er jaarlijks vele vrijwillig(st)ers nodig. Dat lukt vrij tot zeer goed, maar voor de noodzakelijke medische begeleiding is dat minder het geval. Toch zijn er medici nodig voor deze doelgroepen: volwassenen met een kwetsbare gezondheid en/of lichamelijke handicap, soms alleen komend, soms met partner. Daarom onze vraag aan u:

kunt u overwegen een week als vrijwillig arts mee te werken?

Het doel van de aanwezigheid van de arts is:

- medische begeleiding en hulp bij acute situaties;
- geruststelling van de gasten en de helpers;
- adviseur zijn van de aanwezige staf van vrijwilligers;
- mens zijn tussen de mensen.

We denken aan:

- basisartsen;
- huisartsen;
- (assistent-)verpleeghuisartsen;
- artsen in opleiding tot revalidatiearts.

Maximumleeftijd: in principe circa 65 jaar.

Periode: één week tussen mei en september 1988 of tussen 15 november en 28 december 1988.

Plaats: het geheel aangepaste en vernieuwde conferentieoord 'de Blije Werelt' te Lunten of het aangepaste vakantiehuis 'het F.D. Roosevelthuis' te Doorn.

Inlichtingen: Centrum voor Zending en Dia-

konaat van de Gereformeerde Kerken in Nederland, afdeling Recreatie (dhr. J. van Luit), Postbus 200, 3830 AE Leusden, tel.: 033-943244, toestel 313.

Leusden, december 1987
J. van Luit

HUISARTS ZONDER WITTE JAS

In haar artikel in MC nr. 47/1987, blz. 1487, analyseert Mw. Van Schagen-Gelder enige onbedoelde, maar ongewenste gevolgen van de nivellering in de arts-patiëntrelatie. Het geschrift komt uit onverdachte hoek: de auteur is niet-medicus en bovendien vrouw.

Terecht wordt gesteld dat medische statussymbolen en autoritair gedrag geen verband met elkaar houden. Niet de witte jas maakt autoritair maar de attitude van de persoon in de witte jas. Voor een jonge arts die zich nog onzeker voelt tegenover de patiënt kan de witte jas er juist toe bijdragen de onzekerheid weg te nemen en de arts het zelfvertrouwen te geven dat nodig is om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Een schone witte jas bij een lichamelijk onderzoek geeft de patiënt ook meer vertrouwen dat de arts de regels van de hygiëne in acht zal nemen dan het dragen van een slobbertrui. Bij een gynaecologisch onderzoek door een mannelijke arts is het dragen van een witte jas tevens zinvol, omdat het de nodige distantie schept tussen arts en patiënt. Het is daarom te betreuren dat in een recente televisie-uitzending een arts het gynaecologisch onderzoek verrichtte in zijn vrijetijdskleding; een van mijn patiënten die tijdens deze uitzending de televisie terloops had aangezet, reageerde met de opmerking: 'Ik dacht eerst dat het een pornofilm was, maar het was nog zo vroeg in de avond'.

Ik hoop dat het voortreffelijke artikel van Mw. Van Schagen een bijdrage mag leveren aan een eerherstel van voor de patiënt en de arts nuttige statussymbolen in de geneeskunde.

Groningen, december 1987
J. Kremer, gynaecoloog

OVER DE RUG VAN DE PARTICULIERE PATIËNT

Voor de beurs van de huisarts is het natuurlijk plezierig dat de LHV in het conflict met de regering aan het langste eind heeft getrokken en nu de tarieven voor de particuliere patiënten flink kan verhogen, maar daarmee wordt één van de weinige partijen in de gezondheidszorg die rationeel en kostenbewust handelen afgestraft, voor dit handelen namelijk juist de particuliere patiënt die de grote risico's (opname en dergelijke) verzekert en de kleinere zelf draagt (bezoek aan de huisarts).

En waar moet die particuliere patiënt die de poort tot het geneeskundig labirint als 't effen kan niet ingaat nu heen? Naar de alternatieve

genezer, de iriscopist of de kruidendokter? Of nog maar langer wachten met naar de dokter te gaan, totdat het knobbeltje in de borst zo groot is als een flinke stuiter en echt goed pijn gaat doen? Of toch ook maar de huisartshulp mee-verzekeren en zorgeloos en gedachteloos mee-consumeren met de rest?

Deze zaak ligt net zo fout als dat zuinige ziekenhuizen, zoals de Weezenlanden in Zwolle en Bethesda in Hoozevee, via budgettering voor hun zuinigheid (dreigen te) worden gestraft. Ze toont aan dat er snel iets á la 'Dekker' dient te veranderen. Anders neemt misschien het gemiddeld aantal consulten en visites weer verder af en moeten we straks weer harder bloeden.

Oosterhesselen, december 1987

Dr. R. A. de Widt
(particulier verzekerd)

HOMOSEKSUALITEIT 1

Gedurende mijn praktijkjaren kwam een jongeman van ongeveer 25 jaar op mijn spreekuur, die mij vertelde dat hij als 14-jarige knaap op het gymnasium last had gekregen van onverwachte aanvallen van misselijkheid en overgeven. Na enige tijd ontdekte hij dat dit altijd gebeurde als een bepaalde jongen uit een andere klas in zijn buurt kwam. Dat dit hem in hoge mate verbaasde, laat zich horen. Hij vertelde mij toen dat hij na enkele maanden tot zijn ontzetting ontdekte dat hij voor diezelfde jongen een seksuele toeneiging voelde. Zonder verder filosoferen voelde hij dit als zó onnatuurlijk dat hij alles in het werk stelde om dit te overwinnen. Hij bezocht een psychiater en tenslotte ook een endocrinoloog. De jongeman vroeg uiteindelijk of zijn testes konden worden weggehaald, hetgeen op zijn dringend aanhouden geschiedde. Tot zijn grote smart bleek zelfs dát niet te hebben geholpen.

Een ander geval betreft een oudere man van omstreeks 50 jaar, die naar een bepaalde betrekking wilde solliciteren en mij zei: 'Ik ben homofiel (hetgeen ook duidelijk te zien was), maar ik heb er nooit één seconde aan toegegeven'.

Deze twee herinneringen laten zich makkelijk samenvoegen met hetgeen uit brieven spreekt die in nr. 46/1987 van dit tijdschrift zijn geplaatst. Men is homoseksueel of men is het niet. (Overgangen betekenen geen tegenpraak; ook zij verschijnen 'onwillekeurig'.) Homoseksualiteit heeft dus niets te maken met moraliteit of 'ziekte', in de gewone zin van het woord. Ik kan slechts één uitdrukking gebruiken die mij geschikt lijkt: anders zijn. Hoe dit 'anders zijn' tot stand komt, is een tweede probleem. Ik zou hier slechts één opmerking willen maken, namelijk dat de homoseksualiteit in de laatste halve eeuw zeer sterk is toegenomen. Statistieken zeggen mij niets. Betrouwbare schattingen zijn er op dit gebied zeker niet.

Dat men de homoseksualiteit als probleem

voelt, laat zich menselijkerwijs begrijpen. Dat men het heeft gezocht in het morele en het pathologische, berust voor mij op een zekere kortzichtigheid.

Dat men tracht de homoseksualiteit te verklaren door een hormonale abnormaliteit, betekent voor mij slechts het verplaatsen van het probleem. Vóór alles dienen wij te constateren dat zij sinds de laatste tientallen jaren zeer is toegenomen. Men zou zich de vraag moeten stellen hoe dit komt.

Wat homoseksualiteit bij dieren betreft, zoals onder andere wordt besproken door collega Paris (MC nr. 46/1987, blz. 1457), moet mij de opmerking van het hart dat deze niets te maken heeft met menselijke homoseksualiteit. Dit zou hoogstens zo zijn, wanneer de met elkaar spelende mannetjes beslist nooit een vrouwtje zouden nemen en omgekeerd. Bovendien vergete men niet dat dierlijk en menselijk handelen in een bepaald opzicht volkomen onvergelijkbaar is, hetgeen prachtig uitgedrukt ligt in de zin van Teilhard de Chardin: 'Het dier weet en de mens weet, doch de mens is het enige wezen dat weet dat het weet'.

Driebergen, december 1987
L. F. C. Mees

HOMOSEKSUALITEIT 2

De ingezonden brief van Prof. Dr. G. J. Kok in MC nr. 49/1987, blz. 1544, vond ik zeer leerzaam. Immers, van deze gezondheidsvoorlichtingsdeskundige heb ik een eenvoudig doch doeltreffend recept mogen ontvangen ter bestrijding van mijn eventuele toekomstige opponenten: achter mijn stelling moet ik het woordje 'fobie' plaatsen, daarna mijn opponent voor psychisch gestoord verklaren en hem professionele hulp adviseren. Zo simpel is het.

P.S. Uiteraard kan dit recept ook op bredere basis, in ons gehele maatschappelijke leven, worden toegepast. Men probeer het zelf uit! Het werkt zeker en klinkt nog wetenschappelijk ook!

Amstelveen, december 1987
J. Nemansky, radioloog

ALTERNATIEVE GENEESKUNDE

'De droom der rede'

In MC nr. 49/1987, blz. 1543, las ik de brieven van alternatief georiënteerde collegae.

Het is niet toevallig dat collega Ogilvie zich beroept op 'De droom der rede' van Mw. Dessaur. Dit boek is namelijk een typisch voorbeeld van elitair irrationalisme. Weliswaar geeft de schrijfster blijk van een indrukwekkend verbaal vermogen, maar de repetitieve gebruikte stereotiepe woordformules missen ten slotte elke inhoud. Men leze de kritiek van Rudy Kousbroek in de NRC van 29

september en 9 oktober: hij laat van dit geestesprodukt weinig heel, en terecht.

De grote affiniteit met deze irrationele bombast die collega Ogilvie zo duidelijk toont is niet zo verwonderlijk, omdat in 'De droom der rede' het eigen alternatieve uitgangspunt te herkennen valt, namelijk een zonderlinge waarheidstheorie die zegt: een uitspraak is waar als ik geloof dat hij waar is!

Welke 'inzichten' men kan baseren op dit soort 'geesteswetenschappen', zoals collega Ogilvie ze noemt, is mij een raadsel, maar ik twijfel er niet aan of hij weet ook mij wel een of ander vermeend 'paradigma' aan te wijzen.

Schagen, december 1987
R. C. Posthuma

EEN OOR AANNAAIEN

Praktijkperikel nr. 49/1987

Het volgende naar aanleiding van het praktijkperikel in Medisch Contact nr. 49/1987, blz. 1560.

Bij de ziekenfondsen is uiteraard al lang bekend dat dagbehandeling een hogere ziekenhuisberekening kan opleveren dan klinische opname. Bij de laatste is immers het ok-tarief in de verpleegprijs verdisconteerd.

Bij plastisch chirurgische ingrepen moet de verzekerde soms 50% zelf betalen. Bij de afrekening met de patiënt is door ons ziekenfonds als uitgangspunt gesteld dat hij voor de ziekenhuiskosten in geval van dagbehandeling nooit meer betaalt dan de helft van twee verpleegdagen.

Deventer, december 1987
Ph. Breedveld, adviserend geneeskundige
Regionaal Ziekenfonds Salland

ALCOHOLPROBLEMATIEK EN HULPVERLENING

Met een enkel woord zou ik graag willen antwoorden op het artikel van collega Raat (MC nr. 47/1987, blz. 1494). Aangezien ik zelf vanaf 1920 in de alcoholbestrijding heb gezeten, weet ik maar al te goed hoeveel problemen zich hier voordoen.

Men vergeet niet dat destijds Amerika werd drooggelegd. (Ik heb in die jaren nog een voordracht gehoord van Henry Warner, die de wereld afreisde ten bate van de alcoholbestrijding.) In 1928 sprak ik met een Amerikaan, die mij zei: 'You see, we'll never be wet again!' We weten maar al te goed hoezeer de gang van zaken hem in het ongelijk heeft gesteld. Het was geen doen te vechten tegen de bierkaai: smokkelen, stelen, liegen, bedriegen, enz. werden ondragelijk.

Iedereen weet wel hoe pijnlijk het is ernstige artikelen in de krant te lezen over het alcoholprobleem, terwijl daarnaast de meest 'smakelijke' advertenties staan ('Staat de Bokma al

koud?'). Ik meen dat dit voorbeeld voldoende is om hier te wijzen op een belangrijk doch ook ernstig verschijnsel in onze tijd, namelijk dat wij marionetten van de economie zijn geworden (dat dit ook geldt voor alles wat met olieproblemen, kernreactoren en atoomwapens van doen heeft, laat zich begrijpen).

Wat alcohol betreft, mijn antwoord op deze situatie is: heeft men dan nog niet ontdekt dat de tijd van de alcohol voorbij is?! Alcohol is een strijd tegen het wakker-zijn. Wakker zijn betekent het verwelijken van de menselijke moraliteit.

Wat moet men doen? Voor mij ligt er maar één antwoord voor de hand: de opvoeding moet veranderen. Kinderen moeten weer leren stenen, planten, dieren en mensen met een nieuwe blik te bezien. Opvoeding wijst ook direct in de richting van het onderwijs. Ik zou hier een lans willen breken voor wat in de pers met betrekkelijke zorg werd besproken, namelijk het toenemen van het aantal Vrije Scholen in de hele wereld. In deze scholen spreken de leerlingen iedere ochtend samen met de onderwijzer, staande een spreuk, waarvan de beginregels luiden:

Ik zie rond in de wereld
waarin de zon haar licht zendt,
waarin de sterren fonkelen,
waarin de stenen rusten,
de planten levend groeien,
de dieren voelend leven,
waarin de mens bezielde
de geest een woning geeft.
Ik schouw diep in de ziel
die binnen in mij leeft.

Er mag nog even worden opgemerkt dat de kinderen deze spreuk ongeveer tweehonderd dagen per jaar, gedurende twaalf jaar, opzeggen.

Ik wil eindigen met een citaat van Godfried Bomans, uit de Volkskrant van 22 januari 1972. Men zal merken hoe actueel dit is:

Het helpt dus niets de mensen er dag in dag uit op te wijzen dat ze over 30 jaar naar de bliksem gaan, want ze zijn daartoe gaarne bereid, als het hun nú maar goed gaat. Zelfs bij een eerder optreden van de catastrofe is er nog geen reden tot alarm. Onze hele constitutie is op het aanvaarden van de limiet, die de dood heet, ingesteld, en die geveendheid komt ons dan goed van pas! Je ziet die berusting overal om je heen.

(...) Het is onbegonnen werk de mensen te wijzen op de zinloosheid van hun streven naar geld, comfort, snelle verplaatsing en al die zaken, waardoor duizenden uitlaatpijpen hun gif in de wereld uitbraken, zolang men geen alternatief te bieden heeft. Ze geven het niet uit handen, want wat krijgen ze terug? Een leven, waaruit ook dat nog is weggenomen.

De zin van het leven dreigt men uit het oog te verliezen!

Driebergen, december 1987
L. F. C. Mees

DE ARTS GETUIGE TEGEN ZIJN PATIËNT?

In MC nr. 43/1987, blz. 1379, is een beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam gepubliceerd van 24 juni 1985, bevestigd door het Centraal Medisch Tuchtcollege op 20 au-

gustus 1987, waarbij een arts de maatregel van waarschuwing werd opgelegd wegens schending van zijn beroepsgeheim. De patiënt van de arts had een eis tot schadeloosstelling ingesteld tegen het ziekenhuis waar de beklagde arts hem operatief had behandeld, waarbij de nervus ischiaticus zou zijn geraakt. Omdat de rechtbank de patiënt opdroeg te bewijzen dat en hoe dit laatste het geval was, richtte de advocaat van de patiënt zich schriftelijk tot de arts met een viertal vragen. De arts beantwoordde die vragen, eveneens schriftelijk. Zijn antwoord betrof, in zekere mate tot in details, onderdelen van de medische behandeling die de patiënt had ondergaan. De daarop gevolgde veroordeling is in overeenstemming met de jurisprudentie van de tuchtcolleges¹. Zeker ten aanzien van de medische behandeling die een patiënt heeft ondergaan past de behandelend arts te allen tijde en tegenover een ieder een volstrekt stilzwijgen. Dat kan meestal uitzondering lijden wanneer de patiënt, na te zijn ingelicht over al wat de arts wil doorgeven, daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven.

Het is dus niet zo – als de vanwege de redactie van Medisch Contact bij de publikatie gevoegde toelichting als wenselijk schijnt aan te bevelen – dat een patiënt die in een ziekenhuis wordt opgenomen, gehouden kan worden geacht 'vooraf' (bedoeld is blijkbaar: vóór de behandeling) toestemming te geven tot het verschaffen van hem betreffende medische gegevens aan de raadsman van het ziekenhuis 'voor het geval van een procedure'. Er kan dan natuurlijk van een gerichte toestemming nog geen sprake zijn. Reeds in 1941 besliste het Centraal Medisch Tuchtcollege dat een algemene machtiging (verstrekkt in het kader van verzekeringsvoorwaarden) om inlichtingen betreffende een patiënt (de verzekeringsnemer) te verschaffen, diens behandelend arts niet ontheft van zijn beroepsgeheim zonder dat hij zich er van heeft vergewist met diens uitdrukkelijk goedvinden te handelen².

Wel is aannemelijk dat een patiënt die is opgenomen, kan worden geacht zijn toestemming te hebben gegeven tot verstrekking van gegevens aan de (medische) directie of aan ziekenhuiscommissies. Dat kan worden beschouwd als een aan de behandeling in een ziekenhuis verbonden consequentie. Uit het gezichtspunt van de handhaving van het medisch beroepsgeheim is dat echter een geheel andere situatie. De personen die deze inlichtingen ontvangen zijn zelf aan de zwijpplicht van de medische professies gehouden en hebben op dit punt tenminste een afgeleid beroepsgeheim. Dat daar 'de noodzakelijke medische gegevens' moeten kunnen terechtkomen, spreekt vanzelf. Maar in hoeverre verdienen geheime gegevens betreffende een patiënt waarover de verweerder in een civiele procedure zou willen beschikken de kwalificatie 'noodzakelijk'? Het gaat dan toch alleen om financieel belang? Dat is geen noodzaak in die mate dat het medisch beroepsgeheim mag worden geschonden, dat berust op het beginsel dat alle patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat wat een arts omtrent zijn patiënt te weten

komt geheim blijft, omdat alleen dan kan worden voorkomen dat zieken vrees voor openbaarheid laten weerhouden geneeskundige hulp in te roepen. Met deze bewoordingen kende de Hoge Raad de arts een volledig recht toe zich van de plicht te getuigen voor de rechter te verschonen, al sedert 1913³. Dit is met name het geval in strafzaken, waar toch nog eerder het algemeen belang bij de waarheidsvinding aan de orde is dan in civiele processen.

Het is mede met het oog op het grote belang van bescherming van het vertrouwen in het beroepsgeheim dat wordt gepleit voor een zodanig systeem van assurantie, met name van ziekenhuizen, dat conflicten met patiënten niet meer tot procedures en vragen van verschoningsrecht kunnen leiden.

Olst, december 1987
P. J. W. de Brauw

Noten

1. Bijvoorbeeld:
Centr. Medisch Tuchtcollege 29 november 1951 Ned Jur Prud 1952 No 669;
Medisch Tuchtcollege Zwolle 20 november 1954 Ned Jur Prud 1955 - 71;
Centraal Medisch Tuchtcollege 8 januari 1970 Medisch Contact 1970; 25: 647.
2. 31 oktober 1940; Ned Jur Prud - 855.
3. 21 april 1913; Ned Jur Prud 1913 - 958.

Naschrift

Niet ter discussie staat dat de patiënt op zich gerechtigd is toestemming tot het verstrekken van gegevens te weigeren. De vraag was of deze toestemming in dit geval kon worden vóórondersteld.

Essentie van deze tuchtzaak was of de patiënt door zelf een civiele vordering in te stellen (in dit geval tegen het ziekenhuis) niet kon worden geacht toestemming te geven voor het in het geding brengen van de relevante medische gegevens die bij de verweerder berusten. Het tuchtcollege beantwoordde die vraag ontkennend. Consequentie daarvan is naar onze mening dat dit nimmer tot gevolg kan hebben dat de verwerende partij (het ziekenhuis of de arts) in een nadelige procespositie terechtkomt wegens het feit dat de patiënt toestemming weigert om deze gegevens te overleggen: dan bestaat immers het risico dat het beroepsgeheim op oneigenlijke wijze wordt gebruikt. Terzijde zij opgemerkt dat de redactie van Medisch Contact niet de auteur van de rubriek 'Arts en recht' is.

Utrecht, december 1987
Dr. C. Spreeuwenberg
Mr. W. R. Vroom-Kastelein

WEGWERPMATERIALEN EN AIDS-GEVAAR

Nu de tijd van griepvaccinatie is aangebroken, is het mij opgevallen dat de vaxigripspuiten

zijn voorzien van een rubber beschermkapje. Dit beschermt de naald bij het wegwerpen onvoldoende. Er ontstaat zo een risico dat personeel van de gemeentereiniging zich bezeert aan de naalden met alle risico's (AIDS) van dien.

Hetzelfde geldt voor de alom in gebruik zijnde wegwerpsalpels merk Aesculap; deze hebben helemaal geen beschermkapje, dat toch makkelijk zou kunnen worden bijgeleverd. Ik denk dat het de hoogste tijd is dat fabrikanten van medische materialen zich bezinnen op deze kwestie, waarop ik graag aller aandacht wil vestigen.

Sneek, december 1987
W. Lofvers

Naschrift

Om besmetting door gebruikte naalden te voorkomen, verdient het aanbeveling zich te houden aan een aantal voorzorgsmaatregelen. In de eerste plaats mogen gebruikte naalden niet worden teruggestoken in het beschermkapje. Bovendien dienen de spuiten in daarvoor speciaal ontwikkelde containers te worden weggegooid. De afgesloten container wordt dan beschouwd als 'risicoafval' en dient dan als zodanig behandeld te worden*.

Drs. M. Walraven, apotheker
Dr. M. W. Teunissen, product manager
Rhône-Poulenc Pharma

*Dr. P. J. van den Broek; NTVG 1987; 131, nr. 48, p. 2187-88.

ANATOMIE VAN EEN GEDWONGEN OPNAME

De mening van Cohen Stuart met betrekking tot de veroordeling van een RIAGG-psychiater (MC nr. 50/1987, blz. 1578) ondersteun ik van harte.

De fout van de desbetreffende psychiater (invullen dat hij overleg heeft gehad met de huisarts, terwijl dat overleg eerder en kennelijk via een psycholoog is gevoerd) lijkt mij een fout van het kaliber van fout parkeren. Daarbij past dus een boete van het kaliber van een parkeerboete en niet een boete van f 1.000,—. Intussen bestaat mijns inziens het gevaar dat de tuchtrechtspraak bij meer van dergelijke uitspraken hetzelfde effect op de kwaliteit van de medische zorg krijgt als de invloed die een parkeerboete heeft op fout parkeren. Welk belang zou men precies willen hebben dienen door publikatie van de uitspraak van het Gerechtshof in 's Hertogenbosch (met daarin geïncorporeerd de uitspraak van het tuchtcollege in Eindhoven)?

Weert, december 1987
S. J. Duinkerke, zenuwarts

Een huis voor alle artsen

De LHV heeft de KNMG onlangs medegedeeld dat ze in verband met ruimteproblemen overweegt de Domus Medica te verlaten. Een dergelijke stap is dermate ingrijpend dat ik hier – voordat er definitieve beslissingen worden genomen – de aandacht van onze leden voor vraag.

De Domus Medica vormt voor de maatschappelijke verenigingen, de KNMG en andere verenigingen een ontmoetingsplaats, die de mogelijkheid voor informele contacten biedt. Deze zijn nodig willen we op het gebied van ons gezamenlijk belang, de bevordering van de geneeskunst, met behoud van ieders onderlinge verscheidenheid, één front kunnen vormen. Een gemeenschappelijk huis kan tevens bijdragen tot het bouwen

van bruggen tussen de verschillende geledingen binnen de artsenwereld. Als een belangrijke groep artsen zo'n huis zou verlaten, zou er juist een extra muur worden opgeworpen.

Kortom, voor een gezamenlijk beleid is een gezamenlijke huisvesting essentieel. Er is de KNMG dan ook alles aan gelegen dat huisvestingsproblemen binnen de Domus Medica in samenspraak met alle betrokkenen worden opgelost. Als uiterste consequentie kan dat betekenen dat gezamenlijk naar een nieuwe locatie wordt gezocht. De KNMG is hiertoe bereid.

W. H. Cense
voorzitter KNMG

De arts als toetsbare professional

Een vervolgesprek met KNMG-voorzitter W. H. Cense



'Het vorm geven aan de interprofessionele samenwerking acht ik een van de allerbelangrijkste taken voor de KNMG. Interprofessionele samenwerking met het doel te komen tot een geïntegreerde medische zorgverlening, waarin noch echelonnering noch lijnen gedachtenbepalend zijn. Dat betekent communicatie, samenwerking en afstemming op micro-, meso- en macro-niveau. In een tijd waarin de materiële belangenbehartiging onder sterke druk staat is dit geen gemakkelijke zaak. Toch ben ik ervan overtuigd dat juist nu samenwerking van levensbelang is voor alle groeperingen! De onderlinge materiële én immateriële belangen zijn te sterk verstrengeld om het principe te rechtvaardigen van: 'Ieder voor zich en God voor ons allen'.

'De KNMG zal daarom vanuit haar verantwoordelijkheid met kracht en voortvarendheid dienen te werken aan het vormgeven van die interprofessionele samenwerking op alle niveaus,' Aldus reageert collega W. H. Cense, huisarts op Urk, die een tweede zittingsperiode van een jaar als voorzitter van de KNMG heeft geaccepteerd, op de vraag wat hij het belangrijkste item vindt voor 1988.

MODE OF MORES?

In 1987 lanceerde hij de idee van een KNMG-keurmerk. Gebeurde dat op de golven van de mode: de privatisering c.q. de meer marktgerichte aanpak in het advies van de commissie-Dekker?

Cense: 'Dergelijke invloeden wil ik zeker niet ontkennen. Mijn primaire en belangrijkste drijfveer heb ik evenwel ontleend aan iets anders. Het leveren van een zo hoog mogelijke kwaliteit dient inherent te zijn aan het beroep van arts. Ik zie dat als de verantwoordelijkheid van de arts jegens de individuele hulpvrager, die immers zijn hele ziel en zaligheid aan de arts blootlegt. Dat is mijn vertrekpunt.

'Verder ben ik natuurlijk niet blind voor allerlei ontwikkelingen in onze samenleving. Mensen worden mondiger. Patiënten komen beter geïnformeerd met hun hulpvraag. Epidemiologische inzichten nemen toe. De belangstelling van de publiciteitsmedia voor de gezondheidszorg is duidelijk merkbaar. Gelukkig betreft die interesse niet alleen spectaculaire medische aangelegenheden; ook de positie van de hulpvrager krijgt steeds meer aandacht.

'Verder komt het steeds vaker voor dat artsen niet meer puur individueel hulpverlener zijn. Niet alleen in ziekenhuizen werken artsen samen, ook huisartsen werken nauw samen in waarnemgroepen. In andere geledingen van de gezondheidszorg doet zich dezelfde ontwikkeling voor.'

Zou de toenemende teambehandeling de noodzaak tot kwaliteitsbewaking, door u zo sterk gevoeld en uitgedragen, niet eerder doen verminderen dan vergroten?

Dat hangt af van wat je onder kwaliteitsbewaking en de idee van een keurmerk verstaat. Zonder twijfel gaat er van meer intercollegiale samenwerking een toetsend en vormend effect uit. In het kader van die toetsing worden we bestookt met gemiddelden die het produkt zijn van talloze statistieken. Daar moeten we geweldig mee oppassen. Mijn zorg voor de zorg heeft veel meer te maken met het feit dat we worden geconfronteerd met een *beperking van de middelen*. Daarom is het voor de professie en dus voor de KNMG dringend noodzakelijk een raamwerk voor kwalitatief nog verantwoorde zorg aan te geven. Het is zeker waar dat

we een periode achter de rug hebben waarin de bomen soms wel tot de hemel leken te groeien. We moeten echter niet vergeten dat de budgettering inmiddels een schonend effect heeft gehad. We zijn nu zo ver dat we ook een minimum voor de zorg moeten durven aangeven.

'Dit betekent voor mij *méér onderzoek naar de zorg zelve*. Jammer genoeg is er voor dit soort onderzoek weinig interesse bij de universiteiten. Ook internationaal scoort onderzoek naar de zorg niet hoog. Dit te stimuleren is een taak voor de KNMG. En dat zeg ik niet zomaar. We zijn al zo ver dat een ziekenhuisdirecteur recent openlijk zei eerder voor technologie dan voor zorg te zullen kiezen, wanneer hij wegens budgettaire redenen een dergelijke keuze zou moeten maken. Met meer technologie ligt een ziekenhuis kennelijk beter in de markt. En dat is weer nodig om te kunnen overleven in de huidige situatie van een wellicht toch al te ver doorgevoerd beheersmechanisme.

ZORG VOOR DE ZORG

'In het eerder gememoreerde advies van de commissie-Dekker is nogal wat aandacht besteed aan de zorg en efficiency van individuele hulpverleners en categorieën van hulpverleners. De KNMG is minder geïnteresseerd in verschillen tussen individuele artsen, maar daarentegen des te meer in de totale kwaliteit van de medische professie. Te veel nadruk op individuele prestaties zou weleens funest kunnen zijn voor de totale zorg. Dit te meer daar in het rapport-Dekker wordt gesuggereerd bijvoorbeeld de financiers elk jaar offertes te laten vragen bij de potentiële leveranciers van dienstenpakketten. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat daarbij uiteindelijk de prijs wel eens doorslaggevend zou kunnen zijn; dus wie een appendix er het goedkoopst uit haalt krijgt de markt. In de Verenigde Staten vallen al heel goede dokters op die manier buiten het zorgcircuit.

'Dit soort misstanden moet de KNMG proberen te voorkomen. Dat is niet alleen in het belang van alle artsen, maar ook van de totale zorgverlening. Om die positie waar te kunnen maken is het onder meer noodzakelijk onze eigen kwaliteit te accentueren. In dat kader past de idee van een KNMG-keurmerk, een idee dat overigens meer moet worden gezien als een signaal. Uiteraard realiseer ik mij heel goed dat er allerlei haken en ogen aan zitten.

'Overigens gebeurt er op het gebied van

de kwaliteitsbewaking al heel veel. Kortheidshalve verwijs ik naar de activiteiten van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing en inspanningen op dat terrein van bijvoorbeeld het Nederlands Huisartsen Genootschap, terwijl ook de LHV zich vanuit haar visie in toenemende mate hierin profileert.

'De KNMG heeft hierbij een belangrijke rol in de *voorwaardenscheppende* sfeer en veelal ook in de afstemming tussen de verschillende werkgebieden en de concrete invulling op regionaal niveau. De regiovorming, die naar ik hoop doorgaat, houdt voor mij tevens in dat er best regionale verschillen mogen bestaan in de zorg, mits die maar aansluiten bij de verschillende omstandigheden en behoeften. Het lijkt me uiteindelijk funest voor de zorg dit soort invullingen maar over te laten aan managers. Die zorg voor de zorg betekent evenwel dat wij vanuit de KNMG zelf met een invulling moeten komen.'

Kunnen we dus binnenkort een soort stappenplan van de KNMG tegemoet zien?

Cense: 'Dat is inderdaad mijn vurige wens. Uiteraard dient dat te gebeuren in goed overleg met de maatschappelijke verenigingen. In dat overlegproces heeft de KNMG een belangrijke taak. Immers, voorkomen moet worden dat categorieën van artsen naar maximalisering streven. Een geïntegreerde zorg betekent nu eenmaal dat *niet maximalisering, maar optimalisering* het zwaarst moet kunnen wegen. De KNMG vervult als het ware de functie van het cement voor het gezondheidsbouwwerk.'

MOTIVATIE

'Overigens maak ik me wel buitengewoon veel zorgen omtrent de verhouding tussen professie en overheid: die is tot een dieptepunt gedaald. Al te gemakkelijk wordt voorbijgegaan aan de reeks van revolutionaire maatregelen waarmee de artsenwereld is overspoeld. Laten we wel wezen: het is nog maar enkele jaren geleden dat iedereen zich uitstekend kon vinden in een open-eind-financiering. Plotseling zijn we geconfronteerd met een budgettering. Nog maar nauwelijks bekomen van deze omwenteling, begint de overheid op een veel te forse wijze aan nieuwe knelmaatregelen. Al te gemakkelijk wordt de schuld telkens in de schoenen van de artsen geschoven. Dit terwijl juist de medische professie een traditie

heeft van een constructieve grondhouding. Bovendien liggen er al sinds jaar en dag tal van uitstekend bruikbare voorstellen om tot werkelijk structurele veranderingen te komen die aansluiten bij een goede zorg.

'Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de overheid wel uitermate nonchalant omgaat met de positieve opstelling van de medische professie. Waarom bijvoorbeeld is nog steeds geen enkel zinvol voorstel van de professie door de overheid overgenomen? De houding van de overheid moet wel leiden tot vertraging. Immers, geen enkele innovatie lukt zonder motivatie!'

INTEGRATIE

Zijn in de nieuwe visie op de nieuwe structuur van de KNMG voldoende waarborgen ingebouwd dat de KNMG de hoofdtaken kan vervullen die u zojuist heeft aangegeven?

Voorzitter Cense: 'In het rapport 'KNMG 2000' staan zeker zinvolle voorstellen. Op zich deel ik de visie dat er wellicht veranderingen nodig zijn. Zo denk ik bijvoorbeeld dat de interne communicatiestructuur dient te worden verbeterd. Dit te meer, gelet op het accent dat ik heb willen leggen op de *samenpraak* tussen de verschillende categorieën artsen in verband met de geïntegreerde zorgverlening.

'Een zekere spanning tussen die verschillende categorieën is overigens op zich best gezond, maar het moet niet zo kunnen zijn dat in zaken van gemeenschappelijk belang één maatschappelijke vereniging het laatste woord heeft, zeker niet wanneer dit leidt tot maximalisering van deel- of groepsbelangen. Daarom denk ik ook niet dat het goed is de KNMG te doen constitueren door de maatschappelijke verenigingen. Dat werkt immers eerder divergentie dan convergentie in de hand. Ik zie het als een van mijn belangrijkste taken de integratie binnen en buiten de KNMG volop te bevorderen.'

Spoedeisende hulp in een algemeen ziekenhuis

Het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, gelegen in het centrum van Rotterdam, is één van de vijf ziekenhuizen die in Rotterdam gedurende 24 uur per etmaal spoedeisende hulp verlenen. De spoedeisende hulp wordt in het AZR-Dijkzigt verzorgd door twee afdelingen: de EHBO verleent spoedeisende zorg aan patiënten met traumata, spoedopname verzorgt de spoedeisende beoordeling en zo nodig de eerste behandeling van patiënten met acute, niet-traumatische klachten. Jaarlijks wordt in het AZR-Dijkzigt aan circa 19.000 mensen spoedeisende hulp verleend. Hiervan komt circa 45% voor rekening van de afdeling Spoedopname. Dit artikel is gebaseerd op bevindingen bij patiënten die de afdeling Spoedopname bezoeken.

De diensten van de afdeling Spoedopname worden grotendeels verzorgd door een vaste verpleegkundige staf en door de dienstdoende arts-assistenten van het ziekenhuis. Eén assistent vervult de rol van poortarts. Deze wordt als eerste door de verpleging gewaarschuwd, indien niet direct duidelijk is door welk specialisme de patiënt het best kan worden gezien. Meestal betreft het dan patiënten die zich zonder verwijzing bij de afdeling hebben gemeld en bij wie het niet gaat om levensbedreigende problematiek.

Enkele patiënten die op één dag werden gezien, worden hierna besproken. Bij de beschouwing van deze casuïstiek komt de vraag naar voren¹: *Waarom komen deze patiënten nu bij deze dokter (in casu de afdeling Spoedopname)?* Met literatuurgegevens wordt het belang van deze vraagstelling nader toegelicht. Afsluitend volgt de presentatie van enkele kwantitatieve gegevens die relevant zijn voor de vraagstelling.

CASUÏSTIEK

1. Om 12.30 uur meldt zich op eigen initiatief een 30-jarige, sterk verwaarloosde man. Hij was al eens eerder op de afdeling Spoedopname geweest. Hij staat bekend als zwerver. De patiënt vertelt al een week te hoesten en zich koortsig te voelen. Bij onderzoek zien wij een dwingende, zich snel agressief tonende man, wiens lichaam overdekt is met tal van tatoeages en littekens van mesverwondingen. De voedingstoestand lijkt redelijk. Er is een matige koorts (38°C) en er zijn verschijnselen pas-

C. G. Kooiman,
B. J. M. van de Wetering
en Mw. R. C. van der Mast

Anders dan andere specialistische voorzieningen in het algemeen ziekenhuis heeft de afdeling Spoedeisende Hulp (Spoedopname) een lage drempel. Dientengevolge zullen ook mensen met in somatisch opzicht triviale klachten er zich melden, patiënten die, zo luidt de theorie, een onnodige belasting kunnen vormen, (ook in financieel opzicht). Wat is de praktijk? Een verhaal uit de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, van de arts-assistent C. G. Kooiman en de psychiaters B. J. M. van de Wetering en Mw. R. C. van der Mast.

send bij een bronchopneumonie. De patiënt krijgt een recept voor antibiotica en wordt verwezen naar een van de opvanghuizen voor daklozen.

2. Om 23.00 uur meldt zich, ook op eigen initiatief, een 40-jarige Marokkaanse man. Hij verblijft sinds acht jaar in Nederland, doch kan zich met de Nederlandse taal nauwelijks behelpen. Hij wordt niet vergezeld en blijft alleen te wonen. Duidelijk wordt dat hij sinds twee dagen bloederige diarree heeft. De patiënt is angstig en bezorgd. Hij kan niet duidelijk maken waarom hij niet eerder zijn huisarts heeft geraadpleegd. Behoudens vers bloed 'aan de handschoen' worden bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen gevonden. De chirurg die patiënt in tweede instantie ziet geeft hem, overigens tot diens klaarblijkelijke tevredenheid, een verwijzing naar de polikliniek mee.

3. Om 00.15 uur ontvangt de afdeling een 20-jarige alleenstaande Surinaamse vrouw. Zij komt alleen en op eigen initiatief. Sinds vier dagen heeft zij klachten als koorts, hoesten en benauwdheid. Sinds de ochtend heeft zij tevens in de rechterbovenbuik pijn, vastzittend aan de ademhaling. Bij onderzoek zien wij een ernstig zieke, koortsende vrouw met verschijnselen passend bij een lobaire pneumonie met pleuritis. Zij wordt door de internist opgenomen.

4. Om 00.45 uur presenteert zich, op eigen initiatief en niet vergezeld, een 36-jarige, alleenstaande Roemeense man. Hij woont sinds

zeven jaar in Nederland en beheerst de Nederlands taal slechts matig. Hij werkt als kok in een restaurant. De patiënt blijkt sinds drie dagen last te hebben van ernstige pijn laag in de rug zonder uitstraling, waardoor hij reeds twee-en-een-halve dag van zijn werk heeft moeten verzuimen. Bij onderzoek zien wij een verzorgd geklede, zich correct en afhankelijk gedragende man met enige hypertonie van de lange rugspieren zonder dat er van verdere afwijkingen sprake is. Met de 'geruststellende' diagnose 'spit' en het advies zich voortaan eerst – en overdag – bij de huisarts te melden, verlaat de patiënt het ziekenhuis. Gezien de uitdrukking van aarzeling en vertwijfeling op zijn gezicht heeft hij kennelijk niet de geruststelling gekregen waar hij om vroeg.

5. Om 02.10 uur meldt zich een 29-jarige Surinaamse man. Hij woont alleen en werkt als computerdeskundige. Sinds vier dagen voelt hij zich koortsig en is hij hoesterig, doch hij consulteerde hiervoor niet zijn huisarts. Op eigen verzoek is hij nu door een vriend naar Spoedopname gebracht, overigens zonder dat er sprake is van een verergering van de klachten. Bij onderzoek zien wij een zich dwingend en afhankelijk opstellende man met diverse tatoeages op beide armen. De patiënt blijkt matige koorts te hebben en andere verschijnselen passend bij een bronchopneumonie. Met een recept voor de dienstdoende apotheek – hetgeen hij veel omhaal vindt – kan de patiënt het ziekenhuis weer verlaten.

6. Om 02.30 uur wordt een 17-jarig Surinaams meisje door haar 21-jarige vriend binnengebracht. De patiënte blijkt recent met haar ouders te hebben gebroken. Ze heeft de MAVO niet afgemaakt en is tegen de zin van haar ouders met haar vriend gaan samenwonen. Door een Predictor-test is haar sinds drie dagen duidelijk dat zij zwanger is. Sinds ruim een dag heeft zij heftige pijn in de linkerzij. Bij onderzoek zien wij een fors hyperventilerende en zich zeer afhankelijk en theateraal gedragende jonge vrouw zonder lichamelijke afwijkingen. Ook het laboratoriumonderzoek levert geen afwijkingen op. Met enige geruststelling en een instructie voor als ze weer gaat hyperventileren gaan deze patiënte en haar partner weer naar huis.

Op de hier beschreven dag heeft de poortarts dertien patiënten gezien. Slechts twee van hen meldden zich tijdens kantooruren. Bovengenoemde casus werden geselecteerd op grond van het feit dat onduidelijk bleef waarom deze patiënten hadden besloten juist op dat moment de afdeling Spoedopname te bezoeken. Deze onduidelijkheid kon niet worden geweten aan de soms geconstateerde, gebrekkige beheersing van de

Nederlandse taal. Bij drie van de zes beschreven casus bleek spoedeisende hulp in medisch opzicht niet noodzakelijk te zijn. Alle zes patiënten toonden zich echter angstig en vertwijfeld, hetgeen in wisselende mate gepaard ging met regressief gedrag.

LITERATUURBESPREKING

Een acute, als ernstig ervaren aandoening zal bij velen angst en regressief gedrag doen ontstaan². Deze regressie kan van adaptieve betekenis zijn, indien ze een passieve, afhankelijk houding impliceert; problematisch wordt ze wanneer ze resulteert in agressie of dwingelandij². Ook de hier beschreven patiënten toonden zich regressief, de één meer, de ander minder. Meer problematisch regressief gedrag werd gezien bij de patiënten met somatisch *minder* ernstige aandoeningen.

In de medische sociologie wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- ziekte als een te objectiveren afwijking (Eng.: 'disease');
- ziekte als ervaring (Eng.: 'illness');
- ziekte als gedrag (Eng.: 'illness behaviour').

Iemhoff maakt met behulp van literatuurgegevens duidelijk dat niet iedereen die onder doktersbehandeling komt ziek (in de zin van a) is en dat niet alle zieken (in betekenis a) zich altijd onder behandeling stellen³. Zo zou er voor elke patiënt één persoon zijn met even ernstige symptomen die daarmee niet bij een medische instantie bekend is. In een recent Nederlands onderzoek onder 210 gezinnen noemde 90% van de ondervraagden zichzelf goed tot zeer goed gezond, hoewel slechts 5% meldde gewoonlijk geen klachten te hebben⁴. In de onderzoeksperiode (zes weken) gaf slechts 10% van de klachten aanleiding tot het inroepen van medische hulp; ook bij medisch als ernstig te beschouwen klachten als acute pijn op de borst, bloedplassen en dergelijke bleek in slechts 12% van de desbetreffende gevallen een medisch consult te worden gevraagd.

Het zojuist genoemde onderzoek verduidelijkt het belang van de vraag: 'Waarom komt deze patiënt nu bij deze dokter (in ons geval op Spoedopname)?' Blijkbaar geeft ziekte (in de betekenissen a en b) vaak geen aanleiding tot ziekte als gedrag (in die zin van het zich onder doktersbehandeling stellen). Men mag derhalve

Tabel 1. Leeftijds- en geslachtsverdeling van patiënten die in februari 1987 de afdeling Spoedopname van het AZR-Dijkzigt hebben bezocht (N = 513), alsmede de percentuele leeftijds- en geslachtsverdeling van de Rotterdamse bevolking per 1 januari 1985 (N = 571.116).

	+5	+10	+15	+20	+25	+30	+35	+40	+45	+50	+55	+60	+65	+70	+75	+80	≥80	totaal
Spoedopname																		
V	2	0	2	28	31	32	26	13	10	16	9	13	9	12	14	6	11	234*
M	6	1	1	15	30	32	27	22	16	9	29	17	16	18	13	15	12	279**
totaal	8	1	3	43	61	64	53	35	26	25	38	30	25	30	27	21	23	513
Rotterdamse bevolking																		
V	2,6	2,3	2,7	3,5	4,8	4,1	3,4	3,3	2,6	2,6	2,8	2,9	3,2	2,7	2,8	2,4	2,8	52,6*
M	2,7	2,4	2,8	3,6	4,8	4,5	3,7	3,6	2,9	2,7	2,8	2,7	2,7	2,1	1,9	1,3	1,2	48,4**
totaal	5,3	4,7	5,5	7,1	9,6	8,6	7,1	6,9	5,5	5,3	5,6	5,6	5,9	4,8	4,7	3,7	4,0	100

* V > 15 jaar: $\chi^2 = 28,11$; df = 13; p < 0,01

** M > 15 jaar: $\chi^2 = 23,06$; df = 13; p < 0,05

Tabel 2. Leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten die in februari 1986 de afdeling Spoedopname van het AZR-Dijkzigt hebben bezocht, gerelateerd aan verwijzer naar de afdeling Spoedopname (N = 508).

verwijzer	leeftijd < 40 jaar			leeftijd ≥ 40 jaar			totaal
	V	M	subtotaal*	V	M	subtotaal*	
zelf	80	83	163	28	44	72	235
GG&GD	18	25	43	7	17	24	67
huisarts	36	24	60	63	83	146	206
totaal	134	132	266	98	144	242	508

* $\chi^2 = 75,9$; df = 2; p < 0,001

'zelf' = op eigen initiatief

'GG&GD' = GG&GD + politie (N = 5)

'huisarts' = huisarts + specialist (N = 21)

Tabel 3. Leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten die in februari 1986 de afdeling Spoedopname van het AZR-Dijkzigt hebben bezocht, gerelateerd aan het beleid op de afdeling Spoedopname (N = 503).

beleid	leeftijd < 40 jaar			leeftijd ≥ 40 jaar			totaal
	V	M	subtotaal*	V	M	subtotaal*	
opneming	42	30	72	64	88	152	224
poliatspraak	6	6	12	2	5	7	19
huis	81	95	176	34	50	84	260
totaal	129	131	260	100	143	243	503

* $\chi^2 = 62,6$; df = 2; p < 0,001

'opneming' = opneming + retour ziekenhuis elders (N = 1) + overleden op Spoedopname (N = 2)

'huis' = weer naar huis + weggelopen vóór onderzoek (N = 11)

veronderstellen dat met name niet-somatische factoren dikwijls van doorslaggevende betekenis zullen zijn bij de beslissing een arts te raadplegen. Er zijn aanwijzingen dat mensen als zij in een crisissituatie met emotionele 'distress' belanden méér gebruik gaan maken van medische voorzieningen^{5, 6}. In dit verband werd aangetoond dat met name een verminderde belastbaarheid, meestal gerelateerd aan een persoonlijkheidsstoornis, leidt tot de vergrote hulpvraag voor

zowel nerveus functionele klachten als voor somatische aandoeningen⁷. Er is één onderzoek bekend naar het voorkomen van crisissituaties bij patiënten die de afdeling Spoedeisende Hulp bezoeken⁸. Volgens dit onderzoek zou recente stress de belangrijkste voorspeller voor aanmelding bij deze afdeling zijn. Meer in het algemeen is overigens bekend dat 20% tot 50% van de mensen die in een ziekenhuis zijn opgenomen of een polikliniek bezoeken niet alleen lijdt aan een

somatische, maar ook aan een psychische stoornis⁹.

EIGEN ONDERZOEK

Het lijkt gezien het voorgaande relevant te onderzoeken of psychiatrische en psychologische factoren een rol spelen bij de beslissing op een bepaald moment een afdeling Spoedeisende Hulp te bezoeken en tevens in welke richting deze factoren die beslissing beïnvloeden. Als aanzet hiertoe hebben wij een oriënterend onderzoek verricht onder patiënten die de afdeling Spoedopname van ons ziekenhuis hebben bezocht; de *hypothese* die wij in dit verband hebben geformuleerd luidt dat een bezoek aan Spoedopname bij een groot aantal van de betrokken patiënten niet in de eerste plaats wordt bepaald door een ernstig somatisch lijden.

Het betreft een retrospectief onderzoek met door verpleegkundigen geregistreerde gegevens van de patiënten die in februari 1986 de afdeling Spoedopname van het AZR-Dijkzigt hebben bezocht. (De verslaglegging door de medici was te weinig uniform en in te geringe mate beschikbaar om als bron van onderzoek te kunnen dienen.)

In februari 1986 verleende de afdeling Spoedopname haar diensten aan circa 600 personen. Een aantal van deze mensen had feitelijk een reguliere afspraak, met Spoedopname als poliklinische locatie (hieronder vielen met name gynaecologische patiënten die zich bij Spoedopname meldden voor een morning-afterpil, een Pregnylkuur of een partus); deze groep werd van het onderzoek uitgesloten, zodat dit betrekking heeft op 513 contacten. In dit artikel bespreken we alleen de leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten die de afdeling Spoedopname bezoeken en de relatie van deze gegevens met het patroon van de verwijzingen richting Spoedopname en het gevolgde beleid. Voor de statistische berekeningen werd de chi-kwadraattoets gebruikt.

Tabel 1 laat zien dat de groep patiënten in de leeftijd van 20 jaar tot 30 jaar bijna een kwart van de totale patiëntenpopulatie uitmaakt. Tevens valt op hoe weinig (2%) patiënten jonger zijn dan 15 jaar. Dit wordt verklaard door het feit dat in het verzorgingsgebied van het AZR-Dijkzigt het AZR-Sophia Kinderziekenhuis functioneert met een eigen afdeling Spoedeisende Hulp. De statistische analyse van tabel 1 werd dan ook verricht met uitsluiting van de leeftijdsklassen tot

15 jaar. Er blijken dan meer vrouwen jonger dan 35 jaar en meer mannen van 50 jaar en ouder de afdeling Spoedopname te bezoeken dan op grond van de leeftijdsopbouw van de Rotterdamse bevolking te verwachten valt. Evenzo bezoeken minder mannen jonger dan 50 jaar en minder vrouwen van 50 jaar en ouder de afdeling dan verwacht.

Gezien de gegevens van tabel 1 en de klinische indruk dat met name jongere patiënten de afdeling Spoedopname bezoeken zonder ernstige en/of acute, somatische problematiek, is de leeftijdscesuur in tabel 2 gelegd bij 40 jaar. Bij vijf consulten is niet duidelijk geworden wie de verwijzer was, zodat deze tabel zich beperkt tot 508 consulten. Uit tabel 2 blijkt dat de grootste groep mensen (46%) de afdeling Spoedopname op eigen initiatief bezoekt. De tweede plaats (41%) wordt ingenomen door de patiënten die door hun huisarts, of soms door een specialist, worden ingestuurd. De ambulancedienst brengt de kleinste groep patiënten (13%) naar de Spoedopname. Deze verdeling kan in belangrijke mate worden verklaard door het feit dat deze afdeling eigenlijk geen traumatologische patiënten ontvangt. Het is van belang te weten dat met name de patiënten die jonger dan 40 jaar zijn zich op eigen initiatief bij de afdeling Spoedopname melden; dit in tegenstelling tot de patiënten van 40 jaar en ouder, die meestal door een medicus worden verwezen. De beide leeftijdscategorieën blijken niet belangrijk te verschillen wat de aanmelding via de GG&GD betreft.

Tabel 3 geeft een overzicht van de leeftijds- en geslachtsverdeling gerelateerd aan het beleid op Spoedopname. Bij tien consulten werd het beleid niet genoteerd, zodat deze tabel zich beperkt tot 503 consulten. Het beleid werd in drie categorieën onderscheiden (zie legenda bij de tabel), en wel zodanig dat deze verdeling de ernst en het al dan niet acuut zijn van de klachten weerspiegelt. Hierbij vallen twee relativerende kanttekeningen te maken. Ten eerste kan worden verondersteld dat niet alle verwijzingen naar een polikliniek worden genoteerd. Ten tweede worden sommige mensen weliswaar weer naar huis gestuurd, maar niet zonder te zijn behandeld. Zo zijn er de patiënten die bij een abortus incompletus door de gynaecoloog worden gecureteerd en die na enkele uren – zonder opname – weer naar huis gaan. Ook kennen wij de patiënten die na een tentamen suïcidii onder andere een gesprek krijgen met de psychiater, doch die geen

vervolgcontact wensen. In sommige van de onder 'huis' gerubriceerde gevallen is er dus wel sprake van een spoedgeval in engere zin. Op grond van beschikbare patiëntengegevens wordt echter verondersteld dat het percentage spoedgevallen in de groep patiënten die weer naar huis gaat slechts een klein deel van het totaal uitmaakt. Tabel 3 laat zien dat 52% van de patiënten na een bezoek aan de afdeling Spoedopname weer naar huis gaat en dat minder dan de helft (45%) van de patiënten wordt opgenomen; slechts 4% van de patiënten krijgt een afspraak voor een polikliniekspreekuur. Uit deze tabel blijkt tevens dat met name patiënten jonger dan 40 jaar na het bezoek aan de afdeling Spoedopname weer naar huis gaan en dat patiënten van 40 jaar en ouder merendeels worden opgenomen.

Samenvattend valt uit deze oriënterende kwantitatieve gegevens op te maken dat met name *meer jongere vrouwen en meer oudere mannen* de afdeling Spoedopname van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt bezoeken dan op grond van de frequentieverdeling van de Rotterdamse bevolking mag worden verwacht. Patiënten beneden de 40 jaar blijken de afdeling merendeels op eigen initiatief te bezoeken; hoewel zij hun klachten mogelijk als acuut of ernstig ervaren, volgt bij hen echter meestal geen klinische of poliklinische behandeling. Patiënten boven de 40 worden voornamelijk verwezen door een medicus, meestal de huisarts; deze groep krijgt aansluitend merendeels een klinische behandeling. Deze gegevens rechtvaardigen de veronderstelling dat een bezoek aan de afdeling Spoedopname voor een groot deel van de patiënten niet in de eerste plaats wordt bepaald door een ernstig somatisch lijden. Het betreft dan met name de groep patiënten jonger dan 40 jaar, een groep die in ons onderzoek meer dan 50% van het totaal uitmaakte.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Een klinische impressie – door de casuïstiek in dit artikel geïllustreerd – maakt de vraag relevant *waarom deze* patiënten *nu bij deze* dokter (in casu Spoedopname) komen. Verslagen van medisch-sociologisch onderzoek gaven deze vraagstelling nog meer gewicht. Een oriënterend retrospectief onderzoek onder patiënten die de afdeling Spoedopname van het AZR-Dijkzigt bezoeken, rechtvaardigde de hypothese dat een bezoek aan de afdeling Spoedopname bij een groot deel van

de patiënten niet in de eerste plaats wordt bepaald door een ernstig somatisch lijden.

Uit de literatuur is bekend dat in klinische en poliklinische populaties psychische en somatische ziekten elkaar voor een groot deel overlappen. Er zijn tevens aanwijzingen dat psychosociale crisissituaties een belangrijke luxerende factor zijn voor een bezoek aan een afdeling Spoedeisende Hulp. Het lijkt dienstengevolge relevant nader te onderzoeken welke psychiatrische en psychologische factoren een rol spelen bij het besluit zich bij een afdeling Spoedeisende Hulp te melden en in welke richting deze factoren die beslissing beïnvloeden. □

Literatuur

1. Holten-Vriesema J, Tompot C, Aalderen H van et al. Methodisch werken. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 322-35.
2. Kollar EJ. Psychology of the acutely sick and injured. In: Wayne GJ, Koegler RR (eds). Emergency Psychiatry and Brief Therapy. International Psychiatry Clinics 1966; 3 (4).
3. Iemhoff W. Klacht en interpretatie in geneeskunde en gezondheidszorg; een kritiek van het medisch verklarings- en behandelingsmodel. Nijmegen: Link, 1979.
4. Huijgen FJA, Hoogen H van den, Neefs WJ. Gezondheid en ziekte; een onderzoek van gezinnen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1612-9.
5. Mechanic D. Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. N Engl J Med 1972; 286: 1132-9.
6. Rahe RH, Meijer M, Smith M, Kjaer G, Holmes Th H. Social stress and illness onset. Journal of Psychosomatic Research 1964; 8: 35-44.
7. Huijgen FJA, Hoogen HJM van den, Logt ATh van de,

Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1321-7.

8. Satin DG. 'Help': Life stresses and psychosocial problems in the hospital emergency unit. Social Psychiatry 1972; 7: 119-26.

9. Rooymans HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2323-31.

Een karretje op een zandweg reed . . .

Spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts

Eerder dit jaar verschenen in dit tijdschrift enkele artikelen die betrekking hadden op het functioneren van centrale posten voor het ambulancevervoer, ambulancediensten en huisartsen in de Randstad en in de grote steden van ons land¹⁻³. In deze beschouwing willen wij schetsen hoe diezelfde hulpverlening functioneert op het platteland van Zeeuwsch-Vlaanderen. Ook willen wij een aantal aanbevelingen doen voor de organisatie en uitvoering van spoedeisende medische hulpverlening door huisartsen.

KNELPUNTEN

Het is een ieder bekend dat het voorzieningenniveau, in kwantitatieve zin, in plattelandsgebieden lager is dan in de Randstad en de grote steden. Het is financieel niet haalbaar in een dunbevolkt gebied een stedelijk niveau van gezondheidszorgvoorzieningen te laten functioneren. Dit geldt in zekere zin ook voor de spoedeisende medische hulpverlening en in het bijzonder voor de organisatie van het ambulancevervoer. De in den lande bestaande knelpunten met betrekking tot planning, uitvoering en financiering van het ambulancevervoer zijn hiervan een duidelijk voorbeeld.

W. L. Fraanje
en H. J. W. A. Meijerink

Spoedeisende medische hulpverlening: door de huisarts. Aldus zeer kort samengevat een beschouwing van W. L. Fraanje, huisarts te Zaamslag en medisch adviseur van een centrale post voor het ambulancevervoer, en H. J. W. A. Meijerink, huisarts te Terneuzen.

Dat een voorzieningenniveau in kwantitatieve zin ook over zijn doel heen kan schieten, hebben de collegae Kerkhoff en Klumper aangegeven¹: van de ambulancespoedritten van de Leidse GG&GD bleek 37% een weinig harde indicatie te hebben; misschien waren deze ritten wel helemaal niet nodig geweest. Het betrof patiënten/slachtoffers die óf naar de huisarts óf gewoon naar huis hadden kunnen worden vervoerd. Of de indicatie in de overige 63% altijd even hard was, blijft buiten beschouwing. Een gevolg van de hiervoor geschetste gang van zaken is dat door het onjuist functioneren van het bestaande systeem een deel van het 'eerstelijnsnetwerk' ten onrechte bij de tweede

lijn terechtkomt. De genoemde auteurs leggen de schuld voor een deel bij het bestaande honoreringssysteem. Behalve de door hen vermelde negatieve financiële effecten is er nog het probleem van de onnodige medicalisering en van de iatrogene schade die daarvan het gevolg kan zijn.

Dat een dergelijk systeem voor het platteland financieel niet haalbaar is, werd reeds gememoreerd. Daargelaten dat de situatie die zich thans in de grote steden voordoet mede door het functioneren van de huisartsen is ontstaan, heeft het (actief of passief) uitschakelen van de eerste lijn nog andere bijwerkingen. Door huisartsen niet (meer) te betrekken bij de spoedeisende medische hulpverlening in het algemeen, neemt logischerwijze de deskundigheid van de huisarts op dit gebied af. Het zijn vooral de centrale posten ambulancevervoer (CPA's) en ambulancediensten in de grote steden die goede sier voor zichzelf maken door, niet gehinderd door enige vorm van bescheidenheid, te spreken over de ondeskundigheid van de huisarts op het gebied van spoedeisende medische hulpverlening (TV-programma 'Kwartslag' 11 mei 1987).

Veelal is op het platteland de huisarts de 'dichtstbijzijnde' hulpverlener. Het bui-

tenspel zetten van de huisarts op het platteland voor spoedeisende medische hulpverlening zou tot gevolg hebben dat de patiënt in dunbevolkte gebieden zijn hulp 'van verre' moet halen of zoeken. Het behoeft geen betoog dat dit een aantasting in kwantitatieve zin van het voorzieningenniveau op het platteland betekent. De 'paraatheid' van de huisarts zal vervolgens afnemen met verdere gevolgen in kwalitatieve zin voor de gezondheidszorg op het platteland. Een vervanging van de huisartshulp door ambulancehulpverlening leidt, in combinatie met hoge paraatheids- en kwaliteitseisen, in de geschetste situatie tot een onnodig kostbare voorziening. Dat het bovenstaande geen pleidooi is om alles bij het oude te laten, willen wij in het navolgende duidelijk maken. Wij willen daartoe stilstaan bij:

1. het functioneren van de CPA en de ambulancediensten in de regio Zeeuwsch-Vlaanderen;
2. het functioneren van de 'straatdienst' van de huisartsen binnen de waarnemingsgroep Terneuzen;
3. de kennis en vaardigheden van huisartsen met betrekking tot spoedeisende medische hulpverlening; en
4. wegen waarlangs de kwaliteit van de spoedeisende medische hulpverlening door huisartsen zou kunnen worden verbeterd.

PARAMEDISCH

Sinds het in werking treden van de Wet op het Ambulancevervoer in 1979 functioneert in Zeeuwsch-Vlaanderen een centrale post ambulancevervoer; deze CPA is ondergebracht bij de meldkamer van de regionale brandweerkring. Deze gecombineerde centrale wordt bediend door beroepsbrandweerlieden. De officier van de regionale brandweer treedt op als leider van de centrale post; hij wordt bijgestaan door een medisch adviseur-huisarts.

De politieke keuze van het samenvoegen van CPA en meldkamer van de brandweer is voornamelijk gebaseerd op het kostenaspect: met de samenvoeging van beide centrales, die voorheen ieder van zich hetzelfde uitgestrekte en dunbevolkte gebied bedienden, kan een aanzienlijke kostenbesparing worden bereikt.

De leiding van de nieuwe centrale en de verschillende bestuurders hebben van de aanvang af begrepen dat de centrale vooral zou functioneren als een 'parame-

Tabel 1. Aanvragers spoedritten CPA Zeeuwsch-Vlaanderen, januari-april 1987.

aangevraagd door	aantal uitgevoerde ritten	aantal vervallen ritten*
ziekenhuizen	50	2 (4 %)
huisartsen	537	5 (0,9%)
burgers en politie ('free call')	53	5 (9,4%)
totaal	640	12 (1,9%)

* Hiermee worden bedoeld de ritten waarbij geen patiënt werd vervoerd.

Tabel 2. Vergelijking spoedritten/aanvrager CPA Zeeuwsch-Vlaanderen en GG & GD Leiden.

aangevraagd door	CPA Z.-Vl. jan.-apr. '87 mnd. N=640	GG & GD Leiden (4 1984 (12 mnd.) N=2730
aangevraagd door		
huisarts	83,9% (537)	16,1%
'free call'	8,3% (53)	83,9%
ziekenhuis aangevraagd door	7,8% (50)	—
totaal	100 % (640)	100 % (2730)

dische instelling'. De huisarts-medisch adviseur kreeg dan ook de volle vrijheid zijn inzichten gestalte te geven. Van hem werd ook verwacht dat hij de centralisten (brandweerlieden) tot deze paramedische taak zou opleiden. Deze opleiding behelsde de volgende zaken:

- a. elementaire kennis van de ziekteleer;
- b. leren onderscheid te maken tussen spoedeisende en niet-spoedeisende zaken;
- c. herhaling of bijscholing van elementaire begrippen uit de EHBO;
- d. attitudevorming als medewerker in de gezondheidszorg.

In de afgelopen jaren is gebleken dat deze brandweerlieden uitstekend in staat zijn de CPA samen met de leider en de medisch adviseur te 'runnen'. Overigens zijn de leider CPA en/of de medisch adviseur altijd 24 uur per dag voor hen bereikbaar.

In het onlangs door de Geneeskundige Hoofdingspectie uitgebrachte advies 'Kwaliteit in de ambulancehulpverlening' wordt ervoor gepleit de centrale posten ambulancevervoer te bemannen met verpleegkundigen⁴. Dit advies lijkt begrijpelijk, maar is niet zo rationeel als het lijkt. Een verpleegkundige zonder bijscholing in communicatietechniek, kennis van hulpverleningstechnieken bij

grotere ongevallen, etc. heeft slechts het voordeel een medewerker in de gezondheidszorg te zijn met kennis van het eigen verpleegvak. Hij is eveneens belast met vooroordelen over het functioneren van onderdelen van de gezondheidszorg. Hij is niet geschoold tot het doen van 'triage' achter de meldtafel. Het is zelfs juridisch aanvechtbaar dat men een verpleegkundige deze taak zou opleggen, getuige het feit dat huisartsen vaak worden berispt als zij menen hun werk via de telefoon te kunnen doen! Dat het niet werkt, wordt aangetoond door de collegae Kerkhoff en Klumper in het reeds aangehaalde artikel.

Het advies van de Hoofdingspectie had naar ons oordeel tevens kunnen aangeven dat een *centrale post ambulancevervoer* moet functioneren als een *centrum voor spoedeisende medische hulpverlening*. Samenwerking tussen verschillende hulpverleners en instanties dient hierbij voorop te staan. De medewerkers van en dergelijke centrale dienen juist te zijn gericht op deze samenwerking. Met de centrale te bemannen met (ambulance)-verpleegkundigen loopt men het gevaar dat deze samenwerking uit het oog wordt verloren en dat er slechts aandacht bestaat voor het functioneren van de eigen discipline. Spoedeisende medische hulpverlening houdt niet alleen het functioneren van ambulancediensten in, maar een breed samenwerkingsspel van verschillende hulpverleningsinstanties, publiek en centrale post.

Een van de afspraken die in 1979 in onze CPA werden gemaakt, is dat de huisartsen te allen tijde worden ingeschakeld, ook als burgers of politie een zogeheten 'free call' doen voor ambulancevervoer. Aldus ontstaat er een 'rendez-vous' tussen ambulancebegeleider en huisarts. Hieraan werken alle huisartsen mee. In de afgelopen jaren is gebleken dat het publiek zich in het algemeen slechts in echte noodsituaties en ongevallen tot de CPA/Alarmcentrale richt (mogelijk als gevolg van de hiervoor beschreven organisatie?), terwijl aan het bestaan van de CPA uitgebreid bekendheid gegeven werd en wordt. Door het 'rendez-vous'-systeem wordt onnodig verwijzen naar het ziekenhuis voorkomen. Juridische problemen, die in vele toonaarden zijn beschreven voor die gevallen waarin een verpleegkundige medische handelingen verricht, worden door het 'rendez-vous'-systeem voor een groot deel tenietgedaan.

Overigens zijn de ambulances in ons gebied voor het merendeel bemand met

verpleegkundigen met de IC-aantekening. Zij werken voor een deel van de tijd in een van de regionale ziekenhuizen op de IC-afdeling of op de afdeling Anesthesie.

Tabel 1 geeft een overzicht van de aanvragers van spoedritten (A1- en A2-vervoer) in de eerste vier maanden van 1987 bij de CPA Zeeuwsch-Vlaanderen. Hoewel onze gegevens geen statistische vergelijking toelaten met de cijfers die Kerkhoff en Klumper noemen, zijn er duidelijk opvallende verschillen; deze worden geïllustreerd in *tabel 2*.

De centrale rol die huisartsen op het platteland van Zeeuwsch-Vlaanderen spelen bij spoedeisende medische hulpverlening is hiermee duidelijk geïllustreerd. De cijfers van de Leidse GG&GD steken hier schril bij af. Aandacht voor het verschil tussen beide systemen van spoedeisende medische hulpverlening lijkt wenselijk. Conclusies omtrent een efficiënter gebruik van 'ten dienste staande middelen' lijken voor de hand te liggen!

STRAATDIENST

In Terneuzen, een verstedelijkt gebied (25.000 inwoners) in een plattelandsregio, werken negen huisartsen, die sinds jaar en dag een avond-, nacht- en weekenddienst hebben. Om te voorkomen dat bij een ongeval verschillende artsen worden gealarmeerd, is afgesproken dat diegene die avond- en nachtdienst heeft overdag beschikbaar is voor spoedeisende hulp 'langs de openbare weg'; diezelfde huisarts is ook bereikbaar in zijn praktijk voor behandeling van traumata (wondbehandeling, etc.) bij mensen afkomstig van buiten Terneuzen. De dienstlijst is van oudsher altijd bij de politie bekend geweest.

Nadat de CPA is gaan functioneren is diezelfde regeling in principe van kracht gebleven: de dienstdoende huisarts is bij de centrale post bekend. De CPA functioneert als wegwijzer: waar kan men terecht? Bij kleine traumatologie verwijst de post naar de dienstdoende huisarts. Bij grotere pathologie (straatongevallen) worden én de ambulance én de dienstdoende arts gealarmeerd. Het laatste geldt ook als er een zogeheten 'free call' voor ambulancevervoer wordt gedaan: is de 'eigen' huisarts niet direct bekend, dan rukken de 'huisarts van de dag' en de ambulance uit.

Uit de getoonde tabellen kan men concluderen dat bij acute pathologie binnenshuis in veruit de meeste gevallen

toch de eigen huisarts het eerst wordt gebeld. Krijgt de huisarts al uit de melding de indruk dat er sprake is van een 'calamiteit', dan is er niets wat hem belet voordat hij op pad gaat de CPA te alarmen, zodat de ambulance stand-by kan zijn of al kan uitrukken.

Naast de voordelen die hiervoor zijn beschreven, kan zijdelings nog worden vermeld dat met een op deze wijze functionerend systeem aanzienlijk op de kosten kan worden bespaard. Een dergelijk systeem zou ons inziens ook in een grote(re) stad moeten kunnen functioneren, met bijvoorbeeld wijksgewijs afspraken voor een 'straatdienst'.

KENNIS EN VAARDIGHEDEN

Bij het nadenken over de bovenstaande materie schoot ons een oud liedje te binnen. Het zal de lezer allengs duidelijk worden waarom.

Een karretje op een zandweg reed;
De maan scheen helder, de weg was breed,
Het paardje liep met lusten.
'k Wed dat het zelf zijn weg wel vindt;
De voerman lei te rusten.
Ik wensch je wel thuis me-vriend!
Ik wensch je wel thuis me-vriend!

Een karretje reed langs berg en dal;
De nacht was donker, de weg was smal,
Het paard liep als met vleugels.
De sneeuwjacht zweept zijn ogen blind;
De voerman houdt de teugels.
Ik wensch je wel thuis me-vriend!
Ik wensch je wel thuis me-vriend!

Een karretje keert behouden weer;
Het ander heeft er geen voerman meer;
Waar mag hij zijn gebleven?
'k Wed dat je 'em op den zandweg vindt,
Of moog'lijk wel daarneven.
Hij komt niet weer thuis, die vriend!
Hij komt niet weer thuis, die vriend!

Van de huisarts mag worden verwacht dat hij, wanneer hij aan een organisatie voor spoedeisende medische hulpverlening meewerkt, voldoende kennis en vaardigheden bezit voor het uitoefenen van deze taak. De 'emergency medicine' is een specialisme binnen de ziekenhuizen aan het worden. Kennis en ontwikkelingen uit dit vakgebied buiten het ziekenhuis zijn aan het eind van de jaren zeventig betrekkelijk traag in ons land binnengedrongen. Het is vooral de verdienste van de grote ambulancediensten, in samenwerking met slechts enkele academische centra, geweest dat de laatste tien jaar deze ontwikkeling ook in ons land gestalte heeft gekregen.

Deze ontwikkeling heeft naar onze mening de huisartsengroep als geheel

slechts mondjesmaat bereikt. Ook in de opleiding tot huisarts komt het aandeel van de 'emergency medicine' onvoldoende aan de orde. Het takenpakket is breed . . . en de huisarts heeft geen enkele stimulans om zich hierover druk te maken.

'De weg was breed . . .' en 'de voerman lei te rusten'? Zoals wij reeds eerder vermeldde wordt de huisarts door een aantal ambulanceverpleegkundigen in toenemende mate als ondeskundig op het gebied van de acute geneeskunde beschouwd. Er wordt zoveel gepraat en geschreven over de versterking van de eerste lijn in het algemeen, maar voor de praktiserende huisarts betekent dit tot op heden niet meer dan dat hij (nog meer) cervixuitstrijkjes moet gaan maken. Stimulering op beleidsmatig niveau voor werkelijke veranderingen moest worden ontbeerd. Voorstellen uit de huisartsenwereld hebben nauwelijks aandacht gekregen. Inhoudelijk is het huisartsgeneeskundig handelen, behoudens enkele individuele initiatieven, nauwelijks veranderd.

Wil de huisarts zijn (markt?) waarde behouden als hulpverlener bij spoedgevallen, dan zal hij zijn deskundigheid en kwaliteit tenminste moeten handhaven en/of opvoeren en zijn bereikbaarheid optimaal moeten regelen met gebruikmaking van moderne communicatiemiddelen. Nascholing op het gebied van spoedeisende geneeskunde is noodzakelijk. Dit vooral ook omdat enerzijds de huisarts wel regelmatig met spoedgevallen kan worden geconfronteerd, maar anderzijds de verscheidenheid van spoedgevallen groot en de frequentie relatief laag is. Dit geldt des te meer voor huisartsen die werken in dunbevolkte plattelandsgebieden.

Het chaotische en niet-gestructureerde aanbod van inhoudelijk goede nascholing voor huisartsen dient anders te worden opgezet. Het idee dat zonder een centraal geleid management en zonder verplichting alles wel met vrijblijvendheid en onderlinge toetsing in orde zal komen, is niet meer geloofwaardig. Een heldere structuur, gericht op een werkelijke versterking van de eerste lijn, en de verplichting voor huisartsen zich na te schoolen zijn ons inziens noodzakelijk. De spoedeisende geneeskunde kan daarvoor als een model dienen.

AANBEVELINGEN

Wil de huisarts de spoedeisende medische hulpverlening in zijn takenpakket

houden, dan moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- a. gestructureerde opleiding voor deze taak in de beroepsopleiding tot huisarts. Een curriculum met een op dit punt gelijke inhoud dient door alle universitaire huisartseninstituten te worden nagestreefd;
- b. gestructureerde nascholing ter zake voor en door alle gevestigde huisartsen;
- c. een verplichting tot nascholing;
- d. de ontwikkeling van protocollen die mede zijn gericht op samenwerking met ambulanceverpleegkundigen;
- e. een voorwaardenscheppend beleid van de overheid. Een zelfde beleid zal nodig zijn voor de uitvoering van spoedeisende hulpverlening door huisartsen. Hieronder verstaan wij het structureel inpassen van spoedeisende medische hulpverlening door huisartsen in het kader van de werkzaamheden van een centrale post ambulancevervoer. Voor het correct uitvoeren van deze taak zullen draadloze-communicatie-faciliteiten (zoals portofoon, mobilfoon, meldontvan-ger) moeten worden gecreëerd⁵;
- f. een op kwaliteit gerichte organisatie

van huisartsen die in samenwerking met de CPA, ambulancediensten, etc. zorg draagt voor de spoedeisende medische hulpverlening in een afgebakend gebied (dit hoeft niet per definitie hetzelfde te betekenen als een (waarneemgroep); g. minimum-eisen ten aanzien van de persoonlijke uitrusting van de huisartsen die meewerken.

Dit model kan in gewijzigde vorm ook worden toegepast met betrekking tot andere delen van het takenpakket van de huisarts. Zo is het mogelijk dat 'de voerman' al doende 'de teugels houdt'. Het is niet ondenkbaar dat anders diverse onderdelen van het takenpakket van de huisarts door andere eerstelijns werkers of wie daarvoor doorgaan zullen worden overgenomen. In 1982 hebben Kerkhoff en Mulkens in dit tijdschrift op dit gevaar gewezen in verband met de bijwerkingen van de Wet op het ambulancevervoer⁶. We zullen in de toekomst als huisartsen moeten aangeven waar we voor willen staan en welke kwaliteit we kunnen leveren. Voor vrijblijvendheid is geen plaats meer. In het geding is voortbestaan van de huisartsgeneeskunde als geheel, zeker

indien de gezondheidszorg wordt gecommercialiseerd.

Wordt het: 'Waar mag de voerman zijn gebleven? 'k Wed dat je 'em op den zandweg vindt. Of moog'lijk wel daarnen. Hij komt niet weer thuis, die vriend.' Of wordt het: 'De voerman houdt de teugels' en: 'Het karretje keert behouden weer'? Wij menen dat de huisartsen als beroepsgroep een geloofwaardig en nastrevenswaardig antwoord zullen moeten formuleren. □

Literatuur

1. Kerkhoff AHM, Klumper WM. Ambulance: tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1987; 14: 427-9.
2. Zwaal JW. Arts op de ambulance minderwaardig of meer waard? Medisch Contact 1987; 14: 429-31.
3. Vossen JJH. Centrale Post Ambulancevervoer onderdeel gezondheidsdienst. Medisch Contact 1987; 14: 432.
4. Kwaliteit in de ambulancehulpverlening. Advies over enkele aspecten van de uitvoering van de Wet Ambulancevervoer. Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Geneeskundige Inspectie, 1987.
5. Visser J, Lammers B. Optimale bereikbaarheid van huisartsen. Een samenwerkingsproject tussen huisartsen en GG & GD. Medisch Contact 1979; 17: 545-7.
6. Kerkhoff AHM, Mulkens LWJ. Wet ambulancevervoer. Een dilemma voor de huisarts? Medisch Contact 1982; 9: 243-5.

De LAT-relatie tussen huisarts en EHBO

Medische hulpverlening buiten kantooruren

In dit artikel willen wij nagaan hoe de medische hulpverlening buiten kantooruren is verdeeld tussen huisartsen en EHBO-afdelingen van ziekenhuizen in Den Haag, Rijswijk en Voorburg. Daartoe zullen wij de jaarverrichtingsgetallen van beide groepen hulpverleners vergelijken.

VERRICHTINGSGETALLEN

Voor de EHBO-verrichtingen beschikken we over een registratie, uitgevoerd aan zeven Haagse ziekenhuizen, gedurende 17½ week, in april t/m juli 1980. Deze registratie is geschied op initiatief van de Haagse werkgroep 'Acute Hulpverlening' (zie ook Medisch Contact van 18 december jl.). Ten aanzien van de huisartsen zijn er cijfers uit de jaarverslagen van de Haagse doktersnachtdienst. Deze dienst is een onderlinge waarnemingsregeling, gedurende de avond en

J. L. Engelenburg

Huisartsen verlenen, ook relatief, veel eerste hulp buiten kantoor tijd. De Haagse huisarts J. L. Engelenburg vergeleek cijfers met betrekking tot de hulpverlening buiten kantooruren door huisartsen en de EHBO-afdelingen van ziekenhuizen in Den Haag, Rijswijk en Voorburg. Die cijfers wijzen er ook op dat het inefficiënt en duur zou zijn huisartsen dienst te laten doen op de EHBO's.

nacht, voor omstreeks 205 van de ongeveer 240 in genoemde plaatsen gevestigde huisartsen. De dienst, werkend vanuit een centrale post, verzorgt huisbezoeken, consulten op de post en telefonische consulten tussen 19.00 uur 's avonds en

07.00 uur 's ochtends. Vóór 01.00 uur 's nachts is er een grotere bemanning dan daarna.

De EHBO-registratie in 1980 vermeldt dat volgens de EHBO-artsen 51% van hun werk door de huisarts had kunnen worden verricht. Niet vermeld wordt of dit percentage gelijkelijk geldt voor alle delen van het etmaal en dagen van de week. Dit percentage was voor de ziekenhuisdirecties mede aanleiding om huisartsen te vragen bij toerbeurt dienst te willen doen op de EHBO-afdelingen. De huisartsen wezen dit af. Zij meenden dat de betrokken hulpvragers naar de doktersnachtdienst dienen te worden verwezen.

Willen we de jaarcijfers van EHBO en doktersnachtdienst vergelijken, dan dient het aantal van 9.345 EHBO-verrichtingen in 17½ week, geregistreerd in 1980, te worden gecorrigeerd voor:

1. herleiding op jaarbasis: een factor 2,97;
2. het aantal hulpvragers van buiten Den Haag, Rijswijk en Voorburg. Het rapport noemt een percentage van 7,4%, dus een factor 0,926.
3. het feit dat de cijfers met betrekking tot EHBO-hulpvragers uit 240 huisartspraktijken zijn gekomen en die met betrekking tot het aantal nachtdienstverrichtingen uit 205 huisartspraktijken, dus een factor 0,85;
4. de uren waarin de nachtdienst werkt. De EHBO-registratie vermeldt dat 50% van de verrichtingen valt tussen 19.00 uur 's avonds en 01.00 uur 's nachts en 8% tussen 01.00 uur 's nachts en 07.00 uur 's ochtends. In totaal dus 58%, of een factor 0,58.

Passen we deze correcties toe, dan krijgen we een EHBO-verrichtingsgetal voor de uren tussen 19.00 uur 's avonds en 07.00 uur 's ochtends van 12.670 verrichtingen per jaar.

Het jaarverslag van de Haagsche doktersnachtdienst in 1986 vermeldt een aantal van 8.961 visites, 8.793 consulten en 8.709 telefonische consulten. Daarbij dient te worden vermeld dat er bij de telefonische consulten zeker sprake is van onderrapportage (circa 50%). In het algemeen is het aantal telefonische consulten gelijk aan het totaal aantal huisbezoeken plus consulten op de post. Het aantal verrichtingen per jaar in 1986 dient evenals bij de EHBO-afdelingen te worden verminderd met het aantal gevallen van de hulpverlening aan hulpvragers van buiten Den Haag, Rijswijk en Voorburg. Door deze correctie krijgt men een beter beeld van de hulpverlening aan de 'eigen' bevolking. Voor 1986 bedraagt deze correctie voor de nachtdienst 422 verrichtingen.

Het jaarverrichtingsgetal van de zeven Haagse ziekenhuis-EHBO's (12.670) dient dus te worden geplaatst naast dat van de Haagsche doktersnachtdienst (26.463 verrichtingen, behoudens onderrapportage telefonische consulten). Reken men alleen het aantal visites en consulten, totaal 17.332, dan blijkt de Haagse doktersnachtdienst bijna anderhalf maal zoveel hulp te verlenen als de zeven EHBO's samen. Men moet echter de werklust van de telefonische consulten niet onderschatten. Deze telefonische consulten eisen van de dienstdoende artsen het uiterste aan kennis, invoelend en incasseringsvermogen. De telefoon-dienst wordt dan ook als de zwaarste dienst ervaren. Het aantal telefonische

Tabel. Aantal verrichtingen per jaar van de Haagsche doktersnachtdienst.

jaar	huisbezoeken	postbezoeken
1982	9.295	7.032
1983	8.981	6.410
1984	9.042	7.695
1985	8.750	8.180
1986	8.961	8.793

consulten inbegrepen is het totale aantal verrichtingen van de doktersnachtdienst ruim tweeënhalf maal zo groot als dat van de zeven EHBO's.

Mochten de ziekenhuizen ertoe overgaan hun deuren te sluiten voor 'huisartsenwerk', kan dan de doktersnachtdienst deze hulpvraag aan?

Volgens het EHBO-rapport bedraagt die hulpvraag 51% van 12.670, dat is 6.462 verrichtingen per jaar; per avondnachtdienst is dit gemiddeld 17 à 18 consulten. Nauwkeuriger is het na te gaan hoe dit gemiddelde aantal over doordeweekse en weekenddagen is verdeeld. Het weekend is meestal drukker, de nachtdienst heeft dan ook een grotere bemanning. Het rapport vermeldt dat 23% van de hulpvraag wordt gezien op zaterdag en 20% op zondag; de overige 57% is ongeveer gelijkelijk over de andere dagen verdeeld. Over het verschil tussen zaterdag (zondag)overdag en 's nachts zijn geen cijfers genoemd. Houden we genoemde percentages aan, dan betekent dit dat 23% van de 6.462 verrichtingen, dat zijn 1.486 verrichtingen, plaatsvindt op zaterdagavonden en 20%, dat zijn 1.292 verrichtingen, op zondagavonden; per avond: 28 consulten voor de zaterdag en 24 voor de zondag. De doordeweekse avonden leveren in totaal 3.648 verrichtingen, of gemiddeld 14 consulten per avond.

Het staat wel vast dat de doktersnachtdienst deze aantallen kan verwerken naast zijn huidige taak. Mogelijk dient in het weekend de bemanning te worden uitgebreid met een halve of een hele man-taak. Bedacht dient ook te worden dat een deel van de door de EHBO geweigerde hulpvragers zijn hulpvraag zal uit- of afstellen en niet naar de nachtdienst zal gaan.

Behoudens grotere mankracht, kan de doktersnachtdienst ook aandringen op meer bereikbaarheid van en opvang van hulpvraag door de eigen huisartsen. Dit gebeurt nu ook reeds. Een in oktober 1985 onder een steekproef van honderd huisartsen uitgevoerde telefonische enquête liet zien dat 38% van hen tussen

19.00 uur en 23.00 uur 's avonds bereikbaar was; dit niettegenstaande het feit dat de herfstvakantie in de proefperiode viel. In feite is het huisartsenaandeel in de hulpverlening dus groter dan hierboven geschetst. Het is echter niet bekend hoeveel hulpvragen de bereikbare huisartsen zelf opvangen.

Terugkomend op het voorstel van de ziekenhuisdirecties, zien we dat per weekavond 2x7 huisartsen (twee diensten van zes uur op elk van de zeven EHBO's) dienst zouden doen voor in totaal 14 verrichtingen en in de weekendavonden voor 24 à 28 consulten. Dit zou een grote verspilling van mankracht en tijd betekenen en lijkt dus niet zinvol. Tenslotte: van de nachtdienst werden de cijfers over 1986 gebruikt. Het is jammer dat deze cijfers slechts konden worden vergeleken met het EHBO-rapport uit 1980-1981. Het blijkt echter dat ten aanzien van de nachtdienstverrichtingen geen grote verschillen zijn opgetreden sinds 1981 (zie tabel). De auteur heeft een onderzoek voorbereid naar de totale hulpvraag buiten kantooruren in Den Haag, Rijswijk en Voorburg; daarbij worden de relaties onderzocht met de bereikbaarheid van de huisartsen en andere beïnvloedende factoren. □

Dank aan Prof. Dr. J. D. Mulder, Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Leiden, voor zijn inspiratie en advies; de leden van de werkgroep 'Acute Hulpverlening' voor hun toestemming cijfers uit de registratie 1980 te mogen gebruiken; en de administratie van de doktersnachtdienst, Mw. M. Haanappel in het bijzonder, voor haar bereidwillige medewerking.

Over het uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen

Ambulancehulpverlening

Een bijzondere gezondheidszorgvoorziening

Net als bij andere voorzieningen voor gezondheidszorg worden ook bij de ambulancehulpverlening medische handelingen uitgevoerd door niet-artsen. De hoge waardering voor het geneeskundig aandeel aan de gezondheidszorg in Nederland komt tot uiting in de Wet Uitoefening Geneeskunst (1865). Deze wet behoudt het geneeskundig handelen uitsluitend voor aan hen die tot arts zijn opgeleid. In het maatschappelijk verkeer echter is in de loop der tijd een situatie ontstaan waarbij ook anderen dan geneeskundigen medische handelingen uitvoeren. Dit laatste is een geaccepteerde zaak. De vraag naar de bevoegdheid blijft daarbij van wezenlijk belang. Bij de ambulancehulpverlening is deze vraag al jarenlang voortdurend actueel.

NIVEAUS VAN BEKWAAMHEID

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in de bovenbedoelde ontwikkeling een ordening trachten aan te brengen. In zijn Advies Voorbehouden Handelingen in de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) van oktober 1987 spreekt deze raad van een aantal te onderscheiden bekwaamheidsniveaus:

1. bekwaam tot indicatiestelling en uitvoering;
2. bekwaam tot een functioneel zelfstandige uitvoering op voorschrift van een arts of tandarts;
3. bekwaam tot uitvoering in opdracht van een arts of tandarts en voor zover is voldaan aan de voorwaarden, vermeld in art. 55, 1e lid onder b van het voorstel van wet BIG;
4. onbekwaam tot uitvoering.

Door deze ordening wordt het duidelijk dat voor de vele beroepen in de gezondheidszorg verschillende niveaus van bekwaamheid ten aanzien van medische handelingen kunnen worden onderscheiden. Krachtens de Wet Uitoefening Geneeskunst en het voorstel van wet BIG is de arts de enige die zich wat het geneeskundig aandeel aan de gezondheidszorg betreft op *niveau 1* bevindt. Alle andere

W. A. Zandbergen

In de ambulancehulpverlening moet de discussie over de 'verlengde-arm'-theorie op een bijzondere wijze worden gevoerd. Het gaat immers om een voorziening die is ingesteld op spoedeisend medisch handelen, evenwel zonder dat in de eigen organisatie een behandelend arts is opgenomen. Volgens de adjunct-inspecteur bij de Geneeskundige Hoofdspectie W. A. Zandbergen zou dat wel moeten.

beroepen in de gezondheidszorg bevin-den zich op één van de volgende niveaus. Dit heeft voor al die andere beroepen consequenties. Het betekent dat men zich helemaal niet met het uitvoeren van medische handelingen mag bezighouden of alleen onder bepaalde voorwaarden; deze voorwaarden variëren hoofdzake-lijk in de mate waarin de arts toezicht dient te houden op de uitvoering.

Bij *niveau 2* gaat het om een uitvoerings-bevoegdheid. De beroepsbeoefenaar kan zelfstandig overgaan tot het uitvoeren van een aantal medische handelingen, nadat de arts hierom heeft gevraagd. De arts hoeft hier geen direct toezicht op te houden.

Bij *niveau 3* gaat het om het uitvoeren van deze handelingen waarbij de arts di-recter toezicht dient te houden op de uitvoering.

Voor sommige veel voorkomende han-delingen (zoals het toedienen van in-jecties) lijkt de verpleegkundige zich op ni-veau 2 te bevinden. Volgens de door de Nationale Raad uitgewerkte voorwaar-den zou de verpleegkundige zich op ni-veau 3 bevinden.

VOORWAARDEN

Zoals opgemerkt, worden op geaccep-teerde wijze door anderen dan genees-kundigen medische handelingen uitge-voerd. Hoewel de Wet Uitoefening Ge-

neeskunst daarin niet voorziet, wordt dit gedrag wél door de jurisprudentie ge-dekt. Uit deze jurisprudentie is een aan-tal voorwaarden ontstaan. In het Advies Verantwoordelijkheid Verpleegkundi-gen in Extramurale Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor de Volksge-zondheid worden deze in de jurispruden-tie gevormde voorwaarden als volgt be-noemd:

– De arts dient zelf de beslissing te ne-men omtrent diagnose, therapie en indi-catiestelling.

– De arts dient toezicht te houden op de wijze van uitvoering, althans zich er van te verzekeren dat de uitvoering zorgvul-dig zal plaatsvinden. Tevens dient de arts beschikbaar te zijn voor eventueel over-leg en daadwerkelijke bijstand, indien er complicaties optreden.

– De arts wijst de verpleegkundige op eventuele bijverschijnselen en complica-ties en geeft aan hoe dan te handelen.

– De arts draagt slechts die handelingen op c.q. vertrouwt slechts die handelingen toe welke de verpleegkundige krachtens opleiding en ervaring beheerst. Laatstge-noemde moet een opdracht weigeren in-dien de bekwaamheid daartoe wordt ge-mist. De opdracht dient schriftelijk te worden vastgelegd.

– Arts en verpleegkundige stellen en houden elkaar op zodanige wijze op de hoogte, dat elk van beiden de respectieve verantwoordelijkheden kan waarmaken.

– Aan dit laatste wordt toegevoegd dat volgens Leenen de rechtsgrond voor de-zee voorwaarden moet worden gevonden in de omstandigheid dat de patiënt 'zich wendend tot de arts erop moet kunnen vertrouwen onder diens verantwoorde-lijkheid geholpen te worden'.

Samenvattend gesteld komt het erop neer dat het altijd de arts is die zich dient bezig te houden met de diagnose, thera-pie en indicatiestelling. Van belang zijn de mate van bekwaamheid van de ver-pleegkundige en de mate waarin deze onder 'supervisie' van de arts en han-deling uitvoert.

De werkers in de verschillende gezond-heidszorgvoorzieningen doen hun best aan deze voorwaarden tegenmoet te ko-

men. Soms leidt dit tot hevige discussies, waarin deze 'verlengde-arm'theorie' zowel wordt bejubeld als verguisd.

AMBULANCEHULPVERLENING

In de ambulancehulpverlening moet deze discussie op een bijzondere wijze worden gevoerd. Het is namelijk een voorziening voor gezondheidszorg waarin het spoedeisend medisch handelen het meest in het ooglopend is. Tegelijkertijd kan worden vastgesteld dat er geen behandelend arts is opgenomen in de eigen organisatie.

Wanneer men de verpleegkundige, onder de voorwaarden zoals de Nationale Raad deze heeft verwoord, medische handelingen wil laten uitvoeren, dan blijkt meteen hoe ingewikkeld dat bij de ambulancehulpverlening is. Het trainen van de kennis en vaardigheden van de verpleegkundige voor deze handelingen is een probleem dat kan worden opgelost. Ook is het denkbaar de verpleegkundige voor het medische deel van het werk een uitvoeringsbevoegdheid te geven waarmee deze, net als de paramedicus, op niveau 2 komt. Wat echter nooit kan worden opgelost is dat de verpleegkundige (en ook de paramedicus) geen arts is en dus niet bevoegd tot indicatiestelling en uitvoering (niveau 1 van de indeling van de Nationale Raad van de Volksgezondheid). Dit wijst erop dat de ambulancehulpverlening in haar eigen organisatie als gezondheidszorgvoorziening een behandeld arts nodig heeft, die de diagnose, therapie en indicatiestelling pleegt en die de door anderen uitgevoerde medische handelingen 'superviseert'.

Wanneer er wordt gediscussieerd over medische handelingen in de ambulancehulpverlening zal men zich moeten realiseren dat er in Nederland maar één beroepsgroep is die bekwaam wordt geacht tot indicatiestelling en uitvoering. Toch is het niet zinvol te stellen dat de ambulancehulpverlening uitsluitend met artsen moet worden uitgevoerd. Het geneeskundig aspect is maar een onderdeel van deze hulpverlening. Er ligt ook een grote verpleegkundige zorgbehoefte. Bovendien mag dezer dagen het financiële aspect legaal worden meegewogen. De verpleegkundige bij de ambulancehulpverlening heeft dus voor het medisch gedeelte van zijn taak de arts nodig. Wanneer deze niet in de eigen organisatie is opgenomen, ontstaat er direct een aantal knelpunten. De bereikbaarheid van de arts voor de verpleegkundige is er één. De methode van werken is de tweede. De

diverse artsen hebben verschillende inzichten en werkwijzen. De verpleegkundige heeft dan naast zijn 'delegatie'probleem ook nog een probleem van communicatie en werkmethode aard.

Wanneer in de organisatie van de ambulancehulpverlening een behandeld arts is opgenomen, kan deze een aantal handelingen door middel van een *protocol* aan de verpleegkundige delegeren. Hieraan ligt de visie ten grondslag dat er gebaseerd op epidemiologisch onderzoek en deskundigheidsanalyses van ziekten- en ongevalgegevens en behandelingsresultaten een handelingsprotocol kan worden opgesteld. Hiermee kan de verpleegkundige, naar aanleiding van het vaststellen van een complex van symptomen, overgaan tot het uitvoeren van een aantal medische handelingen. De indicatiestelling wordt als het ware vooraf door de arts vastgesteld en in een protocol weergegeven, waarbij achteraf wordt getoetst of er juist is gehandeld. De ontwikkeling van een dergelijk protocol vereist specifieke deskundigheid en creativiteit van verpleegkundigen en artsen. De startfase in het protocol moet bijvoorbeeld worden uitgedrukt in termen van symptomen die kunnen worden waargenomen. Ook moet het protocol voorzien in de mogelijkheid van contact met de arts en in evaluatie van het handelen; hierbij zijn zorgvuldige samenwerking tussen de beide disciplines en een goede teamgeest onontbeerlijk.

**

Het veld van de ambulancehulpverlening moet een oplossing vinden voor het medisch gedelegeerd handelen bij deze gezondheidszorgvoorziening. Deze voorziening zal daarbij rekening moeten houden met de voorwaarden die daartoe zijn

ontwikkeld. Er is in de eigen organisatie een arts nodig die uitvoerend met de geneeskunde bezig is. Alleen dan is het denkbaar dat, door middel van een protocol tegemoet kan worden gekomen aan de voorwaarden zoals de Nationale Raad voor de Volksgezondheid die stelt. □

Literatuur

Berkemeier BL. De verantwoordelijkheid, bevoegdheid en aansprakelijkheid van ambulanceverpleegkundigen. Tijdschrift voor ziekenverpleging 1979 nrs 10 en 11.

Berkemeier BL. Rechtsvragen in en om de ambulance. De Ambulance, 1986.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid ('s-Gravenhage: Staatsuitgeverij):

- Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg. 1972 (VAR 44).
- De taak van de verpleegkundige. 1975 (VAR 2).
- Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerling-verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis. 1976 (VAR 44).
- Advies inzake ontwerp wet Verpleegkundigen. 1980 (VAR 30).

Hart HW. Samenwerken . . . maar hoe? Symposium ambulancehulpverlening CCHV Hattum, 1986.

Ministerie van WVC ('s-Gravenhage: Staatsuitgeverij):

- Eerste interimrapport van de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen. 1982 (VAR 51).

- Interimrapport van de Adviescommissie Opleiding A-verpleegkundige 1984 (VAR 30).

- Tweede rapport van de Commissie Verantwoordelijkheid Verpleegkundigen in Algemene Ziekenhuizen. 1985 (VR 85/29).

- Voorstel van wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1985/1986, 19522, nrs. 1, 2.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid (Zoetermeer):

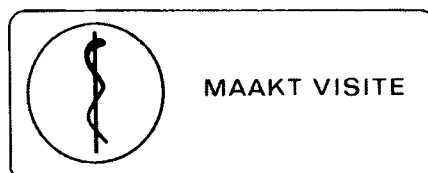
- Advies inzake de profielsen van een beroepsbeoefenaar die zich professioneel bezig houdt met het verplegen. 1984 (4009-90).

- Advies verantwoordelijkheid verpleegkundigen in de extramurale gezondheidszorg. 1986 (4074-53).

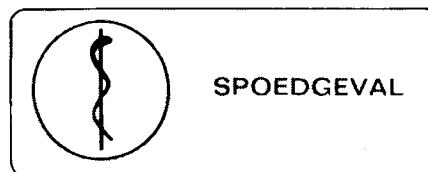
Leenen HJJ. Gezondheidszorg en -recht: een gezondheidsrechtelijke studie. Alphen a/d Rijn, Samsom: 1981.

Schraa J. Verpleegkundigen in de acute hulpverlening en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Tijdschrift voor ziekenverpleging 1982 nr. 13.

Staatsinspectie op de Volksgezondheid Geneeskundige Inspectie. Kwaliteit in de ambulancehulpverlening: advies over enkele aspecten van de uitvoering van de wet Ambulancevervoer. Rijswijk, februari 1987.



MAAKT VISITE



SPOEDGEVAL

Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamemblem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Naar een geregelde nascholing van artsen

Eind 1986 heeft het Orgaan PAO-Geneskunde een discussienota verspreid met als titel 'Vrijwillige en verplichte nascholing, een permanente activiteit van artsen'¹. Alle betrokkenen werd verzocht op de inhoud van de nota te reageren. Dit leidde tot reacties – zowel positieve als negatieve – van de KNMG en de wetenschappelijke verenigingen, de medische faculteiten, regionale PAOG-commissies en het Landelijk Patiënten Consumenten Platform. Een aantal van deze reacties werd op een studiedag van het Orgaan PAO-Geneskunde gepresenteerd en besproken.

Wij willen op verzoek van het Orgaan PAO-Geneskunde met dit samenvattend artikel de inhoud van de discussienota onder de aandacht van een breder publiek brengen. Daarnaast willen wij stilstaan bij enige reacties op de nota en bij de opvattingen over nascholing die in het advies van de commissie-Dekker over de structuur en bekostiging van de gezondheidszorg zijn verwoord.

NOODZAAK TOT NASCHOLING

De discussienota heeft als uitgangspunt dat een goede kwaliteit van de zorg mede vereist dat artsen zich regelmatig nascholen op hun werkterrein. De kennis en de vaardigheden die in de opleiding zijn verworven verouderen als gevolg van het voortschrijden van de medische wetenschap vrij snel. Verder worden artsen vroeg of laat in hun werk met vraagstukken geconfronteerd waar zij in de opleiding niet of onvoldoende op zijn voorbereid. Bovendien is er sprake van het wegzakken van kennis ten aanzien van weinig frequent voorkomende aspecten van het werk. Tenslotte brengt toenemende praktische ervaring het gevaar van automatisch, routineus handelen mee.

De commissie-Dekker laat zich, zij het in enigszins andere bewoordingen, op de zelfde wijze uit over de noodzaak tot nascholing. Zij verwacht bijvoorbeeld dat een aantalodeloze diagnostische en therapeutische ingrepen onder invloed van nascholing kan worden teruggedrongen. Verder wijst de commissie op ontwikkelingen in de medische wetenschap die zonder nascholing wellicht aan de aandacht van artsen ontsnappen².

De noodzaak van regelmatige nascholing is ook het uitgangspunt in de reacties van

A. A. de Roo
en J. W. Moll

Vrijwillig of verplicht, geregelde nascholing moet. Zoveel is wel duidelijk uit de discussienota (1986) van het officiële orgaan dat het postacademisch onderwijs in de geneeskunde (PAOG) metterdaad moet regelen. Ook de commissie-Dekker denkt die kant op, evenals onder anderen de wetenschappelijke verenigingen. Maar hoe zijn de artsen ertoe te brengen zich regelmatig na te (laten) scholen? Dr. A. A. de Roo en Prof. Dr. J. W. Moll werken hun nota uit, rekening houdend met de inmiddels ontvangen reacties.

de wetenschappelijke verenigingen op de discussienota. Bovendien wordt algemeen uitgesproken dat te weinig artsen zich eigener beweging voldoende nascholen. De meningen lopen echter uiteen als de vraag moet worden beantwoord hoe in deze situatie verbetering kan worden gebracht. Er is een groep die het zoekt in het stimuleren van vrijwillige deelname aan nascholing. Anderen bepleiten invoering van enigerlei vorm van verplichte nascholing. In de discussienota zijn beide mogelijkheden nader uitgewerkt.

STIMULEREN NASCHOLING

In Nederland is in de huidige situatie sprake van *vrijwillige* nascholing. Dit betekent dat artsen zelf bepalen of zij zich zullen nascholen en zelf beslissen over de wijze waarop dat gebeurt. Bovendien kiezen zij zelf de onderwerpen waarop ze zich nascholen.

In de discussienota worden verschillende maatregelen besproken waarmee de vrijwillige nascholing kan worden gestimuleerd.

Zo kan worden gedacht aan het weg nemen van financiële en praktische belemmeringen tot het volgen van nascholing, door middel van goede waarneemregelingen, tegemoetkomingen in de kosten, etc. In het buitenland zijn verschillende voorbeelden van die regelingen te vinden.

Een andere maatregel waarmee vrijwilli-

ge nascholing kan worden bevorderd is het zo aantrekkelijk mogelijk maken van de inhoud van de programma's. Dit betekent dat ernaar zou moeten worden gestreefd de onderwerpenkeuze met behulp van gericht behoeftenonderzoek zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de wensen van potentiële deelnemers. De doelstellingen van het programma zouden ook altijd duidelijk moeten worden geformuleerd, bijvoorbeeld: specifieke kennisoverdracht, vaardigheidstrainingen op een bepaald terrein of onderlinge toetsing.

Voorts kan worden gedacht aan een goede regionale spreiding van de aangeboden cursussen. Met de moderne communicatietechnieken is het overigens zelfs mogelijk nascholing 'aan huis' te leveren en komt volledig geïndividualiseerde nascholing binnen bereik.

Een andere maatregel die er wellicht toe leidt dat meer artsen zich regelmatig gaan nascholen is het systeem van vrijwillige herregistratie. Dit houdt in dat artsen in het kader van een vijfjarige herinschrijving in het register kunnen laten vaststellen dat zij naast de gebruikelijke voorwaarde voor herinschrijving (de laatste vijf jaar werkzaam zijn geweest als arts) aan voorwaarden op het gebied van nascholing hebben voldaan. Zo'n regeling is pas compleet als de deelnemende artsen zich op een of andere wijze kunnen afficheren als beroepsbeoefenaren die zich regelmatig nascholen.

Uit de reacties op de discussienota blijkt dat sommigen ook veel verwachten van de introductie van diverse vormen van intercollegiale toetsing. In het toetsingsproces zal de arts worden geconfronteerd met tekortkomingen in de eigen bekwaamheid. Verondersteld wordt dat dit de nascholing zal stimuleren. Het is echter niet duidelijk in hoeverre deze veronderstelling in de praktijk opgaat. De literatuur over nascholing biedt op dit punt geen aanknopingspunten. Dit kan samenhangen met het feit dat deze aanpak pas resultaten zal opleveren als er sprake is van een algemeen ingevoerd stelsel van intercollegiale toetsing. In het buitenland is zo'n stelsel nergens aanwezig, terwijl ook in Nederland de individuele toetsing nog in een beginfase verkeert.

De voorstanders van vrijwillige nascholing streven naar maatregelen waardoor

de deelname aan nascholingsactiviteiten stijgt. Voorstanders van verplichte nascholing gaan op dit punt verder, zij willen er zeker van zijn dat elke praktizerende arts zich regelmatig naschoolt. Zij hebben die zekerheid, omdat verplichtstelling maatregelen met zich meebrengt die op enigerlei wijze de beroepsuitoefening zullen belemmeren als men zich niet systematisch naschoolt. Er zijn uiteenlopende maatregelen mogelijk, die hieronder nader zullen worden beschreven.

Een ander in het oog springend verschil is, dat in het kader van verplichtstelling de mogelijkheid ontstaat eisen te stellen aan de inhoud van de nascholing. Daardoor kan bijvoorbeeld worden verzekerd dat aandacht wordt besteed aan behandelmethodes en ziektebeelden waarvan in de praktijk is vastgesteld dat men er onvoldoende van op de hoogte is. Veel artsen zijn zich van sommige tekortkomingen niet of nauwelijks bewust. Vrijwillige nascholing biedt veel minder de mogelijkheid de inhoud van de programma's te beïnvloeden en weerspiegelt dan ook vooral de subjectieve nascholingsbehoefte van de deelnemers.

Opgemerkt dient te worden dat verplichtstelling in welke vorm dan ook een zorgvuldige uitwerking behoeft teneinde ongunstige neveneffecten te vermijden. De zelfstudie mag bijvoorbeeld niet in het gedrang komen en zal dus, naast georganiseerde vormen van nascholing, een plaats in de regelingen met betrekking tot verplichtstelling dienen te vinden. Ook moet worden voorkomen dat de motivatie tot het volgen van nascholingsprogramma's als gevolg van verplichtstelling daalt.

Een groot deel van de discussie voor en tegen verplichtstelling is tot nu toe op grond van principiële uitgangspunten gevoerd. De discussienota is geschreven om een meer praktische bijdrage aan het debat te leveren, met name door een beschrijving van de uiteenlopende mogelijkheden tot vormgeving van verplichtstelling. Het gaat er daarbij enerzijds om welke vorm van nascholing verplicht zou kunnen worden gesteld, anderzijds op welke wijze dat kan worden geëffectueerd. In het onderstaande wordt samengevat wat op deze punten in de discussienota wordt gezegd.

Vormen van verplichte nascholing

Er zijn diverse vormen van verplichte nascholing denkbaar. Ze onderscheiden zich van elkaar door de accrediteringseisen (erkenningvoorwaarden) die aan de

nascholingsprogramma's of aan de organisaties die deze programma's aanbieden worden gesteld. Ook onderscheiden ze zich door de mate waarin, door middel van nadere programmatische eisen, de vrijheid van de arts wordt beperkt om uit het programma-aanbod een keuze te maken. In de discussienota worden vijf vormen van verplichtstelling onderscheiden:

a. verplichtstelling met algemene selectie van het programma-aanbod. Dit is de eenvoudigste vorm van verplichte nascholing. Zij komt er in essentie op neer dat iedere arts gedurende een bepaalde periode aan een minimumaantal geaccrediteerde programma's moet deelnemen, waarvoor creditpunten worden toegekend. Men moet dan bijvoorbeeld 200 punten per vijf jaar behalen. Accreditering vindt plaats aan de hand van globale onderwijskundige en procedurele criteria. Deze criteria hebben uitsluitend betrekking op de deugdelijkheid van de opzet en op het wetenschappelijk gehalte van de programma's. In voorkomende gevallen is het praktischer niet zozeer afzonderlijke programma's te erkennen als wel de instelling die nascholing verzorgt; ook in dat geval moet aan elk programma een aantal creditpunten worden toegekend. De verschillen in creditpunten weerspiegelen uitsluitend verschillen in de omvang (tijdsbeslag) van de programma's.

Met deze vorm van verplichtstelling wordt bereikt dat iedere arts op één of andere wijze aan nascholing deelneemt. Door het ontbreken van nadere programmatische eisen bestaat echter het risico dat voornamelijk grootschalige (goedkope) modieuze programma's worden bezocht, waar populaire onderwerpen aan de orde worden gesteld die slechts een beperkte relevantie hebben voor de dagelijkse werkzaamheden. Met name in de Verenigde Staten, waar deze vorm van verplichtstelling bestaat, is dit vaak het geval³.

Zoals ook voor de hierna te bespreken vormen van verplichtstelling geldt, zal men een antwoord moeten zien te vinden op de vraag welke concrete accrediteringseisen er zullen worden gesteld en of de eisen aan alle afzonderlijke programma's moeten worden gesteld dan wel aan de instanties die de nascholing verzorgen. Ook moet worden vastgesteld welke organisatie wordt belast met het vaststellen van de accrediteringseisen en met het toezicht op de naleving van die eisen. Tot slot is er een regeling nodig om te kunnen

vaststellen of artsen hun nascholingsverplichtingen daadwerkelijk nakomen. Gedacht wordt aan zo'n 200 uur georganiseerde nascholing per vijfjarige periode. In het eindrapport-PAOG is sprake van twee weken nascholing per jaar⁴, waarvan één week zou moeten bestaan uit zelfstudie en één week uit georganiseerde nascholing.

b. verplichte nascholing met sturing van de vorm of de inhoud. In dit geval worden naast globale accrediteringseisen ook eisen aan het nascholingspakket van de individuele arts gesteld. Daartoe wordt het totale geaccrediteerde programma-aanbod in een aantal categorieën opgesplitst, terwijl wordt voorgeschreven hoeveel creditpunten men in iedere categorie moet behalen. De keuzevrijheid blijft grotendeels gewaarborgd, maar er wordt voorkomen dat het programma van de arts te eenzijdig wordt. Er kan bijvoorbeeld worden bepaald dat een deel van de programma's uit vaardigheidstrainingen of discussies met collega's moet bestaan. Ook kan worden geëist dat aan programma's wordt deelgenomen waar veel voorkomende, maar door de arts zelf moeilijk te onderkennen problemen in de gezondheidszorg aan de orde worden gesteld. Onderzoek onder huisartsen in Ontario heeft uitgewezen dat zulke programma's een positieve invloed op de kennis en bekwaamheid van de arts kunnen hebben⁵.

c. verplichte nascholing, gecombineerd met evaluatie van het programma. Deze benadering wordt door enkele wetenschappelijke verenigingen bepleit. De cursisten nemen, bij voorkeur van tevoren én na afloop, aan anonieme tests deel. Op deze wijze worden gegevens verzameld om vast te stellen of het verloop en de uitkomsten van het nascholingsproces aan de verwachtingen hebben voldaan. De resultaten worden gebruikt om het programma te optimaliseren.

De hier bedoelde programma-evaluatie wordt in een aantal nascholingscursussen reeds gebruikt. Ze wordt door cursisten nauwelijks als bedreigend ervaren, omdat niet de individuele deelnemer maar de cursus onder de loep wordt genomen. Overigens kan de individuele cursist, als hij dat wenst, met behulp van deze tests zijn eigen hiaten vaststellen.

d. verplichte nascholing gecombineerd met individuele toetsing. Aan deze vorm van verplichtstelling ligt de veronderstel-

ling ten grondslag dat een arts alleen gemotiveerd aan nascholing zal deelnemen als hij inzicht heeft in zijn sterke en zwakke kanten. Er wordt verondersteld dat de arts zélf de noodzakelijke consequenties trekt uit de resultaten van de individuele toetsing. Sancties zijn in deze visie ongewenst. Voorwaarde is dat er dan wél een gevarieerd aanbod is van nascholingsmogelijkheden. Vooral in huisartsenkring wordt het belang van de individuele toetsing benadrukt⁶.

Een praktisch probleem is dat er momenteel weinig betrouwbare en valide meetinstrumenten voor individuele toetsing zijn ontwikkeld. De huidige instrumenten geven slechts een beperkte indruk van de vakbekwaamheid van de arts. Ze meten voornamelijk theoretisch inzicht en vakkennis en in mindere mate het niveau van het individueel geneeskundig handelen. Het vaststellen van dit niveau is bovendien kostbaar en gecompliceerd en voor veel artsen tamelijk bedreigend. Vaak wordt de voorkeur gegeven aan informele vormen van intercollegiale toetsing in plaatselijke overleggroepen. Deze vorm van toetsing wordt onder andere gestimuleerd door de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen.

e. *het 'pilotenmodel'.* Het zogeheten pilotenmodel omvat een volledig geïntegreerd systeem van kwaliteitsbewaking van het individueel geneeskundig handelen en verplichte nascholing, waarbij systematisch consequenties worden verbonden aan de resultaten van de individuele toetsing. Het model ontleent zijn naam aan de luchtvaart, waar permanent op de bekwaamheid van piloten wordt toegezien. De arts krijgt naar aanleiding van de toetsing aanwijzingen verstrekt over de wijze waarop hij zich dient na te scholen. Artsen van wie het geneeskundig handelen ook na verloop van tijd niet aan een bepaald minimumniveau voldoet worden niet langer in staat gesteld tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunde.

Uit veel reacties blijkt dat men in principe veel voelt voor deze in de burgerluchtvaart algemeen geaccepteerde vorm van kwaliteitsbewaking. Men benadrukt echter het nut van geleidelijke invoering. Ook de commissie-Dekker spreekt zich min of meer voor het pilotenmodel uit; zij pleit er namelijk voor de toelating van individuele beroepsbeoefenaren tot de zorgverlening aan periodieke controle te koppelen, uit te voeren door een in te stellen Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Daarbij zou in geval van geble-

ken achterstand in kunde en kennis na een bijscholing verplicht moeten kunnen worden gesteld².

Effectuering verplichte nascholing

De verschillende regelingen waarmee verplichtstelling zou kunnen worden geëffectueerd hebben gemeen dat ze de beroepsuitoefening op een of andere wijze bemoeilijken dan wel onmogelijk maken, indien de arts zich onvoldoende naschoolt. Het is zeer wel denkbaar dat uiteindelijk verschillende regelingen naast elkaar zullen worden gebruikt.

a. Beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen zouden van hun leden kunnen verlangen dat ze aan bepaalde vereisten op het gebied van de nascholing voldoen. In de Verenigde Staten is dit in sommige staten het geval.

De effectiviteit van deze regeling hangt af van de maatschappelijke betekenis (en dus de aantrekkelijkheid) die het lidmaatschap van de organisatie heeft of daardoor zou kunnen krijgen. Zolang het lidmaatschap niet verplicht is en geen belangrijke voordelen verschaft, wordt de beroepsuitoefening van artsen die onvoldoende nascholen via deze regeling niet geheel onmogelijk gemaakt.

b. Gedacht kan worden aan regelingen die aansluiten bij het in Nederland geldende honoreringstelsel. Deze zijn gebaseerd op een koppeling tussen aange- toonde deelname aan geaccrediteerde nascholingsactiviteiten en een geoor- merkt deel van de tarieven. Dit zou aan de arts zélf kunnen worden uitbetaald. Artsen die regelmatig aan nascholing deelnemen zouden dan in de praktijk een hoger tarief mogen rekenen. Het zou ook aan een voor nascholingsactiviteiten bestemd fonds kunnen worden overge- maakt. Dit fonds kan dan gezamenlijk door beroepsgroep, verzekeraars en ziekenfondsen worden beheerd en kwalitatief goede nascholingsprogramma's (mede)financieren.

De commissie-Dekker wijst erop dat bij het sluiten van contracten niet alleen de omvang van de zorg, maar ook de kwaliteit ervan in aanmerking zou moeten worden genomen. Vooral daar waar de commissie spreekt over een prikkel tot deelneming aan nascholing, lijkt de gedachte op vergelijkbare wijze als in de discussienota naar een koppeling tussen nascholingsactiviteiten van de arts en zijn inkomen uit te gaan².

c. Uit kringen van organisaties van artsen die veelal in dienstverband werken

komen geluiden naar voren de verplicht- stelling van nascholing via arbeids- en toelatingscontracten te regelen. Daarbij wordt gewezen op de medeverantwoor- delijkheid van het management – ook op financieel gebied – voor de nascholing. Anderen zijn daarentegen juist bevreesd voor te veel invloed van werkgevers op de nascholing.

d. In de meeste reacties op de discus- sienota wordt gepleit voor een effectue- ring met de vijfjaarlijkse registratie als uitgangspunt. Waar nu alleen is bepaald dat men de geneeskunde in de achterlig- gende jaren regelmatig moet hebben uit- geoefend om voor voortgezette registra- tie in aanmerking te komen, zouden extra voorwaarden op het terrein van de na- scholing moeten worden gesteld. Als voordeel van deze regeling wordt door sommige artsen gezien dat, op vergelijk- bare wijze als bij de beroepsopleidingen, de beroepsgroep geheel zelfstandig kan vaststellen welke eisen aan de nascholing moeten worden gesteld zonder inmen- ging van buitenaf (de overheid houdt overigens wel een vetorecht). Nadeel is dat de ziekenfondsen, patiënten, verze- keraars, etc. dan nauwelijks invloed op de programmering van de nascholing kunnen uitoefenen, terwijl ze daarbij di- rect belang hebben.

BESLUIT

Vrijwel alle betrokkenen zijn het erover eens dat de nascholing van artsen voor verbetering vatbaar is. Uit de officiële reacties op de discussienota blijkt dat velen menen dat met het oog op die verbetering aan verplichtstelling niet valt te ontkomen. Ook de commissie-Dekker heeft zich in deze zin uitgelaten. Alleen daar waar in eigen kring met succes vrij- willige nascholingsprogramma's zijn op- gezet is het enthousiasme voor verplicht- stelling om voor de hand liggende rede- nen minder groot. Hoewel in de meeste reacties in beginsel voor het hierboven omschreven 'pilotenmodel' wordt geko- zen, pleit men nadrukkelijk voor een ge- leidelijke invoering. De voorkeur gaat, enige uitzonderingen daargelaten, vooral uit naar een vijfjaarlijkse herregistratie als de minst bedreigende wijze van effec- tuering. Overheidsbemoeienis wordt pri- mair afgewezen.

De verzekeraars, ziekenfondsen en pa- tiëntenorganisaties raken eveneens doordrongen van de noodzaak van goede nascholingsprogramma's waaraan zo- veel mogelijk artsen deelnemen. In de voorstellen van de commissie-Dekker

krijgen deze organisaties een grotere invloed op het beleid in de gezondheidszorg, vooral als de contracteerplicht komt te vervallen of aan kwaliteitsvoorwaarden wordt gebonden. Zij zullen vermoedelijk, naast andere zaken, in toenemende mate op goede nascholingsprogramma's aandringen indien artsen overeenkomsten met de verzekeraars wensen aan te gaan.

Het ligt voor de hand dat het veld nu reeds concrete initiatieven ontplooit in de richting van verplichtstelling. Patiëntenorganisaties, verzekeraars, ziekenfondsen, universiteiten en de innoverende farmaceutische industrie zouden elkaar op een nader te bepalen

wijze moeten zien te vinden binnen een organisatievorm waarvan de onafhankelijkheid is gewaarborgd. Het Orgaan PAO-Geneeskunde heeft, na de oriënteringsdag over verplichtstelling en accreditering van nascholing, een stap in deze richting gezet. Met enkele betrokkenen uit bovengenoemde organisaties is men begonnen criteria op te stellen waaraan nascholingsprogramma's zouden moeten voldoen. □

N.B. Exemplaren van de discussienota zijn op het secretariaat van het Orgaan PAO -Geneeskunde verkrijgbaar.

Literatuur

1. Werkgroep Verplichtstelling van het Orgaan PAO-Geneeskunde. Vrijwillige en verplichte nascholing, een permanente activiteit van artsen. Rotterdam/Soesterberg/Utrecht, 1986.
2. Commissie-Dekker. Rapport en advies inzake de structuur en de bekostiging van de gezondheidszorg. Den Haag, 1987.
3. Goldfinger SE. Mandatory CME. N Engl J Med 1981; 299: 902.
4. Overlegorgaan PAOG. Eindrapport PAOG. Den Haag, 1982.
5. Sibley JC et al. A Randomized Trial of CME. N Engl J Med 1982; 306: 511-5.
6. Feen JAE van der. Nascholing voor huisartsen: vrijwillig of verplicht? Medisch Contact 1984; 39: 929-30.

Hoe maken patiëntengroepen het?

Onderzoek naar patiëntenparticipatie in gezondheidscentra

Patiëntenparticipatie kan worden gezien als een uitvloeisel van het algemene streven naar emancipatie en democratisering. Op allerlei terreinen van de gezondheidszorg zijn (initiatieven tot) patiëntengroepen en organisaties waarneembaar. Daarbij kiezen de algemene (niet-categoriale) patiëntengroepen zeker niet de gemakkelijkste weg. In de eerste plaats komen ze op voor de belangen van meestal gezonde mensen en daar loopt niet iedereen warm voor. Een tweede moeilijkheid betreft de geringe structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg; de individuele vrije-beroepsbeoefenaren of hun maatschappen bieden nauwelijks aanknopingspunten voor een gestructureerde vorm van patiëntenparticipatie. Het gezondheidscentrum neemt daarbij nog een relatief gunstige plaats in: dikwijls is er een rechtspersoon en een bestuur, is er een beleid geformuleerd ten aanzien van de positie van de gebruikers van het centrum en staan de werkers in het centrum daar positief tegenover. Blijkens onderzoek is dit alles nog zeker geen garantie voor een bloeiende participatie^{1, 2}.

Het onderzoek waarover dit artikel gaat wil antwoord geven op vragen als: Op welke schaal is er bij gezondheidscentra sprake van gebruikersparticipatie? Om wat voor activiteiten gaat het? Wat is de structuur van de patiëntengroep en wat is de achtergrond van de actieve leden?

W. G. W. Boerma
en N. E. Warmenhoven

Relatief de beste mogelijkheid tot patiëntenparticipatie in de eerste lijn biedt het gezondheidscentrum. Een duo NIVEL-onderzoekers: G. W. G. Boerma en Mw. N. E. Warmenhoven ging na op welke schaal mensen die bij een gezondheidscentrum 'lopen' metterdaad meedoen aan de activiteiten van dat centrum. De uitkomst was wat magertjes.

Hoe is de relatie tot de achterban en tot de werkers van het centrum? De resultaten van het onderzoek zijn in rapportvorm verschenen³.

Wij hebben het onderzoek uitgevoerd in twee fasen. In de eerste fase werd bij contactpersonen in de gezondheidscentra (meestal een huisarts) geïnformeerd naar het bestaan van activiteiten in of rond het centrum waarbij individuele of groepen patiënten zijn betrokken. Uit deze globale inventarisatie hebben we vervolgens 28 gevallen geselecteerd waarin sprake was van een duidelijke – grotere – of kleinere – patiëntengroep of -organisatie. Met vertegenwoordigers van al die groepen, waarvan er inmiddels drie ter

ziele bleken te zijn, werden mondeling half gestructureerde interviews gehouden.

PATIËNTENACTIVITEITEN

Bij tweederde deel van alle 140 centra is sprake van enige vorm van patiëntenparticipatie, in de ruime zin van deelname in het bestuur en/of andere activiteiten door patiënten, al dan niet georganiseerd in een groep. Bestuursparticipatie komt in de helft van de 140 centra voor, overige activiteiten in 67 centra; beide categorieën overlappen elkaar; in 44 centra komen zowel bestuursdeelname als andere activiteiten voor. In tabel 1 wordt een en ander op een rijtje gezet.

Tabel 1. Overzicht participatie in gezondheidscentra

participatievormen	aantal centra	
	abs.	%
alleen bestuurlijke participatie	26	19
alleen activiteiten door patiënten	23*	16
zowel bestuurlijke participatie als activiteiten ...	44*	31
geen participatie	47	34
totaal	140	100

* In 28 van de 67 gevallen was er een organisatie van patiënten/gebruikers.

Zowel bestuurlijke participatie als ande-

re activiteiten van patiënten treffen we vaker aan in centra met in dienstverband werkzame vrijeberoepsbeoefenaren. Wat de bestuursdeelname betreft ligt dat voor de hand, omdat die centra, in tegenstelling tot veel andere instanties, allemaal een (stichtings)bestuur hebben. Ook patiëntenactiviteiten komen echter meer voor in dienstverbandcentra (in tweederde deel van de gevallen ten opzichte van 40% van de anderen). Dit lijkt te duiden op een meer participatiegericht beleid in de dienstverbandcentra.

PATIËTENGROEPEN

Ontstaan en structuur

De meeste patiëntengroepen in het onderzoek bestaan korter dan tien jaar. Bijna de helft van de groepen werd tegelijk met een centrum opgericht of zelfs eerder; dat betekende bijna altijd een intensieve betrokkenheid bij het opzetten van het centrum.

Van de 28 groepen hebben er slechts twaalf rechtspersoonlijkheid; deze zijn allemaal een vereniging. Voor de zestien groepen die geen rechtspersoon zijn betekent dit een beperking van de mogelijkheid om als groep zelfstandig te kunnen werken (bijvoorbeeld bij het innen van subsidies).

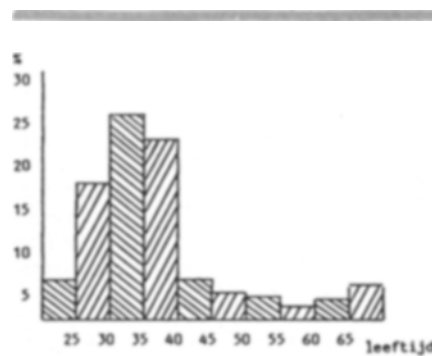
De structuur van de groepen loopt sterk uiteen, wat onder meer samenhangt met het ledental. Zo zijn er kleine, weinig gestructureerde groepjes actieve mensen, middelgrote groepen met een (dagelijks) bestuur en zeven verenigingen met een groot aantal 'papierenen' leden (variërend van 70 tot 10.000). De actieve kern van de groepen bestaat doorgaans uit niet meer dan tussen de vijf en tien personen.

Samenstelling

Wat zijn het voor mensen die zich inzetten voor de patiëntenparticipatie in gezondheidscentra? We vroegen naar de leeftijd, het geslacht en de beroepsachtergrond van de 210 personen die samen de actieve kernen van de patiëntengroepen uitmaken.

Uit de *figuur* blijkt dat vooral mensen tot 40 jaar zich aangetrokken voelen tot een actieve rol als gebruiker van een gezondheidscentrum. Slechts een kwart van de actieve personen is de veertig gepasseerd.

De verdeling naar geslacht is ook allesbehalve evenwichtig. Liefst driekwart van de actieve leden is vrouw. In slechts twee groepen zijn mannen in de meerderheid



Figuur. Leeftijden van actieve personen in patiëntengroepen.

en zes groepen bestaan uitsluitend uit vrouwen.

Wat de sociaal-economische positie betreft blijkt dat 45% van de actieve leden van onze groepen bestaat uit vrouwen zonder betaalde baan; de helft van hen heeft opgroeiende kinderen thuis. Van de mannelijke deelnemers heeft tweederde deel een betaalde baan. De beroepen deelden we op het criterium 'aanzien' in vijf klassen in. Mannen en vrouwen uit de laagst geassocieerde beroepen doen nauwelijks mee in de patiëntengroepen. De middencategorie (met beroepen als secretaresse, schoonheidsspecialiste, analist en kleine zelfstandige) is met 40% het sterkst vertegenwoordigd. Naar verhouding zijn er ook nogal wat hoog-opgeleiden; eenderde deel heeft HBO- of academisch niveau. Bij beschouwing van de beroepsachtergrond valt verder op dat een groot aantal mensen (39%) in de gezondheidszorg werkt of heeft gewerkt. Deze gegevens geven aanleiding tot veronderstellingen ten aanzien van de beweegredenen van mensen om als patiënten in gezondheidscentra te participeren. In de eerste plaats: men moet er tijd voor hebben. Verder speelt iemands interesse in de gezondheidszorg een rol; die interesse wordt vaak gevoed door de eigen beroepsachtergrond, maar ook door ervaringen als patiënt.

DOELSTELLINGEN

Op de vraag naar de doelstellingen werd het meest het verstrekken van voorlichting en informatie genoemd (negentien maal). Het bevorderen van de mondigheid van patiënten hoort expliciet tot de doelstellingen van twaalf groepen. Sommige groepen zien die mondigheid als het verlengstuk van een grotere eigen verantwoordelijkheid (doelstelling van acht groepen). Het verbeteren van de relatie

tussen hulpvrager en hulpverlener(s) is een doel dat eveneens ongeveer eenderde deel van de ondervraagde groepen zich stelt. Belangenbehartiging in algemene zin wordt door tien groepen genoemd; bestuurlijke participatie (vier maal) en klachtenbemiddeling (vijf maal) kunnen worden gezien als manieren om die behartiging te verwezenlijken. Het bevorderen van contacten tussen patiënten met dezelfde problemen of dezelfde aandoening, eventueel het oprichten van zelfhulpgroepen, is ook een doelstelling die meermalen is genoemd. Uit de doelstellingen kunnen we afleiden dat de patiëntengroepen vooral een 'opvoedende' of emanciperende functie willen vervullen ten opzichte van de bevolking. De behoefte invloed uit te oefenen op de gang van zaken in het centrum komt er minder in tot uiting.

We zullen nu zien in hoeverre concrete activiteiten aansluiten bij de doelstellingen. Ondanks de grote verschillen in samenstelling en dergelijke tussen de groepen waarmee we spraken blijken er duidelijke parallellen te bestaan in wat ze doen. Tabel 2 geeft een overzicht van de activiteiten.

Tabel 2. Meest genoemde activiteiten van patiëntengroepen*

activiteiten	aantal groepen
patiëntenkrant/rubriek	22
bestuursdeelname	19
voorlichtings/themabijeenkomsten	19
klachtenbemiddeling	15
zelf/mantelhulp	11
inbreng bij nieuwe aanstellingen	9
patiëntenbibliotheek	7

* Het betreft de 25 functionerende groepen.

Duidelijk blijkt uit de tabel dat in de activiteiten van de onderzochte groepen een sterk accent ligt op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Bijna alle groepen verzorgen een eigen patiëntenkrant of schrijven een rubriek in een wijkblad. Ook het organiseren van voorlichtings- en themabijeenkomsten is een GVO-activiteit waar alle groepen ervaring mee hebben; zes groepen zijn er tijdelijk mee gestopt wegens onvoldoende belangstelling. De bijeenkomsten gaan meestal over medische en aanverwante onderwerpen, behandelingsmethoden, voeding en opvoeding. Driekwart van de groepen houdt zich bezig met bestuurlijke participatie. De overige groepen willen eerst een beleid ontwikkelen of menen dat er wat het centrum of het bestuur betreft geen be-

hoeft is aan vertegenwoordiging door gebruikers.

Vijftien groepen geven aan zich bezig te houden met klachtenbemiddeling. Meer dan circa tien klachten per jaar krijgt men doorgaans niet binnen, hetgeen mogelijk wordt veroorzaakt door het feit dat de klachtencommissie te veel als verlengstuk van het centrum wordt gezien. Soms zit een van de hulpverleners van het centrum in de commissie. Sommige groepen proberen zich dan ook te verzelfstandigen of nemen zelf meer initiatief bij het signaleren van een ongewenste gang van zaken.

Zelfhulpgroepen, of initiatieven daartoe, ontstaan soms als gevolg van thema-avonden, bijvoorbeeld over reuma, CA-RA, migraine, overgewicht en slaapstoornissen.

Bij drie groepen vonden we een 'georganiseerde mantelzorg', zoals een bezoeken dienst voor oudere mensen met weinig contacten of een vrijwilligersorganisatie voor kortdurende hulp met 24-uurs bereikbaarheid.

In het kader van hun bestuursvertegenwoordiging hebben negen groepen volgens een vaste procedure inbreng bij de aanstelling van nieuwe werkers in het centrum.

RELATIE MET ACHTERBAN

Vrijwel zonder uitzondering is de relatie met de achterban een zorgelijk onderwerp. De verenigingen hebben een duidelijke achterban: de leden, al laat die niet altijd veel van zich horen. Bij de overige groepen is het begrip 'achterban' weinig concreet. Hoe dan ook, altijd wil de actieve kern graag dat er belangstelling is voor de patiëntenkrant en voor de voorlichtingsbijeenkomsten; verder wil die actieve kern dat mensen niet met vragen en klachten blijven rondlopen als daar een orgaan voor is. Vaak echter is de respons op de activiteiten beneden verwachting en ook is het voor veel groepen moeilijk nieuwe actieve leden te werven, zodat anderen er langer mee doorgaan dan hun lief is.

Voor patiënten-bestuursleden heeft deze problematiek nog een aparte dimensie: wanneer men een afwijkend standpunt inneemt kan licht de vraag worden gesteld wie men eigenlijk vertegenwoordigt. Al met al vragen leden van patiëntengroepen zich dan ook wel eens vertwijfels af: 'Voor wie doen we dit eigenlijk allemaal?'

De contacten met het centrum zijn – afgezien van mogelijke bestuursvertegen-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

woordiging – niet geformaliseerd. Slechts een klein deel van de groepen stuurt als regel notulen van de vergaderingen aan het team; eenderde deel van de groepen heeft regelmatig overleg met één of meer werkers van het centrum. Wel zijn er op grotere schaal naar behoefte individuele contacten over concrete activiteiten.

Op een klein aantal gevallen na wordt de relatie met de hulpverleners goed en harmonieus genoemd. Hier en daar lijkt men conflicten uit de weg te gaan. Slechts drie groepen twifelen er niet aan dat ze veranderingen hebben teweeggebracht in de werkwijze van de hulpverleners van het centrum. De overigen denken niet dat ze een dergelijke invloed hebben, hetzij door een gereserveerde houding van de teamleden, hetzij doordat ze die pretentie ook niet hebben.

SLOTBESCHOUWING

Als men zich realiseert dat de omstandigheden voor patiëntenparticipatie in gezondheidscentra gunstiger zijn dan elders in de eerstelijnsgezondheidszorg, maar dat er slechts bij éénviijfde deel van die centra sprake is van georganiseerde participatie, dan moet de conclusie luiden dat het resultaat wat magertjes is, te meer daar niet al deze groepen even goed draaien.

Als gebruikersparticipatie in de eerste lijn meer is dan een tot verdwijnen gedoemd denkbeeld uit de jaren zeventig, dan zal er toch wat moeten veranderen. In de eerste plaats zouden patiëntenorganisaties een structurele plaats moeten krijgen, zodat men niet meer afhankelijk is van de welwillendheid van hulpverleners. Daarbij komt dat de mogelijkheden

voor democratisering in de eerste lijn toch al beperkt zijn, gezien het feit dat deze wordt gedomineerd door vrijeberoepsbeoefenaren en particulier initiatief.

Ook de patiëntengroepen zelf zullen een andere oplossing moeten kiezen. Wellicht moet er minder van de – schaarse – energie worden gestoken in de organisatie van steeds andere thema-avonden en moet er meer worden gezocht naar de meest geschikte vormen van belangenbehartiging. Dat is immers voor de algemene groepen een veel lastiger kwestie dan voor categoriale patiëntengroepen.

Een deel van de hier opgeworpen vragen gaat de mogelijkheden van plaatselijke organisaties te boven en zullen landelijk moeten worden aangepakt. Misschien valt daarbij te leren van de vakbeweging; die is immers ook op zoek naar een nieuwe koers. □

Literatuur

1. Hermans W. Bewonersparticipatie in het project gezondheidszorg Almere. Maastricht, 1985.
2. Sixma HJM. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg: resultaten bevolkingsenquête 1985. Utrecht: NIVEL, 1985.
3. Boerma WGW, Warmenhoven NE. Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra. Utrecht: NIVEL, 1986.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Amsterdam

Te kort geschoten in voor- en nazorg bij (dure) haartransplantatie

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 24 juni 1986 binnengekomen klacht van: E, klager, tegen A, arts, wonende te G, verweerder.

Het college heeft kennis genomen van het klaagschrift met bijlagen, waaronder enkele foto's, van het verweerschrift van 23 oktober 1986, van bij brief van 10 december door de raadsman van verweerder verstrekte aanvullende informatie en van de op de terechtzitting van 24 maart 1987 door de raadsman van klager overlegde foto's en stukken.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van het college van 24 maart 1987, waar aanwezig waren klager en zijn raadsman, verweerders raadsman en de door het college opgeroepen deskundige Y, hoogleraar in de plastische chirurgie.

De behandeling is voortgezet ter terechtzitting van 16 juni 1987 waar aanwezig waren de raadvrouw van klager en de door het college opgeroepen getuige Z. Klager was om ook aan zijn raadvrouw onbekende reden niet aanwezig. Verweerder was op geen van beide zittingen aanwezig, omdat hij daartoe volgens mededeling van zijn raadsman wegens ziekte niet in staat was.

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

In 1982 kwam klager via de als getuige gehoorde Z, kapper van beroep, in contact met een haartransplantatiecentrum (hierna te noemen: centrum). Z was voor het centrum werkzaam als consulent en is daarvan sinds 29 september 1982 (mede)directeur. Klager had problemen met beginnende kaalheid, voornamelijk aan de voorzijde van het hoofd waar aan beide zijden inhammen waren ontstaan.

Verweerder verrichtte destijds haartransplantaties in een door het centrum ter beschikking gestelde ruimte. Hij heeft klager op 14 januari 1982 onderzocht en vervolgens met hem gesproken over de mogelijkheid van transplantatie en de wijze waarop dit zou kunnen gebeuren. Klager heeft daarna een contract getekend waarin tussen hem, het centrum en verweerder werd overeengekomen dat verweerder in ruimten van het centrum een haartransplantatie zou uitvoeren in twee afzonderlijke behandelingen voor een door klager te betalen bedrag van f 6.000,—. Z kreeg daarvan een bedrag van f 100,— voor zijn bemoeienissen. De hoogte van het door verweerder ontvangen honorarium bedroeg volgens mededeling van zijn raadsman f 500,—.

De behandelingen werden onder lokale anes-

thesie uitgevoerd op 3 februari en op 31 maart 1982. Het resultaat was voor klager niet bevredigend. Volgens hem was de haarlijn veel te ver omlaag gebracht en was de afstand tussen de verschillende grafts veel te groot gehouden. Klager heeft zich pas in 1986 met zijn klachten gewend tot het centrum, waar hem werd meegedeeld dat verweerder daar niet meer werkzaam was: verweerder had zich inmiddels elders gevestigd. Toen klager zich bij hem meldde, werd hij terugverwezen naar het centrum. Daarop heeft klager de onderhavige klacht ingediend. Inmiddels heeft klager de implantaten laten verwijderen met als gevolg dat er thans littekens zijn ontstaan.

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder de operatie slordig, ongeïnteresseerd en zonder oog te hebben voor de gevolgen heeft uitgevoerd, waardoor klager een psychische klap heeft gehad. Klager stelt dat hij zich op grond van de hem door verweerder gedane mededelingen een geheel andere voorstelling van het resultaat had gemaakt en dat hij zich door verweerder, die commerciële motieven zou hebben gehad, doelbewust om de tuin geleid voelt.

Met betrekking tot de klacht overweegt het college het volgende:

Met overneming van hetgeen door de deskundige ter terechtzitting van 24 maart 1987 is verklaard, stelt het college vast dat op de medisch-technische gang van zaken bij de door verweerder uitgevoerde haartransplantatie geen aanmerkingen kunnen worden gemaakt: verweerder heeft een behoorlijke anamnese afgenomen, het anamneseformulier is correct ingevuld en het verslag van de gevolgde methode geeft evenmin aanleiding tot opmerkingen. De door verweerder aangehouden ruimte tussen de grafts was volgens de daarvoor geldende regels. Het resultaat was eveneens behoorlijk, zoals blijkt uit de door klager overgelegde foto's, waarop te zien is dat de meeste grafts waren ingegroeid met goed, stevig haar, zij het met vrij veel tussenruimte. Klagers stelling dat de haarlijn te ver omlaag was gebracht kan evenmin worden onderschreven. Tot zover is de klacht dan ook niet gegrond.

Op verweerders beleid voorafgaande aan en volgend op de beide behandelingen moeten echter wel aanmerkingen worden gemaakt.

In de eerste plaats heeft verweerder ten onrechte nagelaten voorafgaand aan de behandelingen informatie in te winnen bij de huisarts van klager en/of daarna deze huisarts op de hoogte te stellen van de uitgevoerde behande-

lingen, hetgeen, nu het hier ging om invasieve ingrepen en niet is gesteld noch gebleken dat klager daartegen bezwaar zou hebben gemaakt, wel was aangewezen.

In de tweede plaats heeft verweerder ten onrechte nagelaten met klager zelf afspraken te maken voor controle. Evenals de deskundige is het college van oordeel dat controles na een haartransplantatie als door verweerder bij klager uitgevoerd noodzakelijk zijn, ook als de patiënt geen klachten heeft. Daarbij moet worden gedacht aan een eerste controle na drie weken, een tweede na drie maanden en een derde na zes maanden en daarna zo nodig een laatste controle na een jaar. Dit is van belang omdat in het algemeen het eindresultaat van een haartransplantatie lang op zich laat wachten en het verloop dient te worden bewaakt, met name ook omdat het meestal gaat om patiënten die, gelet op de aard van het probleem waarvoor de behandeling is uitgevoerd, een psychosociale begeleiding nodig hebben. Dat laatste maakt ook het hiervoor bedoelde contact met de huisarts noodzakelijk.

De conclusie van het voorgaande moet zijn dat verweerder op het punt van de voor- en de nazorg ten opzichte van klager te kort is geschoten in de zorg die van hem mocht worden verwacht. Daardoor heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Dat verweerder persoonlijk commerciële motieven zou hebben gehad, is niet komen vast te staan. Uit de verklaring van de deskundige is gebleken dat een behandeling zoals door klager in het centrum ondergaan hem ongeveer driemaal zoveel heeft gekost als een zelfde behandeling indien uitgevoerd in een regulier ziekenhuis. In het laatste geval worden de kosten in het algemeen ook nog ten dele door de verzekering of het ziekenfonds vergoed. Het college heeft de stellige indruk dat de huidige bloei van instituten als het centrum een gevolg is van de te geringe mogelijkheden om haartransplantaties in een ziekenhuis te doen uitvoeren, maar acht het verschil in de kosten dermate groot dat er aan het algemeen belang ontleende redenen zijn om daarop de aandacht te vestigen door bekendmaking van deze beslissing op na te melden wijze.

De beslissing luidt:

Het Medisch Tuchtcollege waarschuwt verweerder

en bepaalt dat de beslissing zodra deze onherroepelijk is geworden op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek tot plaatsing over te gaan aan Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 6 juli 1987 door Mr. J. A. Schröder, voorzitter, S. Luitse, J. A. I. van Prooije, A. Weijel en Dr. M. H. Kloppe-Mensch, met bijstand van Mr. L. A. M. van den Berg-Voermans, secretaris. □

Kort Amerikaans

5: 'The right to life', of hoe ethische vraagstukken steeds ingewikkelder worden

In Nederland is de discussie over abortus in alle toonaarden gevoerd. De politieke uitkomst van die discussie is de Wet Afbreking Zwangerschap van 1984. In de Verenigde Staten weet men vooralsnog van geen ophouden. De sterke 'Pro-life'-beweging daar schuwt de publiciteit niet. Bij het minste of geringste probeert ze bij de rechter haar gelijk te halen. Daarnaast bedient deze beweging zich van grovere middelen. Wat te denken van een openlucht tentoonstelling van vierhonderd foetussen – in aparte plastic zakken weliswaar – op Michigan Avenue, in 't hartje van Chicago, bedoeld om voorbijgangers aan het denken te zetten? De media spelen gretig op zo'n voorval in en zo krijgt de 'Pro-life'-beweging in de Verenigde Staten alle ruimte haar eigen standpunt wijd en zijd kenbaar te maken.

Die middag nam Prof. Mark Siegler, medicus en ethicus, verbonden aan de medische faculteit van de Universiteit van Chicago, mij mee naar een seminar over een rechterlijke uitspraak over abortus. Een rechtbank in Illinois had onlangs nog eens de uitspraak bekrachtigd, dat aan de ongeboren foetus geen persoonskenmerken ('personhood'), zoals begrepen in de Amerikaanse grondwet, kunnen worden toegedacht¹. De fundamentele vraag die tijdens het seminar aan de orde werd gesteld was of het persoon-zijn kenmerkend is voor het menselijk leven in al zijn fasen, te beginnen met de bevruchting. De rechter in Illinois heeft, in navolging van het Opperste Gerechtshof, wederom geoordeeld dat pas bij de geboorte ('living birth') een baby zijn rechten als persoon kan laten gelden. Grote commotie bij de 'The right to life' beweging in Amerika², die er schande van spreekt dat de foetus voor de geboorte in feite geen enkele wettelijke bescherming geniet; deze beweging maakt zich dan ook op om tegen deze recente rechterlijke uitspraak in beroep te gaan.

Ik kreeg de vraag hier mijn commentaar op te geven: 'In Nederland is abortus toch gelegaliseerd?' Hoewel ik er niet op was voorbereid, legde ik uit dat sinds de invoering van de Wet Afbreking Zwangerschap abortus onder bepaalde omstandigheden op medische en in bijzondere gevallen ook op sociale gronden mogelijk is, maar dat aan zo'n ingreep altijd een zorgvuldige besluitvorming voorafgaat en dat het wellicht mede aan deze wet en aan een zorgvuldige voorlichting over maatregelen die men kan nemen om zwangerschap te voorkomen te danken is dat het aantal abortussen in Nederland nog steeds daalt³. Bij het uitwisse-

len van de cijfers blijkt dat in de Verenigde Staten het abortuscijfer per duizend vrouwen ruim vijfmaal zo hoog ligt als in Nederland, en daar keken zij en ik allebei van op.

Tegen de achtergrond van bovenstaande discussie kreeg de vraag van een groep artsen, een week eerder in San Francisco, voor mij meer betekenis. 'Mogen wij ouders vragen hun nog ongeboren, maar na de geboorte onherroepelijk ten dode opgeschreven baby⁴ ter beschikking te stellen om er organen van te oogsten?'⁵ De achtergronden: als gevolg van de vooruitgang in prenatale diagnostiek is het mogelijk defecten en andere afwijkingen bij het ongeboren kind in een vroeg stadium op te sporen. Bij de huidige stand van de medisch-technologische en chirurgische ontwikkelingen is het ook mogelijk operatief in te grijpen. Verder komen transplantaties van vitale organen bij pasgeborenen in deze vroege fase van hun leven steeds vaker voor. Om aan de toenemende behoefte aan organen te kunnen voldoen heeft men donoren nodig. Zo komt men dan tot de hierboven gestelde vraag.

De vraag stelt alle betrokkenen voor een zeer ingewikkeld dilemma. Enerzijds kan men er een ander leven mee redden, anderzijds belast men de ouders van de potentiële donor met informatie die hun draagkracht misschien verre te boven gaat. De shock van de informatie over het feit dat hun kindje niet levensvatbaar zal zijn kunnen zij wellicht compenseren met het idee dat met de organen van hun kindje het leven van (een) ander(e) kind(eren) wellicht valt te redden. Hun mogelijke toestemming heeft echter nog andere consequenties voor de ouders.

Wat heeft men aan de organen van een kindje dat bij de geboorte reeds is overleden? Om bruikbare organen te kunnen 'oogsten' zal men tot anderssoortige ingrepen moeten overgaan. En wat staat de ouders en de artsen te wachten als straks een rechter met een uitspraak komt dat de opvatting dat 'personhood', zoals bedoeld in de Amerikaanse constitutie, voortaan ook van toepassing zal zijn op het ongeboren menselijke leven? Een dergelijke uitspraak zou betekenen dat een foetus (of diens vertegenwoordiger) grondwettelijk gefundeerde aanspraken kan maken op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit. Met het verzoek of men organen mag oogsten zou de arts de ouders kunnen aanzetten tot het overtreden van de Grondwet.

Niet voor niets vormt 'pediatrics' tegenwoor-

dig een apart aandachtsgebied binnen de medische ethiek. De vraagstukken op dit terrein zijn gecompliceerd. Het voorgaande maakt duidelijk dat het samenspel van ontwikkelingen op het gebied van de prenatale diagnostiek in combinatie met de verfijning van de medisch-technologische en chirurgische mogelijkheden betrokkenen voor dilemma's plaatst waar zij nauwelijks meer uit kunnen komen. Iemand vroeg zich dan ook af hoe lang de juristen en de ethici nog in staat zullen zijn de nieuwe en telkens gecompliceerdere vragen tot een oplossing te brengen. Als de consequenties van dit soort ontwikkelingen ethisch niet langer te overzien zijn, zijn zij dan ook niet langer te rechtvaardigen? Moeten wij niet ophouden met al deze ontwikkelingen nog langer te willen verantwoorden? Er kwam gelukkig protest uit de zaal.

Daarnaast kwamen andere aspecten aan de orde, zoals de vraag of de financiering van deze ontwikkelingen geen zware wissel trekt op de verdeling van de schaarse middelen in de gezondheidszorg. De behandeling en de zorgverlening op andere terreinen van de gezondheidszorg kunnen immers minder sterk worden gestimuleerd naarmate genoemde aandachtsgebieden meer krijgen toebedeeld. Anderen voerden aan dat het aantal beschikbare organen op den duur aan al deze ontwikkelingen zijn grenzen zal stellen. Het eerste is een kwestie van welke prioriteiten men in de gezondheidszorg stelt. Het laatste zou, althans in de opvatting van Prof. Siegler, wel eens een kwestie van tijd kunnen zijn.

H. H. van der Kloot Meijburg

Drs. H. H. van der Kloot Meijburg is theoloog en secretaris van de Commissie Geestelijke Verzorging in Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad.

1. Deze uitspraak over abortus staat bekend als de uitspraak in de zaak-Roe versus Wade, die speelde in 1975.

2. De aanduidingen 'Pro-life' en 'The right to life' worden in de Verenigde Staten door elkaar voor dezelfde beweging gebruikt.

3. Zie voorlopige resultaten Abortusregistratie 1985, Stimezo Nederland, 1987.

4. Men denkt in eerste instantie aan de categorie 'anencefalen' bij wie bij de geboorte schedeldak en hersenen geheel of gedeeltelijk ontbreken en wier overlevingskansen nihil zijn.

5. 'To harvest organs', zei men letterlijk.

KNMG

Voorzitter en ondervoorzitters 1988



Het hoofdbestuur heeft tot voorzitter voor het jaar 1988 herkozen W. H. Cense, huisarts op Urk. Tot ondervoorzitters worden gekozen Prof. Dr. W. J. Schudel, hoogleraar psychiatrie te 's-Gravenhage en P. C. H. M. Holland, geneesheer-directeur te Oisterwijk.

Voor het jaar 1988 is tot voorzitter van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten gekozen de heer A. M. Smeets, radioloog te Wassenaar en tot ondervoorzitter Prof. Dr. F. G. Bouman, plastisch chirurg te Amsterdam.

LSV

Bemiddeling mislukt

De Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) heeft met teleurstelling vastgesteld dat de bemiddeling van de heer L. Lamers in het geschil tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de LSV niet tot resultaat heeft geleid. Partijen hebben elkaar in het overleg op een aantal belangrijke punten kunnen vinden. Zo is afgesproken dat VNZ en LSV het vraagstuk of de specialist zou moeten vallen onder het ziekenhuisbudget, niet meer aan de orde zullen stellen. Verder hebben partijen afspraken gemaakt over de principes van een nieuwe tariefstelling. Men was het erover eens dat de praktijkkosten onderdeel zouden blijven uitmaken van het tarief.

De LSV heeft met verbazing kennisgenomen van het standpunt van de heer Lamers over de grootte van de praktijkkosten. Zijn opvatting, neergelegd in zijn rapportage aan staatssecretaris Dees, dat deze kosten eerder in de grootte van f 80.000,— op jaarbasis liggen dan in de door de LSV genoemde f 130.000,—, wordt volstrekt niet onderbouwd en staat haaks op de gemaakte afspraken tot nader onderzoek

bij gebrek aan gegevens. De LSV meent dat zij in de afgelopen maanden op een constructieve wijze aan het overleg heeft deelgenomen. Dat blijkt onder meer uit de nota 'Grondgedachte van het LSV-beleid inzake een beheersing van het 'volume', die in november in het overleg is gebracht.

De LSV heeft helaas moeten constateren, dat de VNZ, vooruitlopend op de uitwerking van een nieuw tarief en de resultaten van een onderzoek naar de praktijkkosten voor de specialist, reeds tot tariefsverlaging wilde overgaan. Achteraf zou dan tot een correctie kunnen worden gekomen. De LSV heeft zich op het standpunt gesteld dat met het huidige tarief moet worden doorgewerkt; vooral ook omdat na onderzoek zou kunnen blijken dat verlaging van de tarieven niet juist zou zijn. De LSV was ook bereid de nieuwe tariefstelling terugwerkende kracht tot 1 januari '88 te verlenen.

De LSV blijft bereid met de VNZ nader overleg te voeren over een aantal geschilpunten in de modelovereenkomst van de Ziekenfondsradaad, alsmede over de uitwerking van de overeengekomen nieuwe tariefopzet.

KNMG

De patiënt als proefpersoon

Bij experimenten met patiënten wordt de relatie arts-patiënt wezenlijk veranderd: de zorg voor de individuele patiënt wordt door een toekomstig maatschappelijk belang op de achtergrond gedrongen. De eigen interesses van onderzoekers en industrie compliceren de situatie.

Volgens Prof. Leenen dragen experimenten bij aan de paradoxale situatie dat de patiënt verdedigd moet worden tegen de geneeskunde. Hij voegde er wel aan toe dat, gegeven het belang van de vooruitgang van de medische wetenschap voor de zorg aan de patiënten, een negatieve benadering van experimenten op mensen niet op zijn plaats is.

Het aandeel dat de innoverende farmaceutische industrie levert aan de klinische geneeskunde is indrukwekkend, maar wijs gebruik van nieuwe middelen houdt in dat er klinisch onderzoek verricht wordt voordat ze op grote schaal worden gebruikt.

De meest betrouwbare gegevens kunnen verkregen worden door at random onderzoek met controlegroepen: patiënten met een bepaalde aandoening worden aselekt verdeeld in groepen die een verschillende behandeling ondergaan. De ene groep krijgt de gangbare behandeling, of een placebo als er geen gangbare therapie is, en de andere groep krijgt de nieuwe behandeling die getoetst moet worden.

Een patiënt kan alleen na het krijgen van volledige informatie in volle vrijheid toestemming geven voor een experiment. Wetenschappelijk onderzoek met mensen is alleen acceptabel na het verkrijgen van toestemming. Is het mogelijk een patiënt niet alleen informatie te geven, maar ook te zorgen dat hij alles begrijpt? Maakt de afhankelijke positie waarin hij verkeert een echt vrije beslissing niet bij voorbaat onmogelijk? Beecher schreef: 'If suitably approached, patients will accede, on the basis of trust, to about any request their physician may make.'

Op donderdag 14 januari te 17.00 uur organiseert de afdeling 's-Hertogenbosch e.o. van de K.N.M.G. een symposium, getiteld 'De patiënt als proefpersoon' in het Provinciehuis, Brabantlaan 1, 's-Hertogenbosch.

Ethische en juridische aspecten van experimenten met mensen, met name klinisch onderzoek van nieuwe geneesmiddelen, worden ingeleid door Mw. Drs. M. Andela, Mr. Drs. L. Bergkamp, Prof. Mr. F. C. B. van Wijmen, Dr. M. A. M. de Wachter en Prof. Dr. C. van der Meer.

Aanmelding voor het symposium bij de secretaris van de afdeling Drs. F. W. O. Waterreus, Eindhovenlaan 3/a, 's-Hertogenbosch.

KNMG

Succesvolle studentenvoorlichting

Op initiatief van de KNMG is recent een experiment uitgevoerd met een gezamenlijke 'voorlichtingsmarkt' voor medische studenten in Utrecht. Ruim 200 geïnteresseerde medische studenten en artsen in opleiding maakten van deze informatiemogelijkheid gebruik. Enerzijds was er een informatiemarkt met informatiekramen van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen plus de Artsen Onderlinge, de OLMA, Movir-DTO en de VVAA. Geen van de standhouders had te klagen over gebrek aan informatie. Integendeel. De bezoekers bleken buitengewoon geïnteresseerd getuige de grote belangstelling voor mondelinge en schriftelijke informatie. Daarenboven was er een zeer goed bezocht programma met korte inleidingen. Daarbij werd telkens over een hoofdonderwerp informatie gegeven, zoals nut en noodzaak van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen, werkgelegenheidsaspecten, fiscale problematiek, verzekeringsaangelegenheden en dergelijke meer. Sommige inleidingen

moesten meer dan eens worden gehouden omdat het aantal belangstellenden de beschikbare ruimte in de aparte zaal overtrof. Ook de informanten van de faculteitsvereniging, die van harte heeft meegewerkt aan dit experiment, toonden zich enthousiast over het geheel. Hetzelfde geldt voor vertegenwoordigers van diverse andere faculteitsverenigingen uit den lande. Het ziet er dan ook naar uit dat de oorspronkelijke bedoeling om in elke universiteitsstad een dergelijke KNMG-informatiemarkt te organiseren daadwerkelijk zijn beslag kan krijgen. Los daarvan is er regelmatig contact met vertegenwoordigers vanuit diverse universiteitssteden, waarbij over en weer informatie wordt uitgewisseld. Daarbij wordt tevens bezien in hoeverre er mogelijkheden zijn tot samenwerking en/of samenspraak. Voorts heeft de KNMG de Domus Medica beschikbaar gesteld als regelmatige ontmoetingsplaats voor landelijk studentenoverleg. Hieronder enkele impressies van de informatiemarkt.



KNMG

Combinatie Algemene Vergadering en Ledencongres

Het idee de Algemene Vergadering op enigerlei wijze te combineren met het KNMG-ledencongres is voor de eerste maal besproken tijdens de bijeenkomst van DB met afdelingen op 17 maart jl. Gelet op de positieve reacties tijdens deze bijeenkomst is vervolgens met de congrescommissie van het Ledencongres voor 1989 van gedachten gewisseld over een mogelijk samengaan van dat congres met de najaarsvergadering. Als resultaat van dit gesprek heeft bedoelde congres-

commissie op zich genomen weliswaar de Algemene Vergadering niet in het congres te incorporeren maar wel een relatie tussen beide te leggen. Over de nadere uitwerking beraden de afdelingen Gooi en Eemland en Vecht e.o. zich. Hierop voortbordurend heeft het hoofdbestuur besloten een werkgroep in te stellen om tot een verdere concretisering van de gedachte van een samengaan van Algemene Vergadering en Ledencongres te komen.

KNMG

Financiële aansprakelijkheid

Op grond van de bestaande reglementaire verhoudingen heeft de KNMG rechtspersoonlijkheid en de KNMG-afdelingen niet. Aangezien met name de wat grotere afdelingen soms niet onbelangrijke geldsommen te besteden hebben, is de vraag van de wettelijke aansprakelijkheid van de KNMG en de consequenties daarvan gerezen. Over deze kwestie is een schriftelijke enquête bij de afdelingen gehouden. Daarbij is met name de vraag voorgelegd of het Huishoudelijk Reglement van de KNMG niet een bepaling zou moeten bevatten op grond waarvan een grens wordt gelegd aan financiële

verplichtingen waar beneden niet en waar boven wel het schriftelijk consent van de KNMG te Utrecht verlangd wordt. Helaas hebben lang niet alle afdelingen gereageerd. Het hoofdbestuur acht het echter niet gewenst een reglementswijziging nog langer uit te stellen. Mede op basis van de ontvangen reacties heeft het hoofdbestuur besloten aan de Algemene Vergadering van 22 april aanstaande een reglementswijziging voor te stellen op grond waarvan de eventuele financiële risico's voor de KNMG ingeperkt worden.

HRC

Herziene richtlijnen 1987

Herziene richtlijnen 1987 voor uitschrijving uit het register versus handhaving inschrijving (art. 1122 van het HR der KNMG)

Inleiding

Artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bepaalt dat een in het register ingeschrevene door de Huisarts Registratie Commissie van het register kan worden afgevoerd:

- a. indien hij gedurende vijf jaar niet regelmatig als huisarts werkzaam is geweest;
- b. indien hij ingeschreven zijnde op grond van art. 1119 – bijzondere kennis en bekwaamheid – niet meer voldoet aan het in dat artikel bepaalde.

De HRC heeft zich in 1987 opnieuw beraden over de praktische uitwerking van de woorden 'regelmatig als huisarts werkzaam zijn', aangezien de maatschappelijke ontwikkelingen ertoe leiden dat een niet onaanzienlijk deel van de artsen die de beroepsopleiding tot huisarts heeft gevolgd er niet in slaagt zich als huisarts te vestigen. Hierbij is tevens aandacht besteed aan de verschijnselen dat langdurig werkzaam zijn als huisarts-waarnemer in afnemende mate mogelijk blijkt en dat in deeltijd werkzaam zijn voor langere tijd in een huisartspraktijk in toenemende mate voorkomt. De HRC heeft in 1978, in 1981 en in 1983 richtlijnen gepubliceerd voor uitschrijving uit het register versus handhaving inschrijving. Na ruggespraak met het College Huisartsgeneeskunde heeft de HRC met behoud van de algemene uitgangspunten thans de herziene richtlijnen 1987 vastgesteld, zoals hieronder gepubliceerd.

Algemene uitgangspunten en criteria

Onder 'regelmatig als huisarts werkzaam zijn' in de zin van artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG wordt in deze richtlijnen verstaan dat men als arts beschikbaar is voor het verlenen van algemene medische zorg ten aanzien van

- een betrekkelijk vaste groep van de bevolking ter plaatse,
- zonder selectie naar leeftijd, geslacht en aard van de ziekte of klacht,
- waarbij de continuïteit van de zorg essentieel is in tweeërlei zin: bij afwezigheid dient er een goed geregelde waarneming te zijn; de zorg strekt zich als regel uit over jaren (levensloop-geneeskunde).

Voor een nadere omschrijving van functie en taak van de huisarts wordt verwezen naar de definitie van het HNG en het takenpakket van de huisarts (LHV).

Onder deze criteria kunnen vallen:

- 1a. ingeschrevenen die kunnen aantonen als zelfstandig gevestigd huisarts werkzaam te zijn geweest;
- 1b. ingeschrevenen die kunnen aantonen gedurende de in art. 1122 bedoelde termijn van vijf jaar werkzaam te zijn geweest in ten hoogste acht huisartspraktijken als waarnemer of assistent;
- 1c. ingeschrevenen die kunnen aantonen eerstelijnszorg te hebben verleend bij instellingen, mits wordt voldaan aan de bovenvermelde criteria;

1d. ingeschrevenen die kunnen aantonen dat zij in het buitenland eerstelijnszorg hebben gedaan.

De inschrijving van de onder 1a t/m 1d bedoelde artsen wordt in het algemeen gehandhaafd tot vijf jaar na het einde van de werkzaamheden als huisarts, indien deze werkzaamheden gedurende tenminste de helft van enig jaar werden verricht in – nagenoeg – volledige werktijd.

2a. Ingeschrevenen die kunnen aantonen dat zij continu, op basis van vaste afspraken met één of meer andere huisartsen, in deeltijd (minimaal twee volle dagdelen per week) in een huisartspraktijk werkzaam waren, – inclusief huisbezoeken, acute hulpverlening en onderlinge waarneming – gedurende tenminste 52 weken achtereen.

2b. Ingeschrevenen die kunnen aantonen dat zij gedurende de in art. 1122 bedoelde termijn van vijf jaar werkzaam waren in ten hoogste acht huisartspraktijken als waarnemer of assistent gedurende tenminste 26 weken in nagenoeg volledige werktijd.

De inschrijving van de duur van de onder 2a en 2b bedoelde artsen wordt in het algemeen gehandhaafd voor een beperkte periode, door de HRC vast te stellen naar evenredigheid van omvang en duur van de werkzaamheden.

Toelichting

De vijfjaars-termijn waarop art. 1122 van het HR der KNMG betrekking heeft vangt aan met het einde van de opleiding, die de bevoegdheid en de bekwaamheid verschafft te functioneren als huisarts. Onvoorziene omstandigheden en verplichtingen – al dan niet vrijwillig aangegaan – geven geen aanleiding tot verlenging van deze periode. Onder zelfstandig gevestigd wordt verstaan dat de huisarts de verantwoordelijkheid geheel draagt voor de zorgverlening aan de ingeschreven praktijkpopulatie, dan wel in maatschapsverband voor tenminste 50% van de werktijd deze verantwoordelijkheid draagt. Kortdurende waarnemingen beperkt tot avonden, nachten en weekenden of perioden korter dan twee weken kunnen bij gebrek aan continuïteit van de zorg, in dit kader, niet worden beschouwd als werkzaam zijn als huisarts. Medische zorg verlenen op louter consultatieve basis wordt evenmin beschouwd als werkzaam zijn als huisarts. Naar het oordeel van het College Huisartsgeneeskunde is deeltijdarbeid verdeeld over twee of meer dagdelen per week te verkiezen boven deeltijdarbeid in één volle dag per week gezien de persoonlijke aspecten van de continuïteit in de zorg.

Nu inmiddels een landelijk netwerk voor ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor huisartsen in ontwikkeling is gekomen, ligt het in de rede dat het regelmatig bezig zijn met behoud en verbetering van eigen deskundigheid als een onderdeel moet worden gezien van het begrip 'regelmatig als huisarts werkzaam zijn'.

De arts die in het ongewisse verkeert over de vraag hoe de HRC bepaalde werkzaamheden zal beoordelen kan zich, bij voorkeur schriftelijk, met een concrete vraagstelling wenden tot het bureau van de HRC.

Utrecht, december 1987

L. G. Oltmans, huisarts, secretaris.



Convocatie Ledenvergadering 4 februari 1988

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een *Ledenvergadering op 4 februari 1988 om 19.00 uur*.

De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (030-955911).

De vergadering luidt als volgt:

1. Opening.

2. Mededelingen.

3. *Notulen – (besluitvormend).*

Voorstel tot goedkeuring van de notulen van het gedeelte na de schorsing van de ledenvergadering van 3 september 1987 (87/3987).

4. *Geneesmiddelenvoorziening – (informatief).*

- Discussienota Geneesmiddelenvoorziening;
- IJkprijzen.

5. *Honorering – (informatief/opiniërend evt. besluitvormend).*

- Particulier tarief;
- Uitwerking package-deal.

6. *Thuiszorg*

- Voorstel tot goedkeuring van een samenwerkingsmodel huisarts/wijkverpleging (87/4311) – *(besluitvormend)*;
- Informatieve bespreking van de laatste ontwikkelingen – *(informatief)*.

7. *Ruimteproblematiek bureau LHV – (informatief)*

8. *Beroepsopleiding – (informatief/besluitvormend);*

- Rechtspositieregeling huisarts in opleiding/werkgeverschap;

- Vormgeving vergoeding huisartsopleiders;
- Inverdienregeling.

9. *'De KNMG naar 2000' – (informatief)*

Verdere informatie.

10. *Pensioenproblematiek – (informatief)*

- a. Informatieve en opiniërende bespreking stand van zaken met betrekking tot de pensioenpremieverplichtingsproblematiek van huisartsen in dienst van gezondheidscentra;
- b. Informatieve en opiniërende bespreking stand van zaken uitwerking van de besluiten van de ledenvergadering van 4 juni 1987 (87/3176/BK).

11. *Aanvullende nota automatisering – (informatief).*

12. Wat verder ter tafel komt.

13. Rondvraag.

14. Sluiting.

Toelichting

De benodigde stukken volgen. Notulen welke het bestuurskorps bereiken tot drie weken voor de vergadering worden geacht op deze agenda te zijn geplaatst.

S. Buijs, huisarts, secretaris-penningmeester.

N.B. Voorafgaand aan deze vergadering zal eerst de agenda (87/4180) van de geschorste Ledenvergadering van 17 december 1987 worden afgewerkt. De volgende punten zullen dan nog worden behandeld: 5. HMO; 7. Wijziging Statuten en Huishoudelijk Reglement en 9. Verloskunde.

Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.

Telefoon: 030-823911.