

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 23 – 10 juni – 43e jaargang

Is met de wet, inclusief het ontwerp van Wet BIG, in de hand een passende reactie mogelijk in die gevallen waarin 'niet-officiële' genezers onzorgvuldig handelen? Mr. Drs. D. F. J. Hoekstra, arts te Rekken, bestudeerde deze vraag tegen de achtergrond van een eigen exploratief onderzoekje onder huisartsen in Friesland.

Om het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1981) systematisch te helpen aanvullen en actualiseren, hebben Mw. H. Maassen van den Brink en H. C. M. Vorst, beiden werkzaam bij de faculteit der Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, een inventariserend onderzoek verricht. Het resultaat is een overzicht van tot 1985 bijgewerkte aantallen georganiseerde beoefenaars van alternatieve geneeswijzen, de belangrijkste opleidingen en de aantallen patiënten, patiëntencontacten en consultkosten per jaar.

De laatste jaren wordt veel onderzoek verricht om een integratie van de traditionele Chinese geneeskunde en de westerse geneeskunde te verwezenlijken. Hierover verhaalt de nucleair geneeskundige-acupuncturist Dr. Han Hwie Song, die tot 1972 werkzaam was in het 6e Volkshospitaal van Shanghai.

Vormen van alternatieve geneeskunde die als placebo-geneeskunde moeten worden bestempeld, doordat ze niet kunnen bogen op verbeterde resultaten binnen correct uitgevoerde prospectieve gerandomiseerde dubbelblind 'trials', komen niet in aanmerking voor opname in het geneeskundig onderwijspakket. Aldus de gynaecoloog-oncoloog Prof. Dr. J. W. Barents, in een beschouwing over de plaats van de alternatieve geneeswijzen in het universitair geneeskundig onderwijs.

De mens te brengen tot groter geluk door hem of haar te verzekeren van een sterke gezondheid: ziedaar het ethos van de geneeskunde ten tijde van de Verlichting. De Nijmeegse ethicus Jan Rolies bespreekt het boek 'Medizinische Aufklärung' (1798) van de arts J. K. Osterhausen.

## INHOUD

Onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers en de wet

*Mr. Drs. D. F. J. Hoekstra – 711*

Alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig

*H. Maassen van den Brink en H. C. M. Vorst – 715*

Het oosten ontmoet het westen. Naar een integratie van de traditionele Chinese en de westerse geneeskunde

*Dr. Han Hwie Song – 719*

De plaats van de alternatieve geneeswijzen in het universitair geneeskundig onderwijs

*Prof. Dr. J. W. Barents – 722*

Basisgezondheidszorg en campinghygiëne

*R. Melchers – 724*

Grondslagen van de geneeskunde. Medische 'Aufklärung': mythe of werkelijkheid?

*Jan Rolies – 725*

Uitspraken Medisch Tuchtcollege Eindhoven:

Huisarts faalt op alle fronten: boete – 727  
Onvoldoende indicatiestelling en onvoldoende voorlichting: oogarts berispt – 728

Colofon 706 – Colofon officieel 706 – Hoofredactioneel commentaar 707 – Voorzitterskolom KNMG 708 – Brieven 709 – Uit de Verenigingen 729

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 Küpperstraat 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. 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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,98 (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 opgaaf 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 Hebeszleke' van Jan Steen 1626-1679.  
Landesmuseum, Schwerin.

## 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; Mw. M. L. van Weert-Waltman; 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), adviseerende leden.

#### Secretariaat

J. Diepersloot (W. van Hof), 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, informaticus.

#### 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-Geneskundigen (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. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irlaan 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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Alternatief alternatief laten

Moeten alternatieve geneeswijzen worden opgenomen in modellen voor de structuur en financiering van de gezondheidszorg? Dienen hun beoefenaren onder de controle en het tuchtrecht ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) te vallen? Het zijn vragen waarop de commissies alternatieve geneeswijzen van overheid en Nationale Raad van de Volksgezondheid moeilijk antwoord konden geven, omdat het aan de noodzakelijke gegevens ontbrak.

Uit de bijdrage van Maassen van den Brink en Vorst in dit nummer van Medisch Contact blijkt, dat alternatieve geneeswijzen in een behoefte voorzien: 11% van de bevolking maakt er gebruik van, jaarlijks wordt alleen al aan georganiseerde vormen ervan zo'n half miljard gulden uitgegeven en worden de beoefenaren van deze geneeswijze ruim 12 miljoen maal geconsulteerd. Deze bevindingen geven aanleiding tot nieuwe vragen. Waarom mag bijvoorbeeld een medicus die de last van de continuïteit op zijn schouders heeft 'slechts' recht hebben op het inkomen van een vergelijkbare hogere ambtenaar, terwijl de meestal geen dienst doende collega-acupuncturist f 452.000 per jaar en een manuele genezer zonder medische vooropleiding f 385.000 per jaar verdient?

Voor het beleid is de vraag van de effectiviteit van de alternatieve geneeswijzen ten opzichte van de reguliere echter het meest cruciaal. Deze vraag laat zich vanuit de reguliere geneeskunde moeilijk beantwoorden, omdat er tussen beide hoofdstromen van geneeswijzen een geweldige kloof gaapt.

Recent hebben we van het laatste in Medisch Contact een voorbeeld gezien in de discussie rond homeopathie en koffie (zie MC 1988: 9/blz. 261, 13/blz. 390 en 20/blz. 614). Deze discussie is aangezwengeld door de erudiete onderzoeker Hoogendoorn, die zich kritisch uitliet over de in een advertentie aangeprezen werking als middel tegen slapeloosheid van verdunde (gepotentieerde) koffie (coffea D3). Voor volgens de regels der logica denkende en werkende artsen is dit nauwelijks te geloven. De bij hen aanwezige scepsis wordt nog versterkt wanneer er argumenten worden gebruikt als die van Spaargaren in zijn repliek op Hoogendoorn; immers, een uitspraak als: 'De moleculen van de uitgangsstof, net als bijvoorbeeld de ingeprinte muziekrillingen bij een grammofoonplaat van waarschijnlijk elektromagnetische aard, welke

door het bereidingsproces wordt overgebracht op het oplosmiddel, meestal melksuiker of alcohol . . .', maakt een discussie met de reguliere arts wel erg moeilijk. Dam merkt echter op, dat zowel Hoogendoorn als Spaargaren weinig openingen voor een serieuze en constructieve discussie tussen regulier en alternatief biedt. '(Dat) de werking van homeopathische middelen ons wetenschappelijk voorstellingsvermogen te boven gaat, mag (...) op zich nooit een reden zijn om dan maar aan te nemen dat deze daarom alleen al niet zouden kunnen werken; dat zou de absolute doodsteek betekenen voor elke wetenschappelijke vernieuwing of vooruitgang.'

## Dr. C. Spreeuwenberg

De geneeskunde bevindt zich op het gebied van een aantal chronische ziekten evident in een pre-paradigmatisch stadium. Van veel ziekten kennen we de ware oorzaak niet. Als gevolg hiervan trachten ook artsen hun doel via verschillende wegen te bereiken. Natuurlijk is de vraag hoe pathofysiologische en therapeutische processen in hun werk gaan van groot belang, maar dit gezichtspunt kan niet altijd vooropstaan. In de geneeskunde is ondogmatisch denken wenselijk, omdat het handelen in de eerste plaats pragmatisch en op genezing gericht is<sup>1</sup>. De enige vorm van onderzoek dat therapeutisch handelen rationeel legitimeert is het blind gecontroleerde experiment.

Dam heeft een voor de discussie belangrijk onderzoek van dit type aangehaald dat in de Lancet is gepubliceerd<sup>2</sup>, blijkens welk onderzoek een 10<sup>60</sup> (C30) verdunde oplossing van graspollen bij patiënten met allergie voor graspollen effectiever bleek te zijn dan een placebo. Destijds al intrigeerde dit opmerkelijke resultaat mij, omdat het aansloot bij de indruk die ik in de praktijk had opgedaan dat het de moeite waard is aandoeningen als allergie homeopathisch te behandelen. Wat graspollenallergie betreft heeft deze indruk nu steun gekregen. Gelukkig komt er meer interventieonderzoek naar het effect van een homeopathische geneeswijze bij chronische ziekten op gang.

Nu is de homeopathie nog nauw aan de reguliere geneeskunde verwant. Weliswaar verschilt de methodiek en hanteert de homeopathie de stelregel van Hahneman: 'Similia similibus curentur', maar

zowel de reguliere als de homeopathische geneeskunde maakt gebruik van het geneesmiddel en met beide beoogt men hetzelfde te bereiken. Dit maakt experimenten in principe mogelijk. Wetenschappelijk onderzoek naar andere geneeswijzen wordt geremd doordat de beoefenaren van die geneeswijzen nogal eens weigeren aan een verantwoord experiment mee te werken en doordat dubbelblinde controle, waarbij patiënt noch behandelaar weet wat voor behandeling is toegepast, bij niet-medicamenteuze therapieën meestal onmogelijk is. Het belangrijkste obstakel voor een experiment is echter dat vaak ook andere, overigens zeer lofwaaardige, doelstellingen worden nagestreefd, zoals persoonlijke groei bij de humanistische of holistische geneeswijze.

Nu moeten we niet doen alsof de reguliere geneeskunde uit een geheel van logische en experimenteel als beste uit de bus gekomen handelingen bestaat. Vaak leiden ook hier uiteenlopende wegen naar genezing en hangt het resultaat meer van de gids (de dokter) af dan van de weg die werd gevolgd. Toch mag men ervan uitgaan dat de reguliere geneeskunde er steeds meer naar zal streven haar beslissingen en handelingen te rationaliseren. Of dit alleen winst oplevert moet nog blijken.

Wat betekent dit voor het beleid? Mensen moeten in principe zelf kunnen uitmaken hoe ze willen worden geholpen. Het is niet de taak van de overheid geneeswijzen inhoudelijk te toetsen. Wel mag zij de eis stellen dat mensen met betrekking tot geneeswijzen eerlijk worden voorgelicht over doel, methode, effectiviteit en schadelijkheid. De instrumenten die de Wet BIG aanreikt moeten alleen worden gebruikt voor die geneeswijzen waarvan de noodzakelijkheid en de nuttigheid worden erkend. Het is aan te nemen dat we hiervoor in ons land wetenschappelijke criteria aanleggen en dan bij de reguliere geneeskunde uitkomen. Daar alleen de erkende geneeswijzen voor opname in het basispakket in aanmerking komen, kunnen de alternatieve geneeswijzen dan een alternatief zijn voor degenen die er via de eigen portemonnaie of via een aanvullende verzekering voor willen betalen. □

1. Vroon PA. Theorie, methode en feit in de geneeskunde. In: Menges LJ, Dijk PA van. Reguliere en alternatieve geneeskunde: van conflict naar synthese? Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1983, 61-104.

2. Reilly D et al. Is homeopathy a placebo-response? The Lancet 1986, ii; 8512: 881-5.

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

## 'Penny-wise and pound-foolish'

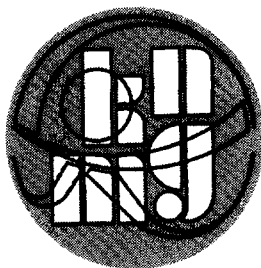
De thans 140 jaar bestaande KNMG kan bogen op een even zo lange traditie van een constructieve en positieve benadering en attitude ten aanzien van de problemen in de gezondheidszorg. Talloze succesvolle initiatieven zijn er in de afgelopen 140 jaren vanuit de professie ontwikkeld. Ontelbaar is het aantal uren en de hoeveelheid mankracht die de professie, verenigd in de KNMG, geheel vrijwillig en veelal zonder enige vergoeding heeft gestoken in pogingen een deskundige bijdrage te leveren aan de organisatie en structuur van onze gezondheidszorg. De geschiedenis leert dat de artsen in Nederland gemotiveerd zijn om deskundige bijdragen op velerlei terrein te leveren.

De laatste jaren zijn er meer ingrijpende veranderingen geweest dan ooit tevoren. Dat ondanks de reeks beperkingen, maatregelen en problemen van de afgelopen jaren onze gezondheidszorg nog elke vergelijking met het buitenland met glans kan doorstaan, komt niet het minst door de motivatie, inzet en creativiteit van de professie. Het begrip 'motivatie' speelt een sleutelrol bij elk waarderingproces. Bij innovatieprocessen in het bedrijfsleven is het een basisvoorwaarde dat de medewerkers worden gestimuleerd om de voorgenomen veranderingen te ondersteunen. Zonder motivatie mislukt elke innovatie! Dit geldt onverkort ook voor de 'bedrijfstak' gezondheidszorg.

Tegen deze achtergrond acht ik de wijze waarop de overheid streeft naar het politieke succes om eenzijdig de specialisteninkomens en kostenvergoeding te verlagen, onverstandig, onwaardig, onfatsoenlijk en demotiverend. Hoe stelt

men zich voor, veranderingen in de gezondheidszorg te verzekeren met gedemotiveerde artsen?! Bovendien acht ik dit streven naar politiek succes op basis van een 'no nonsense'-beleid, dat feitelijk alléén is gebaseerd op financiële argumenten en niet op inhoudelijke overwegingen, zeer kortzichtig.

Dit laatste werd mij nog duidelijker, toen ik enkele dagen geleden kennis nam van de beslissing van de staatssecretaris van WVC een achttal besluiten van het Centraal College voor de erkenning en



registratie van medische specialisten niet goed te keuren; deze besluiten betreffen voorstellen tot verlenging van de opleiding van een aantal specialismen. Motief: er is onvoldoende financiële dekking. Van de zijde van het Centraal College vernamen wij dat de totale kosten worden geschat op ± f 160.000,—. Voor dit bedrag dreigt nu het grote risico en gevaar dat men bij de opleidingen in diverse specialismen het recht in eigen hand gaat nemen, doordat opleiders van hun assistenten eenvoudig buiten de vigerende eisen om een extra jaar opleiding verlangen! Voor nog geen twee ton

dreigt een uniek, goed werkend systeem van opleidingen én kwaliteitscontrole te worden ondergraven. Hoeveel geld zouden alle korte gedingen hebben gekost? Een dergelijk beleid noem ik 'penny-wise and pound-foolish'.

Als voorzitter van de KNMG doe ik een dringend beroep op de regering om de thans ontstane spanningen niet verder eenzijdig te laten escaleren. In de gezondheidszorg is het in niemands belang als partijen elkaar blijven bestrijden en het vertrouwen niet meer bestaat. De negatieve invloed die daarvan uitgaat is niet te onderschatten. De overheid heeft de artsen nodig en omgekeerd hebben de artsen de overheid nodig. Gezamenlijk zijn wij verantwoordelijk voor een goede, doelmatige, doeltreffende gezondheidszorg. Hierover kan geen misverstand bestaan!

W. H. Cense,  
voorzitter KNMG

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

## INZAGERECHT

Naar aanleiding van de artikelen van G. R. van den Berg en Mr. P. J. M. van Wersch in MC nr. 15/1988, respectievelijk blz. 468 en blz. 472, wil ik het volgende opmerken:

Een ieder die schrijft doet dat met een lezer in gedachten. Een dagboek schrijft men voor zichzelf (of voor het nageslacht), Van den Berg, Van Wersch en ik schrijven voor de lezers van Medisch Contact, en een medisch dossier wordt door de arts samengesteld voor hemzelf en de medebehandelaars. Wanneer een nieuwe lezerskring aan een medisch dossier wordt toegevoegd, namelijk de patiënten, verandert de doelgroep waarvoor het medisch dossier is geschreven, en daarmee de samenstelling ervan. De arts zal, zijn nieuwe lezerspubliek in gedachten, geneigd kunnen zijn om voor de patiënt shockerende maar daarom niet minder juiste overwegingen en observaties weg te laten; dit leidt tot een minder goed dossier en daardoor tot een minder dan optimale basis voor behandeling. Conclusie: inzagerecht van de patiënt leidt tot slechtere geneeskunde.

Amsterdam, mei 1988  
K. Mengelberg, psychiater

## SCENARIO'S VOOR CHRONISCHE ZIEKTEN

In uw hoofdredactioneel commentaar in Medisch Contact d.d. 22 april j.l. (MC nr. 16/1988, blz. 483) stelt u, dat u zich kunt vinden in de keuze van CARA en diabetes als onderwerp voor een scenarioproject, maar dat u het betreurt dat chronische gewrichtsklachten buiten beschouwing worden gelaten. Naar aanleiding hiervan het volgende:

Wij sluiten ons aan bij uw analyse van chronische ziekten, waarin u ten aanzien van chronische gewrichtsklachten stelt dat er aan de ene kant relatief weinig onderzoek wordt gedaan naar deze ziektecategorie, terwijl aan de andere kant het hier een categorie betreft die qua omvang en gevolgen niet kan en mag worden onderschat.

Ook de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG), de scenariocommissie en de onderzoeksgroep van het Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, hebben dit onderkend bij de vormgeving van het scenarioproject 'Chronische ziekten'. Het onderzoek dat hiervoor wordt uitgevoerd zal zich in de eerste instantie richten op CARA en diabetes, waarna chronische gewrichtsklachten als ziektecategorie zullen worden onderzocht, voor zover de capaciteit van de

## BRIEVEN

onderzoeksgroep dit toestaat. In de praktijk komt dit erop neer dat de betrokken scenariocommissie en onderzoeksgroep eerst de onderwerpen 'diabetes' en 'CARA' in kaart zullen brengen, waarna eind van dit jaar zal worden bekeken of het mogelijk is chronische gewrichtsklachten verder uit te werken. Daarbij bestaat de keuzemogelijkheid tussen reumatoïde artritis en arthrosen en eventueel wekdelenreuma. Een nadere uitwerking van chronische gewrichtsklachten hangt vooral ook af van de mogelijkheden te komen tot een zelfde modelmatige benadering als van de genoemde ziektecategorieën. Om dezelfde modelmatige benadering te garanderen heeft op dit ogenblik reeds een deskundige op het gebied van chronische gewrichtsklachten zitting in de desbetreffende scenariocommissie. Worden chronische gewrichtsklachten inderdaad uitgewerkt, dan zal begin volgend jaar deze scenariocommissie met nog enkele deskundigen op voornoemd terrein worden uitgebreid.

Eind van dit jaar hopen wij de eerste resultaten van dit project te kunnen presenteren. Voor eventuele reacties of vragen naar aanleiding van dit project kunt u zich richten tot Prof. Dr. Ir. D. Kromhout, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 9605, 2300 RC Leiden.

Rotterdam/Leiden/Rijswijk, mei 1988  
Prof. Dr. A. F. Casparie,  
voorzitter scenariocommissie;  
Prof. Dr. Ir. D. Kromhout,  
hoofdonderzoeker;  
Drs. Mr. J. J. Brouwer  
medewerker STG-secretariaat

## ZIEKENHUISOPNAME

De spreekkamers van onze polikliniek zijn al niet groot, maar ze worden verhoudingsgewijze kleiner, nu onze patiënten niet alleen hun echtgenote(s) mee naar het spreekuur nemen, maar te zelfder tijd ook dochters, zoons of zusters, etc. Het aantal malen dat er stoelen moeten worden bijgeplaatst neemt toe, en frequent ontstaat oponthoud voor het opbouwen van wat ik dan 'de tribune' noem.

Ik meende, na recent enkele malen in totaal vier personen in de spreekkamer te hebben verwelkomd, een bepaalde grens te hebben bereikt, maar ik heb me vergist: ook dit soort 'vooruitgang' kent haar grenzen niet. Na een dezer dagen kennis te hebben gemaakt met

een patiënte en haar begeleidende echtgenoot, zuster en zoon, werd een tas op tafel geplaatst waarin zich, naar me werd verteld, een bandrecorder bevond: 'Of ik bezwaar had tegen opname van het gesprek, want ook de verdere familie was erg benieuwd naar wat ik precies zou zeggen' . . . Ik was verbaasd en reageerde onmiddellijk afwijzend. De bezwaren heb ik kunnen toelichten, waarvoor gelukkig snel begrip ontstond.

De ontwikkeling is niettemin duidelijk; binnenkort zien we met de patiënt kleine gezelschappen in onze spreekkamers komen, gewapend met videocamera's. Het wordt dus tijd voor een gezamenlijk standpunt. Zullen we in voorkomende gevallen maar zeggen dat we vanuit Den Haag de opdracht hebben het aantal opnamen in onze ziekenhuizen te beperken?

Nijmegen, mei 1988  
R. S. G. Holdrinet

## ORGANISATIE ZIEKENHUIS

Bij het boeiende betoog van collega Laane in MC nr. 16/1988, blz. 499 wil ik toch een kanttekening plaatsen. Zijn idee van 'zorgartsen' is inderdaad nieuw, maar of het een figuur uit een andere wereld is waag ik te betwijfelen. Waarom hier niet gepoogd de kunstmatige scheiding (want dat is het toch) tussen eerste en tweede lijn te doorbreken? Ook de huisarts kan heel goed de rol van 'zorgarts' op zich nemen. Juist nu de huisarts als beroepsgroep zich meer tracht te bekwamen in management, is het jammer dat aan deze, zo voor de hand liggende, mogelijkheid wordt voorbijgegaan. In plaats van wederom een nieuwe structuur in de gezondheidszorg te introduceren, met als gevolg langere communicatielijnen, verdere bureaucratisering, etc., lijkt het eerder aangegeven gebruik te maken van bestaande structuren, die bereid zijn tot innovatie.

Breda, juni 1988  
C. van Lintel, Breda

## Naschrift

Collega Van Lintel breekt terecht een lans voor de huisarts als coördinator van de zorg in het ziekenhuis en voor het gebruiken van bestaande structuren.

Echter, de tijd dat huisartsen in de veelal kleinere ziekenhuizen kind aan huis waren en de verpleegkundigen en alle specialisten kenden, ligt al decenniaën achter ons en komt niet terug. Ziekenhuizen zijn gemiddeld groter geworden, een mijns inziens onvermijdelijke ontwikkeling bij de toenemende specialisatie

sche differentiatie. In het werkgebied van een ziekenhuis van 400 à 600 bedden wonen gemiddeld 150.000 zielen en werken 70 huisartsen. In stedelijke gebieden met meer dan één ziekenhuis in hetzelfde gebied zijn dat er al gauw twee of drie keer zo veel. Ook de aantallen specialisten waar iedere huisarts mee te maken kan krijgen liggen al gauw in de orde van 100 of meer. Alleen al op deze grond is het ondenkbaar dat al deze huisartsen een coördinerende rol van betekenis zouden spelen.

De communicatie en de zakelijke informatiestromen zullen door technische ontwikkelingen zeker worden vergemakkelijkt, maar echte coördinatie vraagt meer dan alleen zwart-wit-informatie op afstand. Het gaat ook om de meest subjectieve aspecten van het patiënt-zijn.

Bovendien, voor zover het ziekenhuis als een samenhangend geheel functioneert – en dat is wat mijns inziens steeds dringender nodig wordt – kan een effectieve coördinatie alleen gebeuren door mensen die deel uitmaken van de organisatie en daarin een zeker gezag hebben.

Tenslotte, die zorgartsen zijn geen solisten, maar hebben de steun nodig van teams, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en dergelijke en secretariats-hulp. Anderzijds zullen zij ook leiding geven, het kader scheppen en ruimte geven aan die medewerkers om de holistische benadering van de patiënt – om wie het is begonnen – tot haar recht te laten komen.

Vandaar mijn voorstel voor de zorgarts, de verlengde en sterke arm voor de patiënt en voor zijn huisarts binnen het ziekenhuis

Breda, juni 1988  
W. L. J. M. Laane.

## AIDS-TEST

Met belangstelling nam ik kennis van 'Testbeleid, AIDS-bestrijding en belangenverdediging' van Prof.Drs. E. W. Roscam Abbing in MC nr. 16/1988, blz. 487, waarin een analyse wordt gegeven van een aantal argumenten in de huidige discussie rond het testen op anti-HIV. Bij het paragraafje over testtechnieken en -modaliteiten heb ik een, mijns inziens belangrijk, kwantitatief argument gemist. Terrecht wordt hier opgemerkt dat bij screening van grote populaties met een lage prevalentie van HIV een risico op fout-positieve en fout-negatieve uitslagen een (belangrijke) rol speelt.

Gezien de reacties uit de gezondheidszorg bestaat er daar een behoefte aan zeer massaal screenen. Zelfs bij een percentage-gewijze kleine marge fout-positieve testresultaten bestaat de kans dat bij de huidige prevalentie de feitelijke dragers van HIV onherkenbaar zullen zijn in de 'ruis' van duizenden fout-positieve bevindingen, nog daargelaten de schade die een dergelijke onjuiste uitslag bij de betrokken 'patiënten' veroorzaakt.

Tot welke conclusies dit, in het artikel niet verder uitgewerkt, gegeven dient te leiden,

zal pas duidelijk worden indien er meer getalsmatig inzicht is verkregen over de foutmarges in de betrouwbaarheid van de zogeheten AIDS-screening.

Mede in het licht van de wel uitgewerkte argumenten, houd ik ernstig rekening met het vooruitzicht dat, indien onder druk van de begrijpelijke angst in de wereld van de gezondheidszorg toch massale screening zou plaatsvinden, pas achteraf, als men door schade en schande wijs is geworden, het besef zal doordringen dat een dergelijke screening zinloos blijkt te zijn geweest.

Soest, juni 1988  
W. J. Klop, arts

## Naschrift

Terecht signaleert collega Klop, dat ik de kans op vals-positieve uitslagen niet kwantificeer en aan die kans in mijn verdere analyse ook geen nadere aandacht besteed. Ik heb dit echter niet zonder reden nagelaten. Zoals collega Klop zelf al aangeeft, is de kans op fout-positieve uitslagen bij: 1. ELISA; 2. Western Blot; 3. de combinatie van deze tests, nog onvoldoende bekend. Dat ligt niet aan onvoldoende ervaring met genoemde tests, immers bij bloeddonors en in de VS bij militairen wordt al geruime tijd grootschalig getest, maar aan de aard van het verschijnsel 'fout-positief'. Uiteraard is het niet gemakkelijk vast te stellen of de uitslag ten onrechte positief is. Daarom ook lopen de schattingen van de kans op fout-positieve uitslagen in de literatuur nogal uiteen. Overigens acht men die kans bij de combinatie van twee verschillende tests niet groot. Zoals echter in het artikel gesteld, blijft ook een zeer kleine kans bij screening van een populatie met een zeer lage HIV-prevalentie nog van betekenis.

Ik ben het met collega Klop eens, dat men alvorens massale screening te overwegen (anders dan voor donaties) eerst meer zou moeten weten over de kans op fout-positieve uitslagen. De test-discussie wacht echter niet op die duidelijkheid. Bovendien zullen de bevestigingsmethoden nog wel verder verbeteren. Daarom heb ik ervoor gekozen niet uitvoerig in te gaan op genoemd risico.

Rotterdam, juni 1988  
Prof.Drs. E. W. Roscam Abbing

## 'HEILUNG DURCH DEN GEIST'

Het boek met bovenstaande titel is een essayistisch geromantiseerde studie van Stefan Zweig over Mesmer, Mary Baker-Eddy en Freud. In dit boek wordt onder andere gesteld, dat hoewel de geneeskunde een eerbiedwaardige wetenschap is en er reeds duizenden jaren artsen zijn, deze artsen de navolgers zijn van priesters of medicijnmannen. De mens in nood kan op bepaalde momenten tot zijn arts komen, en deze mens heeft zelfs niet eens ziek te zijn, met de magische verwachting iets van

die priester of medicijnman terug te vinden. Ik vraag me af of de huidige artsenopleiding iets aan deze problematiek kan doen. Sommige artsen hebben door een bepaald charisma iets van de priester/medicijnman in zich. Anderen weten een en ander vanuit de eigen levensbeschouwing op te bouwen.

Aanleiding tot de bovenstaande beschouwing is, dat ik steeds wordt getroffen door doodlopende discussies tussen voor- en tegenstanders van de Moerman-therapie, van de acupunctuur, van de homeopathie en van de eutanasie, om maar eens een paar onderwerpen te noemen. De mens heeft vaak, naast een traditioneel medisch-technische benadering, behoefte aan een omgang met zijn dokter welke religieuze, mystieke, mythische of existentiële kanten in zich draagt. En wat kan in zo'n geval magischer zijn dan acupunctuur of wat is orthodoxer dan de bereiding van het homeopathisch geneesmiddel volgens voorschriften die aan de alchemie zouden kunnen zijn ontleend. En wat is goddelijker dan de dood te ontvangen uit de handen van de priester-geneesheer, waarmee niet is gezegd dat zij die een goede dood wensen niet moeten worden geholpen.

Alles wat medisch-technisch gezien onmisbaar is voor de gezondheid, zal in het basisgezondheidspakket van 'Dekker' moeten zitten. En de rest, de hele santenkraam – en dat bedoel ik letterlijk, want het existentieel-mystieke is zeer verwant aan het heilige – zal al dan niet tegen extra betaling moeten worden bijgeleverd, maar het zal niet moeten en/of kunnen worden bepaald uit de dekking door een algemene basisgezondheidsverzekering, die er zeker moet komen.

Zeist, mei 1988  
Dr. J. Schuler, psychiater

## Uitspraak bevestigd

De uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Eindhoven, gepubliceerd in MC nr. 11/1988, blz. 349 ('Functionarissen van een psychiatrische inrichting mogen iemand niet tegen haar of zijn wil vasthouden') is bevestigd bij beslissing van het Centraal Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage d.d. 3 december 1987.

# Onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers en de wet

Strafrechtelijke vervolging wegens onbevoegde uitoefening van de geneeskunst ex artikel 436 Wetboek van Strafrecht (Sr) komt tegenwoordig vrijwel niet meer voor<sup>1</sup>. Het in dit wetsartikel neergelegde systeem van het 'beroepsverbod'<sup>2</sup> voor onbevoegden maakt wat de geneeskunde in het wetsontwerp BIG<sup>3</sup> betreft plaats voor een systeem van titelbescherming, zogeheten voorbehouden handelingen en strafbaarstelling van – kort gezegd – het buiten noodzaak veroorzaken van schade aan de gezondheid van een ander. De vraag die hieronder aan de orde komt is of met dit ontwerp-instrumentarium annex de commune strafbepalingen uit het Wetboek van Strafrecht een passende reactie mogelijk is in gevallen waarin 'niet-officiële' genezers min of meer ernstig onzorgvuldig handelen. Dit tegen de achtergrond van een exploratief onderzoekje onder huisartsen in Friesland naar het bij hun patiënten voorgevallen zijn van onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers in 1986.

## 'NIET-OFFICIËLEN' NU EN STRAKS

In het nu nog bestaande systeem draait alles om art. 436 Sr. Dit verbiedt het buiten noodzaak uitoefenen van een beroep waartoe de wet een toelating vordert. De uitoefening van de geneeskunde levert zo'n beroep op. Artikel lid 1 van de Wet Uitoefening der Geneeskunst bepaalt immers dat alleen degenen aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet is toegekend de geneeskunst mogen uitoefenen. Deze bevoegdheid is verbonden aan het door aflegging van de door de wet gevorderde examens verkrijgen van de hoedanigheid van arts zie artikel lid 1 van de Wet van de 25ste december 1878, Stb. 222<sup>4</sup>. Het niet hebben van de hoedanigheid van arts maakt iedere uitoefening der geneeskunst derhalve in principe tot een handeling die strafbaar is krachtens art. 436 Sr<sup>5</sup>. Bij invoering van het wetsontwerp BIG in zijn huidige vorm worden onder andere de Wet Uitoefening Geneeskunst en de Wet van de 25ste december 1878 ingetrokken; zie artikel 158 ontwerp-Wet BIG o.w. BIG. Dit betekent dat de uitoefening der geneeskunst in haar geheel wordt onttrokken aan de werking van art. 436 Sr<sup>6</sup>. Het 'beroepsverbod' maakt plaats voor een systeem van titelbescherming en zogeheten voorbehouden handelingen (zie artt. 4 en 52-53 o.w. BIG). Degenen die met goed gevolg het artsexamen hebben afgelegd, kunnen zich laten inschrijven in het in het wetsontwerp voorziene register van artsen (art. 17 o.w. BIG). De inschrijving is niet verplicht

## Mr. Drs. D. F. J. Hoekstra

*Is met de wet, inclusief het ontwerp van Wet BIG, in de hand een passende reactie mogelijk in die gevallen waarin 'niet-officiële' genezers onzorgvuldig handelen? Mr. Drs. D. F. J. Hoekstra, arts te Rekken, bestudeerde deze vraag tegen de achtergrond van een eigen exploratief onderzoekje onder huisartsen in Friesland.*

(art. 6 o.w. BIG). Eerst ná inschrijving mag de hoedanigheid van arts als titel gevoerd worden (art. 4 lid 1 o.w. BIG). Maar tevens geldt, dat zonder inschrijving in het register de bepalingen van de tuchtrechtspraak niet van toepassing zijn op de mét inschrijving daarvoor wél in aanmerking komende beroepen; zie de tekst van art. 62 o.w. BIG. De inschrijving kan op het enkele verzoek van de ingeschrevene worden doorgehaald (art. 7 lid 1 o.w. BIG). De wet verbindt aan iedere hoedanigheid waarvoor een register annex titelbescherming in het leven wordt geroepen een bepaald deskundigheidsgebied, mits de bezitter van zo'n hoedanigheid zich in het bijbehorende register heeft laten inschrijven (artt. 17-49 en 4 lid 4 o.w. BIG).

Bij inwerkingtreding van het wetsontwerp BIG in zijn huidige vorm zou men alle andere hoedanigheden die men in 'het veld' kan aantreffen kunnen aanduiden als niet-registerhoedanigheden en de personen die zich met één daarvan bekendmaken als niet-officiële c.q. alternatieve genezers<sup>7</sup>, inclusief de genezers die weliswaar bevoegd zijn om zich in te schrijven in (een) register(s), maar daarvan geen gebruik maken.

De rechtsfiguur van de 'voorbehouden handeling' is nieuw. De in de art. 52-53 o.w. BIG neergelegde regeling daarvan houdt in dat bepaalde, nauw omschreven handelingen slechts door personen met voor elk van die handelingen limitatief opgesomde registerhoedanigheden mogen worden verricht, waarbij inschrijving in het register is vereist (art. 4 lid o.w. BIG). Het één en ander zou tot merkwaardige situaties aanleiding kunnen geven; iemand met een artsdiploma mag wel zeggen: 'Ik heb het artsdiploma', maar niet: 'Ik ben arts'; hij of zij is door wetsduiding bovendien niet deskundig met betrekking tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst; vergelijk de artikelen 1 lid 2, 4 lid 4 en 18 lid 1 o.w. BIG.

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van zo'n

'arts met diploma zonder inschrijving' is echter uitgesloten (art. 62 o.w. BIG). De regulier of alternatief werkende arts kan tuchtrechtelijke maatregelen, inclusief de diep ingrijpende 'maatregelen wegens ongeschiktheid' (zie art. 93 o.w. BIG), omzeilen door zich eenvoudigweg niet te laten inschrijven in het register of de inschrijving door te laten halen (art. 7 lid 1 o.w. BIG)<sup>8</sup>.

*Welke sancties tegen onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers zijn er mogelijk als het huidige ontwerp wet wordt?*

Het meest relevant zijn hier naar mijn mening de artikelen 109 en 110 van het wetsontwerp BIG. Voor de goede orde geef ik deze artikelen hier in hun geheel weer:

### Artikel 109

1. Degene die, hetzij niet ingeschreven staande in een register, hetzij wel in een register ingeschreven staande doch bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden en geldboete van de tweede categorie, hetzij met een van deze straffen.

2. Indien de in het eerste lid bedoelde persoon weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden en geldboete van de derde categorie, hetzij met een van deze straffen.

3. Het in het eerste lid bepaalde geldt niet voor zover degene die een krachtens art. 51 geregelde opleiding heeft afgesloten bij het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handelingen niet getreden is buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig het bij artikel 51, tweede lid, bepaalde tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend.

### Artikel 110

Degene die handelt in strijd met het in artikel 52 of 55, eerste lid, gestelde verbod of met een verbod, gesteld krachtens artikel 54, eerste of tweede lid, wordt gestraft hetzij met hechtenis van ten hoogste drie maanden en geldboete van de tweede categorie, hetzij met een van deze straffen.

Art. 109 o.w. BIG creëert een zogeheten materieel delict: het gewraakte handelen moet een bepaald gevolg, in casu schade aan de gezondheid van een ander, hebben veroorzaakt; niet de handeling, maar het daardoor veroorzaakte gevolg is constitutief voor het vervullen van de delictomschrijving<sup>9</sup>. Het ligt in de rede dat het in strafrechtelijke zin vereiste causaal verband tussen handeling enerzijds en schade aan de gezondheid anderzijds niet altijd even 'gemakkelijk' aanwezig zal worden geacht door de strafrechter en dat het vaststellen van 'schade aan de gezondheid' op zich, met name bij reeds ernstig zieke of inmiddels overleden patiënten, voor de rechter vaak geen sinecure dan wel onmogelijk zal zijn<sup>10</sup>. Art. 110 o.w. BIG stelt straf op het verrichten van voorbehouden handelingen door niet-gekwalificeerden. Hier is de handeling, ongeacht het daaruit voortvloeiende resultaat, strafbaar gesteld; in technische termen: een formele delictomschrijving.



Het BIG-tuchtrecht is niet van toepassing op alternatieve genezers in de zin van de hierboven daarvan gegeven definitie; ze zijn immers niet ingeschreven in een register (vgl. art. 62 lid 1 o.w. BIG).

Het commune strafrecht tenslotte levert de zwaarste strafbepalingen op die eventueel van toepassing zijn op de ernstiger misslagen van alternatieve (en reguliere!) genezers. Met name de artikelen 300 (mishandeling) en 307-308 van het Wetboek van Strafrecht (dood respectievelijk lichamelijk letsel door schuld) zijn, althans in theorie, in zulke gevallen van belang. Om te kunnen spreken van mishandeling, moet er sprake zijn van opzet<sup>11</sup>. Dit zal wel niet spoedig aanwezig zijn, ook wanneer men het opzet juridisch 'oprekt' tot het zogeheten voorwaardelijk opzet<sup>12</sup>; voor zover zulks al wel het geval mocht zijn, dan nóg zal de rechter het moeilijk kunnen bewijzen<sup>13</sup>. Vervolging op de artt. 307-308 Sr zal vaak afstuiten op het niet voldoende duidelijk aanwezig zijn van causaal verband tussen het handelen van de alternatieve (of reguliere!) genezer en de (verdere) verslechtering van de gezondheidstoestand van de patiënt<sup>14</sup>. Overigens laat zich uit de tekst van artikel 109 o.w. BIG noch uit de Memorie van Toelichting afleiden hoe de 'schade aan de gezondheid', bedoeld in artikel 109 o.w. BIG, zich laat afgrenzen van het delictsbestanddeel 'zodanig lichamelijk letsel waaruit tijdelijke ziekte of verhindering in de uitoefening van zijn ambts- of beroepsbezigdheden' uit artikel 308 Sr<sup>15</sup>.

## ENQUÊTE

*Is er behoefte aan ruimere mogelijkheden voor sancties op onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers?* Het antwoord op deze vraag hangt naar mijn mening in ieder geval af van: 1. de feitelijke aard en omvang van onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers: een sanctie stellen op iets dat slechts in de verbeelding gestalte krijgt, is voor de strafrechtspraktijk immers zinloos; 2. vervolgens van een confrontatie van de zojuist onder punt 1 bedoelde handelingen met de sanctieregels waarvan de effectiviteit wordt onderzocht.

Het is onmogelijk een de werkelijkheid van de praktijk dekkend beeld te krijgen van onzorgvuldig handelen door alternatieve (en reguliere) genezers. Officiële en professionele kanalen voor de melding en effectieve afdoening van klachten over alternatieve genezers zijn, voor zover mij bekend, niet aanwezig wanneer de alternatieve genezer geen arts is. Als dat wél zo is, kan immers worden geklaagd bij de tuchtrechter en bij de inspectie Volksgezondheid<sup>16, 17</sup>. Teneinde enige indicatie over het voorkomen van onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers te verkrijgen, is door mij ter

zake een verkennend onderzoekje gehouden onder de huisartsen in Friesland in mei-oktober 1987.

In mei 1987 werden 262 enquêteformulieren verzonden aan de huisartsen in Friesland. Na een rappel medio september waren in november 1987 tenslotte 120 formulieren terugontvangen. De enquête behelsde een retrospectieve vraagstelling. Daarbij werd in hoofdzaak een beroep gedaan op het eigen geheugen en niet op de bereidheid nauwkeurig vastgelegde gegevens ter beschikking te stellen, omdat een schriftelijke registratie daarvan in het algemeen ontbreekt. Dit betekent dat de hieronder volgende uitkomsten, met name de cijfermatige, met grote behoedzaamheid moeten worden gezien.

Eerst de cijfers.

Vraag 1 luidde: *Hoe vaak hebben, voor zover u weet, patiënten uit uw praktijk in 1986 een 'alternatieve genezer' bezocht?* (Alternatieve genezer: een ieder die zich aanbiedt voor het verlenen van geneeskundig advies en/of bijstand en daarbij niet de inzichten van de reguliere geneeskunde volgt. Dat kan dus ook een arts zijn die de natuurgeneeswijze of de homeopathie praktizeert.) Antwoorden:

0-25 keer	volgens 39 huisartsen
25-50 keer	volgens 15 huisartsen
30-100 keer	volgens 7 huisartsen
100 keer	volgens 11 huisartsen
'regelmatig, vaak'	volgens 8 huisartsen
'weet niet', onbekend, geen antwoord:	40 huisartsen

Vraag 2 luidde: *Is, voor zover u bekend door één of meer van die alternatieve genezers volgens uw inzichten in 1986 op enigerlei wijze onzorgvuldig of onbehoorlijk gehandeld?* Antwoorden:

'ja'	volgens 67 huisartsen
	– alleen 'geen contact opnemen met huisarts': 30 huisartsen
	– iets anders (eventueel in combinatie met het antwoord 'geen contact opnemen met huisarts'): 37 huisartsen
'nee'	volgens 35 huisartsen
'weet niet'	geen antwoord gegeven 18 huisartsen

*In welke mate bent u volgens uw schatting op de hoogte van het bezoeken van een alternatieve genezer door uw patiënten?*, luidde vraag 4. De antwoorden:

90% - 100% op de hoogte volgens	2 huisartsen
60% - 90% op de hoogte volgens	15 huisartsen
40% - 60% op de hoogte volgens	34 huisartsen
40% op de hoogte volgens	50 huisartsen
'onbekend', geen antwoord:	19 huisartsen

Enkele tentatief uit bovenstaande uitkomsten te trekken conclusies zijn:

– Er bestaat een grote spreiding in de absolute frequentie van contacten van

patiënten uit verschillende huisartspraktijken met alternatieve genezers waarvan de huisarts op de hoogte is.

– De meeste huisartsen menen met minder dan de helft van de contacten van hun patiënten met alternatieve genezers bekend te zijn.

– Een aanzienlijk percentage huisartsen (onder de respondenten van deze enquête 55%) is bekend met onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers; daarbij neemt het 'geen contact opnemen met de huisarts' de voornaamste plaats in<sup>18</sup>.

Dan nu de casuïstiek. De vragen 3 en 5 (slotvraag) van de enquête luiden respectievelijk: *Indien u vraag 2 met 'ja' heeft beantwoord, wilt u dan elk geval van onzorgvuldig dan wel onbehoorlijk handelen door een alternatieve genezer ten aanzien van patiënten uit uw praktijk, voorgevallen in 1986, afzonderlijk beschrijven?* (Hiervoor dient de 'checklist'), en: *Bent u, indien de uitkomsten van deze enquête daartoe aanleiding zouden geven, bereid om bij de eventueel door u onder het antwoord op vraag 3 aangegeven patiënten te informeren naar hun bereidheid om een gesprek met de opsteller van deze enquête te voeren?* De naar mijn mening 36 meest in het oog springende casus volgen hieronder.

1. Homeopathisch arts schrijft onder het mom van homeopathische medicatie reguliere geneesmiddelen voor, namelijk prednison, truxal, meprobaat en incidal.

2. Maatschappelijk werker diagnostiseert en behandelt een depressie bij een 28-jarige vrouw.

3. Homeopathische arts adviseert een 65-jarige man, zonder overleg met diens huisarts, de in verband met leukemie voorgeschreven cytostatica te staken.

4. Homeopathisch arts schrijft, zonder overleg met of melding aan huisarts, sibelium en hydergine voor aan 33-jarige vrouw met angiografisch en neurologisch vastgestelde circulatiestoornis in cerebro.

5. Moerman-therapeut laat 'via de patiënt' door diens huisarts dure injecties met aan de huisarts niet bekend gemaakte samenstelling toedienen aan 65-jarige man met oesophaguscarcinoom<sup>19</sup>. (Deze patiënt is in 1986 overleden.)

6. Theosofisch therapeut suggereert 25-jarige man met juveniele diabetes mellitus deze te kunnen genezen, zonder dit te melden aan diens huisarts.

7. 'Alternatief genezer' (hoedanigheid niet nader gespecificeerd door de betrokken huisarts) schrijft elwitarm dieet voor aan psychiatrisch patiënt in slechte voedingstoestand. Huisarts komt dit op het spoor bij het constateren van een sterk verlaagd ureum bij laboratoriumonderzoek.

8. 'Alternatief arts' in België schrijft aan 52-jarige vrouw met overgewicht thyroxinehoudende capsules voor zonder dit te melden aan haar huisarts; patiënt meldt zich bij huisarts met onder andere een polsfrequentie 220/minuut.

9. Natuurgeneeswijze-genezer adviseert 44-jarige man met posttraumatische epilepsie de anti-epileptica te staken, zonder dit te melden aan de huisarts.

10. Magnetiseur ontraadt een 28-jarige man met de ziekte van Hodgkin zich onder reguliere behandeling te stellen zonder dit te melden aan diens huisarts.

11. Homeopathisch arts stelt, zonder melding aan huisarts, geen antibiotische therapie in bij 55-jarige man met pyelonefri-



tis. De daarop volgende urosepsis leidt tot spoedopname in het ziekenhuis en verloopt bijna fataal.

12. Iriscopist/natuurgeneeswijze-genezer stelt zeer hoge hypertensie vast bij 54-jarige vrouw, zonder dit te melden aan de (tevens homeopathie praktiserende) huisarts.

13. Moerman-therapeute schrijft aan 56-jarige vrouw met mammacarcinoom injecties met vitamine C voor die door de (apothekhoudende) huisarts moeten worden toegediend onder 'druk' van patiënte en haar familie (Patiënte overleed in 1986.)

14. Chyropactor staakt zonder melding aan huisarts antidepressiva bij 52-jarige depressieve vrouw met rugklachten. Patiënte moet post of propter het staken van de medicatie worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

15. Helderziende deelt 56-jarige vrouw telefonisch mee via een foto te zien dat zij uitzaaingen van een tumor heeft. Patiënte meldt zich bij huisarts met de vraag om specialistisch onderzoek (dat vervolgens niets oplevert).

16. Natuurgeneeswijze-genezer in Duitsland staakt, zonder melding aan haar huisarts en zonder verdere controle van de bloeddruk, de antihypertensiva bij 36-jarige vrouw met forse hypertensie.

17. Homeopaat-natuurgenezer verbiedt zonder melding aan huisarts verder gebruik van 40-jarige vrouw met hypertensie.

18. 'Alternatief genezer' (niet verder gespecificeerd door de betrokken huisarts) stelt aan 53-jarige man met maagcarcinoom een behandeling met hoge doses vitamine C per injectie voor (i.v. injecties), zonder dit aan de huisarts te melden (Patiënt overleed in 1986.)

19. 'Alternatief genezer' (niet verder gespecificeerd) stelt, zonder dit te melden aan huisarts, een nier- en leverfunctiestoornis vast bij een patiënt, die zich vervolgens ter verificatie onder andere door middel van laboratoriumonderzoek, meldt bij de huisarts<sup>20</sup>.

20. Moerman-arts behandelt zonder melding aan huisarts een 50-jarige vrouw wegens een – op dat moment nog niet 'regulier' gediagnosticeerd – mammacarcinoom beiderzijds. Patiënte meldt zich eerst later – en naar dan blijkt: te laat – bij de huisarts voor een reguliere behandeling.

21. Chiropractiker behandelt, zonder melding aan huisarts, een tot grote pussende wond verwonden ulcus cruris bij 70-jarige vrouw met diabetes mellitus. Een osteomyelitis dreigde toen patiënte zich later op advies van haar kinderen bij haar huisarts meldde. Langdurige opname was noodzakelijk.

22. Moerman-arts behandelt zonder dit te melden aan haar huisarts een 40-jarige vrouw gedurende een jaar wegens (verdenking op) mammacarcinoom. Toen patiënte zich daarna bij haar huisarts meldde, bleek er sprake te zijn van een niet (meer) operabel carcinoom.

23. Homeopathisch arts stopt zonder melding aan de huisarts de aan een patiënt wegens ulcus duodeni voorgeschreven tagamet. Een recidief ulcus (röntgenologisch bevestigd) volgt.

24. Iriscopist-homeopaat stelt bij 21-jarige vrouw de later 'regulier' bevestigde diagnose 'diabetes mellitus'. Huisarts neemt hiervan pas kennis wanneer zijn waarnemer in de dienst wordt gebeld door de moeder van patiënte, nadat deze in coma was geraakt (uiteraard een diabetisch coma).

25. Arts-homeopaat behandelt 25-jarige vrouw, zonder dit haar huisarts te melden, wegens ongewenste fertiliteit. De als homeopathisch aangeprezen behandeling blijkt te bestaan uit een met het oog op de klacht niet geïndiceerd allopathisch middel.

26. Homeopathisch + Moerman-arts deelt 40-jarige vrouw, en niet haar huisarts, mee dat zij borstkanker en ernstig reuma heeft, en behandelt haar vervolgens daarvoor. Bij vervolgens plaatsvindende reguliere diagnostiek leidt de diagnose 'mastopathie en spierreumatische klachten'.

27. Alternatief genezer (niet nader gespecificeerd) geeft, zonder melding aan huisarts, een vasolastinebehandeling aan 65-jarige vrouw die blind is ten gevolge van diabetische retinopathie.

28. Homeopaat-iriscopist-magnetiseur stopt zonder melding aan huisarts de reguliere medicatie bij 32-jarige vrouw met ernstige CARA. Een ernstige, nachtelijke exacerbatie volgde; spoedvisite noodzakelijk.

29. Iriscopist-fytotherapeut schrijft, zonder dit te melden aan de huisarts, aan 41-jarige vrouw voor plusminus f 1.000,— per maand aan medicijnen voor wegens doofheid. Reguliere diagnose: 'perceptiedoofheid'.

30. Homeopaat dient, zonder mededeling aan huisarts, injecties met mierzuur in de rug toe en appliceert bloedzuigers bij 47-jarige man met spondylose L4-S1.

31. Eigenaar of personeelslid van 'kruidenwinkel' diagnosticeert bij meerdere patiënten hypertensie. De huisarts vindt bij de daarop volgende controles normale pols en tensie.

32. Kruidengenezer spreekt bij verschillende patiënten over kwalen van hun organen die volgens de huisarts gezond zijn c.q. blijken te zijn.

33. Homeopathische artikelen verkopende drogist geeft aan een tweetal patiënten medicatie en adviezen die haaks staan op de behandeling door de huisarts, zonder zijn activiteiten aan laatstgenoemde te melden.

34. Paranormaal genezer staakt zonder melding aan huisarts de medicatie van een epilepsiepatiënt van middelbare leeftijd. De huisarts 'ontdekt' dit wanneer patiënt vervolgens een insult krijgt.

35. Natuurgeneeswijze-drogist meet en behandelt hypertensie bij 15-jarige jongen, die bij controle door de huisarts geen hypertensie blijkt te hebben.

36. Iriscopist-homeopaat behandelt een 68-jarige man, zonder melding aan de huisarts, wegens een prostaatacarcinoom. Toen patiënt zich later bij de huisarts meldde en er vervolgens specialistisch onderzoek plaatsvond, bleek er uitgebreide metastasering te zijn.

## Bij de casus-opsomming plaats ik enkele kanttekeningen:

Ten eerste: het globale beeld dat eruit opdoemt moet naar mijn mening als zorgelijk worden beschouwd, zelfs al zou het werkelijke getal van het voorkomen van onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers bij patiënten in Friesland in 1986 niet hoger liggen dan de 36 van de hier gegeven opsomming. Zowel het getal als de aard van de in de casus beschreven handelingen geven naar mijn mening aanleiding tot de vraag 'of hier niet iets aan gedaan zou moeten kunnen worden'.

Ten tweede, en ik zeg dit hier nog een keer: het is niet mogelijk de hier gevonden cijfers met verantwoord resultaat te extrapoleren naar bijvoorbeeld landelijk niveau.

Ten derde: het materiaal voor de casus-opsomming is via de huisartsen bijeengebracht. Dit geeft het materiaal uiteraard een bepaalde kleur. Een enquête onder patiënten zou een ander beeld te zien hebben gegeven, maar hóe en in welke mate anders is moeilijk te zeggen.

Ten vierde: in de beschrijving van kwalificaties in de casus komen regelmatig artsen voor, dat wil zeggen beroepsbeoefenaren die zich volgens de huidige wettelijke regelingen als zodanig mogen aanduiden. Of zij zich bij inwerkingtreding van de BIG in haar huidige vorm ook zouden laten registreren, is bepaald niet zeker. In ieder geval is er vooralsnog geen uitzicht op een daaruit voortvloeiend substantieel materieel voordeel, in het bijzonder op financiering uit de collectieve middelen (bijvoorbeeld via de nog te formuleren volksverzekering tegen ziektekosten).

Wanneer bovenvermelde casuïstiek in verband wordt gebracht met art. 109 o.w. BIG, dan moet worden geconstateerd dat het bestanddeel 'schade aan de gezondheid' slechts in een minderheid van de casus min of meer duidelijk aanwezig kan worden geacht (casus 7, 8, 11, 14, 20-24, 28, 34 en 36). Maar in de praktijk kan het in zulke gevallen heel moeilijk zijn het causaal verband tussen het handelen van de alternatieve genezer en de schade aan de gezondheid te bewijzen; dit is evident bij de casus 7, 14, 23, 28, 34 en 36.

De hierboven besproken artikelen uit het wetboek van strafrecht bieden slechts in enkele gevallen soelaas. De casus 7, 14, 20, 21, 22 en 36 kunnen in theorie worden gesubsumeerd onder de artt. 307-308 Sr (dood respectievelijk zwaar lichamelijk letsel door schuld). In de praktijk zal het echter zo'n vaart niet lopen, nu niet en ook niet onder de BIG in haar huidige vorm. Dit heeft in de eerste plaats te maken met bewijsproblemen, maar wellicht ook met een sepotbeleid waarin een ruime plaats is ingeruimd voor een extensieve interpretatie van het zelfbeschikingsrecht van de patiënt: wie zich vrijelijk op glad ijs begeeft met zijn behandeling, moet de consequenties daarvan zelf maar dragen; niemand anders valt daarvan nog een verwijt te maken. Wie dergelijke opvattingen huldigt, verliest uit het oog dat de meeste patiënten iedere deskundigheid op het gladde ijs van de gezondheidszorg ontberen.

## CONCLUSIE

Bij invoering van het ontwerp BIG zal artikel 436 van het Wetboek van Strafrecht niet meer fungeren als strafbepaling die waakt tegen onzorgvuldig handelen door alternatieve genezers. Dit gedeeltelijk defungeren van art. 436 Sr is naar mijn mening niet te betreuren. Bescherming van de patiënt moet in mijn zienswijze niet vorm krijgen als een afgeleide van een systeem van strafrechtelijke gesanctioneerde bescherming van beroepen. De ontwerpbeoordelingen van de BIG bieden volgens mij een niet voldoende sluitend alternatief voor de functie van art. 436 Sr als regeling die per saldo de patiënt kan beschermen en apert laakbaar gedrag afstraffen. Dit geldt dan in het bijzonder wanneer er enerzijds sprake is van een situatie waarin er (nog) geen schade is toegebracht aan de gezondheid of er een moeilijk bewijsbaar causaal verband tussen handelen en schade aan de gezondheid aanwezig is en er anderzijds wel degelijk sprake is van (grof) laakbaar

onzorgvuldig handelen door niet-officiële genezers.

Het gaat hier niet om studeerkamerbijmeringen; dit moge enigszins blijken uit de resultaten van mijn mini-enquête. Daarom is het mijns inziens nodig de sanctionerende reikwijdte van artikel 109 van de BIG te verruimen met effectieve normen die zouden kunnen luiden als volgt (met vernummering van het huidige ontwerp lid 3 tot lid 5):

lid 3

*Hij die buiten noodzaak individuele gezondheidszorg verleent en daarbij grofelijk onzorgvuldig handelt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste een maand en geldboete van de tweede categorie, hetzij met één van deze straffen.*

lid 4

*Indien de rechter daartoe in de ernst van het feit of de persoon van de dader aanleiding vindt, kan hij in de in de vorenbedoelde leden bepaalde gevallen als bijkomende straf opleggen een verbod om opnieuw werkzaam te zijn in het beroep waarin het feit werd begaan.*

Het gaat bij het hier voorgestelde lid 3 om een elliptische delictomschrijving<sup>21</sup>. De vaststelling van normoverschrijding zal van geval tot geval moeten plaatsvinden. Overigens kent het strafrecht, met name in bijzondere wetten van meer recente datum, vele 'vage normen'; hiervan is het meest bekend en wellicht ook het meest toegepast, artikel 25 van de Wegenverkeerswet. Het lijkt mij overigens niet verstandig bij de onderhavige materie alle taken binnen het kader van opsporing en vervolging op de schouders van het Openbaar Ministerie te leggen. De meeste Officiëren van Justitie zijn vermoedelijk nauwelijks ook maar enigszins geveerd op het terrein van de gezondheidszorg. Te overwegen zou zijn hier aan de Inspectie Volksgezondheid een verplichte adviesfunctie toe te kennen, analoog aan die voorgesteld in de tuchtrechtprocedure in art. 80 lid 5 o.w. BIG<sup>22</sup>.

## 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.*

### Noten

1. Statistische gegevens tot en met het jaar 1975 zijn te vinden in Noyon-Langemeijer. Aantekeningen bij het Wetboek van Strafrecht, supplement 18, statistische gegevens bij titel II van boek III van het Wetboek van Strafrecht.

2. Vgl. Noyon-Langemeijer, suppl. 18, aantekening 8 op art. 436 Sr: 'Art. 436 Sr. is een typische regeling voor de bescherming van beroepen.'

3. Voluit: wetsontwerp houdende Regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), Tweede Kamerstukken nrs. 1-5 (tot op heden).

4. Voluit: Wet van de 25ste december 1878, Stb. 222, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, verloskundige en apothekersbediende (laatstelijk gewijzigd bij de wet van 12 december 1985, Stb. 662).

5. In principe, ik ga hier voorbij aan de tandarts, verloskundige en paramedische beroepen. Voor mijn betoog kan ik dit ook laten rusten.

6. Ten onrechte suggereert de Memorie van Toelichting bij de artikelsgewijze toelichting op art. 110 o.w. BIG (pagina 150), dat art. 436 Sr van toepassing zou blijven op (bepaalde) geneeskundige handelingen.

7. Het verkrijgen van een 'eigen' register is voor vele groepen (alternatieve) genezers c.q. hulpverleners nagestreefd, waarschijnlijk omdat het statusverhogend werkt en verwachtingen wekt in verband met aanspraken op financiering uit collectieve middelen. Maar dat was allemaal vóór 'Dekker'.

8. Artsen die ook reguliere geneeskunde willen verrichten binnen het reguliere stelsel van ziektekostenverzekeringen, zullen niet zomaar afzien van inschrijving in het register. De lopende en komende stelselwijzigingen maken het niet onwaarschijnlijk dat alternatief werkende artsen er minder of geen belang bij hebben zich in te schrijven, voor zover het althans om hun materiële belangen gaat.

9. Materiële delicten kenmerken zich doordat een bepaald, niet gewenst gevolg intreedt. Bij formele delicten is een bepaalde gedraging als zodanig verboden. Voorbeelden zijn respectievelijk art. 289 Sr (moord) en art. 310 Sr (diefstal). Vgl. D. Hazewinkel-Suringa, Inleiding tot de studie van het nederlandse strafrecht (bewerkt door J. Remmelink), negende druk, 1984, p. 87-88.

10. Bij gevolgen, opgekomen aan reeds tevoren zieke of inmiddels overleden patiënten, zal het probleem vaak zijn: 'Wat is door wát veroorzaakt?', de zogeheten alternatieve causaliteit; zie Hazewinkel-Suringa, o.c., p. 152.

11. Opzet = (grof gezegd) 'willens en wetens'. Bij mishandeling

ling betekent dit dat het toevoegen van leed niet alleen middel, maar ook doel moet zijn geweest.

12. Hiervan is sprake als de dader een bepaald gevolg van zijn handelen bewust op de koop toe heeft genomen, ofte wel wilens en wetens de kwade kans op een bepaalde afloop heeft aanvaard; zie Hazewinkel-Suringa, o.c., p. 168-171.

13. Ook al bepaalt art. 300 lid 4 Sr, als het ware voor de goede orde, dat met mishandeling gelijk wordt gesteld opzettelijke benadeling van de gezondheid.

14. Die (verdere) verslechtering moet overigens wel aanzienlijk zijn om te kunnen spreken van 'zwaar lichamelijk letsel'; zie in dit verband art. 82 Sr en Noyon-Langemeijer, o.c., supplement 14, aantekening 5 op artt. 307-308 Sr.

15. Beide strafbepalingen zouden in een bepaald geval van toepassing kunnen zijn op één en hetzelfde feitencomplex; dan moet de rechter de 'zwaarste' bepaling toepassen op grond van art. 55 lid 1 Sr (eendaadse samenloop).

16. In zeer ernstige gevallen is aangifte bij de justitie uiteraard het meest voor de hand liggend.

17. Ook al is de bevoegdheid van de Inspectie Volksgezondheid om klachten te behandelen niet in de wet geregeld en leverde de Nationale Ombudsman kritiek op de klachtenbehandelingsprocedure, toch heeft de inspectie op dit terrein een - ook in de visie van de Nationale Ombudsman - onbetwiste positie; zie Mr. B. Schultz, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1986, p. 277-281.

18. Hier valt natuurlijk veel meer over te zeggen dan in dit artikel mogelijk is, bijvoorbeeld in verband met de psychische motieven bij patiënt en genezer om het zo te doen en met het juridische beginsel c.q. recht van geheimhouding. De responderende huisartsen maakten zeer verschillende opmerkingen bij dit versijnsel, variërend van 'Niet verkeerd, zeer begrijpelijk' tot 'Hoogst kwalijke zaak'.

19. De huisarts wordt in een geval als dit naar mijn mening min of meer in een dubbelzinnig - want zowel moreel als financieel gekleurd - dilemma geplaatst, c.q. plaatst zichzelf daarin. De zilveren koorden van de arts-patiëntrelatie wurgden de professionele standaard ook wel eens, dunkt mij.

20. Een door verschillende huisartsen gemeld versijnsel.

21. De term is afkomstig van J. Remmelink in Hazewinkel-Suringa o.c., p. 196. Hiermee wordt aangegeven dat de rechter een bepaald onderdeel van de omschrijving van het strafbare feit zelf moet 'invullen'. In het hier voorgestelde lid 3 zou de rechter dus de inhoud van 'grovelijk onzorgvuldig' moeten vaststellen of althans begrenzen.

22. Tegen de tijd dat zoiets als de huidige wet BIG in werking treedt, zal de - bij ongewijzigd overheidsbeleid - inspectie zichzelf wel door middel van klonering moeten vermenigvuldigen om de werkdruk nog het hoofd te kunnen bieden.

*Met dank aan Prof. Mr. W. B. van der Mijl voor zijn kritische commentaar op het concept van dit artikel.*

# Alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig

Uit diverse onderzoeken blijkt dat ongeveer 20% van de volwassen Nederlandse bevolking wel eens een beoefenaar van alternatieve geneeswijzen heeft geraadpleegd en dat per jaar 7%-8% een alternatieve genezer bezoekt. Het betreft hier per jaar naar schatting 700.000 patiënten en 6 miljoen contacten; dat is ruim 10% van alle bezoeken aan huisartsen. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat het gebruik van alternatieve geneeswijzen en het aantal beoefenaren ervan toeneemt<sup>1</sup>; tevens is er gedurende de laatste decennia een dramatische groei te zien in het aantal diagnostische en therapeutische methoden. Uit de gezondheidsenquête van het CBS blijkt, dat een aanzienlijk deel (60%) van de gebruikers van alternatieve geneeswijzen een (huis)arts bezoekt die alternatieve behandelwijzen toepast<sup>2</sup>.

Deze gegevens leiden onvermijdelijk tot de conclusie dat alternatieve geneeswijzen een belangrijk element van de gezondheidszorg vormen, zich in een groeiende populariteit mogen verheugen en opmerkelijk genoeg in toenemende mate worden opgenomen in de praktijk van de reguliere geneeskunde.

Deze ontwikkeling is niet onopgemerkt gebleven door de volksvertegenwoordiging en diverse regeringen. In de periode 1977-1986 kan op basis van publikaties van regeringswege een tendens van kritische reserve tot een voorzichtig streven naar integratie van alternatieve en reguliere geneeswijzen worden waargenomen. Bij de instelling van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (commissie-Muntendam) in 1977 is er nog sprake van onderzoek naar de waarde van alternatieve geneeswijzen en verzoeken tot adviezen aangaande te treffen maatregelen. In 1986 staat een budget ter beschikking voor onderzoek en is aan een aantal projecten betreffende alternatieve geneeswijzen subsidie verleend.

De vraag naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen lijkt te zijn beantwoord. Andere vragen lijken urgent te zijn: indien zou worden overgegaan tot legalisering van bepaalde alternatieve geneeswijzen, wat zijn dan de financiële gevolgen voor de gezondheidszorg, hoe moet de kwaliteit van de beroepsuitoefening worden gewaarborgd, welke methoden moeten worden gevolgd bij onderzoek naar effecten van alternatieve geneeswijzen<sup>3</sup>?

H. Maassen van den Brink en  
H. C. M. Vorst

*Om het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1981) systematisch te helpen aanvullen en actualiseren, hebben Mw. H. Maassen van den Brink en H. C. M. Vorst, beiden werkzaam bij de faculteit der Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, een inventariserend onderzoek verricht. Het resultaat is een overzicht van tot 1985 bijgewerkte aantallen georganiseerde beoefenaars van alternatieve geneeswijzen, de belangrijkste opleidingen en de aantallen patiënten, patiëntencontacten en consultkosten per jaar.*

Een belangrijke rol in de genoemde verschuiving in opvattingen ten aanzien van alternatieve geneeswijzen moet worden toegekend aan het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen<sup>4</sup>. In haar adviezen aan de regering is de aanbeveling opgenomen dat om het overleg tussen alternatieve en reguliere vormen van gezondheidszorg te bevorderen een vaste commissie alternatieve geneeswijzen moet worden ingesteld en systematisch onderzoek naar alternatieve geneeswijzen moet worden gestimuleerd. De bedoelde commissie is in 1984 geïnstalleerd: de Commissie Alternatieve Geneeswijzen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, onder leiding van de arts W. J. Waal. Deze commissie heeft onmiddellijk onderzoek naar het veld van georganiseerde beoefenaren van alternatieve geneeswijzen geëntaamd; dit onderzoek had tot doel het inventariserend werk van Muntendam met systematisch verzamelde gegevens aan te vullen en te actualiseren.

Hoewel het rapport-Muntendam (1981) en het later (1984) verschenen overzichtswerk van Van Dijk een grote rijkdom aan informatie omtrent het veld van alternatieve geneeswijzen bevatten, zijn er niet op eenvoudige wijze gegevens aan te ontleen betreffende de precieze organisatiestructuur van het alternatieve veld, de controle van beroepsorganisaties op de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de omvang en kwaliteit van de

opleidingsfaciliteiten, de omvang van organisaties en geneeswijzen uitgedrukt in aantallen beoefenaren, patiënten, patiëntencontacten en de schattingen van de kosten. Ook andere bronnen geven over deze zaken onvoldoende informatie. Zonder de beschikking te hebben over dergelijke gegevens is, zo vond de commissie-Waal, het verstrekken van beleidsadviezen nauwelijks mogelijk. Een van de onderzoeken die de commissie heeft doen uitvoeren is een inventariserende enquête onder beroepsorganisaties van beoefenaren van alternatieve geneeswijzen binnen zes werkvelden, zoals die door Muntendam werden omschreven. Van de resultaten worden in dit artikel enkele gegevens gerapporteerd.

## DRIE GROEPEN BEOEFENAARS

Reguliere geneeswijzen zijn methoden van gezondheidsonderzoek en behandeling zoals die in de Nederlandse Gezondheidswet (Thorbecke, 1865) zijn omschreven en in de daartoe ingerichte opleidingen worden onderwezen. Alternatieve geneeswijzen zijn volgens Muntendam (1981) gebaseerd op zich van de reguliere geneeswijze onderscheidende diagnostiek en op therapieën die zijn geënt op een eigen, consistente wijze van denken en handelen betreffende gezondheid, ziekte en genezing. Verder is er volgens Muntendam slechts sprake van een alternatieve geneeswijze indien de betreffende diagnostiek en therapie in ruime mate worden toegepast, indien een therapeut, genezer of beoefenaar noodzakelijk is voor de toepassing ervan en indien er sprake is van een streven naar wettelijke erkenning. Op grond van deze criteria worden door Muntendam zes hoofdstromen in de alternatieve geneeswijzen onderscheiden: natuurgeneeswijzen, paranormale geneeswijzen, homeopathische geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeswijzen.

Door Maassen van den Brink wordt voorgesteld drie groepen beoefenaren van alternatieve geneeswijzen te onderscheiden:

- beoefenaren met een reguliere opleiding en met een lidmaatschap van een beroepsorganisatie van alternatieve geneeswijzen;
- beoefenaren zonder reguliere opleiding, maar met een lidmaatschap van

een beroepsorganisatie van alternatieve geneeswijzen; en beoefenaren die niet zijn aangesloten bij een van de beroepsorganisaties van alternatieve geneeswijzen, al dan niet met een reguliere opleiding.

De meeste beroepsorganisaties stellen aan hun leden eisen met betrekking tot de opleiding en de beroepsuitoefening. Bij ongeorganiseerde leden is van een dergelijke controle geen sprake. Georganiseerde beoefenaren met een reguliere opleiding zijn in een andere positie dan georganiseerde beoefenaren zonder reguliere opleiding. De eerstgenoemden hebben toegang tot de kanalen van overleg en informatie binnen de reguliere gezondheidszorg, waaronder de beroepsorganisaties. Zij staan geregistreerd bij ziektekostenverzekeraars, kunnen gebruik maken van diagnostische en therapeutische middelen uit de reguliere geneeswijze en hebben een uitgebreide opleiding gevolgd die heeft geleid tot een wettelijk diploma. In dit opzicht vertonen regulier opgeleide beoefenaren van alternatieve geneeswijzen overeenkomst met beroepsbeoefenaren in de reguliere gezondheidszorg en verschillen zij van de overige alternatieve collegae.

Deze onderscheiding is gedeeltelijk manifest in het veld van de georganiseerde alternatieve geneeswijzen. Ten tijde van het onderzoek (1985) bestonden er twee koepelorganisaties: één voor de regulier opgeleide beoefenaren, het Artsenoverleg Alternatieve Geneeswijzen (AAG), en één algemene, de Nederlandse Organisatie voor Alternatieve Geneeswijzen (NOVAG).

Gezien de aanzienlijke verschillen tussen deze drie groepen beoefenaars van alternatieve geneeswijzen zullen de belangrijkste onderzoeksgegevens voor deze groepen afzonderlijk moeten worden gepresenteerd. De klemtoon zal hier vallen op de twee groepen *georganiseerde* beoefenaren.

## METHODE VAN ONDERZOEK

Het inventariserend onderzoek is in 1985 uitgevoerd bij beroepsorganisaties van beoefenaren van de zes hoofdstromen alternatieve geneeswijzen. Uit diverse bronnen zijn zestig adressen van organisaties verzameld, die door zes werkgroepen – één voor elke hoofdstroom – van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen zijn beoordeeld. Uiteindelijk bleken 32 adressen beroepsorganisaties te herbergen, waarvan één met vier afzonderlijke

Tabel 1. Aantallen beroepsorganisaties en leden voor zes alternatieve geneeswijzen en drie groepen beoefenaars.

	opleiding van de leden							
	A alleen alternatief		B alternatief + arts of psych.		C alternatief + fysioth. of verpleegk.		totaal	
	aantal org.	aantal prakt. leden	aantal org.	aantal prakt. leden	aantal org.	aantal prakt. leden	aantal org.	aantal prakt. leden
natuurgeneeswijze .....	7	679	3	56	—	—	10	735
paranormale geneeswijze .....	6	300	—	—	—	—	6	300
homeopathische geneeswijze .....	1	*	1	220	—	—	2	220
antroposofische geneeswijze .....	2	101	2	102	2	174**	7	475
acupunctuur .....	3	345	2	400	1	200	6	945
manuele geneeswijze .....	1	31	1	78	2	1.350	4	1.459
totaal .....	20	1.456	9	856	6	1.822	35	4.134

\* Gegevens zijn opgenomen onder natuurgeneeswijze (NWP).

\*\* Organisaties voor antroposofische verpleegkundigen (NVAV) met een reguliere opleiding en euritmisten (NVE) met een gedeeltelijk reguliere opleiding.

disciplines (NWP: natuurgeneeswijze, paranormale en homeopathische geneeswijze en acupunctuur). Bij de 35 organisaties is gezocht naar de meest geschikte informant die zowel kennis heeft van de beroepsorganisatie als van de beroepsuitoefening.

Twee vragenlijsten zijn samengesteld: één betreffende feitelijke gegevens over de organisatie (A) en één betreffende aard en inhoud van de beroepsuitoefening (B). Vragenlijst A is door de informanten ingevuld, zo nodig met hulp van derden; vragenlijst B heeft de vorm van een vraaggesprek. De volgende negen onderwerpen zijn aangesneden:

*vragenlijst A:* aard en omvang van de beroepsorganisatie; opleiding en (bij)scholing; controle op kwaliteit van de beroepsuitoefening; relaties met reguliere gezondheidszorg; patiëntenregistratie;

*vragenlijst B:* werkwijzen van beroepsbeoefenaren; overeenkomsten en verschillen met andere geneeswijzen; relatie met patiënten; financiële aspecten.

Vragenlijst A is door 32 informanten ingevuld en vragenlijst B door 35 informanten beantwoord; de informanten waren 33 praktiserende beoefenaren van de betreffende geneeswijze en 2 docenten; 33 informanten bekleedden een bestuurlijke functie binnen de beroepsorganisatie, 14 waren voorzitter. Het zij opgemerkt dat doel en opzet van het onderzoek beperkt zijn: onderzoek op organisatieniveau kan slechts globale, inventariserende gegevens opleveren.

## RESULTATEN

### Beroepsorganisaties

Volgens de definitie van Muntendam behoren 35 organisaties tot beroepsorganisaties van beoefenaren van de zes werkvelden van alternatieve geneeswijzen. In tabel 1 zijn de aantallen weergegeven voor elk van de zes werkvelden en voor drie onderscheiden groepen beoefenaars. Groep A bestaat uit beoefenaren met alternatieve opleiding en zonder reguliere; groep B bestaat uit artsen en psychotherapeuten met een alternatieve opleiding en groep C uit fysiotherapeuten, verpleegkundigen en euritmisten met een alternatieve opleiding.

Uit de verticale randfrequenties is op te maken dat de natuurgeneeswijze het grootste aantal organisaties kent en de manuele en homeopathische geneeswijzen het kleinste aantal. Naar aantal praktiserende beoefenaren worden de eerste posities ingenomen door manuele geneeswijzen en acupunctuur, daarna volgt de natuurgeneeswijze. Het kleinste werkveld blijkt de homeopathische geneeswijze te zijn. Het betreft hier voornamelijk de groep homeopathische artsen. De overige organisaties en beoefenaren van de homeopathie worden onder de natuurgeneeswijze aangetroffen, aangezien de natuurgeneeswijze veelal homeopathisch van karakter is. Tien van de 35 organisaties hebben 25 of minder leden, vijftien organisaties hebben 50 leden of minder en twee organisaties hebben meer dan 500 leden.

Beziet men de horizontale randfrequenties

ties dan blijkt het grootste aantal praktiserende beoefenaren te bestaan in de groep fysiotherapeuten, verpleegkundigen en euritmisten; daarna volgen de beoefenaren zonder reguliere opleiding en de artsen en psychotherapeuten. Beschouwt men de regulier opgeleide beoefenaars als een zelfstandige groep, dan vormen zij een meerderheid (65%) onder de praktiserende leden. Veel organisaties maken onderscheid in leden, praktiserende leden, aspirant-leden, donateurs, sympathisanten en dergelijke.

Van 17 organisaties zijn cijfers bekend uit het begin van de jaren tachtig<sup>1</sup>. Vergelijkt men de beide opgaven, dan blijkt dat in een periode van ongeveer vijf jaren het aantal beoefenaren zonder reguliere opleiding is toegenomen met 44% en dat van de beoefenaren met een reguliere opleiding met 18%.

Desgevraagd schatten 21 van de 32 informanten het aantal niet-georganiseerde beoefenaren op ongeveer 5.000 (voornamelijk homeopaten en acupuncturisten zonder reguliere opleiding); de schattingen zijn echter volgens de informanten bijzonder onbetrouwbaar. Als redenen waarom ongeorganiseerd zich niet aansluiten bij de beroepsorganisaties noemen de informanten: onbekendheid met de organisatie, te hoge lidmaatschapskosten, lidmaatschap niet van belang voor de beroepsuitoefening, toelatingseisen, controle tuchtrecht en/of tariefafspraken zijn onaanvaardbaar, als aspirant-lid afgewezen, onenigheid met de organisatie, en dergelijke.

## Opleiding

Als voorbereiding op een adequate beroepsuitoefening noemen de informanten het volgen van een beroepsopleiding (70%) en/of cursussen (50%) en zelfstudie (40%). Wat de voor de uitoefening van de geneeswijze noodzakelijke basiskennis betreft zijn vooral van belang: diagnostiek (10 van de 18 informanten), medische basiskennis (9), algemene filosofie omtrent mens en geneeswijze (10). Door 22 informanten (70%) zijn in totaal 31 verschillende beroepsopleidingen genoemd die opleiden tot het beroep met kwalificaties en diploma. In tabel 2 zijn enkele aspecten van de opleidingen per geneeswijze weergegeven.

De informanten van de paranormale geneeswijzen hebben geen beroepsopleiding vermeld en die van de homeopathische geneeswijze (artsen) één. Homeopathische opleidingen zijn eveneens opgenomen in die van de natuurgeneeswij-

Tabel 2. Overzicht van de karakteristieken van beroepsopleidingen.

	aantal beroeps- opleidingen	duur opleidingen in jaren	tijdsbesteding in uren per maand	omvang opleiding in uren
natuurgeneeswijze .....	8	3-4	12-70	280-3.600
paranormale geneeswijze .....	-	-	-	-
homeopathische geneeswijze .....	1	2	-	-
antroposofische geneeswijze .....	9	3-5	32-95	480-5.000
acupunctuur .....	7	3-4	7-20	450-720
manuele geneeswijze .....	6	3-4	42	512-1.260

zen. De meeste organisaties zijn op enige wijze betrokken bij één of meer beroepsopleidingen in het vakgebied. Ook worden externe deskundigen betrokken bij de bewaking van inhoud en kwaliteit van de beroepsopleidingen.

Voor de opleidingen gelden toelatingseisen: motivatie (11 van de 22 informanten), middelbare schoolopleiding (8), diploma fysiotherapie (4), doctoraal geneeskunde (7). Wat de globale inhoud van de opleidingen betreft valt de klemtoon op algemene filosofie (14), medische basisvakken (13) en technieken (10). Praktijkervaring wordt bevorderd voor praktijkonderwijs, beroepsuitoefening onder supervisie, stage en dergelijke. De eindbeoordeling van de beroepsopleiding bestaat uit een (combinatie) van de gebruikelijke varianten: vrijstellende deeltentamens, schriftelijk of mondeling examen, beoordeling van werkstukken

of behandelingen van patiënten. Desgevraagd wezen informanten erop dat het de kwaliteit van de opleidingen ten goede zou komen indien de diploma's zouden worden erkend en de overheid gemeenschappelijke eisen zou stellen en middelen ter beschikking zou stellen voor verbetering van het onderwijs.

Door 20 informanten worden 41 cursussen genoemd die als doel hebben aspirant-leden op te leiden en bijscholing voor praktiserende leden te bieden. De lijst is verre van compleet, omdat de informanten slechts de belangrijkste uit vele hebben beschreven. De duur van de cursussen varieert van enkele dagen tot acht jaren en de totale omvang van enkele tientallen uren tot 750 uren. In deze cursussen komt een rijk palet aan onderwerpen aan de orde en diverse vormen van praktijkervaring.

Opgemerkt moet worden dat bij de vra-

Tabel 3. Patiëntencontacten en consultkosten voor de zes alternatieve geneeswijzen voor drie groepen beoefenaren.

	aantal			
	beroeps- beoefenaren	duizenden patiënten	duizenden contacten	kosten in miljoenen
<b>A. Beoefenaren zonder reguliere opleiding</b>				
natuurgeneeswijze .....	629	195	1.720	80
paranormale geneeswijze .....	325	56	1.390	27
homeopathische geneeswijze .....	50	18	146	7
antroposofische geneeswijze .....	101	3	104	2
acupunctuur .....	370	43	1.083	63
manuele geneeswijze .....	31	50	399	30
	1.506	365	4.842	209
<b>B. Artsen en psychotherapeuten</b>				
natuurgeneeswijze .....	56	20	161	10
paranormale geneeswijze .....	-	-	-	-
homeopathische geneeswijze .....	220	204	2.454	27
antroposofische geneeswijze .....	102	88	712	17
acupunctuur .....	400	41	1.028	87
manuele geneeswijze .....	78	22	238	14
	856	375	4.593	155
<b>C. Fysiotherapeuten, verpleegkundigen en euritmisten</b>				
natuurgeneeswijze .....	-	-	-	-
paranormale geneeswijze .....	-	-	-	-
homeopathische geneeswijze .....	-	-	-	-
antroposofische geneeswijze .....	208	28	434	11
acupunctuur .....	200	15	370	28
manuele geneeswijze .....	1.350	276	2.207	165
	1.758	319	3.011	204
<b>totaal</b> .....	<b>4.120</b>	<b>319</b>	<b>12.446</b>	<b>568</b>

gen met betrekking tot opleiding en scholing het ontbreken van een eenduidig en geldig criterium voor beroepsopleidingen en cursussen een ernstig gebrek vormde tijdens het verzamelen van de gegevens, waardoor de resultaten een beperkte waarde hebben. Vier bronnen zijn vergeleken met betrekking tot de opleidingsgegevens op het gebied van de zes hoofdstromen alternatieve geneeswijzen: Muntendam (1981), Van Dijk (1984), de NOVAG-gids en het onderhavige inventariserende onderzoek<sup>3</sup>. Deze vier noemen de volgende aantallen belangrijke, met naam en toenaam omschreven opleidingen of cursussen: 31, 31, 8 en 30. De overeenstemming tussen de bronnen is niet groot: variërend van een tot 21 identieke opleidingen of cursussen. Vijfendertig opleidingen of cursussen worden in drie van de vier bronnen genoemd<sup>3</sup>. Deze stand van zaken moet voor een deel worden toegeschreven aan de weinig stabiele en weinig overzichtelijke situatie met betrekking tot opleiding en scholing in het alternatieve veld. Anderzijds zijn de vier genoemde onderzoeken op dit punt onvoldoende precies uitgevoerd voor een betrouwbare en geldige beschrijving van de gecompliceerde situatie.

#### Omvang en kosten

Op grond van de verzamelde getalsmatige gegevens zijn schattingen gemaakt van de omvang van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Daarbij ligt de klemtoon op de omzet of consultkosten van de praktiserende beroepsbeoefenaren. In tabel 3 zijn enkele relevante geneeswijzen opgenomen. Per groep beoefenaren (A, B, en C) zijn voor elk van de zes hoofdstromen gerapporteerd: het aantal praktiserende beroepsbeoefenaren, het geschatte aantal patiënten en het geschatte aantal patiëntencontacten per jaar in duizendtallen en de totale omzet per jaar in miljoenen guldens. De geschatte aantallen zijn op enkele punten waar dat nodig leek aangepast.

Van zeven beroepsverenigingen zijn schattingen van het aantal beoefenaren ontleend aan eerder onderzoek<sup>1,4</sup>. De schattingen van de aantallen patiënten van de informanten zijn aangepast door de onderzoekers. Daarbij is het opgegeven aantal beroepsbeoefenaren als een betrouwbaar uitgangspunt gehanteerd: in totaal 4.120. De aantallen zijn gecorrigeerd voor de opgegeven proportie in deeltijd praktiserende beoefenaren. Vervolgens is verondersteld dat elke be-

Tabel 4. Vergelijking van reguliere en alternatieve geneeswijzen.

	aantal beroeps- beoefenaren	aantal duizenden patiënten	aantal duizenden contacten	gem. aantal contacten per patiënt	consult- kosten in miljoenen
<i>alternatief</i>					
groep A .....	1.553	365	4.842	13	155-209
groep B .....	809	375	4.593	12	162-155
groep C .....	1.758	319	3.011	9	174-204
totaal .....	4.120	1.059	12.446	12	491-568
<i>regulier</i>					
huisartsen .....	6.189	10.000	50.500	5	1.444
fysiotherapeuten .....	10.000	1.000	28.500	28	1.000
totaal .....	16.189	11.000	79.000	7	2.244

roepsbeoefenaar bij voltijdse werkbesteding 240 werkdagen per jaar ter beschikking heeft en 1.920 uur per jaar praktizeert. Daarna is, afhankelijk van de gemiddelde behandelingsduur, het aantal patiëntencontacten berekend; op grond van het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt is daaruit het aantal patiënten geschat. De schattingen van de informanten en de berekeningen van de onderzoekers leiden tot uiteenlopende resultaten. De informanten van 19 organisaties schatten het aantal patiënten op 1,1 miljoen. De onderzoekers berekenen het aantal op 0,7 miljoen. Voor de ontbrekende gegevens van 15 organisaties is het aantal patiënten berekend op 0,4 miljoen. In totaal zouden op basis van de beschikbare informatie en volgens bovenstaande rekenwijze 1,1 miljoen patiënten (in de tabel 1.059 duizend) jaarlijks gebruik maken van een alternatieve geneeswijze.

Volgens informanten van 18 organisaties zouden er jaarlijks 13,7 miljoen patiëntencontacten plaatsvinden. Door de onderzoekers is dit aantal volgens bovenstaande rekenwijze teruggebracht tot 7,2 miljoen. Voor de overige 16 organisaties is het aantal patiëntencontacten jaarlijks berekend op 5,2 miljoen. In totaal is het aantal patiëntencontacten volgens de onderzoekers 12,4 miljoen. Op grond van de berekende aantallen patiëntencontacten en de door informanten opgegeven tarieven zijn de omzetten per geneeswijze berekend: 209 miljoen voor groep A, 155 miljoen voor groep B, en 204 miljoen voor groep C. In totaal zou de omzet van de gezamenlijke, georganiseerde beroepsbeoefenaren ruim 568 miljoen per jaar zijn.

Hoewel de door de onderzoekers berekende aantallen en bedragen lager zijn dan de door de informanten verstrekte cijfers, geven deze desondanks op een aantal punten te denken. Berekent men

bijvoorbeeld de gemiddelde consultkosten per beoefenaar, dan komt men over alle categorieën op een gemiddelde omzet van ongeveer f 138.000: voor groep A op f 138.000, voor groep B op f 181.000 en voor groep C op f 116.000. Deze cijfers lijken te hoog. Opvallend hoge omzetcijfers van groep A zijn berekend voor de manuele genezers (f 385.000), de acupuncturisten van groep B (f 452.000) en de acupuncturisten van groep C (f 140.000). Indien men de berekeningen van de totale omzet per geneeswijze aanpast, uitgaande van aanvaardbare omzetcijfers voor groep A (f 100.000), groep B (f 200.000) en groep C (f 100.000 voor fysiotherapeuten en f 50.000 voor verpleegkundigen en euritmisten), dan wordt de totale omzet in de alternatieve geneeswijzen ongeveer f 490 miljoen. Dit laatste cijfer moet als ondergrens worden beschouwd.

In tabel 4 wordt een vergelijking gemaakt tussen de omvang van de alternatieve geneeswijzen en die van de reguliere geneeswijze. De gegevens van tabel 3 voor de drie groepen beoefenaren van alternatieve geneeswijzen zijn opnieuw weergegeven met daaronder die voor twee groepen uit de reguliere geneeswijze: artsen en fysiotherapeuten.

Aangenomen wordt dat de alternatief opererende artsen (groep B) ook geregistreerd staan als regulier gediplomeerd arts en dat het aantal alternatieve artsen (809) in het totaal aantal reguliere artsen (6.189) is opgenomen. Hetzelfde geldt voor de fysiotherapeuten. De 1.758 alternatief werkende fysiotherapeuten zijn in de 10.000 regulier geregistreerde fysiotherapeuten opgenomen. Hetzelfde zal gelden voor de aantallen patiënten: patiënten die beoefenaren van alternatieve geneeswijzen bezoeken zullen voor een groot deel ook behoren tot de groep van mensen die in hetzelfde jaar ook een

huisarts hebben bezocht. Van het aantal contacten per jaar tussen patiënt en genezer en de daarmee samenhangende consultkosten is onbekend in welke mate deze tellingen overlappen.

Onder bovenstaande veronderstellingen zijn de gegevens als volgt samen te vatten: Het aantal niet-regulier opgeleide, georganiseerde beoefenaren van alternatieve geneeswijzen vormt ongeveer 9% van het totaal aantal reguliere beoefenaren (16.189). Van de artsen werkt 13% alternatief en van de fysiotherapeuten 18%. Ongeveer 23% van alle beoefenaren van de reguliere en/of alternatieve geneeswijzen past alternatieve behandelwijzen toe. Bijna 11% van de huisartsenpatiënten bezoekt beoefenaars van alternatieve geneeswijzen; daarvan bezoekt 4% een alternatief werkende arts, 3% een alternatief opererende fysiotherapeut en 4% een niet-regulier opgeleide genezer. Het gemiddeld aantal patiëntencontacten wordt voor de reguliere huisartsen aanzienlijk lager geschat dan voor de alternatief werkenden. De geschatte consultkosten voor het gehele georganiseerde alternatieve veld liggen tussen 490 en 570 miljoen gulden, hetgeen 22%-25% vormt van de omzet van de reguliere beoefenaren; daarvan neemt de niet-regulier opgeleide groep 7%-8% voor haar rekening. De alternatieve artsen hebben 11% van de omzet van hun reguliere collegae en de fysiotherapeuten 17%-20%.

## CONCLUSIES

Het doel van het inventariserend onderzoek is gegevens uit het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen op systematische wijze aan te vullen en te actualiseren. Met behulp van informanten van ruim dertig beroepsorganisaties is een als adequaat aan te merken schatting verkregen van de aantallen georganiseerde beoefenaren van alternatieve geneeswijzen. Over de niet-georganiseerde beoefenaren is niets met voldoende zekerheid te zeggen. Het alternatieve veld heeft in principe een duidelijke organisatiestructuur, maar blijkt in feite sterk versplinterd: relatief veel beroepsverenigingen met geringe aantallen leden, weinig samenwerkingsverbanden tussen organisaties en een relatief groot aantal nieuwe organisaties.

De beroepsorganisaties lijken door selectie en opleiding van leden een gunstige invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Echter, de gegevens betreffende de omvang en het niveau van de opleidingen bieden een zeer divers beeld. Ondanks het feit dat de belangrijkste opleidingen lijken te zijn vermeld, zijn de verzamelde gegevens mogelijk onvoldoende adequaat voor een juist oordeel. Hetzelfde moet dan worden gezegd van de reeds bestaande overzichten.

Met behulp van de beschikbare gegevens zijn zo goed mogelijk schattingen ge-

maakt van de aantallen patiënten, aantallen patiëntencontacten en consultkosten per jaar in de jaren tachtig. Deze schattingen moeten als globaal en zeer voorlopig worden beschouwd. Elders is beargumenteerd<sup>3</sup>, dat ten behoeve van een juiste oordeelsvorming en een realistisch beleid met betrekking tot alternatieve geneeswijzen meer en meer systematisch onderzoek dient te worden uitgevoerd naar dit wat omvang betreft groeiend verschijnsel in de gezondheidszorg. □

## Literatuur

1. Dijk PA van. Geneeswijzen in Nederland. Compendium voor alternatieve geneeswijzen. 6e druk. Deventer: Ankh-Hermes, 1984.
2. Sonsbeek JLA van. Het raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen in 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS, 1984.
3. Maassen van den Brink H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987.
4. Alternatieve Geneeswijzen in Nederland. Rapport Commissie Alternatieve Geneeswijzen, Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981.
5. Maassen van den Brink H, Vorst HCM. Beroepsorganisaties alternatieve geneeswijzen; een inventariserend onderzoek. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986.

# Het oosten ontmoet het westen

Naar een integratie van de traditionele Chinese en de westerse geneeskunde

*He who is engaged in learning should constantly increase his knowledge.*  
Lao Tse

*When you know a thing to say that you know it, and when you do not know a thing to admit you do not know it - this is true knowledge.*  
Confucius

Een arbeider komt in het Loong Hua Hospitaal te Shanghai met als klachten: sinds enige maanden last van zware hoofdpijn, nasale obstructie, oorsuizingen en een knobbel in de hals. Het KNO-onderzoek bevestigt de aanvankelijk gestelde klinische diagnose: nasofaryngeale tumor, een van de meest voorkomende maligne gezwellen bij Chinezen. Als behandeling wordt voorgesteld: radiothera-

## Dr. Han Hwie Song

*De laatste jaren wordt veel onderzoek verricht om een integratie van de traditionele Chinese geneeskunde en de westerse geneeskunde te verwezenlijken. Hierover verhaalt de nucleair geneeskundige-acupuncturist Dr. Han Hwie Song. De auteur werkte tot 1972 in het 6e Volkshospitaal van Shanghai; hij is verbonden aan het Verbeeten Instituut te Tilburg.*

pie, maar met een 'plus', te weten een dagelijks tonicum, bestaande uit een mengsel van gekookte medicinale kruiden.

Dit verschijnsel komt men dagelijks in alle ziekenhuizen in het tegenwoordige China tegen. In het westen is de belangstelling voor de traditionele Chinese geneeskunde groeiende. Deze toenemende belangstelling heeft ertoe geleid dat in 1984 in Beijing een eerste internationale symposium werd georganiseerd met als thema: 'The interaction of traditional Chinese medicine and Western medicine: impact on immunology'; steun werd verkregen van het University of Texas



Health Sciences Centre in Houston, van een farmaceutische firma die haar hoofdzetel heeft in de Verenigde Staten en van het kankerinstituut van de Chinese Academie van Medische Wetenschappen in Beijing.

## DE GOEDE DIAGNOSE

De belangrijkste methode van de traditionele Chinese geneeskunst is de *Bian Zhang Lun Zhi*. Uitgangspunt daarvan is, dat de behandeling van ziekten moet worden gebaseerd op een goede diagnose. Deze wordt verkregen door een accurate analyse van de symptomen van de patiënt. Daarbij spelen diverse factoren een rol, zoals: de gezondheidstoestand van de patiënt, diens karakter en woonplaats. *Bian Zhang Lun Zhi* wordt voorts bepaald door:

1. het concept van het organisme als één geheel. Beoefenaren van de traditionele Chinese geneeskunde beschouwen de verschillende delen van het menselijk lichaam als één organisch geheel. Verder zijn zij nauw verbonden met de buitenwereld. Wanneer een gedeelte van het lichaam afwijkingen toont, moet men het verband analyseren tussen de lokale veranderingen en de mens als geheel. Ook moet men er de buitenwereld bij betrekken op basis van de dynamische Chinese filosofie. Op deze manier kan men het natuurlijke karakter van een ziekte evalueren.

Een voorbeeld: Een patiënt klaagt sinds jaren over slapeloosheid, dorst, warmtesensaties vooral in borst en extremiteiten, en constipatie. Bij de diagnostiek worden geen afwijkingen gevonden; de functies van de organen zijn goed. Deze *Yang*-symptomen zijn niet of moeilijk te behandelen met moderne geneesmiddelen. De conventionele geneeskunde zou de klachten van deze patiënt diagnostiseren als uitingen van een vorm van neurose. Volgens de traditionele Chinese geneeskunde moet men bij deze patiënten spreken van een tekort aan *Yin* of een overmaat aan *Yang*. De behandeling zou dus moeten zijn: een tonicum dat de *Yin* stimuleert en het evenwicht tussen *Yin* en *Yang* van het lichaam herstelt. Met deze behandelingswijze kan men de patiënt van zijn symptomen bevrijden.

Een ander voorbeeld is reuma. Volgens de traditionele Chinese geneeskunde wordt deze aandoening veroorzaakt door het binnendringen van koude in gewrichten en botten. De behandeling zou dus volgens *Bian Zhang Lun Zhi* moeten zijn: lokaal warm houden en medicijnen

geven die de *Yang* van de botten stimuleren; verder: *Yin* en *Yang* van het lichaam stabiliseren door de patiënt te adviseren alleen *Yang* voedsel te eten. Overigens is voedsel bij de behandeling van alle ziekten belangrijk;

2. speciale aandacht voor de 'fundamentals' en de 'incidentals': de tegenstrijdige aspecten van een eenheid. In de traditionele Chinese geneeskunde ligt de nadruk op de behandeling van de fundamentele aspecten van de ziekte. Maar in acute gevallen moeten eerst de acute symptomen worden bestreden; zijn de pathogene factoren verlicht, dan moet de nadruk weer komen te liggen op de fundamentele aspecten. Zo dient bij de behandeling van astma de behandeling er aanvankelijk op te zijn gericht de symptomen onder controle te krijgen om vervolgens de 'imbalanced state' aan te pakken met het doel het aantal astmatische aanvallen te verminderen of te doen verdwijnen;

3. het versterken van de algemene weerstand van de patiënt door middel van medicinale kruiden en dieet. De Chinese geneeskunst maakt geen onderscheid tussen voedingsmiddelen en geneesmiddelen: alles wat goed is voor het lichaam, is én voedsel én medicijn. Zo maakt men soepen met herbale medicijnen om het lichaam gezond te maken. Voor vrouwen die pas zijn bevallen trekt men bijvoorbeeld bouillon uit varkensschonkel, azijn, gember, enkele hardgekookte eieren en het kruid Tangseng. Doordat het been oplost in azijn komt er veel calcium vrij: ideaal voor iemand die veel calcium verliest. Verder is deze soep belangrijk om de bloedsomloop te verbeteren en de uterus tot normale omvang te laten contraheren;

4. de typische hoedanigheid van de traditionele Chinese geneeskunde als 'discriminative therapy'.

In de oude Chinese geneeskundige literatuur kunnen wij lezen: als men mensen met dezelfde ziekte met dezelfde medicijnen behandelt worden sommigen van hen beter en anderen niet. Wat is hiervan de oorzaak? De ziekte is wel dezelfde, maar de patiënten zijn niet gelijk. De volgende factoren hebben invloed: constitutie (zwak of gezond); geografische omstandigheden (noorden koud, zuiden tropisch klimaat); temperament (zacht, kalm of druk); leeftijd; voedingstoestand; beroep (lichamelijk of geestelijk werk); psychische toestand; seizoen; aard ziekte (licht, zwaar). Een en ander maakt duidelijk hoe belangrijk voor de

diagnose en de behandeling in deze benadering de toestand van de patiënt en de adaptatie van het lichaam aan de buitenwereld zijn. In de traditionele Chinese geneeskunde wordt ook benadrukt dat het belangrijk is te letten op de dynamische en fasegewijze veranderingen van het syndroom gedurende het verloop van de ziekte, speciaal bij kinderen; dit betekent dat de behandelend arts het verloop dag en nacht moet volgen en zijn diagnose en behandeling op geleide hiervan eventueel moet bijstellen.

## BEHANDELING MET TONICA

Volgens de pathologie zoals ze in de traditionele Chinese geneeskunde wordt bedreven is de ontwikkeling van een ziekte afhankelijk van twee aspecten: *Zhang* en *Xie*. *Zhang* heeft te maken met de algemene weerstand van het lichaam, *Xie* met binnendringende pathogene factoren of een verstoring van de homeostase. Basis van de behandeling van alle ziekten is het herstellen van de sterkte van *Zhang* en het uitschakelen van *Xie*. Basis van de behandeling is met andere woorden het opvijzelen van de algemene weerstand van de patiënt.

Binnen deze theorie spelen tonica een rol van betekenis. Een tonicum definieert men in de traditionele Chinese geneeskunde als een groep medicinale kruiden die het lichaam versterkt en alle functies van de organen herstelt, alsook de homeostase in het lichaam corrigeert; zo krijgt men genezing door een goed uitgebalanceerde *Yin Yang*. Deze behandelingsmethode noemt men *Pu-I fa*. Met moderne apparatuur is in dierproeven en klinische 'trials' aangetoond dat tonica inderdaad uitstekende eigenschappen bezitten.

Tonica kan men verdelen in vier soorten: 'Yang supplement', 'Yin supplement', energie aanvullend en bloed aanvullend. Een enkel voorbeeld: *HuangQi* (radix astragalus) vult het lichaam aan met vitale energie. Een waterig extract van *HuangQi* werd toegediend aan ratten, met een dosis van 5 mg/kg lichaamsgewicht per dag. Na veertig minuten werden de proefdieren in een bak met water van 43 graden Celsius gelegd en men liet ze zwemmen. Het bleek dat deze ratten sterker waren en langer konden zwemmen dan de dieren uit de controlegroep. Bij toediening van 0,5 ml van een 40% waterige oplossing van een extract van *HuangQi* aan muizen gedurende tien dagen bleek een verhoogde opname van (H3)Leucine in de eiwitten van het bloed

en de lever. Deze waarneming toont een verhoogde functionele capaciteit, mogelijk als gevolg van een anabool effect. Nog een voorbeeld: onderzoeken met het tonicum *Liuwe Di Huang* (een combinatie van *Shudi Huang*, *Shanzhu Yu*, *Shan Yao*, *Zexie Mudampi* en *Puling*) bij muizen geven aan dat dieren die dit tonicum wél kregen toegediend, vergeleken bij dieren waarbij dit níét het geval was, na toediening van nitrosarcosine minder frequent plaveisel/celcarcinoom van de maag ontwikkelden; idem voor longcarcinoom, geïnduceerd door urethaan (Dr. Shen Mei-Ling, immunofarmacoloog College of Medicine of South Florida).

Tonica worden steeds in combinatie met andere medicijnen gebruikt bij de behandeling van tumoren, cardiovasculaire ziekten en aandoeningen als diabetes, nefritis en auto-immuunziekten. In de traditioneel-Chinese benadering moet er meer worden gedaan dan alleen behandelen van de ziekte. Volgens deze benadering moet er vóór of tijdens de ziekte een of andere deficiëntie zijn. Op dit uitgangspunt berust de *Fu-zheng therapie*, een van de basisprincipes van de traditionele Chinese geneeskunde; deze therapie geeft het lichaam een wezenlijke verbetering door de natuurlijke weerstand te verhogen. Zo gebruikt men bij de behandeling van een nefrotisch syndroom een combinatie van conventionele en traditionele Chinese medicijnen (Li Leishi en Xie Zhufan, 1981). In China is het nu routine deze patiënten zowel met een tonicum, bestaande uit Chinese medicinale kruiden, als met immunosuppressieve middelen te behandelen. Als de patiënt na een behandeling met corticosteroiden beter wordt, dan krijgt hij Chinese medicijnen, zoals *radix rehmanniae*, *rhizoma anemarrhenae* en de *tonica aconitipraeparata* en *radix astragalii*. Met deze methode zijn de bijverschijnselen (gevoeligheid, infectie, atrofie van de bijnier) minimaal. Het aantal remissies stijgt aanzienlijk. Bij patiënten die vóór de behandeling zeer zwak zijn werken de immunosuppressieve middelen minder goed en leiden ze tot onaangename bijverschijnselen; deze patiënten krijgen eerst Chinese medicijnen om het lichaam meer weerstand te geven.

De laatste jaren ontwikkelt de immunologie zich revolutionair. Ook in China legt men nu grote nadruk op dit belangrijke gebied. Wij weten dat vele ziekten zoals kwaadaardige gezwellen of auto-immuunziekten worden veroorzaakt door

# Westerse en traditionele Chinese geneeskunde vergeleken.

WESTERSE GENEESKUNDE	TRADITIONELE CHINESE GENEESKUNDE
1. Onderzoekt wat de ziekte mankeert.	1. Onderzoekt hoe de patiënt beter kan worden.
2. Let speciaal op etiologie en anatomische pathologie.	2. Let speciaal op de pathofysiologie.
3. Stemt behandeling af op aard aandoening.	3. Stemt behandeling af op syndroom.
4. Werkt beter bij exogeen (i.e. door bacteriën of virussen) veroorzaakte aandoeningen en acute ziekten.	4. Werkt soms goed bij endogeen veroorzaakte aandoeningen; werkt met name beter bij chronische ziekten.
5. Verhelpt infectieziekten door de verwekker te bestrijden.	5. Bevordert vooral de non-specifieke weerstand van het lichaam.

een deficiëntie of een evenwichtsstoornis van de immuunfunctie van het lichaam. Daarom doen de traditionele artsen extra veel moeite om de immunologische functie positief te beïnvloeden door de algemene weerstand te versterken.

Als oorzaak van de ziekte AIDS beschouwen beoefenaren van de traditionele Chinese geneeskunde niet alleen het AIDS-virus zelf, maar ook een onvoldoende weerstand van het lichaam, met andere woorden een zwakke immunologische afweer. Die zou ook kunnen blijken uit het feit dat de meeste AIDS-patiënten vijf jaar na infectie met het virus nog steeds vrij van symptomen zijn; bij 10%-30% van hen wordt de ziekte manifest. Specialisten op het gebied van de traditionele Chinese geneeskunde hebben nog geen research gedaan naar de effecten van herbale therapie bij AIDS-patiënten, omdat tot op heden nog slechts twee gevallen in China bekend zijn geworden; deze betroffen een Argentijnse toerist en een bezoekende Chinees uit de Verenigde Staten.

In termen van de traditionele Chinese geneeskunde wordt AIDS beschouwd als een warme of *Yang*-afwijking. Dientengevolge moet de behandeling worden gezocht in de aanwending van kruiden die het lichaam afkoelen, de geest ontspannen en de weerstand versterken. Een behandeling volgens de westerse geneeskunde om het AIDS-virus zelf te bestrijden wordt in combinatie hiermee ook effectiever en derhalve goedkoper. De faculteit voor Traditionele Chinese Geneeskunde van Beijing wil volgend jaar vier specialisten in *qigoong* (ademhalingsoefeningen) en acupunctuur naar Harvard Medical College sturen om de ziekte AIDS te bestuderen en te leren behandelen; een samenwerkingsovereenkomst ter zake is onlangs gesloten.

Vele Chinese farmacologen werken samen met immunologen om de immunologische werking van bepaalde kruiden te onderzoeken. Gebleken is dat de meeste Chinese tonica uitstekende immunover-

sterkende of immunomodulerende middelen zijn. Immunologisch actieve kruiden zijn onder andere: *Cordyceps*, *Cortex cinnamomi*, *Fructus lycii*, *Fructus Schisandrae*, *Ganoderma Lucidum*, *Herba Epidemii*, *Radix Asparagi*, *Radix Astragali* en *Radix ginseng*. Recente farmacologische onderzoeken tonen aan dat immunomodulators in twee richtingen op het lichaam inwerken: ze kunnen het immuumsysteem stimuleren of het onderdrukken, afhankelijk van de toestand van het lichaam. Vele factoren kunnen de immunologische toestand van het lichaam van iemand die ziek is beïnvloeden, zoals de aard van de ziekte en de endocrinologische, neurologische en mentale toestand van de patiënt; verder zijn belangrijk de voedingstoestand, alsmede de stress waaronder de patiënt lijdt. Het gebruik van het juiste immunotherapeutische middel is de sleutel tot een goed therapeutisch resultaat – een ervaring die ook de oude Chinese artsen hadden: zij benadrukken dat de behandeling van persoon tot persoon moet verschillen en dat men haar moet baseren op een zeer grondige analyse van de patiënt.

## BESLUIT

Het belangrijkste doel dat de hedendaagse beoefenaars van de traditionele Chinese geneeskunde voor ogen staat is hun tak van wetenschap te moderniseren, dat wil zeggen aan te passen aan de stand van de moderne wetenschap. Dit houdt in: alles wegdoen wat naar hedendaagse opvattingen waardeloos is en de essentie eruit halen.

De laatste jaren wordt veel onderzoek verricht om een integratie van traditionele Chinese en westerse geneeskunde te verwezenlijken, op grond van de mening dat een combinatie van beide benaderingen de herkenning van de natuur van ziekten objectiever en preciezer maakt. Op basis van deze combinatie is zich een nieuwe methode van behandeling aan het ontwikkelen met grotere efficiëntie. □

# De plaats van de alternatieve geneeswijzen in het universitair geneeskundig onderwijs

Door middel van goed opgezette en correct uitgevoerde (klinische ofte wel fase 3-) 'trials' kan men het nuttig rendement van een behandelingsmethode A vergelijken met dat van een andere therapie B, teneinde vast te stellen welke methode superieur is. Uiteraard dient zo'n studie prospectief, gerandomiseerd en dubbelblind te zijn, waarna de resultaten statistisch worden bewerkt. Zo'n 'trial' vereist vooraf zorgvuldige literatuurstudie en vervolgens het nauwkeurig opstellen van behandelingsprotocollen voor elk der methoden. Hieraan zullen de deelnemende artsen zich strikt houden. De studie moet binnen redelijke tijd zijn voltooid (bijvoorbeeld binnen twee jaar), omdat een te lang durende studie de kans loopt door nieuwe vondsten te worden ingehaald; bovendien wordt de protocollentrouw op den duur slecht beïnvloed. Een 'trial' is niet on-ethisch als het gaat om zinnige vragen en goede protocollen. Met het resultaat ervan krijgt men mogelijk een antwoord op vragen die anders na vele jaren nog niet zijn opgehelderd. Uitspraken over aan te bevelen behandelingsmethoden, anders dan via zo'n studie verkregen, berusten op onwetendheid, op een onbewezen veronderstelling, of zijn welhaast als charlatanerie te kwalificeren.

## PLACEBOGENEESKUNDE

Onder placebogeneeskunde verstaan wij een dusdanige benadering van de patiënt, dat van een schijnbehandeling kan worden gesproken zonder dat de patiënt de indruk heeft of kan hebben een schijnbehandeling te ondergaan. Zo kan men de waarde van een te bestuderen therapie door middel van een 'trial' toetsen aan de waarde van een placebobehandeling. Een dergelijke studie is niet altijd even eenvoudig en kan ook leiden tot onjuiste conclusies, waarvan men zich bewust moet zijn. Wij noemen enkele categorieën van problemen:

1. Sommige patiënten hebben ziekten die niet of nauwelijks zijn te beïnvloeden door wat voor therapie ook. Wij denken aan spierdystrofieën, kanker in een gevorderd stadium, sommige vaatziekten. Een waardevolle therapie berust echter niet altijd op overlevingscijfers. Een verbeterde kwaliteit van het leven is

## Prof. Dr. J. W. Barents

*Vormen van alternatieve geneeskunde die als placebogeneeskunde moeten worden bestempeld, doordat ze niet kunnen bogen op verbeterde resultaten binnen correct uitgevoerde prospectieve gerandomiseerde dubbelblind 'trials', komen niet in aanmerking voor opname in het geneeskundig onderwijspakket. Aldus de gynaecoloog-oncoloog Prof. Dr. J. W. Barents. De auteur was eerst gedurende vijftien jaar betrokken bij het affiliatieonderwijs en daarna vijftien jaar bij het universitair onderwijs (Groningen, Utrecht). Na zijn emeritaat verbond hij zich aan een tweetal christelijke universiteiten te Jakarta.*

evenzo van nut. Die kan men zo goed mogelijk kwantificeren in een vooraf opgestelde validiteitscore.

2. Ziekten die toch wel (spontaan) genezen. Zij onttrekken zich aan een vergelijkend onderzoek. Hoogstens kan men de ziekteduur vergelijken. Wij denken aan verkoudheid, diverse verwondingen, ribfracturen en aan sommige intoxicaties. Ook hier zou men zich tot de ziekteduur en het welbevinden kunnen bepalen.

3. Patiënten die een verhoogd risico lopen bij het ondergaan van risicodragende allopathische therapieën, ofwel het risico dat zo'n therapie wordt uitgevoerd door een incompetente of oververmoeide medicus. Wij noemen grote radicale operaties respectievelijk onjuist uitgevoerde ioniserende bestralingen en een te hoog en/of te lang gedoseerde chemotherapie ('dose related death'). In deze categorie kan de placebogeneeskunde – als niet-risicodragend, dus ook niet levensverkortend – wellicht een betere score hebben. De allopathie zal waarschijnlijk op de lange duur een beter resultaat boeken. Juist in onze eeuw heeft de allopathische geneeskunde grote triomfen gevierd. Wij denken aan antibiotica en vaccins, die bijna alle infecties kunnen genezen respectievelijk voorkómen. Wie herinnert zich nog de hopeloosheid van de ernstige

tuberculose of de desastreuze verminderingen door poliomyelitis? Wij leerden het verband zien tussen roken en hart- en vaatziekten, tussen voedingsgewoonten en coloncarcinomen en ook weer coronaire ziekten. De relatie van het seksueel gedrag en het ontstaan van het cervixcarcinoom en van AIDS is duidelijk geworden.

Een verbeterde diagnostiek werd verkregen langs immunologische, biochemische paden, maar ook door beeldvorming met echoscopie, CT-scan en door de inmiddels door fysici aangereikte PET-scan en NMR. De pathofysiologie van diabetes, leukemie, hepatitis B en rhesus-antagonisme is goeddeels opgehelderd. Adembenemend was de vondst van DNA en RNA, waardoor de genetica een nieuw tijdperk inging en de virale tumorgenese beter wordt begrepen. Ware spektakelstukken beleefden wij met de orgaantransplantaties en het beheersen van afstotingsreacties.

## ALTERNATIEVE GENEESKUNDE

Merkwaardigerwijze keert juist in onze jaren een deel van het publiek zich af van de allopathie en kiest voor een alternatieve geneeswijze, waarvan het de vraag is of men van een genééswijze dan wel van een therapie moet spreken. Dit fenomeen is mogelijk belangrijk voor het geneeskundig universitair onderwijs. De opleiders van nu willen zo goed mogelijk artsen opleiden voor de komende dertig jaar. Dan zal er een geneeskunde worden gepraktiseerd waarvan wij thans nauwelijks een vermoeden hebben. Wij kunnen hooguit de 'trend' bepalen en dan extrapoleren. Een deel van die extrapolatie berust op koffiedik kijken. Gelukkig zullen dan de artsen kunnen worden bijgestuurd door (verplichte) post-academische cursussen.

Waarom zijn er mensen die juist de alternatieve geneeskunde zoeken? Ons inziens berust dit op:

- de hulpeloosheid van de allopathie voor een aantal ziekten: Wij noemen Parkinson, te hoge stadia van kankers, enz.;
- de angst voor de schrikrijke technologie binnen de allopathie. Deze wordt veelal als puur mechanisch en onmenselijk ervaren. Wie de koker van het CT-scanningstoestel wordt binnenge-

schoven of wie een familielid op een 'intensive care unit' bezoekt, onderschrijft dit gevoel;

– minder ernstig, maar wel zeer vervelend: een barende vrouw voelt zich te kort gedaan als haar behandelaars zich te veel concentreren op het registratiepapier dat de cardiocograaf in ruime mate produceert; zij onderkent ongetwijfeld het nut van de bewaking, maar zij heeft ook behoefte aan een medemenselijke benadering. Ik waag het niet de huisbevalling alternatief te noemen, een feit is evenwel dat, ondanks alle nadelen, deze methode populairder is geworden.

Het bovenstaande toont het gemis van een goede arts-patiëntrelatie, van de vrouwenwekkende dokter met zijn goede anamnese én aloude stethoscoop. Voldoende uitleg van wat er te gebeuren staat, behoort ertoe. Zaken die sommigen onzer te tijdrovend en weinig belangrijk vinden. Er zijn artsen die zich meer verlaten op beeldvormende technieken en op bloedonderzoek in milli/mollen, dan op klinische observatie en onderzoek. Ons inziens schieten zij te kort in de benadering en communicatie. Zij 'brengen hun nummer' niet. Tijdgebrek of nonchalance? Juist bij alternatieve geneeskundigen speelt de welwillende aandacht voor de patiënt een grote rol. Tenslotte worden de technologische verworvenheden door velen – en niet altijd ten onrechte – als overbodig en kostbaar ervaren.

## MEDISCHE VAARDIGHEDEN

Wij benadrukken de waarde van een goed fysisch onderzoek. De anamnese geeft meer inzicht over familiale problematiek dan een scan vermag te doen. De arts moet voldoende medemenselijkheid en psychologisch inzicht hebben. Eigenlijk behoeft medemenselijkheid niet op een universiteit te worden gedoceerd. Medemenselijkheid berust op een karaktereigenschap of werd in de vroege kinderjaren aangeleerd als achting voor en betrokkenheid met onze naasten. Het geduldig aanhoren van onze patiënten behoort ertoe, of is als communicatieve vaardigheid aangeleerd. Psychologisch inzicht behoedt ons voor blunders in de verwoording van onze vragen en opmerkingen, van onze bevindingen en voorstellen.

Uiteraard dient de arts bekend te zijn met de verworvenheden op dat moment, inclusief de mogelijkheden en de interpretatie van beelden en getallen. Een ieder

kan het bedenken: kritische kennis van geraadpleegde literatuur, die ongetwijfeld moet worden aangeleerd, anders kan men het kaf niet van het koren scheiden. De vaardigheid van het zich uitdrukken kan men door het maken van scripties en het voordragen ervan leren. Zo ook is de begeerte naar '*éducation permanente*' van grote betekenis voor de toekomst. Zij die na een volle dagtaak, om 10 uur 's avonds, gezeten in een makkelijke fauteuil bij het open haardvuur, nog beginnen met een wetenschappelijk tijdschrift, raken onherroepelijk achterop en zullen na drie tot vijf jaar deze achterstand niet meer inhalen. Tenslotte streven wij er naar artsen op te leiden die in toenemende mate kennis hebben van de moeilijkheden en de mogelijkheden van 'advanced (?) computing' in de geneeskunde en in het geneeskundig onderwijs. Thans zijn reeds computersystemen bekend, in de samenstelling waarvan veel tijd en energie is gestoken. Zo kan men – na invoering van alle patiëntgegevens – vragen om een uitvoerige achtergrondinformatie, berustend op (recente) literatuurgegevens, compleet met protocollen en overlevingscijfers. Via een ander systeem kan men om advies vragen ten aanzien van het eigen beleidsplan; er ontstaat een soort discussie, waardoor andere mogelijkheden worden voorgehouden. De computer neemt de eindbeslissing nooit uit handen: de arts blijft de verantwoordelijke. Verwacht kan worden dat deze vorm van consultatie even noodzakelijk wordt als de stethoscoop in de tijd van Laennec. Gelukkig behoeft de patiënt dit modernisme niet als bedreigend te ervaren, omdat de medicus zijn informatie trekt bij de afwezigheid van zijn patiënt.

## BESLUIT

Thans de vraag: welke rol speelt een bepaalde vorm van alternatieve geneeskunde in het universitaire onderwijs en in hoeverre moet deze vorm in het onderwijspakket worden opgenomen?

Verwijzend naar de punten 1 t/m 3 betreffende nut en onnut van de placebogeneeskunde zal men al die vormen van alternatieve geneeskunde die niet kunnen bogen op verbeterde resultaten binnen de correct uitgevoerde prospectieve gerandomiseerde en dubbelblind 'trials' moeten bestempelen als placebogeneeskunde. Deze vormen komen niet in aanmerking om in het onderwijspakket te worden opgenomen, hoewel iedereen de waarde van een (suggestieve) placebobe-

handeling zal erkennen. Indien de student wordt gewezen op het eventuele nut ervan, is dit voldoende.

Als voorbeelden uit het verleden kennen wij de 'aardstralen'kastjes van Mieremet, de hypofysebestralingen van Samuels als behandeling van kankers, en naar mijn mening straks de therapie van Moerman. Kunnen homeopathie, iris- en voetzoeldiagnostiek en -therapie of acupunctuur wél op zo'n 'trial' steunen? Slechts dán dienen deze vormen in overweging te worden genomen om erin te onderwijzen.

Wie komt met een betere vorm van geneeskunde, moet zelf de deugdelijkheid ervan aantonen. De andere collegae zullen de reproduceerbaarheid ervan wel nagaan. □

## Literatuur

Hoffenberg R. The training of a physician. *Annals Academy of Medicine* 1987; 16: 193.

Rennels GD, Shortcliffe EH. Advanced computing for medicine. *Scientific American* 1987; 257: 146.

# Basisgezondheidsdienst en campinghygiëne

In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) wordt een groot aantal taken voor de basisgezondheidsdiensten genoemd, bijvoorbeeld in artikel 59: 'het verrichten van sanitaire controle' en 'het bevorderen van maatregelen op het gebied van de hygiëne'<sup>1</sup>. Verder wordt in de ministeriële 'Schets basisgezondheidszorg' hygiënisch toezicht op kampeerterreinen genoemd als taak van de basisgezondheidsdienst.

## KAMPEERWET

In 1981 heeft de regering de Kampeerwet vastgesteld<sup>2</sup>. In 1984 trad deze wet in werking en vanaf 21 december 1986 moet elke kampeerplaats die daarvoor in aanmerking komt een gemeentelijke vergunning hebben. Onder artikel 13 van de Kampeerwet wordt de gezondheid en hygiëne geregeld. Dat gebeurt door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), welke in 1986 is vastgesteld: het 'Besluit hygiëne en gezondheid kampeerplaatsen'. Vanaf 21 december 1987 moet iedere kampeerplaats die daarvoor in aanmerking komt aan de AMvB voldoen. Daartoe aangewezen gemeentebesturen moeten toezicht houden op naleving van de wet. De inspectie van Volksgezondheid moet ook toezicht houden op de gezondheidsaspecten en de hygiëne (AMvB)<sup>3</sup>. Naast dit wettelijke toezicht bestaat er een vrijwillige vorm van toezicht, onder andere door de ANWB. Ook de VVV kent een soort van inspectie.

## CLASSIFICATIE

Sinds enkele maanden bestaat de Stichting Klassificatie Kampeer- en Bungalowterreinen. In het bestuur van die stichting hebben zitting vertegenwoordigers van de ANWB, en ANVVV (de vereniging van VVV's), het Recron (vereniging van eigenaars van recreatievoorzieningen), het NBT (Nederlands Bureau van Toerisme) en de Kampeerraad (een instelling die door de Kampeerwet in het leven is geroepen). Het ministerie van Economische Zaken heeft een adviserende functie. De stichting gaat de classificatie van kampeerterreinen, die nu nog door de ANWB gebeurt, op zich nemen.

Wat doet de ANWB momenteel? De ANWB kan een camping erkennen. Dat kost f 90,— per jaar. Elke camping die zich niet grof misdraagt kan worden erkend en dat blijven; dat levert op: een schild met het opschrift 'Bonds-kampeerinrichting', wegwijzers en een vermelding in de jaarlijkse ANWB-publikatie 'Kampeerplaatsen in Nederland'. Elke erkende camping wordt door de ANWB geclassificeerd. Voor de hygiëne worden sterren gegeven, welke worden vermeld in 'Kampeerplaatsen in Nederland'. Classificatie-inspecteurs brengen één keer per

## R. Melchers

*De basisgezondheidsdienst heeft veel taken in de algemene gezondheidszorg; het is vaak moeilijk te bepalen welke taken moeten worden opgepakt. Dit klemmt des te meer omdat niet vast staat hoe een taak moet worden uitgevoerd, waardoor er veel tijd kan gaan zitten in de ontwikkeling van zo'n taak. Vaak wordt overwogen om 'iets aan campinghygiëne te gaan doen'. In dit artikel wil ik laten zien wat er al gebeurt op het gebied van de campinghygiëne. Vooralsnog lijkt er voor de basisgezondheidsdienst geen reden te zijn om veel tijd en energie te steken in de uitbouw van de directe hygiënische begeleiding van campings. Als men de activiteiten naar campings wil uitbreiden is het eerder aangewezen in overleg te treden met de verschillende instanties die zich al met de campinghygiëne bezighouden.*

één tot twee jaar een bezoek aan de campings. Zij vullen dan een lijst in, waarop onder andere de hoofdstukjes 'Sanitaire voorzieningen', 'Kwaliteit onderhoud sanitair' en 'Water' voorkomen. Door middel van punten worden zaken als de groentewasplaats, het aantal douches en de riolering beoordeeld. De punten worden opgeteld en aan de hand daarvan kan het aantal sterren worden vastgesteld; dat aantal kan variëren van nul tot en met vijf. Tussen de bezoeken van de classificatie-inspecteurs door bezoeken ook de zogeheten *consuls* de kampeerterreinen. Dat zijn ANWB-verenigingsleden die een camping één tot twee keer per jaar beoordelen. De classificatie gaat dus nu gebeuren door de pasgevormde stichting. Veel is nog onzeker: hoeveel campings laten zich classificeren en hoe zit het bijvoorbeeld met de financiering?

## WAT DOEN DE GEMEENTEN?

Wat de gemeenten doen verschilt sterk. Ik heb de indruk dat de ambtenaar die is aangewezen om de Kampeerwet uit te voeren al lang blij is als iedere camping in zijn gemeente een vergunning of een ontheffing heeft. Voor continue sanitaire inspectie bestaan nog geen plannen; hierover zou de ambtenaar contact kunnen zoeken met de basisgezondheidsdienst. Er zij overigens op gewezen dat de gemeentelijke bemoeienis met campings zich niet beperkt tot de Kampeerwet: ook bouwvergunningen en Hinderwet-zaken maken bezoeken aan campings noodzakelijk.

## WAT DOET DE INSPECTIE?

De sanitaire inspectie van campings wordt tevens opgedragen aan de inspecties van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De in-

spectie heeft veel taken en het is dan ook niet verwonderlijk dat bij de prioriteitstelling bepaalde zaken niet aan bod komen. Hoe de prioriteiten worden gesteld bepalen de regionale inspecties zelf; ik heb de indruk dat het inspecteren van campings niet hoog scoort.

Er wordt gezegd dat de ANWB-inspecteurs en de inspecteurs van de volksgezondheid een camping 'inspecteren'. In de praktijk lijkt het erop dat er eerder sprake is van 'begeleiden'. 'Immers', zo stelt een ANWB-inspecteur, 'met begeleiden bereik je evenveel als met inspecteren, maar het klinkt wat vriendelijker.'

\*\*

## Wat kan de basisgezondheidsdienst nog doen?

Er wordt al heel wat aan hygiënische begeleiding en inspectie gedaan op kampeerterreinen en gezien de vele taken die de basisgezondheidsdienst al heeft, moet er erg goed worden gekeken of, en zo ja, hoe deze dienst hier nog aandacht aan moet besteden. Er zijn verschillende modellen denkbaar, maar het is onontkoombaar dat er afspraken worden gemaakt met instanties die zich al met de hygiëne op campings bezighouden: de inspectie voor de Milieuhygiëne, de ANWB, de nieuwe Stichting Klassificatie Kampeer- en Bungalowterreinen en de verantwoordelijke gemeentebesturen. □

## Literatuur

1. Breteler R. et al. Sanitaire controle en andere technisch-hygiënische zorg als taak voor een toekomstige basisgezondheidsdienst. Nijmegen, 1986.
2. De Kampeerwet in de praktijk. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1986 (Groene Reeks nr 85).
3. Bijkerk H. Brief van de Geneeskundige Hoofdspectie GHJ/infz. 261735, 6 februari 1986.

R. Melchers is sociaal-geneeskundige, algemene gezondheidszorg, bij de districtsgezondheidsdienst van de gemeentekring Almelo.

## Grondslagen van de geneeskunde

# Medische 'Aufklärung' mythe of werkelijkheid?

## Een herlezing van het werk van J. K. Osterhausen (1765-1839)

Om de belangrijke en centrale plaats die de geneeskunde in ons huidig bestel inneemt aan te geven, spreken de medisch sociologen van *medicalisering*. Dit zou niet mogelijk geweest zijn indien men niet had geleerd in medische termen te denken, door de socioloog A. de Swaan *protoprofessionalisering* genoemd.

De invloed van de geneeskunde als wetenschap en praxis is niet zo maar uit de lucht komen vallen. Gedurende twee eeuwen hebben artsen de bevolking ervan pogen te overtuigen dat de universitaire geneeskunde de ware was en de enige gezondmakende. De strijd tegen de kwakzalvers is spinnig geweest, maar is tenslotte met succes bekroond. Maar is dit wel zo zeker? Het groeiende succes van de alternatieve geneeswijzen valt niet te ontkennen.

In deze bijdrage wil ik een arts voorstellen die in navolging van Kant de mensen mondig wilde maken in gezondheidsaangelegenheden: de Duitse arts J. K. Osterhausen, die in 1798 het concept van de 'medizinische Aufklärung' smeedde<sup>1</sup>. Aan het slot van deze bijdrage kom ik terug op het ideaal van de 'medizinische Aufklärung'.

Over J. K. Osterhausen is niet zoveel bekend. Hij werd geboren in Artelshoven bij Nürnberg op 9 maart 1765. Te Altdorf promoveerde hij tot arts in 1791 op een dissertatie getiteld: 'Historiam pneumatoricum exhibens'. Hij vestigde zich daarna te Nürnberg en was gedurende 48 jaar arts van het wezen- en armenhuis van deze stad, waar hij op 2 november 1839 stierf.

Hij publiceerde verschillende natuurfilosofische geschriften, onder andere: 'Ei-nige wohlgemeinte Vorschläge wie ein medizinisches Collegium auf die zweckmässigste und vollkommenste Weise einzurichten sei' (Nürnberg 1798). In hetzelfde jaar publiceerde hij het eerste deel van 'Die medizinische Aufklärung'. Het aankondigde tweede deel is nooit verschenen.

'Die medizinische Aufklärung' verscheen te Zürich bij H. Gessner. Het telt

### Jan Rolies

*De mens te brengen tot groter geluk door hem of haar te verzekeren van een sterke gezondheid: ziedaar het ethos van de geneeskunde ten tijde van de Verlichting. De Nijmeegse ethicus Jan Rolies bespreekt het boek 'Medizinische Aufklärung' (1798) van de arts J. K. Osterhausen.*

397 bladzijden. De titel verwijst duidelijk naar het werkje van de filosoof Immanuel Kant: 'Was ist Aufklärung?' Osterhausen zal dan ook vanaf de eerste bladzijde Kants definitie van Aufklärung citeren: 'Aufklärung ist der Ausgang der Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit'. Het werk van Osterhausen is een toepassing van dit principe op een deelgebied van het bestaan: het lichamelijk welzijn en de gezondheidszorg. Vandaar zijn definitie: 'Medizinische Aufklärung . . . (ist) . . . der Ausgang eines Menschen aus seiner Unmündigkeit in Sachen, welche sein physisches Wohl betreffen' (p.8).

De rol van artsen bij deze emancipatie is heel belangrijk. Zij moeten mensen zijn 'welche ausschliessend all ihr Nachdenken, ihre Untersuchungen, ihren Zeit (der Heilwissenschaft) widmen und deren Pflicht es nun ist, zu ihrer Vervollkommenung ihr Möglichstes beizutragen. Ihnen liegt es ob, die Begriffe ihrer Wissenschaft zu berichtigen, Irrthümer aus ihr zu entfernen, das Falsche von dem Wahren zu sichten, das Schwankende zu beseitigen, ihr Gränzen zu erweitern, zu den Schätzen, welche schon vorhanden sind, neue zu häufen und sie dem Ziele, welches allen Wissenschaften und also auch der Medizin vorgesteckt ist und zu welchem diese alle und durch sie die Menschen selbst endlich gebracht werden müssen, Nämlich der Vollkommenheit . . . anzunähern' (p.15).

Aan medische 'Aufklärung' onderscheidt Osterhausen twee aspecten:

1. algemene kennis over de manier waarop de medische wetenschap ongeveer werkt, kennis die alle geleerden zouden moeten hebben. Dit gegeven wordt door hem niet verder uitgewerkt;
2. Volksaufklärung, dat wil zeggen het verdringen van vooroordelen bij het volk. Dit laatste zou vooral moeten worden bereikt door algemene voorlichting, waarbij hij onder andere aan persvrijheid denkt, en door opvoeding of het opnemen van ervaringskennis van anderen, kennis die men niet door (a priori) denken kan verkrijgen (p.32).

Hoewel hij over dit laatste onderwerp wel het een en ander weet te melden, bijvoorbeeld de raad kinderen door medisch geschoolde leraren les te laten geven en ze vooral te leren hoe ze zich bij ziekte dienen te gedragen, namelijk zich rustig houden en direct een wetenschappelijk geschoold arts roepen, gaat het grootste deel van het boek over vooroordelen.

Het is hier niet de plaats om op deze vooroordelen in te gaan<sup>2</sup>. Het zijn bekende verhalen van charlatanisme, bijgeloof en magie. Belangrijker is hoe de auteur de strijd tegen de vooroordelen legitimeert.

De vooruitgang van de beschaving interpreteert Osterhausen als een proces dat in hoofdzaak wordt beheerst door de vooruitgang van kennis en wetenschap, een proces van rationalisatie. De motor van de vooruitgang is de rede, waarmee de mens zichzelf als het ware uit zijn natuurlijke staat omhoog heeft getrokken. Bij dit proces van 'bevrijding door de rede' traden de kerken en de staat belemmerend op, met hun vooroordelen en dogmata. Vooral de kerken als vertegenwoordigers van de feodale samenleving, symbolen van traditie en autoriteit, moesten het ontgelden, maar ook de mensen zitten fout, omdat ze zich laten meeslepen door een irrationele gehechtheid aan traditie en autoriteit. Belangrijk is het daarom vooroordelen op te sporen en degenen die ze propageren te bestrijden. Er is immers geen vooruitgang mogelijk zonder het leven te rationaliseren, dat wil

zeggen het uitbannen van alle niet door de rede gefundeerde opvattingen en handelingen<sup>3</sup>.

De vooruitgang die door de rede moet worden bewerkstelligd is slechts mogelijk voor zover de rede de wetten van de natuur blootlegt. De geneeskunde zal de wetten van de menselijke natuur moeten opsporen, om vervolgens een *natuurlijke levenswijze* te formuleren.

Zoals we al zagen hecht Osterhausen grote waarde aan opvoeding en voorlichting. Zo meent hij dat kinderen diëtetiek en anatomie zouden moeten leren<sup>4</sup>, hoewel hij als concreet nadeel noemt dat leraren geen medische opleiding hebben en dus in feite niet goed in staat zijn medische voorlichting te geven. Als alternatief stelt hij een *gezondheidscathechismus* voor, uiteraard geschreven door een arts. Weliswaar zijn ook dezen niet altijd vrij van vooroordelen of wetenschappelijke eenzijdigheden, zoals blijkt uit de vaak gehoorde waarschuwing kinderen geen bier of wijn te laten drinken, terwijl toch iedereen weet dat je daar stokoud van wordt.

Opvallend is hoe Osterhausen aanstuurt op wetenschappelijke kennis van het lichaam. Hij wenst dat mensen anatomisch leren denken, zodat zij een wetenschappelijk gevormde arts van een kwakzalver kunnen onderscheiden (p. 70).

Osterhausen onderstreept duidelijk het belang van de gezondheid, en wel om twee redenen:

a. Een slechte gezondheid verhindert de 'hogere' verrichtingen, zoals het beoefenen van wetenschap en kunst.

b. De morele wet van de zelfhandhaving of het zelfbehoud geeft ons de plicht over onze gezondheid te waken (p. 11).

Gezond blijven is een *plicht* voor de burger. Dit is geen onmogelijke taak als de mens redelijke leefregels opvolgt; artsen en gezondheidsvoorlichtingsboekjes zullen hem hierin adviseren<sup>5</sup>.

## COMMENTAAR

Weinig handboeken van de geschiedenis van de geneeskunde maken melding van Osterhausen. Dat er nog over hem wordt gesproken dankt hij aan het inleidend hoofdstuk van 'Die medizinische Aufklärung', waarin hij in navolging van Kant de doelstelling van de *Verlichting* op medisch terrein formuleerde. Deze definitie wordt nog herhaaldelijk geciteerd<sup>6</sup>. De verdere inhoud van het werk biedt weinig origineels en bestaat voor het overgrote deel uit een lange opsomming

van de alle niet-wetenschappelijke geneeswijzen, zoals die in de loop der eeuwen werden beoefend. Zijn definitie van 'medizinische Aufklärung' spreekt nog aan.

In het laatste deel van deze bijdrage wil ik enkele kritische kanttekeningen maken bij de doelstelling van Osterhausen en ingaan op de vraag hoe het staat met de mondigheid van de mens in gezondheidszaken. Osterhausen geloofde dat het mogelijk zou zijn de mens mondig te maken op het gebied van gezondheidszaken. Tegenwoordig spreken wij van de verantwoordelijkheid voor eigen lijf en levensstijl. Niets is zo moeilijk gebleken als mensen tot gedragsveranderingen te brengen inzake voeding, levensstijl, kortom zorg te doen dragen voor het eigen lijf. De mens is blijkbaar niet zo rationeel als Osterhausen, en met hem Kant en vele andere Verlichtingsfilosofen, veronderstelden. Verlangt de mens wel naar mondigheid? Installeert hij zich niet liever in een infantiele afhankelijkheidsrelatie zowel ten opzichte van de arts als ten opzichte van de samenleving ('De gezondheidszorg zorgt voor mij')?

De taak van de artsen, aldus Osterhausen, bestaat erin de mensen mondig te maken of op te voeden. Ook hier plaats ik een enkele kanttekening bij. Ik vraag me af of de artsen dit werkelijk serieus hebben genomen. Het is pas sinds de laatste jaren dat, onder invloed van het *mensen-rechten-denken*, waaronder vooral het recht op zelfbeschikking, het recht op waarheid en de ideologie van de zelfontplooiing, het medisch paternalisme afneemt. In de plaats van het medisch paternalisme is de arts-patiëntrelatie op basis van gelijkheid en oveleg getreden, zoals in het huwelijksamenleven werd overgestapt van een bevelshuishouding naar een *overleghuishouding*. Ik denk dat de mondigheid van de patiënten een wensdroom blijft zolang de artsen er niet van overtuigd zijn dat dit het nastreven waard is.

In zijn voorwoord schrijft Osterhausen dat hij de medische wetenschap bij het publiek wil bevrijden van vooroordelen. Op dit vlak hebben de artsen de laatste tweehonderd jaar succes geboekt. De medische wetenschap en haar beoefenaars genieten veel aanzien. Kon Osterhausen zich er nog over beklagen dat de burgers zo weinig vertrouwen hadden in de arts, thans gaat dit niet meer op. Illich en na hem vele anderen (Foucault, Zola) hebben erop gewezen dat de geneeskunde een heilsleer is geworden en de artsen de opvolgers zijn van de priesters, zeden-

meesters van het gezonde leven.

De bevrijding van vooroordelen ten aanzien van de geneeskunde heeft ook negatieve effecten gehad. Heeft de medische voorlichting de mensen bevrijd van kwakzalvers en magische praktijken, wat hun gezondheid ten goede is gekomen, de geneeskunde heeft hen ook vervreemd van hun lijf. Het natuurwetenschappelijke model heeft duidelijke grenzen als het om de mens gaat. De antropologische en holistische geneeskunde zijn pogingen om de grenzen van het natuurwetenschappelijke model te doorbreken en aan te vullen.

De strijd tussen de wetenschappelijke geneeskunde en de alternatieve geneeswijzen duurt onverminderd voort. Ofschoon de natuurwetenschappelijke geneeskunde algemeen is aanvaard, betekent dit niet dat de anderen, de alternatieve geneeswijzen, niet meer bestaan; integendeel: zij bloeien weelderig en hebben veel aanhangers. Er is geen sprake van een monopoliepositie van de natuurwetenschappelijke geneeskunde. Het medisch model-pluralisme is een epistemologische vraag, het succes van de alternatieve geneeswijzen een andere. Deze laatste beantwoorden kennelijk aan andere dan louter rationele behoeften.

## BESLUIT

Het mondigheidsideaal van de Verlichting in gezondheidszaken is nog verre van gerealiseerd. Wij wezen op de grenzen van dit ideaal: de mens is niet alleen puur rationeel en wil niet altijd mondig zijn; de natuurwetenschappelijke geneeskunde is eenzijdig. De huisarts blijft een grote rol spelen in het mondig maken van zijn cliënten. □

## Noten

1. Ueber medizinische Aufklärung von Johann Karl Osterhausen, Dokter der Medizin in Nürnberg. Zürich, bei Heinrich Gessner, 1798, erster Band.

2. Zie hierover: 'Rotschuh K. Der Ausklang der wissenschaftlichen Iatromagie. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 1981; 4: 51-60.

3. Vooral het celibaat van de katholieke priesters moet het ontgelden als voorbeeld van een onredelijk gedrag. Zie: Picard P. Zölibatsdiskussion im katholischen Deutschland der Aufklärungszeit. Düsseldorf: Patmosverlag, 1975.

4. Diëtetiek is een leer die teruggaat op de Griekse geneeskunde en die langs de beleving van de zes non-naturalia (slaap, voedsel, beweging, lucht, uitscheidingen, gemoedsrust) de mens wil brengen tot een harmonisch gezond-gelukkig bestaan. De laatste grote vertegenwoordiger in het westen was Hufeland (1762-1836). Heel wat hedendaagse gezondheidsliteratuur is in feite gebaseerd op diëtetiek.

5. Dreissigacker E. Populärmedizinischen Zeitschriften des 18. Jahrhunderts zur hygienischen Volksaufklärung. Dissertation. Marburg, 1970.

6. Mann G. Medizin der Aufklärung. Begriff und Abgrenzung. Med Hist J 1966; 1: 63-74.



## Uitspraken Medisch Tuchtcollege Eindhoven

# Onvoldoende indicatiestelling en voorlichting: oogarts berispt

Het College voor Medisch Tucht recht te Eindhoven;

*Gezien* de klacht die op 1 juli 1986 is ingediend door A, wonende te B, verder te noemen: 'klaagster', tegen C, oogarts, wonende te D, verder te noemen: 'de arts';

*Nader gelet* op de tussenbeslissing van 16 februari 1987 en het nader voorlopig onderzoek dat daarna is verricht door de voorzitter en de daarbij ingekomen stukken en verder op de behandeling ter zitting van 24 augustus 1987, waarbij opnieuw werden gehoord klaagster en de arts;

*Verder overwegende* over de klacht:

In het nader voorlopig onderzoek is aan Prof. Dr. X te Y een deskundigenbericht gevraagd. Dit is op 13 juli 1987 ontvangen en partijen hebben daarover hun mening kunnen geven. De deskundige heeft – samenvattend – als zijn opvatting over de behandeling van klaagster door de arts te kennen gegeven: 'Samenvattende is mijn mening dat de bulbus versterkende operatie een omstreden ingreep is, waarvan het nut onvoldoende is aangetoond, maar die men onder bepaalde voorwaarden de gunst van de twijfel kan gunnen. De erbij opgetreden complicatie hoeft niet op onkunde van de operateur te berusten, maar was op theoretische gronden te verwachten. De indicatie voor de ingreep bij deze patiënte acht ik onvoldoende onderbouwd. De voorgaande scheelzienoperaties kunnen de ingreep iets moeilijker gemaakt hebben, maar zouden voor een ervaren operateur geen grote problemen hebben hoeven opleveren.'

De arts heeft nader aangevoerd dat zijn collega H op 3 augustus de opvatting had dat er 'gezien de toenemende intolerantie van klaagster voor contactlenzen' in de toekomst 'problemen' te verwachten waren en dat hij daarom – ook bij een toename van de myopie met 0,4 D (hetgeen op zich een onvoldoende indicatie is volgens de huidige opvattingen) in plaats van 0,5 D per jaar – van mening was dat er een situatie was waarin 'in de toekomst een epikeratophakie-operatie aan de horizon opdoemde' en dat zodoende de ingreep zijns inziens geïndiceerd was.

Verder heeft hij nader verklaard dat de operatie 'in de literatuur was beschreven' en dat hij zulks ook tegen klaagster had gezegd en heeft klaagster verklaard dat zij nu kleinere contactlenzen draagt, die zij goed verdraagt en waardoor het zicht bij haar 'een klein beetje verbeterd'.

Wat de indicatie voor het uitvoeren van de ingreep door de arts betreft is het college van oordeel dat deze onvoldoende was, waarbij de arts nu zelf toegeeft dat de mate waarin de myopie bij klaagster toenam thans niet meer als voldoende indicatie voor het verrichten van de ingreep zou worden beschouwd en dat hij daartoe destijds toch heeft besloten omdat

klaagster een 'toenemende intolerantie voor contactlenzen vertoonde'. Klaagster heeft dit betwist en aangevoerd dat zij andere – kleinere – contactlenzen heeft en die goed verdraagt, welke lenzen haar door een andere oogarts zijn voorgeschreven. De arts had daarom eerst nog moeten nagaan of het verdragen van de lenzen bij klaagster niet door het doen dragen van andere contactlenzen te verbeteren was en had de problemen met die lenzen niet of niet in die mate mogen laten meetellen bij de indicatiestelling, nu de myopie niet snel toenam. Daarbij had de arts – naar het oordeel van het college – zeker in het geval van klaagster met de hem bekende eerdere strabismus-operaties het oordeel moeten vragen van een andere arts voordat hij de uitgevoerde ingreep voorstelde en is hij hier te veel op het eigen oordeel afgegaan; de arts wist immers dat de aan klaagster voorgestelde ingreep in Nederland weinig werd toegepast (alleen door . . .) en dat die als 'omstreden' werd beschouwd. Hoewel het begrijpelijk is dat een arts een nieuwe methode die hij geschikt acht ook wil toepassen om in bepaalde gevallen verbetering te brengen in de toestand van een patiënt, dient hij daarbij toch bijzondere voorzichtigheid te betrachten, zodat het vragen van een 'second opinion' hier eerder voor de hand ligt dan in gevallen waarin een algemeen als geschikt beschouwde ingreep wordt overwogen.

Wat de 'voorlichting' die de arts aan de patiënte heeft gegeven betreft is het college van oordeel dat ook deze onvoldoende is geweest. Het had op zijn weg gelegen klaagster beter te informeren over hetgeen hij met de voorgestelde operatie wilde bereiken, waarbij komt dat hij pas bij de tweede behandeling op de zitting heeft gesteld dat hij van opvatting was dat een inplanting van weefsel van een donor dan wel het maken van een lensje van het eigen hoornvlies van de betrokkene voor haar wel eens nodig kon zijn en dat hij daarom toen al een oogbal versterkende ingreep nodig achtte, zodat niet aannemelijk is dat hij daarover destijds al met klaagster heeft gesproken. Voordien had hij slechts gesteld dat de ingreep de enige effectieve methode was om de progressie van myopie te beëindigen; dit ter voorkoming van de 'hierdoor veroorzaakte myope degeneraties'. Maar ook dit heeft hij aan klaagster, die ter zitting geenszins de indruk maakte van het missen van inzicht in de eigen toestand (zelfs het tegendeel), kennelijk on-

voldoende uitgelegd. De arts had aan klaagster bovendien de mogelijkheden van wat met de ingreep kon worden bereikt en de onmogelijkheden van wat daarmee kon worden bereikt beter moeten uiteenzetten, haar erop moeten wijzen dat de ingreep in Nederland ongebruikelijk was, maar dat die in de literatuur werd beschreven en had haar erop moeten wijzen dat zij de keuze moest maken. Nu heeft klaagster op de zitting gezegd dat de ingreep haar min of meer is opgedrongen door de arts en dat zij er eigenlijk niets in zag, hetgeen weliswaar door de arts is betwist, maar toch wel de indruk kon zijn die de klaagster kreeg.

Het voorgaande in aanmerking genomen – dus de onvoldoende voorlichting die de arts aan klaagster heeft gegeven en de onvoldoende indicatiestelling – komt het college tot het oordeel dat de arts door zijn handelen tegenover klaagster, als vermeld, het vertrouwen heeft ondermijnd dat patiënten in artsen moeten kunnen stellen. De klacht is dus in zoverre gegrond, waaraan niet afdoet dat de ingreep zelf door de arts op verantwoorde manier is uitgevoerd en dat het zeer ongelukkige gevolg ervan toen niet te voorzien was.

Het college vindt dat aan de arts de maatregel van een berisping moet worden opgelegd en dat de uitspraak – met weglating van namen – dient te worden openbaar gemaakt als te vermelden.

*Beslissende* op de klacht:

Acht de klacht gegrond en legt aan de arts op de maatregel van een *berisping*.

Bepaalt verder, dat deze uitspraak met inachtneming van artikel 13d lid 1 van de Medische Tucht wet en van artikel 63 van het Reglement Medisch Tucht recht openbaar zal worden gemaakt door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur met verzoek om publikatie in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om publikatie aan de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact, echter met weglating van de namen van partijen.

Zo beslist op 24 augustus 1987 door de heren Mr. J. H. M. Petri, voorzitter, Dr. H. Sluzewski en C. E. Metz, leden-geneeskundigen, R. Vergroesen en Mw. C. B. M. Römer, plv. leden-geneeskundigen, in aanwezigheid van Mr. W. J. M. ten Berge, secretaris. □

## Huisarts faalt op alle fronten: boete

Het College voor Medisch Tucht recht te Eindhoven heeft het navolgende overwogen en beslist in de klachtzaak van A, wonende te B, klager, tegen C, huisarts, wonende te D, verweerder.

Het college heeft kennis genomen van het klaagschrift, van het verweerschrift, van de repliek, van de dupliek en van de patiëntenkaart van klagers moeder.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van 6

april 1987, waarbij werden gehoord klager, bijgestaan door Mr. E, advocaat te F, en verweerder, bijgestaan door Mr. G, advocaat te H.

Op grond van de inhoud van de gedingstukken en van de verklaringen ter zitting kan het navolgende als vaststaand worden aangenomen:

In de nacht van zondag 3 op maandag 4 november 1985 heeft klagers moeder, geboren op 4 april 1921, acuut pijn gekregen in de rechterlichaamshelft. De arts die in dat weekeinde waarnam voor verweerder, die de huisarts was van de patiënte, heeft haar te plusminus 04.30 uur in die nacht bezocht, de diagnose gesteld op een pleuritis sicca en paracetamol voorgeschreven. Daar de toestand van de patiënte verslechterde, heeft haar dochter te plusminus 08.30 uur telefonisch aan verweerder gevraagd haar moeder te bezoeken. Verweerder zei toen dat hij zelf griep en koorts had, dat hij weliswaar bezig was met zijn spreekuur, maar toch door zijn griep werd gehinderd in zijn normale praktijkuitoefening; hij vroeg daarom of de patiënte hem zelf wilde opbellen, omdat hij in een rechtstreeks telefonisch contact beter in staat was haar toestand te beoordelen. Daar de patiënte niet zelf naar de telefoon kon gaan, heeft zij verweerder toen niet opgebeld. Wat later op diezelfde maandagmorgen heeft een nicht van de patiënte wederom telefonisch contact opgenomen met de praktijk van verweerder en gevraagd om een visite, waarop werd gezegd dat misschien tegen 17.00 uur een waarnemer zou komen. Klager zelf heeft daarop vanuit F telefonisch bij verweerders echtgenote aangehouden op een zo spoedig mogelijke visite. Verweerder heeft daarop te plusminus 12.30 uur zelf de patiënte bezocht. Zij had toen rechts thoracaal gelokaliseerde pijnklachten; ook het ademen was pijnlijk en er was sprake van een lichte, niet produktieve hoest. Bij onderzoek constateerde verweerder vesiculair ademgeruis met enig crepiteren rechtsonder. Verweerder heeft daarop de navolgende medicatie voorgeschreven: fortoral supp<sup>1</sup>® 3dd, meprobamaat 200 mgr 3dd en codeïne fosfaat 20 mgr 4dd. Na toediening daarvan werd de pijn in de loop van de dag minder.

Op dinsdag 5 november is de toestand van de patiënte geleidelijk achteruitgegaan. Toen zij te 14.00 uur koffiekleurig ging braken, heeft haar dochter onmiddellijk verweerder opgebeld en hem mededeling daarvan gedaan, met het verzoek de patiënte te komen bezoeken. Verweerder heeft toen gevraagd of de patiënte had gedronken en of zij buikpijn had en heeft daarop geadviseerd de patiënte melk te laten drinken. Hij heeft de patiënte die dag niet bezocht.

Op woensdag 6 november te 07.15 uur heeft de nicht van de patiënte, daar zij meende dat deze in een verontrustend slechte toestand verkeerde, de dienstdoende huisarts gebeld, die antwoordde dat, voordat zij, de dienstdoende huisarts, bij de patiënte zou zijn gearriveerd, verweerder zelf te 08.00 uur weer dienst zou hebben en daarom adviseerde verweerder onmiddellijk na dat tijdstip zelf op te bellen. De

nicht van de patiënte heeft dat advies opgevolgd, maar kwam, ondanks herhaalde pogingen verweerder na 08.00 uur per telefoon te bereiken, niet verder dan het antwoordapparaat. Zij heeft daarop weer de arts opgebeld die gedurende de nacht had waargenomen, die toen verweerder rechtstreeks heeft gevraagd de patiënte te bezoeken. Deze heeft daarop die visite terstond uitgevoerd. De patiënte verkeerde toen in een shocktoestand. Verweerder heeft haar onmiddellijk in het ziekenhuis laten opnemen. Bij binnenkomst had zij een zeer bolle buik en was de tensie niet meetbaar. Ook was haar rechteronderbeen koud. Bij laparotomie werd een groot ulcus aan de voorzijde van het antrum van de maag geconstateerd, alsmede een ernstige peritonitis en een infarctering van de dunne darm over een lengte van bijna 1 meter. Er is vervolgens een B1 maag- en dunne darmresectie uitgevoerd, waarbij zich complicaties van cardiale aard voordeden.

De daaropvolgende dag is de toestand van de patiënte geleidelijk verslechterd. Bij relaparotomie bleek een massale darminfarctering. In de avond van 7 november 1985 is de patiënte overleden.

De klacht behelst, zakelijk weergegeven, het verwijt dat verweerder te kort is geschoten in de zorg voor de patiënte, dat hij met name onvoldoende heeft gereageerd op telefonisch gedane verzoeken om medische hulp, de patiënte onvoldoende heeft onderzocht en een te zware medicatie heeft voorgeschreven.

Omtrent deze klacht moet het navolgende gelden:

Verweerder heeft ter verklaring van het feit dat hij op 4 november eerst na drie daartoe strekkende verzoeken een visite heeft afgelegd en op 5 november een bezoek aan de patiënte geheel achterwege heeft gelaten aangevoerd dat hij toen zelf ziek was en zijn waarnemers zoveel mogelijk wilde ontzien, dat de in de nacht van 3 op 4 november dienstdoende arts hem had gezegd dat hij behalve wat crepiteren in de onderste longvelden niets relevants had kunnen vinden en dat hij dacht aan een pleuritis sicca.

Het college acht dit verweer niet steekhoudend. Indien verweerder werkelijk niet in staat was praktijk te doen, had hij een beroep moeten doen op zijn collegae van de waarnemgroep. De omstandigheid dat verweerder zichzelf niet 100% fit voelde kon niet rechtvaardigen dat één van zijn patiënten die, zoals verweerder uit het telefonische contact had kunnen weten en ook achteraf is vastgesteld, toen dringend behoefte had aan medische zorg, die zorg op maandag 4 november eerst met aanmerkelijke vertraging en op dinsdag 5 november in het geheel niet heeft gekregen.

Ten aanzien van het onderzoek op maandag 4 november merkt het college nog op dat verweerder, zoals hij ter zitting heeft verklaard, de patiënte niet heeft gepercuteerd onder het diafragma en haar ook niet overleind heeft laten zitten, waardoor een deel van de symptomatologie hem is ontgaan. Zijn beschrijving van dit onderzoek wekt de indruk dat hij daarbij ondanks het zeldzame karakter van dit

ziektebeeld als het ware automatisch heeft voortgeborduurd op de diagnose 'pleuritis sicca' van de weekendwaarnemer. Gezien de door verweerder voorgeschreven medicatie moet de patiënte toen hevige pijn hebben gehad. Het effect van deze sterke medicatie was echter dat het zich ontwikkelende ziektebeeld grotendeels werd gemaskeerd en nieuwe opkomende symptomen voor de omgeving van de patiënte niet herkenbaar waren. Verweerder had daarom de patiënte eigener beweging uiterlijk op dinsdag 5 november weer moeten bezoeken en zich persoonlijk van haar toestand op de hoogte moeten stellen om te zien of de door hem op maandag gestelde diagnose de juiste was.

A fortiori had verweerder de patiënte onmiddellijk moeten bezoeken, nadat hem op dinsdagmiddag daarom was gevraagd met de mededeling dat zij koffiekleurig braaksel had overgegeven. Verweerder heeft wel verklaard dat de nicht van de patiënte hem toen heeft gezegd dat deze koffie had gedronken, doch klager heeft deze mededeling ten stelligste ontkend en het komt ook het college hoogst onwaarschijnlijk voor dat de patiënte, gezien de ernstige zieke toestand waarin zij toen moet hebben verkeerd, zin heeft gehad in koffie.

Ten aanzien van het gebeuren op woensdagmorgen 6 november is gebleken dat verweerder, nadat te 08.00 uur de waarneming van zijn praktijk door een andere arts een einde had gevonden, nog enige tijd onbereikbaar is geweest omdat hij zijn antwoordapparaat had laten aanstaan.

Samenvattend is het college van oordeel dat de klacht op alle onderdelen gegrond is.

Verweerder heeft door zijn handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Daar hij in meerdere opzichten in ernstige mate heeft gefaald kan niet worden volstaan met één van de lichtere tuchtmaatregelen, doch zal het college een geldboete opleggen ten bedrage van f 2.000,—.

Het college acht publikatie van deze beslissing in het algemeen belang en zal daarom deze beslissing op de hierna aan te geven wijze bekend maken.

**Beslissende:**

Verklaart de klacht gegrond;

Legt verweerder te dier zake op de maatregel van **geldboete** ten bedrage van f 2.000,—.

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van artikel 13b, lid 1 van de Medische Tucht-wet en van artikel 63 van het Reglement Medisch Tucht recht zal worden bekendgemaakt door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur met verzoek om publikatie in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek om publikatie aan de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Aldus beslist op 5 oktober 1987 door de heren Mr. M. A. M. Raaijmakers, plv. voorzitter, A. H. M. Rademaker en C. E. Metz, leden-geneeskundigen, J. M. van den Thillart en Mw. C. B. M. Römer, plv. leden-geneeskundigen, in aanwezigheid van Mr. W. J. M. ten Berge, secretaris. □

LSV

## Demonstratieve ledenvergadering

LAD

## Specialisten geven met buitengewone ledenvergadering krachtig signaal

De buitengewone demonstratieve ledenvergadering van 9 mei jl., onder auspiciën van de Centrale Besturen van de LSV en LAD in samenwerking met de COSAZ heeft een zeer krachtig signaal gegeven. Bijna 3.000 specialisten vulden drie grote zalen van het Jaarbeursgebouw. Met veel aandacht werd geluisterd naar een aantal informatieve en duidelijke inleidingen. Enkele belangrijke gedeeltes uit deze inleidingen zijn hieronder letterlijk weergegeven. Hetzelfde geldt voor de toespraken van de voorzitters van de KNMG en van de LHV, die beiden ter vergadering namens hun organisatie hun steun betuigden. De ledenvergadering nam unaniem twee besluiten die eveneens hieronder zijn opgenomen.

## Inleidingen

*Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV): Vergelijken akkoord, maar dan wel eerlijk.*

'In 1980 kwamen voor het eerst in de geschiedenis van de LSV 1.200 specialisten in Utrecht bijeen. Slogan: vergelijken met een ambtenaar akkoord, maar dan wel eerlijk. Inmiddels zijn acht jaar verstreken en heeft de LSV niet alleen meer van deze massale bijeenkomsten en meer gerechtelijke procedures tegen de Staat achter de rug, maar zelfs ook acties. En nog steeds is de slogan: vergelijken akkoord, maar dan wel eerlijk. Een consistente lijn kan de LSV niet worden ontzegd. Dit in tegenstelling tot de overheid. (...) Minister de Koning heeft aangekondigd nog deze maand het definitieve norminkomen te zullen vaststellen. Hij is het, zo luidt het, 'spuugzat'. Het norminkomen is geen maximum inkomen, maar een sleutel waarmee een maatschappelijk aanvaardbaar honorariumdeel van het specialistentarief kan worden vastgesteld. Dat als criterium voor die maatschappelijke aanvaardbaarheid een vergelijking met een ambtelijke functie wordt gehanteerd, is voor de LSV op zich aanvaardbaar. Máár, zo hebben wij het steeds gezegd, dan zal wel langs objectieve weg moeten worden vastgesteld met welke ambtelijke functie de specialist qua kennis, opleiding, verantwoordelijkheid, ervaring e.d. vergelijkbaar is. En, dát eenmaal vastgesteld zijnde, dan zal op eerlijke wijze met de inkomenspositie van de ambtelijke vergelijkingsfunctie als uitgangspunt, voor de specialist een vergelijkbare inkomenspositie via datzelfde norminkomen moeten kunnen worden gerealiseerd. (...) Wat spreekt de minister uit, wanneer hij een definitief norminkomen vaststelt? Dan ligt voor meer jaren vast hoe politiek de specialistische functie wordt gewogen en naar het zich laat aanzien zal die weging een totaal andere zijn dan waartoe onafhankelijke en gerespecteerde deskundigen na zorgvuldig onderzoek zijn gekomen. Er dreigt op korte termijn een politieke beslissing te worden genomen, die geen recht doet aan eerder gemaakte afspraken. Dat nu, lijkt mij onaanvaardbaar. (...) Daarom moet nu reeds door middel van politieke pressie alles op alles gezet worden om een besluitvorming over het definitieve norminkomen, conform de overeengekomen uitgangspunten en daarmee de beschikbare adviezen, te doen geschieden. Voor alle duidelijkheid, vorig jaar wilde minister De Koning het norminkomen reeds definitief vaststellen op f 148.000. Op basis van het functiewaarderingsonderzoek en de beschikbare adviezen zou dit echter f 200.000 moeten zijn. Het gaat met andere woorden om een inkomensverschil van 25%. Dat nu, lijkt mij uw aller inzet volledig waard.'

*J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD): Alle artseninkomens met elkaar verweven.*

'De plannen van minister De Koning met het norminkomen, dapper geholpen door het COTG, hebben een sterk neerwaarts gerichte invloed op de inkomsten van niet alleen de vrijgevestigde specialisten, maar ook op die van de dienstverbanders. Mogelijk zelfs op de inkomsten van alle artsen in dit land. En de politieke acceptatie van de beroepsgroep is slecht, zodat ook van de Tweede Kamer weinig heil is te verwachten. Een reden te meer om als LAD en LSV samen sterk te zijn en samen op te trekken. Samen solidair, niet alleen omdat 2.000 LSV-ers of LAD-ers specialisten werkzaam in dienstverband zijn, maar er is ook een groter belang. Bij een aantal van de problemen, zoals de afsplitsing en verlaging van de praktijkkosten in het tarief of de aankleding in het norminkomen, hebben dienstverbanders geen belang, omdat deze kosten ten laste komen van de werkgever. Ik besef terdege dat er natuurlijk wel een koppeling is met de extra inkomsten waar met name in de academische wereld studie en/of secundaire arbeidsvoorwaarden uit worden gefinancierd. Maar zodra het gaat om de vaststelling van het salarisbestanddeel krijgen de LAD en de LAD-leden een duidelijk eigen belang. De LAD heeft altijd gesteld dat de hoogte van de salariering en het inkomen van de vrijgevestigde en dienstverband-specialisten vergelijkbaar zouden moeten zijn, omdat vergelijkbaar werk wordt verricht. Het kabinet deelt, helaas zou ik moeten zeggen, die mening om een heel andere, minder positieve reden niet.

Het norminkomen is tevens een norm voor tal van artsenfuncties in dienstverband. De regering stelt dat er een onderlinge koppeling tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in dienstverband in de periferie en in de academische ziekenhuizen zou moeten komen. De LAD kan het daar mee eens zijn. Maar, het kabinet heeft enerzijds als uitgangspunt voor het salarisbestanddeel van de vrijgevestigde specialisten de salarislijn genomen voor specialisten in de CAO-Ziekenhuiswezen. Een CAO die de LAD sedert 1982 juist vanwege de onaanvaardbaar lage loonlijn niet meer heeft getekend. En anderzijds heeft het kabinet gebruik gemaakt van het functiewaarderingsstramien voor de academische ziekenhuizen, waar de LAD mét de LSV en de COSAZ zwaar tegen gekant is. Verder heeft het kabinet het voornemen het salarisbestanddeel op deze beide pijlers af te stemmen in afwijking van het functiewaarderingsonderzoek voor de vrijgevestigde specialist. Dit laatste functiewaarderingsonderzoek was ook voor de LAD juist een bevestiging van het feit dat terecht gedurende meer dan vijf jaar is volgehouden dat de salariering van de specialist te laag was. (...) Het moge duidelijk zijn dat het inkomen van alle artsen in Nederland meervoudig aan elkaar is gekoppeld. Onze salarissen staan als dominostenen in een rij en als de eerste steen valt, dan gaan ze allemaal. De eerste steen wankelt nu. Laten we samen voorkómen dat de eerste salarissteen werkelijk tegen de vlakte gaat.'

*Prof. Dr. J. M. Greep (voorzitter COSAZ): Grote gevolgen voor academische specialisten.*

'In de beginjaren '80 bij de introductie van de eerste voorstellen voor een nationale specialistenhonoreringsregeling, is door O&W steeds gesteld dat deze regelingen pas in academische ziekenhui-

zen in werking zouden treden wanneer de niet-academische specialisten op een norminkomen zouden zijn geplaatst, dus pas wanneer de zgn. positieve restposten in de periferie zouden zijn afgebouwd. In december 1982 is dit laatste nog eens uitdrukkelijk bevestigd door de minister. Hij is van mening dat vaststelling van de bezoldiging van medisch specialisten in academische ziekenhuizen pas dan zal plaatsvinden wanneer het norminkomen van de medisch specialisten in het kader van de Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren zal zijn vastgesteld en bereikt. Academische specialisten zullen geen trendsetters zijn, maar het norminkomen in de periferie volgen. Duidelijk wordt aangetoond dat academische en perifere specialisten één gemeenschappelijk belang hebben: indien er een norminkomen moet komen dient dat op objectieve en juiste wijze te worden vastgesteld met duidelijke afspraken over praktijk- en beroepskosten. (...) De Nederlandse tarieven zijn geen weergave van de snelle veranderingen die plaatsvinden in de gezondheidszorg. Nieuwe ontwikkelingen die leiden tot taakuitbreiding worden niet gehonoreerd. Tarieven zijn niet afgestemd op ambulante zorg en chronische behandeling. Als de particuliere en ziekenfondstarieven drastisch worden verlaagd dan ontstaan binnen de academische ziekenhuizen ernstige problemen omdat een groot aantal zaken niet meer te financieren is. Als de extra honorering drastisch verlaagd moet worden raken vele academische specialisten onder het norminkomen. Ontslagen zullen volgen omdat thans delen van de extra honorering zijn aangewend om toegevoegde mankracht te financieren. (...) Het optreden van de regering is volstrekt onaanvaardbaar. De te verwachten voorstellen onbespreekbaar. Wij steunen als COSAZ de acties van de LSV en LAD. Ik blijf optimistisch want ik weet dat wij, Nederlandse specialisten, met elkaar door deze moeilijke periode heen zullen komen en zelf aan onze toekomst zullen blijven werken. Ik ben tevens optimistisch omdat rechters in Nederland, net als wij, van oordeel zijn dat de afspraken, neergelegd in het Generaal Akkoord, dienen te worden nagekomen. Ik ben ook optimistisch omdat bij alle regeringen tussen planning en realiteit een wereld van verschil ligt.'

*Dr. A. H. J. Houwing (CB-LSV): Normatieve benadering voor een juist tarief.*

Bij een normatieve benadering gaat het erom een juist tarief vast te stellen op basis van een aantal normen. Een juist tarief moet ons inziens worden vastgesteld op basis van de formule:

$$\text{tarief} = \frac{\text{norminkomen} + (\text{normatieve}) \text{ praktijkkosten}}{\text{normpraktijk}}$$

Het norminkomen zal moeten worden vastgesteld in overleg met de overheid. De LSV gaat hierbij uit van BBRA-schaal 17 en de uitspraken van de VAC ten aanzien van de aankleding, resulterend in circa f 200.000.

De normatieve praktijkkosten moeten worden vastgesteld in overleg met de verzekeraars op basis van de eerder door ons ingediende voorstellen. Bij de vaststelling van de normatieve praktijkkosten moet enerzijds rekening worden gehouden met kwalitatieve eisen, zoals kosten van automatisering, kosten voor nascholing en bijscholing, noodzakelijke onkosten voor personeel e.d., terwijl anderzijds gekeken moet worden naar de praktijk: wat is bijvoorbeeld een redelijke autokostenvergoeding? Hierbij past een enquête naar de feitelijke kosten. Zonder inzicht in de feitelijke kosten is een normatieve benadering een sprong in het duister.

De omvang van de normpraktijk is op twee manieren vast te stellen. Dit kan in totaal te besteden tijd, bijvoorbeeld 50 uur per week. Men kan ook alleen de direct patiënt-gebonden, declarabele tijd in ogenschouw nemen. Uitgangspunt is dan 30 declarabele direct-patiënt-gebonden uren, 10 indirect-patiënt-gebonden uren en 10 niet-patiënt-gebonden uren. (...)

De inkomensconsequenties voor de verschillende specialismen

van dit in mijn ogen rechtvaardige systeem zijn niet gering. Toch zou het mij veel waard zijn wanneer wij dit inzichtelijke, rechtvaardige systeem met medewerking van u allen zouden kunnen realiseren.'

*Dr. F. Th. J. G. T. Kok (CB-LSV): Enorme tariefsdalingen.*

'Begin februari 1987 werd door het COTG het principebesluit genomen dat de tarieven van medisch specialisten zouden worden gesplitst in twee delen, namelijk een honorariumdeel en een kostendeel. Vervolgens werd in juni 1987 de splitsing in een nettohonorarium en praktijkkosten per specialisme ingevuld. Deze richtlijnen werden vastgesteld en door de staatssecretaris klakkeloos goedgekeurd. Inmiddels had de VNZ na het stuklopen van het overleg met de LSV eenzijdig haar voorstellen ten aanzien van de praktijkkosten bij het COTG gedeponeerd. Deze voorstellen hielden in een verlaging van het niveau van ca. f 130.000 naar f 50.000, alsmede opname van deze praktijkkosten in het ziekenhuisbudget. Kort daarna kwam het COTG op eigen initiatief met voorstellen om de eerdere richtlijnen ten aanzien van de opsplitsing van het tarief nu te operationaliseren. (...) Het COTG maakte daartoe onderscheid in kosten binnen het ziekenhuis en kosten buiten het ziekenhuis, de zgn. beroepskosten, waaronder algemene kosten (telefoon, verzekeringen, representatie, diversen), oriënteringskosten (nascholing, congressen, vakliteratuur, contributies), administratiekosten (de financiële administratie en accountantskosten), vervoerskosten en interestkosten. Als het aan het COTG ligt ontvangt u in de toekomst voor deze praktijkkosten f 26.000. Daarnaast zullen u in deze opzet als vrij beroepsbeoefenaar door het ziekenhuis voortaan de benodigde apparatuur en hulpmiddelen (voor zover het niet gaat om de financiële administratie) ter beschikking worden gesteld, waarmee uw praktijkvoering op dit punt volstrekt afhankelijk wordt van het ziekenhuis. (...) Realisering van deze plannen zal betekenen dat de tarieven zullen worden verlaagd in de navolgende orde van grootte:

Specialisme	tariefs- verlaging ziekenf. in %	tariefs- verlaging part. in %	tariefs- verlaging Z & P in %
Oogheelkunde .....	-40.82	-21.56	-32.13
KNO .....	-30.81	-16.53	-24.65
Chirurgie .....	-45.34	-24.35	-36.07
Plast. chirurgie .....	-38.42	-17.25	-28.51
Orthopaëdie .....	-38.91	-20.64	-29.81
Urologie .....	-36.73	-23.95	-31.00
Gynaecologie .....	-37.38	-20.68	-30.31
Neurochirurgie .....	-36.88	-18.83	-28.34
Zenuw-/zielsziekten .....	-31.14	-17.38	-25.45
Dermatologie .....	-32.20	-24.54	-28.91
Interne .....	-42.74	-25.48	-35.35
Kindergeneeskunde .....	-26.95	-19.06	-23.99
Maag-darmziekten .....	-35.15	-25.56	-30.81
Cardiologie .....	-44.28	-30.39	-36.81
Longziekten .....	-25.80	-18.21	-23.05
Rheumatologie .....	-37.47	-19.93	-29.80
Allergologie .....	-34.28	-23.92	-29.73
Revalidatie .....	-38.28	-19.14	-29.94
Card. Pulm. .....	-41.30	-31.77	-36.73
Psychiatrie .....	-27.63	-23.27	-25.82
Neurologie .....	-31.29	-18.92	-26.28
Radiologie .....	-18.98	-18.25	-18.78
Radiotherapie .....	-33.50	-24.73	-29.58
Radiodiagnostiek .....	-18.98	-18.25	-18.78
P.A. .....	-33.65	-25.04	-29.86
Med. Micro. .....	-30.51	-28.16	-29.46
Lab. artsen .....	-30.51	-28.16	-29.46
Anesthesiologie .....	-21.61	-11.13	-17.12
Ongewogen gemiddelde	-33.63	-21.97	-28.45

Dergelijke tariefsverlagingen zijn uiteraard volstrekt onaanvaardbaar! (...)

*A. H. J. Houwing (voorzitter LSV-Actiecomité): Actievoeren een democratische verworvenheid.*

'Een redelijk denkend mens is na het voorafgaande allang overtuigd en weet wat hem te doen staat. Maar daar hebben wij in dit geval niet mee te maken. Wij hebben te maken met politici en ambtenaren die niet bereid zijn te luisteren naar de rede en de redelijkheid. Voor dit soort omstandigheden heeft de LSV als laatste troefkaart het Actiecomité. Onredelijkheid bevechten wij met de rede (en de rechter). Onzin bevechten wij met actie! Buitenparlementaire actie wordt weleens een belangrijke democratische verworvenheid genoemd, maar in feite is het één van de weinige mogelijkheden om het parlement tot actie (tot nadenken) te bewegen. Indien er geen demonstranten op het Binnenhof staan, gaat het parlement ervan uit dat het kennelijk wel snor zit. Maar er is ook nog een andere aanleiding. Wat moet iemand doen, die ziet dat 20, 30, of zelfs 40 procent van zijn inkomen zal verdwijnen? (...) Het Actiecomité van de LSV heeft wederom een actieplan in ontwikkeling. De acties die de specialisten eventueel zullen voeren, zullen primair dienen als ondersteuning van onze juridische acties. De basis van het actieplan wordt gevormd door de zondagsdienst. Wij zijn van mening dat dit het enige wapen is dat een conflict met de overheid uiteindelijk in ons voordeel zou kunnen beslechten. Er lijken vele alternatieven te zijn, ludiek, gemakkelijk, origineel, enz. Op de keper beschouwd is er echter maar één middel dat wij in de strijd kunnen werpen en dat is ons werk niet meer te doen zoals men dat van ons is gewend. De vraag rijst natuurlijk of wij dan niet een conflict uitvechten over het hoofd van onschuldige derden? Mijn antwoord: je kunt vrijwel geen actie voeren zonder je patiënten te duperen. Dit probleem speelt ook bij de spoorwegen, de brandweer, de politie, PTT enz. Als wij ons met onze professionele verantwoordelijkheid laten chanteren verliezen wij elke slag altijd. Onze professionele verantwoordelijkheid zal in voldoende mate blijken doordat wij nooit het werk helemaal zullen stilleggen.

Door het actiecomité is gekozen voor een gefaseerd actieplan dat aansluit op belangrijke beslissingsmomenten. (...)'

#### **KNMG waarschuwt overheid**

Namens het Hoofdbestuur van de KNMG sprak voorzitter W. H. Cense op de ledenvergadering een redevoering uit ter ondersteuning van het LSV- en LAD-beleid. Hij stelde onder meer dat zich de laatste decennia in de gezondheidszorg gigantische veranderingsprocessen hebben afgespeeld. 'Deze veranderingsprocessen konden slechts kans van slagen hebben omdat de artsen op de werkvloer gemotiveerd waren. Het begrip motivatie speelt een sleutelrol bij elk veranderingsproces. Bij innovatieprocessen in het bedrijfsleven is het een basisvoorwaarde dat de medewerkers worden gestimuleerd om de voorgenomen veranderingen te ondersteunen. Zonder motivatie mislukt elke innovatie! En dit geldt overkorte óók in de 'bedrijfstak' gezondheidszorg. Dat ondanks de reeds ingrijpende beperkingen, maatregelen en problemen van de afgelopen jaren onze gezondheidszorg kwalitatief nog aan de top staat en elke vergelijking met het buitenland met glans kan doorstaan komt niet in het minst door de motivatie, inzet en creativiteit van de artsen op de werkvloer! Geen innovatie zonder motivatie! Ook onze Haagse politici kennen deze wijsheid. Men zou dus mogen verwachten dat juist zij het goede voorbeeld geven. Immers vanuit Den Haag lanceren politici een waar bombardement van veranderingsvoorstellen. Sterker nog: parallellen met het bedrijfsleven en de marktwerking gaan de ontwikkelingen waarin men de gezondheidszorg wil veranderen, bepalen! In de afgelopen jaren zijn door middel van bezuinigingen de franjes weggeknijpt, de bestaande scheefgroei is ongedaan gemaakt en de bewustwording van de kosten in de gezondheidszorg is op peil gebracht. Het is nu derhalve de hoogste tijd dat alle aandacht en energie zich

weer op de zorg zelf gaan richten. Daartoe kan de motivatie niet worden gemist. Dames en heren politici, veranderingen zijn pas verzekerd met gemotiveerde artsen op de werkvloer! (...)'

De KNMG is teleurgesteld en gegriefd dat voor deze overheid kennelijk niet het devies geldt: een man een man, een woord een woord. Was er onlangs zelfs niet sprake van een Herenakkoord? Neen, voor deze overheid geldt kennelijk dat met de mond wordt beleden, wat met het hart wordt bestreden en met de hand wordt vermeden (...). In de gezondheidszorg is het in niemands belang als partijen elkaar blijven bestrijden en het vertrouwen niet meer bestaat. De negatieve invloed die daarvan uitgaat, ook op alle mogelijke andere gebieden waarop overheid en artsen elkaar nodig hebben en met elkaar in gesprek zijn, is niet te onderschatten. De overheid heeft de artsen nodig en omgekeerd hebben de artsen de overheid nodig. Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor een goede, doelmatige en doeltreffende gezondheidszorg. De KNMG acht het een aantasting van de waardigheid van de arts als gedane afspraken niet worden gerespecteerd. De KNMG wenst een uitstekende relatie met de overheid en ik moet er niet aan denken dat er een situatie ontstaat dat door artsen in het veld wordt afgezien van verder constructief meedenken over de vele problemen in de gezondheidszorg. De gevolgen daarvan zijn zo groot dat ook de overheid die niet mag riskeren door zich eenzijdig niet aan gemaakte afspraken te houden.'

#### **LHV: rust op het honoreringsfront**

Ook het bestuur van de LHV betuigde op de ledenvergadering zijn steun bij monde van voorzitter A. M. C. van de Zandt. Hij zei onder andere het volgende: 'De ombuigingstaakstelling van de overheid is gehaald mede dankzij de inspanning van specialisten. Wanneer verdere bezuinigingen werkelijk nodig zijn dan zal het ontwerpen van het daarop gerichte beleid met een inkomenspolitieke waas voor ogen, en als gereedschap alleen structuur- en financieringsmaatregelen, gedoemd zijn te mislukken. Het zorgverleningsproces aan de patiënt zal centraal gesteld moeten worden wil men met de beschikbare financiële middelen doelmatig om kunnen gaan. Daarin zullen de rollen en werkwijze van generalistische en specialistische geneeskunde op elkaar moeten worden afgestemd. Vanuit een dergelijk functioneel en op de zorg gericht concept kunnen artsen – bij tenminste gelijkblijvende kwaliteit – met mogelijk minder middelen de zorg blijven verlenen. Gegeven haar grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid dient de overheid dáárvoor de randvoorwaarden te creëren. De huidige voornemens van de overheid frustreren het tot stand komen van een dergelijk zorgconcept. Om die reden wijst de LHV deze voornemens af.

Ik roep het kabinet dan ook op het ingeslagen pad van kostenvermindering in de gezondheidszorg middels financierings- en structuurmaatregelen te verlaten en met de aanbieders van zorg samen een doelmatig gezondheidszorgconcept te ontwikkelen. Een gezondheidszorgconcept waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid centraal staan overeenkomstig datgene wat in de grondwet is verankerd. Daarom dient er óók voor de specialist rust te komen op het honoreringsfront. Rust laat zich hierin vertalen, dat de overheid de met u gemaakte afspraken nakomt en een norminkomen vaststelt dat overeenkomt met de gemaakte functiewaardering.'

#### **Besluiten door de ledenvergadering**

##### *Besluit I*

De medisch specialisten, leden van de LSV en LAD, op 9 mei te Utrecht in buitengewone vergadering bijeen – overwegende dat met betrekking tot de definitieve vaststelling van het norminkomen voor medisch specialisten tussen overheid



en LSV in het verleden duidelijke afspraken zijn gemaakt, welke zijn vastgelegd in het zogenaamde Generaal Akkoord

– overwegende voorts dat op basis van die afspraken zowel over het functieniveau en daarmee het salarisbestanddeel van het norminkomen, als over de toeslag voor sociale voorzieningen (de zogenaamde aankleding), oordelen door wettelijke adviescommissies zijn geveld, welke tot een verhoging van het geldende norminkomen zouden moeten leiden

spreken als hun oordeel uit dat wanneer het kabinet desalniettemin tot een verlaging van het norminkomen zou besluiten, een dergelijk besluit als dusdanig strijdig met de geldende afspraken moet worden aangemerkt, dat het met alle hen ter beschikking staande middelen zal moeten worden bestreden, dragen hun besturen op dit unanieme oordeel ten spoedigste ter kennis te brengen van het kabinet, en gaan over tot de orde van de dag.

#### Besluit II

De medisch specialisten, leden van de LSV en LAD, op 9 mei te Utrecht in buitengewone vergadering bijeen

– kennisgenomen hebbende van de beleidsvoornemens van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) met betrekking tot de kostencomponent van de tarieven voor medisch specialistisch hulp

– overwegende dat afsplitsing van een kostenvergoeding in een afzonderlijk tarief, dat vervolgens geheel of gedeeltelijk uitgekeerd zou worden aan een derde, strijdig is met de als regel voor vrije beroepsbeoefenaren geldende tariefsystemen

– overwegende voorts dat normering van kostenvergoedingen slechts plaats kan vinden in samenhang met een reëel inzicht in de feitelijk gemaakte praktijkkosten: een en ander zoals ook tussen overheid en LSV overeengekomen in het Generaal Akkoord

– overwegende tenslotte dat vaststelling van een kostencomponent in het tarief uitsluitend verantwoord kan geschieden in samenhang met de vaststelling van de honorariumcomponent, een en ander zoals wederom in het Generaal Akkoord voorzien

spreken als hun oordeel uit dat bij de huidige gang van zaken binnen het COTG volstrekt ten onrechte voorgaande overwegingen worden genegeerd, en leggen daarom nu reeds vast dat eventuele besluiten van het COTG en de staatssecretaris van WVC, waarbij nog steeds met voorgaande overwegingen geen rekening is gehouden, door hen met alle ter beschikking staande middelen zullen moeten worden bestreden, dragen hun besturen op het voorgaande onverwijld ter kennis te brengen van het COTG en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

en gaan over tot de orde van de dag.



## Reactie op 'Verandering verzekerd'

### Inleiding

Duidelijk is, dat het kabinet – conform het advies van de commissie-Dekker – kiest voor een andere ordening van de gezondheidszorg. Met het uitbrengen van de structuurnota in 1974 zijn ordeningsprincipes ingevoerd die worden gekenmerkt door een sterke overheidsregulering, regionalisering en echelonnering.

In de rapporten 'Bereidheid tot verandering' alsmede het daarop gebaseerde kabinetsstandpunt, zoals verwoord in de nota 'Verandering verzekerd', wordt een andere structuur en financiering van de gezondheidszorg voorgesteld. Deze kenmerkt zich door marktwerking, zelfregulering en functionele benadering. In deze benadering is het overeenkomstenstelsel de kurk waar het geheel op drijft. Deze opstelling betekent dat de overheid daadwerkelijk bereid is de verantwoordelijkheden voor het stelsel neer te leggen waar ze ook horen: bij het veld, in casu de beroepsbeoefenaren en de verzekeraars. Waar die overheid de marktwerking als ordeningsprincipe hoog in het vaandel heeft, dient zij ingrijpen van haar kant te hanteren als een *ultimum remedium*. Wat dit betreft is het echter opmerkelijk dat het kabinet zich alle rechten voorbehoudt om in de 'markt' in te grijpen zodra daar ontwikkelingen plaatsvinden die het niet welgevallig zijn. In die zin behoudt de overheid de rol van 'Big Brother' in de gezondheidszorg. Voorbeelden zijn het voortbestaan van de WIVB, de handhaving in essentie van de WTG en invoering van maximumtarieven waarbij niet wordt gerept over minimumtarieven c.q. norminkomen.

Marktwerking in de gezondheidszorg kan alleen dan een positief effect hebben, wanneer er sprake is van gelijkwaardigheid van partijen. Op dit punt is het kabinetsstandpunt tegenstrijdig; daarin wordt namelijk gesproken over een regionaal zorgaanbod en over verzekeraars die op landelijk niveau functioneren en met elkaar concurreren. Niet duidelijk is hoe hier in de praktijk gestalte aan moet worden gegeven.

De functionele benadering die – analoog aan de commissie-

Dekker – door het kabinet als een van de uitgangspunten is gekozen, betekent een doorbraak in het denken in echelons en gescheiden systemen. In de gezondheidszorg zijn in de afgelopen jaren te veel 'schotten' gecreëerd die een belemmering vormen voor de totstandkoming van substitutie en voor hantering van een zorginhoudelijke benadering van problemen in de gezondheidszorg.

### PROCES VAN VERANDERING

Wijziging van het huidige systeem van gezondheidszorg dient zeer zorgvuldig plaats te vinden. Met name invoering van marktelementen in de gezondheidszorg is een operatie die goed begeleid en doordacht dient te worden.

### CONTRACTEERPLICHT EN VESTIGINGSBELEID

Door het kabinet wordt – gelijk aan de voorstellen van de commissie-Dekker – uitgegaan van afschaffing van de contracteerplicht en de AMvB vestiging en praktijkomvang huisartsen.

De LHV stelt als vereiste dat bereikbaarheid, beschikbaarheid en continuïteit van de voorziening huisartsenzorg gewaarborgd blijven. Een en ander wordt echter in ernstige mate aangetast door een snelle en ondoordachte afschaffing van de AMvB vestigingsbeleid. Wil men komen tot een andere inrichting van het stelsel van gezondheidszorg dan dient het vestigingsbeleid te blijven bestaan, totdat – in nauwe samenwerking met de beroepsgroep – op een andere wijze invulling wordt gegeven aan de instroom, de spreiding en de praktijkomvang van huisartsen. Om de overgang naar een andere ordening van de gezondheidszorg goed te laten verlopen – dat wil zeggen om goede huisartsenzorg te kunnen blijven garanderen – is enige mate van regulering, bescherming en rust noodzakelijk.

Bij de afschaffing van de contracteerplicht en het vestigingsbeleid

dient te worden voorkomen dat huisartsen in een positie worden gemaneuvreerd waarbij de kwaliteit van de geneeskundige zorg in het geding komt. In dit verband zijn de ongunstige ervaringen in het ons omringende buitenland, en ook de Verenigde Staten veelzeggend. Zelfstandige beroepsuitoefening in de gezondheidszorg is niet identiek te stellen aan het vrije ondernemerschap in andere maatschappelijke sectoren.

## KWALITEIT

Ook ten aanzien van het onderdeel 'kwaliteit' stelt het kabinet zich op het standpunt dat dit primair tot de verantwoordelijkheid van het veld behoort en door onderhandelingen moet worden gerealiseerd. Voorkomen dient te worden dat de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg alleen wordt afgemeten aan zeer discutabele maatstaven als 'verwijsgedrag' en 'voorschrijfgedrag'. Ter beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg, moeten criteria worden opgesteld. In de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' wordt adequaat invulling gegeven aan de zelfregulering van de beroepsgroep op het gebied van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Vooruitlopend op het rapport van de commissie-Dekker is in deze nota uitgewerkt, dat kwaliteitstoetsing en -handhaving in de eerste plaats een taak van de beroepsgroep zelf is. Bij de bepaling van de inhoud en de betekenis van de kwaliteit spelen de verzekeraars een belangrijke rol.

In het kader van de kwaliteit van de te leveren gezondheidszorg vragen wij tevens aandacht voor de gevolgen van het niet opnemen in het basispakket van geneesmiddelen met een extramurale toepassing. Uitgaande van het streven naar substitutie en uitbreiding van de thuiszorg, is het onbegrijpelijk dat aan patiënten wordt overgelaten of zij zich al dan niet wensen te verzekeren voor geneesmiddelen. Aan de huisartsen wordt met deze maatregel een belangrijk instrument in het proces van verschuiving van zorg van intra- naar extramuraal onthouden. De LHV pleit dan ook uit inhoudelijke en functionele overwegingen voor opname in het basispakket van in ieder geval een beperkt pakket van geneesmiddelen met een extramurale toepassing.

## SUBSTITUTIE

In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat een beleid, gericht op koppeling van verstrekkingen aan beroepsbeoefenaren c.q. instellingen, een strakke doorvoering van de echelonering en handhaving van de diversiteit aan financierings- en honoreringssystemen, de totstandkoming van substitutie niet verder heeft bevorderd. Een functiegerichte benadering van de gezondheidszorg zal – zoals reeds eerder gesteld – meer mogelijkheden tot substitutie bieden. Hantering van deze benaderingswijze impliceert ook bereidheid om veranderingen in de huidige inrichting van gezondheidszorg aan te brengen en om daartoe ook middelen aan te bieden. De overheid heeft tot nu toe het begrip 'substitutie' misbruikt door onder die noemer bezuinigingen in de tweede lijn door te voeren, zonder daarbij te kijken naar de gevolgen die deze met zich brengen voor de extramurale sector en de kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen. De reductie van bedden is een logische maatregel als blijkt dat de bedden hetzij onvoldoende worden bezet, hetzij de zorg voor bepaalde patiënten kan worden verschoven c.q. is verschoven naar de thuissituatie. Het morbiditeitspatroon in de toekomst verandert namelijk alleen in die zin dat de behoefte aan generalistische en specialistische zorg, onder andere als gevolg van de vergrijzing, toeneemt. De voorstellen tot functiereductie van specialisten dienen dus niet automatisch te zijn gekoppeld aan de voorstellen tot beddenreductie.

Substitutie krijgt pas werkelijk inhoud als, uitgaande van een zorginhoudelijk concept, de arts huisarts-specialist in het beleid centraal staat. Niet denken in eerste lijn versus tweede lijn, maar denken in functies staat voorop. Dit betekent dat het gecoördi-

neerde aanbod van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde dient aan te sluiten op de vraag van de patiënt/cliënt. De ingang tot de gezondheidszorg is daarbij de huisarts, zowel om zorginhoudelijke als om kostenoverwegingen. De gezondheidszorg in de thuissituatie wordt op indicatie van de huisarts, al dan niet in samenwerking met de specialist, geleverd.

In dit kader is het onderscheid tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde van wezenlijk belang. De huisartsgeneeskunde houdt zich in eerste instantie bezig met alle klachten die in het medische kanaal worden aangeboden en ze selecteert deze klachten. De huisarts verwijst slechts 4% van de aan hem gepresenteerde problemen door. (Dit betekent dat 96% van de gepresenteerde problemen door de huisarts zelf wordt behandeld.) De specialistische geneeskunde richt zich op deze selectie. Dit medische systeem, gekenmerkt door onderscheiden doelgroepen en selectieve verwijzing, heeft zijn doelmatigheid bewezen en mag niet worden aangetast.

Een doelmatige thuiszorg is alleen mogelijk als – gelijk aan de organisatie in ziekenhuizen en dergelijke – de ondersteunende verpleeg- en verzorgfuncties rond de huisarts worden georganiseerd en de 'kunstmatige' schotten tussen huisarts en specialist worden afgebroken. Hierbij dient het functionele onderscheid tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde gehandhaafd te blijven.

## MIDDELEN TOT VERANDERING

De verschuiving van verantwoordelijkheden moet automatisch worden gekoppeld aan een verschuiving van de middelen. De ondersteuning die op dit moment aan huisartsen wordt geboden is zeer minimaal. Ter illustratie het volgende: ten behoeve van de ondersteuning van huisartsen zijn nu 20 VOH-directeuren en 20 secretaresses werkzaam. Op het totaal aantal huisartsen betekent dit een ondersteuning van 0,65%. Binnen het kruiswerk daarentegen is minimaal 23% van alle formatieplaatsen ten behoeve van de ondersteuning van de uitvoering. Gelet op de in de toekomst noodzakelijke ondersteuning van huisartsen voor het sluiten van overeenkomsten met verzekeraars en gelet op de verzwaring van de taken van de ondersteuning in het kader van de organisatie van de thuiszorg, de realisering van substitutie en garanderen van de kwaliteit, is, gezien de zeer marginale ondersteuning die huisartsen nu ontvangen, uitbreiding van die ondersteuning een vereiste.

## VERZEKERAARS

Voorkomen dient te worden dat de introductie van marktelementen in de gezondheidszorg leidt tot ongelijkwaardige partijen. Denkbaar is namelijk dat de invloed van verzekeraars op de inhoud en de kwaliteit van de gezondheidszorg onevenredig groot wordt. Een aantal principiële zaken, waaronder de vrije artskeuze, dient overeind te worden gehouden.

## RAAD VOOR DE ZORGVERZEKERING

In het kabinetsstandpunt wordt gekozen voor een raad, samengesteld uit Kroonleden die worden geacht het vertrouwen te genieten van bepaalde groeperingen. Gelet op de aard van de adviezen van de in te stellen Raad voor de zorgverzekering is het van belang dat de inbreng van de betrokken beroepsbeoefenaren en van zorgverzekeraars via vertegenwoordiging is gewaarborgd.

## HONORERING EN FINANCIERING HUISARTSENHULP

De huidige honoreringssystematiek van huisartsen dient te veranderen. De LHV stemt in met de voorstellen van de commissie-Dekker om te komen tot een gedifferentieerd systeem, dat wil zeggen een basisabonnement en een verrichtingendeel. Door het



kabinet wordt voorgesteld de psychiatrie op te nemen in de AWBZ. Om te komen tot een uniform en gedifferentieerd honoreringssysteem, zoals boven beschreven, is het van belang een gedeelte van de huisartsenhulp (bijvoorbeeld het niet-patiëntgebonden deel van het honorarium van de huisarts) in de AWBZ op te nemen. De overheid behoudt zich – door maximumtarieven te hanteren – alle rechten voor om in te grijpen, als de marktwerking in de gezond-

heidszorg tot hoge kosten leidt. Een beschermende ondergrens voor het inkomen van de beroepsbeoefenaren, en daarmee een garantie voor een minimum aan kwaliteit, is niet aan de orde. Vaststelling van maximumtarieven vereist het bestaan van een norminkomen en van minimumtarieven. Kortom: met dit standpunt van het kabinet inzake tarifiering worden de beroepsbeoefenaren vogelvrij verklaard.

## HRC

### Uitgeschreven huisartsen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft ingevolge artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG onder meer inhoudende dat zij die gedurende vijf jaar niet regelmatig als huisarts werkzaam zijn geweest uit het register van erkende huisartsen kunnen worden uitgeschreven hiertoe besloten met betrekking tot onderstaande artsen in de periode van 1 oktober 1987 t/m 31 december 1987:

Abeelen, P. F. M. van, (corr.adr.) Best  
Albregts, G. R., Hilvarenbeek  
Annot, G., Veenendaal  
Appels-Kwakkel, Mevr. C. W., Aarle-Rixtel  
Beek, F. R. van, Hilversum  
Berends, D., Gouda  
Berg, Mevr. H. F. van den, Hoensbroek  
Biever, Mevr. M. A., Schiedam  
Bleeker, J. L. G., Bolsward  
Bloem, J. G., Limmen  
Bockhoven, P. N. van, Waalre  
Bockwinkel, B. C., Bilthoven  
Boogaart, H. S., Wassenaar  
Borm, J. F. E., 's-Hertogenbosch  
Bosbaan, Mevr. A., Oss  
Boswinkel, J. E., Hengelo (O)  
Bruggen, M. van, Amsterdam  
Bruinsma, R. M., Assen  
Bruyn, G. A. W., Oegstgeest  
Buurman, A., Bathmen  
Carmiggelt, Mevr. E. C., Zeist  
Clignett, P. O., Den Haag  
Debije, M. M. M. G., Maastricht  
Dekker, J. M., Terneuzen  
Dercksen, E. H., Abcoude

Dercksen, Mevr. H. A., Heino  
Doop, H. J. A. M. den, Eindhoven  
Duivenvoorden, A. L., Woerden  
Dumoulin, F. V. B., Wassenaar  
Dijk, W. G. van, Amersfoort  
Dijkhuis, Mevr. J. M. A. H., Aalten  
Dijks, J., Rotterdam  
Eggens, K. H., Den Haag  
Ewijk, E. van, Zwijndrecht  
Fikkers-van Noord, Mevr. M. H., Groningen  
Flikweert, A. J. P., Den Haag  
Fluyt, K. J., Oudenbosch  
Gaasbeek, W. M. van, Ede  
Geiger, W. C. A., Spanje  
Goverde, N. J. M., Prinsenbeek  
Haan, Mevr. A. J. de, Utrecht  
Hehenkamp, J. C. M., Amersfoort  
Helbing-Zwanenburg, Mevr. B., Rotterdam  
Helmich, E. F. J. M., Giesbeek  
Heus, C. A. de, Hilversum  
Huyghe, Chr. H., België  
Jacobze, J. W., Kampen  
Janse van Mantgem, Mevr. D. M. van, Amsterdam  
Jellema, A. C., Heerden  
Jongeling, Th., Noordwijk  
Jungerius, F. A. S., Schiedam  
Kranenburg, B. J., Rotterdam  
Kreuger, Mevr. H., Amsterdam  
Kruijer, L. J., Zuidlaren  
Kwaak, D. van der, Rijswijk  
Kwee, P. O. L., Roermond  
Lammeren, L. W. van, Weert  
Leusden, A. J. van, Soest  
Linde, J. J. van der, Utrecht  
Maarleveld, J. A., Spanje  
Maillette de Buy Wenniger, L. J., Naarden

Meesen, H. L., Meerssen  
Molijn, E. C. M., Zeist  
Mulwijk, G. F. van, België  
Nienaber, E. F., Rotterdam  
Peperkamp-van der Ligt, Mevr. M. C., Cuyk  
Raymakers, H. M. J. M., Apeldoorn  
Reterink, H. A., Oegstgeest  
Roy van Zuidewijn, Jhr. D. B. W. de, Sprang  
Capelle  
Schie, Mevr. C. M. J. van, Beverwijk  
Seldenrijk, C., Kalmthout-België  
Seldenrijk-de Rooij, Mevr. J., Kalmthout-België  
Simons-Ramthor, Mevr. M. E. C., Rodenrijs  
Smeekens, P. F. J. M., Bavel  
Smeets, H. J. A. M., Amsterdam  
Tiggelaar, E., Heino  
Touw-Langendijk, Mevr. E. M. J., Bilthoven  
Veenbrink, G. J., Rotterdam  
Verweij, H. C., Blaricum  
Wabeke, C. A. F., Hengelo  
Wauters, H. E. J., Berkel en Rodenrijs  
Weegink, Mevr. C. J., Amsterdam  
Wessem, Th. A. M. van, Vaals  
Wiebe, F. A. M., Wychen  
Willebrands Bakker, J. H., Burgh Haamstede  
Willems, W. M. C. C., Zwolle  
Wintzen, W. W., Den Haag  
Wijgerden, Mevr. T. M. van, Utrecht  
Zeilstra, J. H., Nes  
Zelst, P. A. M. van, Zoeterwoude  
Zuydwijk, Mevr. E. J., Zoetermeer

## SRC

### Nieuwe inschrijvingen

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand januari 1988:

*Anesthesiologie*  
V. Chopra, 25.11.1987  
Y. L. J. M. Deryck, 3.12.1987  
J. F. van der Zee, 17.11.1987  
*Cardiologie*  
P. van Rossum, 1.1.1988

*Cardiopulmonale chirurgie*  
R. Bakhuizen, 1.4.1986  
*Dermatologie*  
Dr. J. P. W. van der Veen, 1.12.1987  
F. S. de Wit, 1.1.1988  
*Heelkunde*  
A. J. van Beek, 1.1.1987  
Dr. H. D. W. M. van de Pavoordt, 1.10.1987  
*Inwendige geneeskunde*  
S. J. H. Eggen, 1.11.1987  
G. J. P. M. Jonkers, 1.11.1987

Mw. E. J. M. van Melick, 1.8.1987  
J. B. Ruit, 1.10.1987  
G. P. Verburg, 1.9.1987  
*Kindergeneeskunde*  
Mw. C. A. Kleibeuker, 1.10.1987  
*Klinische geriatrie*  
Dr. P. A. F. Jansen, 1.1.1988  
Zijn inschrijving als internist per 1.10.1985 komt hiermede te vervallen  
*Longziekten en tuberculose*  
A. J. M. Bax, 1.11.1987

V. A. M. Duurkens, 1.1.1988  
 Dr. A. Kiers, 1.10.1987  
*Neurochirurgie*  
 J. J. van Overbeeke, 1.1.1988  
*Neurologie*  
 J. J. M. Driesen, 1.10.1987  
 M. Limburg, 1.1.1988  
 P. E. M. Schoth, 1.10.1987  
*Aantekening klinische neurofysiologie*  
 J. J. M. Driesen, 1.10.1987  
*Oogheelkunde*  
 L. J. P. Fick, 1.11.1987  
 Dr. G. J. van den Horn, 1.12.1987  
 Mw. M. H. H. Looman-Hooft, 1.1.1988  
 C. A. G. M. Vester, 1.1.1988  
*Pathologische anatomie*  
 R. H. van Rijssel, 1.1.1988  
 N. Q. Walford, 13.11.1987  
*Psychiatrie*  
 F. J. E. Balk, 1.9.1987  
 Mw. E. A. M. G. Eerden, 1.10.1986  
 Mw. W. M. J. Hassing, 1.12.1987  
 Mw. H. I. Kuipers, 1.10.1987  
 T. W. D. P. van Os, 1.9.1987  
 Mw. E. E. Verbist, 1.7.1987  
*Radiodiagnostiek*  
 C. C. van Schaik, 1.10.1987  
*Radiotherapie*  
 J. H. Borger, 1.10.1987  
 P. C. M. Koper, 1.1.1988  
 Dr. P. C. Levendag, 1.1.1985  
 Zijn inschrijving als KNO-arts per 1.11.1980  
 komt hiermede te vervallen  
*Verloskunde en Gynaecologie*  
 J. M. Schierbeek, 16.1.1987  
 R. van der Sijde, 1.6.1987  
*Zenuw- en zielsziekten*  
 J. R. Nijdam, 1.1.1988

Specialisten ingeschreven in het specialisten-  
 register van de Koninklijke Nederlandsche  
 Maatschappij tot bevordering der Genees-  
 kunst in de maand februari 1988.

*Anesthesiologie*  
 Mw. C. E. Allison, 17.12.1987  
 D. P. N. Douma, 1.7.1987  
 C. J. Kalkman, 1.1.1988  
 P. P. M. Maas, 16.2.1988  
*Cardiologie*  
 P. den Heijer, 1.10.1987  
 J. A. I. Voorburg, 1.2.1988  
*Cardio-pulmonale chirurgie*  
 W. J. de Boer, 1.9.1987  
*Heelkunde*  
 Dr. T. M. van Gulik, 1.12.1987  
 Dr. A. J. C. Mackaaij, 20.9.1987  
 C. G. B. M. Rupert, 1.11.1987  
 J. A. M. van Son, 24.9.1987  
*Inwendige geneeskunde*  
 Mw. G. M. Berends, 26.1.1988  
 J. F. B. M. Fiolet, 1.10.1985  
 Dr. A. B. M. Geers, 1.1.1988  
 Mw. J. C. W. M. Holtslag, 1.1.1988  
 J. C. Nossent, 1.1.1988  
 B. Stolk, 1.4.1987  
 S. J. O. Veldhuijzen van Zanten, 15.11.1987  
*Kindergeneeskunde*  
 A. F. Bos, 1.11.1986  
 J. C. M. Jansen, 1.1.1988  
 B. A. Semmekrot, 1.1.1988  
 H. D. Veenhuis, 1.10.1987  
*Klinische chemie*  
 Mw. Dr. C. Pagano-Oostdijk, 1.12.1987  
*Klinische genetica*  
 Dr. N. J. Leschot, 4.5.1987  
 Mw. Dr. E. S. Sachs, 4.5.1987

H. Veenema, 4.5.1987  
 Mw. Dr. M. Verjaal, 4.5.1987  
*Longziekten en tuberculose*  
 R. Slingerland, 1.1.1988  
*Neurologie*  
 Mw. I. M. Daey Ouwens, 21.11.1987  
 J. Heerema, 1.1.1988  
 P. J. J. Koehler, 1.2.1988  
*Klinische neurofysiologie*  
 J. P. Braakhekke, 1.1.1988  
 Mw. H. Jansen, 1.1.1988  
 Q. H. Leijten, 1.1.1988  
*Orthopedie*  
 A. F. A. van Beurden, 1.8.1987  
 E. F. G. A. Demets, 12.1.1988  
*Pathologische anatomie*  
 Dr. P. J. Slootweg, 1.1.1988  
*Plastische chirurgie*  
 J. E. Sluimers, 1.8.1987  
 Zijn inschrijving als chirurg per 1.4.1984  
 komt hiermede te vervallen.  
*Psychiatrie*  
 Mw. Y. van Kernebeek-Harmsen, 15.7.1987  
 Mw. H. Omloo-Visser, 1.12.1987  
 Mw. M. C. E. van Rooijen, 1.9.1987  
 C. A. T. Rijnders, 1.10.1987  
 J. P. C. J. Sellen, 1.2.1988  
 N. A. van Waalwijk van Doorn, 15.10.1987  
 L. F. Westhoff, 11.12.1987  
*Radiodiagnostiek*  
 F. H. A. M. van Oorschot, 7.11.1987  
*Reumatologie*  
 H. van der Tempel, 1.1.1988  
 Mw. M. J. van der Veen, 1.8.1987  
*Verloskunde en gynaecologie*  
 Mw. M. C. Armeanu, 1.10.1987  
 J. Lind, 1.12.1987  
 J. M. G. van Vugt, 1.12.1987

# KNMG

## Cursus 'Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht'

Wegens het grote succes van de vorige cursus organiseren de KNMG en het Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht dit najaar wederom een driedaagse nascholingscursus 'Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht' te Utrecht. De deelname is beperkt.

### Algemene informatie

**Cursus:** Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht in theorie en praktijk. Aan de hand van casus zullen diverse ethische en juridische vraagstukken worden besproken. De volgende onderwerpen komen aan de orde: Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht en hun onderlinge verhouding; Spreken en zwijgen rond het ziekbed; en Continueren of beëindiging van leven.

**Duur cursus:** drie dagen: vrijdag 21 oktober, vrijdag 4 november en vrijdag 18 november 1988.

**Plaats** KNMG-gebouw, Lomanlaan 103, Utrecht.

**Organisatie:** KNMG en Instituut voor Gezondheidsethiek, Maastricht.

**Doelgroep:** primair artsen; ook inschrijving vanuit andere groeperingen werkzaam in de gezondheidszorg is in beperkte mate mogelijk; maximaal aantal deelnemers: 30.

**Kosten:** f 425,— (inclusief cursusboeken, lunch, koffie en thee).

KNMG-leden krijgen een korting van f 75,— zodat de ledenprijs f 350,— bedraagt.

**Informatie:** Mr. W. R. Kastelein, secretaris, en Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-arts KNMG, tel. 030-823911; Dr. Inez de Beaufort en Dr. M. A. M. de Wachter, Instituut voor Gezondheidsethiek, tel. 043-217575.

**Inschrijving:** Instituut voor Gezondheidsethiek, Postbus 778, 6200 AT Maastricht, tel. 043-217575. Storting van het cursusgeld geldt als inschrijvingsbewijs.

**Docenten:** Elk onderdeel van de cursus wordt begeleid door een arts, een jurist en een ethicus.

### Cursusprogramma

**Eerste cursusdag:** vrijdag 21 oktober 1988.

**Onderwerp:** Gezondheidsethiek, gezondheidsrecht en hun onderlinge verhouding.

**Ochtend:** inleiding gezondheidsethiek, inleiding gezondheidsrecht.

**Middag:** casuïstiek.

**Docenten:** Prof. Dr. J. C. van Es, oud-hoofdredacteur Medisch Contact, voormalig hoogleraar huisartsgeneeskunde; Prof. Dr. H.

M. Kuitert, hoogleraar in de systematische theologie (dogmatiek en ethiek) aan de Vrije Universiteit van Amsterdam; en Mr. W. R. Kastelein, secretaris-jurist KNMG.

*Tweede cursusdag:* vrijdag 4 november 1988

*Onderwerp:* Spreken en zwijgen rond het ziekbed

*Ochtend:* casuïstiek informatie op het gebied van de genetica.

*Docenten:* Mr. Dr. J. K. M. Gevers, wetenschappelijk hoofdmedewerker Gezondheidsrecht, Universiteit van Amsterdam; Dr. M. A. M. de Wachter, directeur Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht; en Prof. J. van der Kamp, hoogleraar klinische genetica, Klinisch Genetisch Centrum te Leiden.

*Middag:* casuïstiek beroepsgeheim, 'informed consent'.

*Docenten:* Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-arts KNMG; Prof. Dr. H. J. J. Leenen, hoogleraar sociale gezondheidszorg te Amsterdam aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde; en Prof. Dr. H. Dupuis, hoogleraar medische ethiek, Faculteit Geneeskunde te Leiden.

*Derde cursusdag:* 18 november 1988.

*Onderwerp:* Continueren of beëindigen van leven.

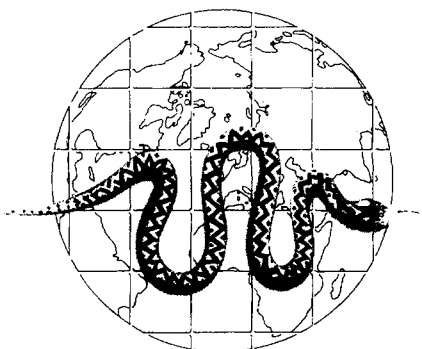
*Ochtend:* casuïstiek euthanasie.

*Docenten:* Prof. Dr. C. van der Meer, voormalig hoogleraar inwendige geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; Prof. Dr. C. P. Sporken, hoogleraar gezondheidsethiek en wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Limburg; en Mr. E. Ph. R. Sutorius, advocaat te Arnhem.

*Middag:* casuïstiek levensbeëindiging bij pasgeborenen.

*Docenten:* Prof. Mr. W. B. van der Mijn, buitengewoon hoogleraar gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en adviseur van de KNMG; Prof. Dr. C. Versluys, kinderarts Universiteitskliniek voor kinderen en jeugdigen, Het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht; en Drs. G. M. W. R. de Wert, ethicus, Instituut voor Gezondheidsethiek te Maastricht.

## Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem



### Logeermogelijkheden

In verband met het geringe aantal hotelbedden in Haarlem wordt iedere congresganger aangeraden zelf zo snel mogelijk een bed te bespreken bij een van de onderstaande hotels die bereid zijn gevonden een aantal kamers speciaal voor deze gelegenheid te reserveren tot *uiterlijk 8 augustus 1988*. Vermeldt u vooral bij bespreking dat u deelneemt aan het KNMG-congres.

Prijzen inclusief ontbijt: 1 pers. 2 pers.

*Hotel Carillon*, Grote Markt 27, Haarlem, tel. 023-310591: zeer eenvoudig, geen lift, centraal gelegen ..... f 40,— f 70,—

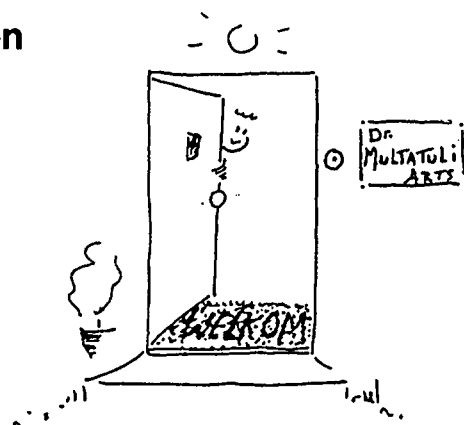
*Hotel Iepenrove*, Hartenlustlaan 4, Bloemen-  
daal, tel. 023-258301: zeer goed, lift ..... f 75,— f 110,—

*Hotel Palace*, Burg. van Fenemapplein 2, Zand-  
voort, tel. 02507-12911: luxueus, lift, aan zee  
gelegen ..... f 95,— f 155,—

*Hotel Die Raeckse*, Raaks 1/3, Haarlem, tel.  
023-326629: eenvoudig, geen lift, centraal ge-  
legen ..... f 85,— f 135,—

*Hotel Roozendaal*, Bloemendaalseweg 260,  
Overveen, tel. 023-277457: goed, geen lift ..... f 75,— f 110,—

*Hotel De Wyman*, Hoofdstraat 248, Santpoort-  
Noord, tel. 023-370856: zeer goed, lift, geen  
restaurant ..... f 85,— f 125,—



*Wij Haarlemmers stellen niemand teleur . . .  
loodsen zelfs onze gasten door eigen deur*

Een andere mogelijkheid is te overnachten bij collegae die in groten getale hun logeerkamers met ontbijt hebben aangeboden. Mocht u deze persoonlijke opvang prefereren dan kunt u zich vóór 1 september aanmelden via het inschrijfformulier. In de loop van september ontvangt u uw logeeraadres, waarna u zelf contact kunt opnemen met uw gastheer/gastvrouw.

H. C. de Groof-van der Horst, Beddencommissie