Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Tel. 030 - 823911

MC

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

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

Ontwerp & prepress:
DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen
Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 167,- (inclusief BTW); België 3.250 Bfr; overige landen per zeepost: f 287,-/per luchtpost: f 407,-; student-leden KNMG f 55,50; studenten-niet-leden f 62,50; losse nummers: f 12,50.

Abonnementen en Lezersservice
Misset uitgeverij bv
Hanzestraat 1, Postbus 4
7000 BA Doetinchem
telefoon 08340-49861
telefax 08340-41481

Advertenties
- Misset uitgeverij bv
  Planetenbaan 100, Postbus 1110
  3600 BC Maarssen
  telefoon 03465-58222/58244
  (dhr. P. Verhoeff/dhr. J.H. Fleury)
  telefax 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
  drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Verkoopnabewerking: 08340-49335
  (dhr. J. Alvarez)
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk
Tijl Offset, Zwolle

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

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

Lid Nederlandse organisatie van Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 15 april 1994

MEDISCH CONTACT

489 ***C. Spreeuwenberg***
Beslissen door de patiënt
Naarmate andere belangen dan die van de patiënt een rol spelen wordt de vrije beslissingsruimte van de patiënt meer beperkt.

491 ***P.G. Visch***
Veldwerk met visie. Sociaal-geneeskundige inbreng bij beleid
Beleidsbeïnvloeding door sociaal-geneeskundigen: de LVSG heeft er onlangs over gecongresseerd.

493 ***C. Spreeuwenberg***
Wetgeving gezondheidszorg. De arts en het recht
Inleiding op een themaserie, uit de medische hoek.

495 ***W.R. Kastelein***
Wetgeving gezondheidszorg. Wet- en regelgeving: knelpunt of hanteerbaar richtsnoer?
Inleiding op een themaserie, uit de juridische hoek.

497 ***H.F.J.M. Crebolder, R.F. van der Grinten en J. Muris***
Twintig jaar gezondheidscentrum. De geschiedenis van het Withuis te Venlo
Het concept 'gezondheidscentrum' deugt, de randvoorwaarden niet.

500 ***L. Hingstman, J.M. Bensing en J. Harmsen***
Pas afgestudeerde huisartsen op zoek naar een praktijk. Wensen en voorkeuren
De solistisch werkende huisarts heeft zijn langste tijd gehad.

503 ***H.J.L.van Gerwen, P.G.M. van der Valk, W. Verbeek-Gijsbers, J.B.M. Boezeman, R.J.J. Koopman en P.C.M. van de Kerkhof***
Arbeids- en tijdsintensieve dermatologische behandelingen. Zorg op maat in de interfase tussen klinische en poliklinische zorg
Een kloof op goede en goedkope wijze gedicht.

En verder:
• 486 Brieven • 488 Praktijkperikel • 490 Voorzitterscolumn LVSG • 506 Boeken • • 507 Officieel • 516 Agenda •

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

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.
De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.



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

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Agnio

MET TOENEMENDE ergernis heb ik kennis genomen van twee artikelen in Medisch Contact over de capaciteitsbepaling met betrekking tot de instroom in de studie geneeskunde.[1,2]
Het is ruim tien jaar geleden dat zich voor het eerst een overschot aan artsen voordeed. Iedere basisarts die daarvoor afstudeerde kon vaak zonder noemenswaardige problemen doorstromen in de specialisatierichting van zijn of haar eigen keuze. Het trieste hoogtepunt werd rond 1988 gevormd door een poel van ruim 3.000 werkloze artsen plus een aanzienlijk aantal verkapt werklozen die onder de nieuwe status 'agnio' werkzaam waren.
Nog steeds ervaren wij de gevolgen van deze periode. De toelatingseisen voor vervolgopleidingen zijn aanmerkelijk verscherpt, de beloning gedurende de opleiding is verlaagd en de opleidingsduur is verlengd. Het is niet ongebruikelijk dat men eerst vele jaren 'ervaring' moet opdoen om überhaupt te mogen solliciteren naar een vervolgopleidingsplaats.
Ir L.M. Berrevoets gaat er gemakshalve van uit dat de gemiddelde lengte van het agnio-schap mag worden geschat op 1,5-2 jaar.[2] Waar dat op wordt gebaseerd, is mij een raadsel. Van mijn co-assistentengroep is 2,5 jaar na het behalen van het basisartsdiploma, zover ik kan nagaan, niet één persoon in opleiding.
Drs J. Doets, stafmedewerker KNMG, geeft aan dat de instroom gerelateerd moet zijn aan de capaciteit van de vervolgopleidingen.[1] Op dit moment zijn er in totaal 1.080 opleidingsplaatsen per jaar, met een instroom van 1.040 nieuwe basisartsen per jaar. Met de huidige pool van agnio's kunnen de resterende opleidingsplaatsen nog circa honderd jaar worden voorzien.
Op geen enkele wijze wordt aangegeven hoe met nog meer agnio's de doorstroom kan worden gegarandeerd. Het lijkt mij dan ook terecht dat de minister van Onderwijs en Wetenschappen de arbeidsmarktfixus voor de studie geneeskunde voor de komende twee jaar toepast.
Het getuigt van cynisme dat juist de woordvoerder van groepen die zich in het verleden weinig zorgen maakten over de uitzichtloze situatie waarin hun jongere collega's zich bevonden, zich plotseling, nu het Werktijdenbesluit merkbaar begint te worden en het aanbod aan agnio's langzaam daalt, zorgen maakt over de instroom van voldoende nieuwe studenten.
Het is vrijwel zeker dat wanneer de overheid de huidige agnio's een opleidingsplaats biedt met een daaraan gekoppeld dienstverband, de specialistensalarissen drastisch zullen dalen. Is dat niet mooi, twee vliegen in één klap?
Wenselijk is dat het hele agnio-schap verdwijnt. Heel misschien kunnen we dan ooit weer kiezen wat we willen worden.

Zandvoort, maart 1994
drs J. Zuurendonk,
agnio/postzegelhandelaar

1. Doets J. Capaciteitsbepaling geneeskunde. Stand van zaken en hoe verder. Medisch Contact 1994; 49: 87-8.
2. Berrevoets LM. De agnio: toenemende vraag, afnemend aanbod. Medisch Contact 1994; 49: 232-4.

Naschrift (1)
De tijd dat iedere pas afgestudeerde arts zonder noemenswaardige problemen kon doorstromen in de specialisatierichting van zijn of haar keuze is al wat langer geleden dan Zuurendonk in zijn reactie doet voorkomen. Dit heeft behalve met de situatie op de arbeidsmarkt vooral te maken met de eenzijdige beroepsvoorkeur onder studenten en pas afgestudeerde artsen.
In de tweede helft van de jaren tachtig is er sprake geweest van een desastreuze situatie op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen. De KNMG heeft reeds in het begin van de jaren tachtig, dus vóór de grote werkloosheid, gepleit voor een verlaging van de instroom in de medische basisopleiding. Helaas zijn pas in 1984 maatregelen genomen en is de numerus fixus voor de studie geneeskunde verlaagd. De effecten van deze verlaging zijn vanaf het begin van de jaren negentig merkbaar geworden; van een grote werkloosheid is thans geen sprake meer en de kansen op een vervolgopleidingsplaats zijn aanzienlijk toegenomen. Dit betekent echter niet dat er nu sprake is van een optimale situatie op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen.
In zijn reactie stelt Zuurendonk onder meer dat de KNMG in het (dreigend) tekort aan agnio's een aanleiding ziet om de instroom in de medische basisopleiding te verhogen. In het artikel 'Capaciteitsbepaling geneeskunde' wordt gepleit voor afstemming van de instroom in de medische basisopleiding èn de medische vervolgopleiding op de behoefte aan (gespecialiseerde) artsen. Hiermee wordt een nieuw stuwmeer van (werkloze) pas afgestudeerde artsen juist voorkómen. Dit uitgangspunt wordt mede ingegeven door het standpunt dat een structureel 'agnio-bestaan' een ongewenst verschijnsel is.
Op grond van het bovenstaande zal duidelijk zijn dat het dreigende tekort aan agnio's geen aanleiding vormt om te pleiten voor een ophoging van de numerus fixus. De mogelijkheid voor pas afgestudeerde artsen om een werkkring te vinden met een voldoende toekomstperspectief, heeft de aandacht van de KNMG. Bij de voorstellen tot verhoging van de instroom in de medische basisopleiding is hiermee dan ook nadrukkelijk rekening gehouden. Met name gelet op de grote werkloosheid en geringe kansen op de arbeidsmarkt voor pas afgestudeerde artsen van een aantal jaren geleden, zal de uitbreiding van de instroom in de medische basisopleiding met de nodige terughoudendheid moeten geschieden.
Dat echter op korte termijn een uitbreiding van de instroom in de medische basisopleiding noodzakelijk is wordt inmiddels in brede kring onderschreven. Indien het

Bij de voorplaat

Het badwater te Bethesda

Het verzuilde ziekenhuiswezen in Nederland heeft tal van instellingen gekend die gesierd werden met de naam 'Bethesda', een opschrift dat ontleend was aan de geschiedenis in het Johannes-evangelie (Johannes 5) over een huis rond een badwater te Jeruzalem, "hetwelk in Hebreeuws toegenaamd wordt Bethesda, hebbende vijf zalen". Bij dit badwater "lag een grote menigte van kranken, blinden, kreupelen, verdorden, wachtende op de roering des waters. Want," zo vervolgt de geschiedenis, "een engel daalde neder op zekeren tijd in dat badwater, en beroerde het water; die dan eerst daarin kwam, na de beroering van het water, die werd gezond, van wat ziekte hij ook bevangen was." Dat een der patiënten kennelijk 38 jaar tevergeefse moeite had gedaan om tijdig in het badwater te komen, levert een schril contrast met de vriendenzorg voor de verlamde in Kapernaüm. Pieter Schut verliest zich niet in de details van het interieur van het badhuis en ook de afgebeelde patiënten zijn moeilijk te onderscheiden: pal bij de toegang tot het water staat een man leunend op twee krukken te wachten, klaar om het water in te gaan. De tekenaar kiest voor de weergave van de kern van het verhaal, namelijk de discussie die volgde tussen Jezus en de omstanders die de genezing kritisch hebben gevolgd, over de vraag of de genezen man op de sabbat zijn matras mocht wegdragen of niet.
Prof. dr M.J. van Lieburg



aantal toe te laten eerstejaars studenten niet wordt verhoogd, zal er vanaf het eind van de jaren negentig sprake zijn van een toenemend tekort aan artsen. Een verhoging van de instroom zal overigens pas in het jaar 2001 enige effect ressorteren; door de studieduur van circa zeven jaar is er sprake van een 'pijplijn-effect'. Dit betekent dat in een periode waarin pas afgestudeerde artsen problemen ervaren bij het vinden van een passende werkkring, toch wordt gepleit voor een ophoging van de instroom in de medische basisopleiding. Wellicht dat hiermee de ergernis van Zuurendonk kan worden verklaard.
Tenslotte nog enige kanttekeningen bij de opmerking dat 'de huidige pool van agnio's' voldoende is om nog circa honderd jaar in de resterende opleidingsplaatsen te voorzien.
Vanaf 1992 tot tenminste 2001 bedraagt de jaarlijkse uitstroom uit de medische basisopleiding circa 1.040 artsen. Vanaf 1992 is het jaarlijks aantal beschikbare plaatsen in de vervolgopleiding 1.080. Vanaf 1995 zal dit aantal ten gevolge van reeds vaststaande capaciteitsuitbreidingen tenminste 1.200 bedragen. Dit betekent dat vanaf 1992 jaarlijks een tekort van 40 artsen en vanaf 1995 zelfs jaarlijks een tekort van 160 artsen. Het aantal agnio's is ongeveer 1.500. Het huidige aantal agnio's is dus voldoende om circa negen jaar de resterende plaatsen op te vullen. Naar verwachting zal de 'pool' van agnio's veel eerder zijn uitgeput, aangezien bij de capaciteit van 1.200 erkende vervolgopleidingsplaatsen geen rekening is gehouden met een uitbreiding van de capaciteit van de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Deze uitbreiding zal, gelet op de toenemende behoefte aan medisch specialisten, vrijwel zeker plaatsvinden. Daarnaast is ook geen rekening gehouden met artsen die zonder een erkende vervolgopleiding een passende werkkring vinden.

Utrecht, maart 1994
J. Doets, arts

Naschrift (2)
In antwoord op de reactie van drs R.J. Zuurendonk hierboven en op de bijdrage van de Landelijke Belangenvereniging Basisartsen in MC nr. 13/1994, blz. 414:
Het motief om mij te verdiepen in de arbeidsmarkt voor artsen was het teruglopende aanbod van agnio's, gezien het perspectief op invoering van de werktijdenregeling voor arts-assistenten. Gevolg daarvan is immers een te verwachten toenemende vraag naar agnio's.
De toenmalige staatssecretarissen Dees en De Graaf noemden in 1989 in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer als één van de motieven voor de werktijdenregeling de werkgelegenheid voor artsen. Zij merkten op dat door de invoering van de werktijdenregeling de werkgelegenheid fors zou worden uitgebreid, en wel met circa 600 plaatsen.
Op dat moment werd slechts de dan bestaande situatie op de arbeidsmarkt bezien. Met een eenvoudige analyse had men kunnen berekenen dat het aantal afstuderende basisartsen drastisch zou gaan afnemen en daarmee ook het aantal te verwachten werkloze basisartsen. De invoering van de Algemene Maatregel van Bestuur is dus in de praktijk zeer moeilijk uit te voeren.
In de reacties van een groot aantal organisaties in de gezondheidszorg (onder andere NZR, LAD, KNMG, LSV, LVAG, VAZ, LBB) aan het adres van de SER over de ontwerp-werktijdenregeling wordt de vraag over de toekomstige werkgelegenheid niet aan de orde gesteld. Ook het gegeven dat de extra plaatsen bezet dienen te worden met agnio's, een veelal onduidelijke tussenfunctie zonder concreet toekomstperspectief, leidt niet tot kritische opmerkingen.
In mijn artikel geef ik aan dat er veranderingen plaatsvinden in vraag en aanbod op de arbeidsmarkt die ertoe leiden dat meer gespecialiseerde artsen nodig zijn: de capaciteit van de medische vervolgopleidingen dient derhalve over het algemeen te worden verhoogd. Als voorbeeld kan de huidige situatie in het specialisme kindergeneeskunde worden genoemd: op dit moment zijn er in Nederland ongeveer 40 vacatures voor kinderartsen.
Om *die* reden bepleit ik een verhoging van de numerus fixus, níet om te garanderen dat er voldoende agnio's beschikbaar zullen blijven. Een verhoging van de numerus fixus is ten aanzien van de uitstroom als basisarts pas over ongeveer acht jaar merkbaar en zal dus op geen enkele wijze invloed uitoefenen op het toenemende tekort aan agnio's.
In mijn model ga ik uit van een gemiddelde agnio-periode van 1,5 tot 2,0 jaar. Deze schatting is gebaseerd op:
- gegevens van agnio's en agio's in het opleidingscluster Kindergeneeskunde Nijmegen;
- het rapport 'Basisarts, dokteren aan je toekomst', pagina 19. In dit rapport constateert men voor verschillende jaargangen afgestudeerde artsen een gemiddelde tijdsperiode tussen afstuderen en start vervolgopleiding welke varieert tussen 12 maanden en 28 maanden.

Binnen veel academische studies is het niet ongebruikelijk dat de pas afgestudeerde academicus enige tijd gaat werken als management trainee. Doel van een dergelijke periode is in de praktijk te ervaren welke sterke en zwakke punten en welke voorkeuren men heeft om zo meer gericht de verdere loopbaan te plannen.
De loopbaan van artsen wordt gekenmerkt door een geringe mobiliteit. Een agnioperiode van beperkte duur kan om die reden, met name gezien uit het standpunt van de pas afgestudeerde basisarts, een nuttige periode zijn. Een specialistenopleiding leidt in het algemeen tot een maatschappelijk en financieel aantrekkelijke positie. Er mogen om die reden hoge kwaliteitseisen aan de kandidaat worden gesteld. Uit het standpunt van de opleider gezien is een periode waarin de kandidaat fungeert als agnio alleszins acceptabel. Werkgevers moeten leren om op een maatschappelijk verantwoorde wijze de agnio in de organisatie in te passen. Te stellen eisen: mogelijke doorstroming naar opleidingsplaatsen, regelmatige beoordeling, relevante opleiding en werkervaring. Lange tijd was er meer aanbod van basisartsen dan vraag; de werkgevers hebben daar over het algemeen van geprofiteerd. Deze situatie slaat nu om. Op korte termijn is er meer vraag dan aanbod: het resultaat van onvoldoende en inadequate planning en van het invoeren van de werktijdenregeling.

Molenhoek, maart 1994
Leo Berrevoets,
Academisch Kindercentrum Nijmegen

Enquête sportgeneeskunde

MET DANK voor haar bereidheid om het enquêteformulier van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) in te vullen, zou ik willen reageren op de brief van prof. dr A.A. Holscher in MC nr. 11/1994, blz. 346.
De bedoeling van de enquête is slechts een inventarisatie van de meningen van de orthopedisch chirurgen en een aantal algemeen chirurgen over:
- de positie van de sportgeneeskunde als specialisme;
- de mogelijke positie van de geregistreerde sportartsen die een vierjarige specialisatie hebben gevolgd;
- de wens van een snelle diagnostiek en behandeling van sporters.

Bij de beantwoording van de enquête



geeft collega Holscher aan de sportgeneeskunde niet als specialisatie te erkennen. Zij geeft eveneens aan niet te weten hoeveel sporters of sportblessures zij behandelt. Dit zou kunnen betekenen, dat zij alle letsels en aandoeningen samenvoegt zonder onderscheid te maken in oorzaken, bijvoorbeeld sport, en dat het voor haar indifferent is of deze letsels en aandoeningen gevolgen hebben voor de patiënt op ADL-niveau, werk of sport.
Het vermoeden dat de Vereniging voor Sportgeneeskunde een voorstander is van het principe dat alle mensen die sport bedrijven wat hun medische behandeling betreft een bijzondere positie innemen in Nederland, is onjuist. De VSG pleit voor een kwalitatief hoogwaardige snelle medische behandeling van alle letsels en aandoeningen zonder onderscheid, dus ook in relatie met sport.
Nu er alom wordt gesproken over keuze in de zorg en daarbij de zorgmogelijkheden door gefixeerde volumina en budgetten worden beperkt, is de wens van een snelle behandeling steeds moeilijker te verwezenlijken. Om voorkeursbehandelingen binnen de reguliere gezondheidszorg te vermijden, moet misschien worden gezocht naar extra mogelijkheden. Het bedrijfsleven heeft in dezen een voorzet gegeven door extra zorg, dus niet ten koste van de reguliere zorg, in te kopen.
De Vereniging voor Sportgeneeskunde wil geenszins de sporter noch de sportbonden verplichten extra faciliteiten te creëren, maar wil wel de discussie aanzwengelen over het dilemma dat ontstaat door de aan de artsen opgelegde beperkingen en de keuze in de zorg. Een voorkeursbehandeling - bij gelijke rechten - behoort ook niet tot de gedragsregels voor artsen werkzaam in de sportgezondheidszorg.

Zwolle, maart 1994
dr R.A.A. Bots,
werkgroep sportorthopedie NOV, bestuur VSG

Forensische geneeskunde

De Amsterdamse toxicoloog prof.dr F.A. de Wolff gaat in MC nr. 10/1994, blz. 314, in op de beschouwingen in MC nr. 8 van collega F. Buijze en van mr B. Schultsz over de situatie rondom de forensische geneeskunde in Nederland.
De eer de eersten te zijn geweest die de problematiek met een rapport aan de orde stelden komt de toxicologen toe, aldus De Wolff, waarna hij betoogt dat het "gewenst (is) de inhoud van dit rapport (van de Programmacommissie Toxicologisch Onderzoek) in de landelijke discussie over de forensische geneeskunde te betrekken".
Is De Wolff dan nu al vergeten, dat er over dat rapport destijds binnen de commissie zelf geen consensus bestond en dat met name tijdens de laatste fase vóór verschijning de nodige controversen zijn gerezen? Hoe verklaart De Wolff thans, dat noch de commissieleden zelf noch de voor het rapport geïnterviewden sinds de verschijning van het bewuste rapport op welke wijze dan ook door de Programmacommissie Toxicologisch Onderzoek van de status quo op de hoogte zijn gehouden? En op welke wijze zouden Buijze en Schultsz - die beiden deel uitmaakten van de bewuste werkgroep van de Recherche Advies Commissie - dan in hun verslag over de werkzaamheden van deze werkgroep iets over de status quo van het 'toxicologenrapport' hebben kunnen vermelden?
Indien De Wolff de recente publikaties van Buijze en Schultsz zou hebben aangegrepen om direct in contact te treden met de secretaris van de bewuste RAC-werkgroep, zou dat heel zinnig zijn geweest! •

Utrecht, maart 1994
Barend A.J. Cohen,
cursusleider forensische geneeskunde,
Stichting voor Sociale Gezondheidszorg

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

Gemakkelijk

"GEACHTE collega,
"Uw patiënt ... zag ik in verband met arbeidsongeschiktheidsbeoordeling op mijn spreekuur. Hij is bij onze dienst bekend met rechter elleboogsklachten in verband met posttraumatische arthrose en debilitas mentis (sic - lees: diabetes mellitus) die goed geregeld is.
"Hij vertelde in april 1992 een broekprothese te hebben gehad. Daarnaast bestaan er ook knieklachten. Bij onderzoek souffle a. femuralis: goede pulsaties. A. dorsalis pedis, tibialis post idem. Ten aanzien van de rechter retropattelaire crepiteren bandenapparaat intact.
"Zoudt u mij kunnen informeren over de onderzoeksbevindingen van de knieën c.q. welke diagnose en de onderzoeksbevindingen na de broekprothese.
"In afwachting van uw antwoord verblijf ik.
"Wellicht ten overvloede wil ik U erop wijzen dat de door U te verstrekken informatie, als onderbouw van ons advies, op verzoek van verzekerde, diens gemachtigde c.q. de Arrondissementsrechtbanken, ter inzage is.
"Hoogachtend,"
Weer een voorbeeld van een gemakkelijke manier om informatie te vragen, zonder zelf een goede anamnese afgenomen te hebben. Deze patiënt is na zijn operatie niet meer bij zijn huisarts geweest, ook niet met zijn knieklachten. •

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

Beslissen door de patiënt

MET DIT NUMMER vangt een themaserie aan over wetgeving in de gezondheidszorg. Lange tijd heeft de gezondheidszorg op het gebied van wetgeving een wat geïsoleerde positie ingenomen. In de tweede helft van deze eeuw is de gezondheidszorg onderhevig geraakt aan discussie in brede kringen van de samenleving. Hiermee heeft zij geleidelijk haar karakter verloren van afgezonderd gebied waarin de opinies van medisch deskundigen in vele opzichten prevaleren.[1] Bij het begin van de serie leek het me een goede zaak de oratie 'Beslissen door de patiënt' te bespreken waarmee mw Roscam Abbing onlangs haar benoeming als bijzonder hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Universiteit van Utrecht heeft aanvaard.[2]

Vorige week werd op deze plaats al voor de wilsverklaring aangetoond dat jurisprudentie in het gezondheidsrecht de wetgeving vaak voorgaat. Mw Roscam Abbing betoogt dat met sectorspecifieke wetgeving, zoals wetgeving over orgaandonatie, medische experimenten bij de mens en gedwongen psychiatrische opname, optimalisering van individuele zelfbeschikking wordt nagestreefd. De Europese Unie verwijt ze een te grote afzijdigheid, behalve als er economische belangen in het geding zijn. Ze verwacht echter dat de EU zich op termijn wel over de positie van de patiënt zal móeten buigen, alleen al vanwege de toegenomen mobiliteit van de burger en de gevolgen van het vrije verkeer van medische hulpverleners. In de gezondheidszorg wordt, naarmate ze in staat zijn hun belangen redelijk te waarderen, aan kinderen reeds een aantal rechten toegekend. Toch blijven er vragen over. Zo moeten kinderen teneinde van een recht als vernietiging van een dossier gebruik te kunnen maken, er wel eerst over geïnformeerd te zijn dat zo'n dossier bestaat en wat voor gegevens het bevat. Als een kind op grond van toestemming door de ouders is opgenomen in een cohort-onderzoek, zal opnieuw geïnformeerde en in vrijheid te geven toestemming moeten worden gevraagd zodra het kind mondig is geworden.

Mw Roscam Abbing stelt vragen bij de zorg die aan ouderen wordt gegeven. Kunnen bejaarde patiënten met kanker wel altijd kiezen tussen de beschikbare mogelijkheden of wordt ook bij ons te gemakkelijk volstaan met palliatieve zorg? Is de argumentatie om vrouwen boven de zeventig niet toe te laten tot de vrij toegankelijke borstkankerscreening wel sluitend?

De hoogleraar stelt aan de orde of het niet gewenst is vanwege de zwakke positie voor ouderen in de zorg- en hulpverlening vertrouwenspersonen aan te stellen. Lettend op het grote deel van de bejaarden dat redelijk vitaal is en op de reactie van deze groep op dreigende eventuele AOW-maatregelen, zie ik zelf als nadeel de mogelijke betutteling die hiervan zal uitgaan. Hierbij komt dat er vraagtekens kunnen worden geplaatst bij de mate waarin vertegenwoordigers - en ik neem aan ook vertrouwenspersonen - in de geest van betrokkenen beslissen. Mw Roscam Abbing haalt zelf onderzoek aan waaruit blijkt dat vertegenwoordigers vaak anders beslissen dan betrokkenen, volgens dezelfde vertegenwoordigers!, zelf zouden hebben gedaan. Wellicht is het zinvol een experiment uit te voeren om te bestuderen of bepaalde groepen, zoals psychogeriatrische patiënten, baat hebben van zo'n vertrouwenspersoon.

Het aardige van de oratie is dat er door een formele buitenstaander, maar goede kenner van het veld, vraagtekens bij allerlei

C. Spreeuwenberg

medische ontwikkelingen worden gezet. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij het advies van de Geneeskundige Hoofdinspectie om ter preventie van neuraalbuisdefecten rondom het begin van een zwangerschap foliumzuur te gebruiken. Genoemd wordt, dat het NHG tegenover de argumentatie van de inspectie stelt dat het advies onrijp is en het nemen van zelfstandige beslissingen belemmert. Waarom kiest de hoogleraar de zijde van het NHG, nu er zoveel aanwijzingen zijn dat verder onschuldige toediening van foliumzuur een dergelijke ernstige afwijking kan voorkomen? Evenmin is mij duidelijk waarom de hoogleraar kritische kanttekeningen plaatst bij het ontmoedigingsbeleid van de Ziekenfondsraad van individueel preventief onderzoek naar baarmoederhalskanker buiten het bevolkingsonderzoekprogramma om.

Terecht besteedt mw Roscam Abbing veel aandacht aan nieuwe technologische ontwikkelingen, zoals de automatisering. Automatisering kan een bedreiging vormen van privacy en keuzevrijheid. Ontwikkelingen als die van de invoering van geavanceerde medische zakdossiers per chipkaart maken nieuwe wetgeving noodzakelijk. Nu mag van een gezondheidsjurist waakzaamheid worden verwacht; daarnaast kan de opmerking worden geplaatst dat juist een medisch zakdossier de mogelijkheid biedt om patiënten zelf drager van hun gegevens te doen zijn en derhalve de vrijheid van de patiënt vergroot.

Mw Roscam Abbing doet een aantal belangwekkende waarnemingen over maatschappelijke invloeden op de vrijheid om te beslissen. Zijn ouders bijvoorbeeld wel vrij om geen (stukje) orgaan af te staan ten behoeve van hun kind? Zijn mensen wel vrij om hun leven zelf in te richten als op bepaalde ongezonde gewoonten de straf staat een noodzakelijke behandeling niet te mogen ondergaan? Jammer is dat haar persoonlijke opvatting hierover niet helemaal duidelijk wordt. Dit is niet het geval als het imperatieve karakter van sommig bevolkingsonderzoek ter sprake komt: sturing acht zij minder aanvaardbaar naarmate de kans op het blootleggen van niet-behandelbare, ernstige aandoeningen groter is.

Niet te ontkennen valt dat de vrije beslissingsruimte kleiner dreigt te worden naarmate andere belangen dan die van de patiënt een rol spelen. Speciaal chronisch zieken staan, aldus mw Roscam Abbing, aan het gevaar bloot extra in hun keuzen te worden beperkt en in hun rol van patiënt te worden bevestigd. Terecht kwalificeert ze de medische basis van de aanstellingskeuring als veelal onduidelijk. Keurlingen staan in het algemeen bloot aan machtsoverwicht aan de kant van de opdrachtgever. Zelfordening zoals die thans bestaat biedt de keurling, mede in Europees-rechtelijk perspectief, onvoldoende bescherming. Het streven van werknemers om voorrang van behandeling bij de ziektekostenverzekeraar te bedingen, is onlangs ook op deze plaats bekritiseerd.[3] Met Mark Siegler waarschuwt mw Roscam Abbing voor het gevaar dat bureaucratie en schaarste in de gezondheidszorg de overhand gaan krijgen en dat institutionele en maatschappelijke doelmatigheid en opportuniteit de beslissingen gaan beheersen.

Waar onze huidige politieke leiders bereid lijken te zijn de ongelijkheid in de samenleving te laten toenemen, is het sterkste punt van deze oratie dat mw Roscam Abbing uitspreekt dat naarmate de sociale ongelijkheid toeneemt zwakke groeperingen, zoals de chronisch zieken, in toenemende mate worden belemmerd zelf te beslissen. Met mw Roscam Abbing hoop ik, dat artsen en gezondheidsjuristen zich ertegen zullen verzetten dat de weerloze door de maatschappelijke ontwikkelingen nog weerlozer wordt. •

Literatuur

1. Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht, deel 1. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988.

2. Roscam Abbing HDC. Beslissen door de patiënt. Houten/Zaventhem: Bohn Scheltema Van Loghum, 1994.

3. Spreeuwenberg C. Voorrang voor bedrijven? Medisch Contact 1994; 49: 183.

· KNMG · LHV · LSV · LAD · LVSG ·

Beroepsprofiel algemene gezondheidszorg

STEEDS NADRUKKELIJKER wordt vanuit de maatschappij aan artsen de vraag gesteld wat zij feitelijk te bieden hebben. Dat geldt zeker voor artsen die niet werkzaam zijn in de voor het publiek herkenbare beroepen van huisarts en specialist. Het vorig jaar verschenen onderzoeksrapport 'Artsen buiten de curatieve zorg', in de wandeling als het ABC-rapport aangeduid, heeft nog eens duidelijk gemaakt dat veel artsen functies uitoefenen die niet samenvallen met het bekende beroepsbeeld.
Op zich is het jammer dat de term 'artsen buiten de curatieve zorg' zo gemakkelijk ingeburgerd raakt, ook bij de betrokkenen zelf. Het geeft immers alleen aan wat zij níet doen. De bestaande onduidelijkheid op dit terrein zal daardoor alleen maar toenemen. Veel beter zou het zijn om het functioneren van deze artsen met een positieve term aan te duiden. Moeilijkheid daarbij is, dat de functies waarin deze artsen werkzaam zijn sterk uiteenlopen, waardoor zij niet gemakkelijk in één term te vangen zijn. Tevens heeft het werk van deze artsen vaak niet alleen te maken met de primaire doelstelling van het artsenberoep: het gezond maken en houden van individuen en van de bevolking, maar ook met andere belangrijke zaken die maatschappelijke regeling en aandacht vragen, zoals de uitvoering van wetten, de verdeling van schaarse goederen, het beschermen van de maatschappelijke positie van mensen die om gezondheidsredenen anders uit de boot zouden vallen, en in meer algemene zin het bijdragen aan een goed functioneren van de maatschappij en van maatschappelijke organisaties. Al deze functies zijn van eminent belang zowel voor het bevorderen van de gezondheid van de bevolking, met name langs preventieve weg, als voor een goed verloop van een veelheid aan maatschappelijke regelingen.
Nog niet zo lang geleden konden activiteiten op het grensvlak van geneeskunde en maatschappij heel goed worden aangeduid met de term 'sociale geneeskunde'. Een sterke en onvermijdelijke functiedifferentiatie leidde de afgelopen decennia tot veel aanduidingen waarin specifieker werd verwoord waar men zich nu precies mee bezighield: bedrijfsarts, jeugdarts, verzekeringsarts, sportarts, etc. Een restgroep betitelde zichzelf als *artsen Algemene Gezondheidszorg*. Het ging daarbij om de volgende functies:
- functies waarbij het macro-beleid en het niet-managen op de voorgrond staat (beleidsfuncties bij overheid, inspecties, adviescolleges, particuliere organisaties, ziektekostenverzekeraars, krijgsmacht);
- functies waarbij het meso-beleid en het leiding geven aan een organisatie of onderdeel daarvan op de voorgrond staat (leidinggevenden instellingen voor gezondheidszorg, particuliere organisaties en volksgezondheidsinstanties);
- functies waarin onderzoek en/of onderwijs op het gebied van organisatie en functioneren van de gezondheidszorg en de volksgezondheid op de voorgrond staan (onderzoekers/onderwijsgevenden bij universitaire instituten, onderzoeksinstituten en gezondheidszorginstellingen met onderzoeks-/onderwijstaken);
- functies waarbij naast meso-beleid en leiding geven ook contact met de patiënt een

H.A. Bouwman

wezenlijk onderdeel vormt (artsen werkzaam bij GGD's, in de verslavingszorg, de (psycho)geriatrie, de GGZ, de studentengezondheidszorg, en het vluchtelingen- en asielzoekerswerk).
Het hoeft geen betoog, dat bij een zo grote diversiteit aan functies er binnen deze beroepsgroep, voor een groot deel verenigd binnen de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg, behoefte ontstond aan een gemeenschappelijk referentiekader voor de beroepsuitoefening. Het verenigingsbestuur heeft in juni 1991 het initiatief genomen te komen tot een (nieuwe) omschrijving van het beroepsprofiel van de sociaal-geneeskundige, tak Algemene Gezondheidszorg. Vanuit de LVSG was het verzoek gekomen om voor alle takken van de sociale geneeskunde een nieuwe omschrijving van het beroepsprofiel te maken. Dit verzoek stond mede in verband met de problematiek van de komende Europese erkenning van sociaal-geneeskundige beroepen, de herregistratieproblematiek en de veranderingen in de opleidingssfeer die zich aan het voltrekken zijn. Voor de algemene gezondheidszorg gaat het daarbij om de Europese erkenning 'Community Medicine'. Belangrijke elementen daarbij zijn de vereiste opleidingsduur van 4 jaar en de afbakening ten opzichte van de (erkenning van de) academische graad 'Master of Public Health'. Ook de opname van de beroepsaanduiding 'arts Algemene Gezondheidszorg' in de Wet Collectieve Preventie als kwaliteitseis voor GGD's maakte een actualisering van de omschrijving van het beroep noodzakelijk. Inmiddels heeft de vereniging het opstellen van een nieuw beroepsprofiel afgerond. Daarbij is voor de algemene gezondheidszorg de volgende definitie gehanteerd: algemene gezondheidszorg is de verzameling van activiteiten van artsen in functies die als oriëntatie hebben het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid en het voorkomen van ziekten op collectief niveau. Vanuit deze definitie zijn vervolgens de beroepsmatige oriëntatie, de beroepshouding, het beroepsbeeld en het beroepsmatig-methodisch handelen van de arts AGZ in het beroepsprofiel omschreven. Tenslotte wordt het beroep in vier *hoofdtaken* uiteengelegd:
- de belangenbehartiging van de volksgezondheid;
- het adviseren over (het systeem van) de volksgezondheid;
- het onderzoeken van (het systeem van) de volksgezondheid;
- het organiseren van de volksgezondheid.

De verhouding waarin deze elementen binnen de functie-uitoefening aan bod komen kan sterk variëren. Per functie kan vanuit deze hoofdtaken een beschrijving van een specifiek functieprofiel worden gemaakt, waarvoor het aangeven van een aantal mogelijke kerntaken in het beroepsprofiel een handvat biedt.
Het opstellen van een beroepsprofiel voor een zo gevarieerde beroepsgroep is geen ABC'-tje gebleken. Het is niet gemakkelijk de gemeenschappelijke kern te raken en tegelijkertijd de brede variatie in de beroepsuitoefening tot haar recht te laten komen. Maar het is niet onmogelijk gebleken. In die zin kan het beroepsprofiel Algemene Gezondheidszorg bijdragen aan de profilering van de 'Community Medicine', één van de beide hoofdstromen hoofdstroom binnen de door het College voor Sociale Geneeskunde voorgenomen herordening van de sociale geneeskunde in een tweestromenland, die dan weer gewoon sociale geneeskunde kan heten, en aan de profilering van een vernieuwde opleiding en kwaliteitsbewaking op dit terrein. •

mw H.A. Bouwman, arts, voorzitter LVSG

Het beroepsprofiel Algemene Gezondheidszorg is te bestellen bij het secretariaat van de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg, Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam.

Veldwerk met visie:

Sociaal-geneeskundige inbreng bij beleid

De LVSG heeft haar onlangs georganiseerde congres gewijd aan beleidsbeïnvloeding door sociaal-geneeskundigen op internationaal, nationaal en regionaal/lokaal niveau. Gesteld werd, dat sociaal-geneeskundigen en curatief werkende artsen complementair werken en dat een sociaal-geneeskundige goed zijn positie moet bepalen bij beleidsontwikkeling voor het oplossen van gezondheidsproblemen.

Peter Visch

ONDER HET MOTTO 'veldwerk met visie' werd op het jaarlijkse congres van de LVSG ingegaan op de (on)mogelijkheden van sociaal-geneeskundigen invloed uit te oefenen op de beleidsontwikkeling van de volksgezondheid. Uitgangspunt was, dat een sociaal-geneeskundige kennis en vaardigheden bezit die zowel bij de uitvoering als bij beleidsontwikkeling kunnen worden aangewend.

Beweging

De 'public health', ofte wel volksgezondheid, staat ook internationaal volop in de schijnwerpers. Prof. dr L. Köhler, dean van de Nordic School of Public Health in Göteborg, omschrijft het als een beweging. "Ik noem het een beweging omdat volksgezondheid een dynamisch proces is, dat tegenwoordig meer taken, methoden en oplossingen kent dan vroeger: de 'nieuwe' volksgezondheid versus de 'oude' volksgezondheid."
Waarom lijkt volksgezondheid juist op dit moment zo belangrijk? Volgens Köhler zijn actuele problemen hierop van invloed: "Allereerst de noodzaak tot beheersing van de middelen en de toegenomen vraag naar diensten. De kosten zijn de laatste dertig jaar enorm gestegen. Politici vragen zich daarom af of de uitgaven voor rekening voor de publieke sector moeten blijven, of dat er een verschuiving naar de private sector kan worden gerealiseerd. Zeker bij het gegeven dat de mogelijkheden van de medische technologie en nieuw ontwikkelde medicijnen blijven toenemen. Dit verhoogt de kwaliteit van leven vooral voor het toenemende aantal ouderen."
Andere problemen zijn volgens Köhler de ongelijke verdeling van middelen, het ongelijke gebruik van zorg en de toename van bepaalde gezondheidsproblemen. Steeds meer blijkt dat oorzaken van ziekten en een effectieve aanpak daarvan niet in de medische sfeer liggen, maar op het gebied van de omgeving, de werkomstandigheden, het gedrag, de leefwijze en de relaties.
Tenslotte signaleert Köhler een verandering ten aanzien van de behoefte en de vraag: "Nu de patiënt mondiger wordt, worden ook factoren als behandelwijze, bereikbaarheid en attitude van artsen belangrijk. Eigenlijk is er nog een zevende probleem: de nieuwe marktideologie die over Europa raast en wordt gevolgd door kreten als deregulatie, competitie, klantgerichtheid, produktiviteit en effectiviteit. Velen noemen deze ontwikkeling zelfs een revolutie. Echter, revoluties kennen zelden enkel opbrengsten en ik denk dat een moment van bezinning op zijn plaats is, voor we alles wat zorgvuldig is opgebouwd onder het voorwendsel dat het ouderwets is weggooien."

Overleg

Wat is de rol van de sociaal-geneeskundige bij de aanpak van gezondheidsproblemen? Volgens dr D. Post, hoogleraar sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, werken curatief werkende artsen en sociaal-geneeskundigen beiden aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking.
Post: "Het doel van de geneeskunde kunnen we omschrijven als de hulp die door artsen wordt gegeven om mensen veilig op de wereld te krijgen, ze zo gezond mogelijk door het leven te loodsen en bij ziekte trachten dit zo goed mogelijk te herstellen en tenslotte ze te begeleiden naar de dood zodat ze met niet al te veel ellende dit leven weer kunnen verlaten. In principe speelt elke arts, als hij op medisch terrein werkzaam is, hierbij een rol. Curatieve artsen zullen in een één-op-één-relatie met de patiënt dit doel willen nastreven, terwijl de sociaal-geneeskundige veel meer op groepsniveau wil bereiken dat de enkeling zo gezond mogelijk door het leven gaat. En soms is de sociaal-geneeskundige, eveneens in een persoonlijke relatie, met de patiënt bezig om het beschreven doel te bereiken."
Zowel de curatief werkende arts als de sociaal-geneeskundige streeft volgens Post naar het verkrijgen van gezondheidswinst. Hoewel de levensverwachting deze eeuw flink is gestegen, gaat een deel van die winst gepaard met een situatie waarin sprake is van beperkingen of handicaps. In die zin is er dus geen sprake van zuivere gezondheidswinst. Post: "Het lijkt erop dat de curatieve zorg beperkt is in het verkrijgen van gezondheidswinst. De sociale geneeskunde zou kunnen helpen om de gezondheidswinst te vergroten, onder meer op het gebied van leefstijl, milieufactoren en arbeid als determinanten van ziekte. Via de volksgezondheid in de vorm van de GGD, via adviesorganen die de overheid helpen en via zorgverzekeraars, kan vanuit sociaal-geneeskundige hoek een bijdrage worden geleverd aan de verhoging van de gezondheidswinst, misschien wel in een grotere mate dan die vanuit de curatieve sector.
"Geneeskunde is niet louter biologie. Ook maatschappelijke aspecten zijn van invloed. In de nascholing van huisartsen en specialisten zal dit een rol moeten spelen. Goed overleg tussen de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige discipline is noodzakelijk." Post is dan ook van mening dat de sociaal-geneeskundige kennis bij onderzoek naar de kwaliteit van leven, de kosten en baten van een behandeling, de maatschappelijke effecten van een therapie en de implementatieproblemen van nieuwe ontwikkelingen, een nuttige aanvulling kan betekenen voor het klinisch onderzoek.

Arbeid en gezondheid

Op het terrein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde werken sociaal-geneeskundigen reeds nauw samen met an-

dere disciplines op de gebieden veiligheid, gezondheid en welzijn in de arbeid.
Dr F.J.H. van Dijk, hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, onderscheidt naast preventie van aandoeningen door arbeid, de bevordering van de arbeidsgeschiktheid en de preventie van arbeidsongeschiktheid bij ziekte of handicap. Van Dijk: "Voorbeelden van arbeidsgebonden aandoeningen zijn huidaandoeningen bij kapsters, rugaandoeningen door schokken en trillingen, rug-en gewrichtsaandoeningen in de bouw, en burn-out in het onderwijs en bij huisartsen. Deze aandoeningen kunnen onder omstandigheden leiden tot arbeidsongeschiktheid: ongeveer veertig procent van de WAO-toetreders heeft een ziekte die is veroorzaakt door arbeid."
Volgens Van Dijk is het te vroeg om zelfgenoegzaam te zijn waar het gaat om de preventie van arbeidsgebonden aandoeningen. Weliswaar komen veel aandoeningen vanwege een hoge blootstelling aan levensbedreigende factoren nog slechts sporadisch voor, zijn sommige beroepsziekten (bijna) verdwenen en nemen lawaaidoofheid en huidaandoeningen af, maar aan de andere kant lijkt de psychische problematiek in opmars, komen aandoeningen van het bewegingsapparaat massaal en CARA frequent voor. Van Dijk: "Verder is bevordering van arbeidsgeschiktheid niet hetzelfde als ziekteverzuimbestrijding door op de eerste ziektedag een dokter langs te sturen. Het is niet duidelijk in hoeverre de recente successen die bij de ziekteverzuimbestrijding zijn behaald berusten op 'politionele' activiteit dan wel op vakkundige sociaal-medische begeleiding door de betrokken artsen. Daarnaast contrasteren de successen bij de ziekteverzuimbestrijding schril met bijvoorbeeld het gegeven dat het aantal gehandicapten in dienst van de overheid in de jaren 1991 en 1992 steeds is gedaald ten opzichte van het jaar daarvoor. Eventuele zelfgenoegzaamheid lijkt dus vooralsnog misplaatst. Toch zijn er wel enkele hoopvolle feiten waar te nemen, zoals het gegeven dat er binnen vier jaar voor alle werknemers arbodiensten met één medisch aanspreekpunt zijn.
Op nationaal en internationaal niveau is volgens Van Dijk nog weinig invloed te zien van sociaal-geneeskundigen op de eigen beroepsgroep en op de opleidingen. "In een aantal gevallen heeft de Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen een politiek standpunt van betekenis ingenomen, zoals met betrekking tot de handelwijze bij informatieoverdracht van de arbodienst naar de bedrijfsvereniging. Ook de KNMG-conferenties over arts en arbeidsongeschiktheid vormen een belangwekkende uitzondering op de regel dat sociaal-geneeskundigen zelden en bij voorkeur incidenteel reageren op 'de politiek'. Een andere factor van invloed is de Commissie Arbeidsomstandigheden Onderzoek van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Cargo), die voortdurend pleit voor versterking van de tweedelijns infrastructuur, tegen de verdrukking in. Internationaal gezien loopt de invloed deels via de wetenschappelijke conferentie ICOH, de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie."

Rollen

"Een sociaal-geneeskundige heeft aan alles wat er in de wereld gebeurt een boodschap, maar zeer in het bijzonder aan de 'public health'", aldus dr H. Rengelink, directeur GG&GD Amsterdam. "Hij is betrokken bij de inventarisatie van maatschappelijke en andere omgevingsfactoren die van belang zijn voor de volksgezondheid. Daaronder vallen factoren als stemgedrag, politieke ontwikkelingen, onderwijspatronen, inkomenspolitiek, milieuverontreiniging en huisvestingsproblemen.
"Bij gezondheidsproblemen moet worden nagegaan of sociaal-geneeskundigen een niet-overdraagbare rol spelen. Daarbij moeten we wel alert zijn dat we onze kennis omzetten in actie. Met andere woorden, als wij te weinig boodschap hebben aan anderen die voor de oplossingen moeten zorgen, dan hebben die anderen geen boodschap aan ons. Dan kom je dus nooit verder dan probleemdefiniëring en oorzaakanalyse en haalt het nooit de politieke agenda."
Een sociaal-geneeskundig probleem moet volgens Rengelink worden vertaald in een bestuurlijk probleem. De sociaal-geneeskundige komt daarmee op het kruispunt te staan van medische professie, algemene hulpverlening, bevolkingsparticipatie, politiek en ambtelijk management.
Een voorbeeld is de aanpak van het *drugprobleem*. Dit probleem bestaat eigenlijk uit verschillende deelproblemen, te weten: de individuele druggebruiker, de epidemie van druggebruik, de gebruikers-gebonden criminaliteit en de leveranciers-gebonden criminaliteit.
Rengelink: "De individuele drugverslaafde begint om uiteenlopende redenen met gebruik van hard drugs. Ondanks pogingen om hem weer drugsvrij te krijgen, zullen we moeten accepteren dat dit vaak niet zal lukken en moeten we overgaan tot schadebeperking. Methadon dus. Ook is er een groep verslaafden die, bijvoorbeeld omdat ze AIDS krijgt, alleen nog een gereguleerd leven kan leiden als ze roesvervangende middelen krijgt. Deze middelen, methadon, morfine of palfium, kunnen per recept worden voorgeschreven. Legalisering hoeft dan ook niet. Alleen heroïne voorschrijven is niet mogelijk. De drugsartsen zijn sterk gericht op het uitvoeren van integrale geneeskunde. Hierbij dient de sociaal-geneeskundige de vertaling te maken van de problematiek van de individuele gevallen naar de algemenere problematiek van de groep verslaafden. Door alle kenmerken van de verslaafden te verzamelen, te aggregeren en te analyseren ontstaat epidemiologisch inzicht in het gebruik van drugs. In dit werk moet je veel van drugs en hun gebruikers weten.
"Van alle gebruikers redt ongeveer tachtig procent zich met uitkeringen, onregelmatige baantjes en kleine handel van drugs tussen gebruikers. Deze groep veroorzaakt geen overlast. Van de andere twintig procent, die zich in de categorie gebruikers-gebonden criminaliteit bevindt, is grofweg de helft crimineel omdat er geld nodig is voor zijn druggebruik. De andere helft zou ook zonder drugs crimineel zijn. Nog steeds actueel is de discussie of een ruimhartige beschikbaarstelling van drugs effect heeft op de omvang van 'de epidemie'. In sociaal-geneeskundige termen: wat is het te verwachten effect voor de volksgezondheid van de individuele verslaafden? Ik denk dat de niet-criminele groep bij vrije verstrekking groter wordt. Bij de criminele groep zal het naar mijn mening wel werken, alleen zal er een criminele groep blijven bestaan", zegt Rengelink.
"Bij de leveranciers-gebonden criminaliteit gaat het om produktie, transport en distributie van drugs. Dit is zeer ernstige criminaliteit, waarbij het gaat om vele miljarden en om moord en doodslag. Legalisering van drugs zou de criminaliteit wel kunnen terugdringen, al wordt daar in justitiële kring verschillend over gedacht. Als sociaal-geneeskundige denk ik dat het lot van de verslaafde en de omvang van de epidemie en dus de volksgezondheid er niet mee zijn gediend." •

De sociaal-geneeskundige speelt een belangrijke rol bij het vertalen van medische informatie in epidemiologische termen

Wetgeving gezondheidszorg

De arts en het recht

C. Spreeuwenberg

Inleiding op een themaserie, uit de medische hoek.

Van gedragsregels naar wetsregels

ARTSEN HEBBEN een sterk ontwikkeld plichtsbesef. Wij hebben het gevoel niet zo maar een vak te beheersen, maar een bijna heilige kunst - door Hippocrates aangeduid als 'de meest illustere van alle kunsten' - te beoefenen.[1] Omdat deze kunst ons zo fascineert, velen we het nauwelijks als iemand wat relativeert en bijvoorbeeld meent in deeltijd arts te kunnen zijn. Als buitenstaanders zich met onze kunstbeoefening bemoeien of deze aan regels willen onderwerpen, valt dit ons nog zwaarder.

Toch maakt juist de waas van heiligheid het nodig dat er veiligheidssystemen worden aangebracht. Sommige patiënten onderwerpen zich immers gretig en kritiekloos aan artsen. Zo'n afhankelijkheid gaat gepaard met risico's, al is het alleen maar vanwege charlatans die voorgeven de kunst te beheersen. Hippocrates merkte al op dat de onkunde van hen die haar uitoefenen en van hen die daar dan onder te lijden hebben maakt dat de geneeskunst doorgaat voor de miserabelste van alle kunsten; hij signaleert dat het medische beroep het enige is waarvoor geen straffen worden opgelegd aan hen die haar slecht uitvoeren. Werden er op Kos geen straffen opgelegd, zeker is dat Hammoerabi en de latere gezagdragers uit de Middeleeuwen wetten maakten om de bevolking tegen onkundige artsen te beschermen.

Uit het grote aantal gedragsregels dat de medische beroepsgroep zichzelf heeft opgelegd, blijkt ons sterk plichtsbesef.[2,3] In beginsel is deze zelfregulering een groot goed. Het feit is echter dat overheid, verzekeraars en patiëntengroeperingen menen een te geringe greep te hebben op artsen. Ze vinden dat hun te weinig instrumenten ter beschikking staan om het medisch handelen te normeren, te benvloeden, te toetsen en te corrigeren. Zo kreeg het nog steeds vigerende medisch tuchtrecht een slechte naam, als functioneert het als een 'twee handen op één buik'-systeem.[4] Dat de in tuchtcolleges zitting hebbende artsen zeer streng kunnen zijn jegens hun collegae, doet in zo'n situatie nauwelijks meer ter zake.

Geconstateerd kan worden dat met het dunner worden van de boekjes met gedragsregels het aantal wetsregels waarmee artsen van doen hebben, is toegenomen.

Een kwart eeuw eigen ervaring

Een kwart eeuw geleden bood de studie mij niet meer dan enkele hoofdlijnen uit het medisch tuchtrecht. Dit is niet verwonderlijk, want de Vereniging voor Gezondheidsrecht was net opgericht en de eerste leerstoel gezondheidsrecht was nog niet ingesteld.[5]

Toen ik mij in het begin van de jaren zeventig in Drenthe vestigde, was het leven als huisarts nog betrekkelijk simpel. Om mij te vestigen was het artsexamen voldoende. Van patiënten werd aangenomen dat zij het ermee eens waren dat ik hun huisarts werd. Het ziekenfonds behoefde ik alleen maar te berichten over de vestiging om een medewerkersovereenkomst te krijgen. Van mijn voorganger nam ik de NHG-kaarten en de schoenendozen met specialistenbrieven over. Zo'n NHG-kaart kon alleen door mij worden gelezen en bevatte allerlei alleen voor mij begrijpelijke tekeningen en symbolen. Over euthanasie behoefde niet met anderen te worden gesproken; ook werd er altijd een verklaring van natuurlijke dood afgegegeven. De patiënten waren volgzaam en zeiden als ik hun keuzes voorlegde: "Dokter heft doar toch veur leerd." Eens werd mij op maandagmorgen na drie weken vakantie gevraagd snel te komen omdat een man al twee weken benauwd en met naar links uitstralende pijn op de borst op bed lag. Zonder daarvoor toestemming te vragen werden over patiënten dagelijks met bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen, specialisten en andere collegae gegevens uitgewisseld.

Al snel traden er veranderingen op. Met twee collegae vormden wij een groepspraktijk. In een maatschapscontract werden de onderlinge rechten en plichten vastgelegd. Wekelijks overlegden we met de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers en vroegen ons af wat er wel en niet over patiënten mocht worden gezegd. Wij participeerden in de net gestarte beroepsopleiding tot huisarts, maar waren onzeker over de reikwijdte van onze verantwoordelijkheid voor de arts-assistent. Dit werd urgent toen bleek dat onze arts-assistent injecties altijd intraveneus toediende omdat dit naar zijn idee het beste was om snel effect te sorteren. Wij kregen oog voor kwaliteit en namen deel aan supervisie en onderlinge toetsing. We maakten afspraken over de aanpak van aandoeningen en we consulteerden elkaar over abortus of euthanasie en over dilemma's als het informeren van partners over een geslachtsziekte.

In 1978 ging ik in een groepspraktijk in het westen werken. Met het nabijgelegen gezondheidscentrum vormden we één samenwerkingsverband, waarin patiënten waren vertegenwoordigd. Mijn nieuwe patiënten waren mondiger en stelden uitleg op prijs. Ik moest me te weer gaan stellen tegen verzoeken om een bepaald recept of een volgens mij zinloze verwijzing. Patiënten vroegen soms wat ik op de kaart noteerde. Aan het toenemend gebruik om verwijsbrieven in een open enveloppe mee te geven heb ik nooit meegedaan, omdat ik dat juist een blijk van te weinig vertrouwen vind; wel vertelde ik patiënten precies wat er in de brief stond.

Al snel hanteerden we een zakelijker registratiesysteem, waarin achtereenvolgens de hulpvraag en de klachten, de relevante bevindingen uit de anamnese en het onderzoek, de voorlopige diagnose en het plan van aanpak werden genoteerd. Ook correspondentie kon gemakkelijk worden opgezocht. Met gegevens van patiënten gingen we voorzichtiger en zorgvuldiger om. Als één van de eerste praktijken automatiseerden wij niet alleen de financiële administratie, maar ook het medisch dossier. Daar we in patiëntgebonden onderzoek participeerden, moesten wij patiënten toestemming vragen. Met onze zusterpraktijk transformeerden wij ons ➡

in een huisartsengroep met geregeld geïnstitutionaliseerd overleg. Nieuwe vestigingen geschiedde in overleg met andere disciplines, patiënten, de gemeente en het ziekenfonds.
Alle geledingen binnen onze professie hebben een dergelijke ontwikkeling doorgemaakt. De professionalisatie van het medisch beroep is voortgeschreden, terwijl ook het samenspel met de overige bij de gezondheidszorg betrokken groeperingen ingewikkelder is geworden. Over de eigen inbreng van de patiënt wordt anders gedacht. Nieuwe technieken en behandelingsmogelijkheden en nieuwe vragen om hulp vragen om morele en juridische bezinning.

Gezondheidsrecht

De geschetste veranderingen zijn op zich niet zo spectaculair, maar hebben vrijwel allemaal een relatie met het gezondheidsrecht. Niet dat het gezondheidsrecht zo maar uit de lucht valt. Het codificeert de verandering in het denken over de rechten en plichten van individuen, de overheid, beroepsbeoefenaren en instellingen binnen de gezondheidszorg. Gezondheidsjuristen zijn geen neutrale personen die als klerken veranderende opvattingen registreren en daarvoor juridische regels bedenken: zelf hebben ze vaak uitgesproken morele en juridische opvattingen en hebben ze door hun deskundige betrokkenheid de medische beroepsgroep beïnvloed.
Wet- en regelgeving kunnen niet buiten een zekere mate van acceptatie door de beroepsgroep en behoren uiteindelijk de ontwikkelingen binnen de beroepsgroep te ondersteunen; de Kwaliteitswet en de Wet BIG vormen hiervan een voorbeeld. Regels moeten ook worden bijgesteld als blijkt dat ze een averechts effect hebben op de kwaliteit van de patiëntenzorg.
Gezondheidsjuristen mogen dan wel een grote rol spelen bij het denken binnen het gezondheidsrecht, de formulering van de regels geschiedt uiteindelijk via onze wetgevende organen. Een probleem is dat er binnen onze samenleving zeer divers wordt gedacht over de rol en taak van de overheid, ook op het terrein van de volksgezondheid.
Op dit moment vigeert er nog een uitgebreid stelsel van regelgeving op ons terrein. Al behoeft ze zelf niet en détail bij de uitvoering betrokken te zijn, de overheid moet ter bescherming van haar burgers en gelet op haar grondwettelijke plichten de kaders blijven bepalen en op de uitvoering blijven letten.

Arts en jurist

Een enkele keer ben ik betrokken bij cursussen waaraan ook juristen deelnemen. Als er een probleemgeoriënteerde casus wordt besproken, treffen de verschillen tussen artsen en juristen me steeds. Artsen reageren sterk associatief en richten zich op de oplossing van het concrete probleem. Juristen daarentegen zijn preciezer in de feitenverzameling, staan kritischer tegenover gegevens en laten principes een grotere rol spelen. Artsen houden meer rekening met de effecten van hun handelen, terwijl de aandacht van juristen meer uitgaat naar de regels om te handelen. Natuurlijk, alle artsen en alle juristen mogen niet over één kam worden geschoren en mijn waarneming kan vertekend zijn. Dat bijvoorbeeld rechters lang niet altijd systematisch te werk gaan en hun eindoordeel nogal eens baseren op de eerste indrukken van een zaak toonden Crombag c.s. jaren geleden al aan.[6] Grosso modo houd ik het er op, dat de verschillende functies van artsen en juristen leiden tot een uiteenlopende benadering van aangeboden problematiek en dat dit bijdraagt aan het ontstaan van misverstanden tussen artsen en juristen. Immers, artsen werken en worden opgeleid in een cultuur waarin het belang van de individuele patiënt centraal staat. Vertrouwen is zo essentieel, dat artsen vaak voetstoots aannemen dat wat patinten vertellen waar is. Welke andere belangen er ook in het geding zijn, voor de arts weegt het belang van de patiënt het zwaarst. Dit gegeven werkt door in het privé-leven van artsen. Worden juristen getraind in het debat en leren zij te leven met het gegeven dat er in de meeste zaken slechts één partij gelijk krijgt, artsen zijn er niet mee vertrouwd ongelijk te krijgen, waardoor kritiek hen gemakkelijk kwetst. Natuurlijk, ook juristen proberen voor hun cliënt het beste resultaat te behalen, maar zij houden bij hun beoordeling en strategie meer rekening met andere belangen en behandelen problemen formeler.
De centrale plaats van de patiënt in het denken van de dokter, brengt met zich mee dat artsen zich gauw voor de voet gelopen voelen als er regels worden gesteld. Dat zien we bijvoorbeeld in de budgetteringsproblematiek, bij het afleggen van verklaringen ten behoeve van patiënten, bij de regels over het opslaan en bewaren van patiëntengegevens en lichaamsmateriaal, bij de verplichting om bij levensbeëindigend handelen geen verklaring van natuurlijk overlijden af te leggen en bij de regel dat een arts een behandeling dient te staken als de patiënt de wens daartoe schriftelijk heeft vastgelegd, zoals vastgelegd in het amendement-Kohnstam op de WGBO.
Leenen pleit zijn eigen professie niet vrij.[7] De jurist heeft volgens hem, vaak te weinig oog voor het feit dat de geneeskunde in vele opzichten een ervaringswetenschap is, waardoor de arts wel eens onlogisch en onduidelijk in zijn oordeel is. De jurist onderkent vaak onvoldoende de onzekerheden die aan het medisch handelen inherent zijn. Als dat handelen achteraf wordt beoordeeld, kan het slechts worden begrepen in de concrete behandelingssituatie. De arts moet tevoren oordelen, terwijl de jurist de luxepositie heeft zich achteraf een oordeel te kunnen vormen.

De complexiteit van onze samenleving maakt dat artsen met steeds meer regels te maken hebben

Besluit

Het recht beoogt het verkeer tussen mensen, instanties en zelfs volkeren te ordenen en stelt daarvoor regels vast. Meestal zijn deze regels afkomstig van de overheid; soms voorziet het rechtssysteem zelf in het opstellen van regels door jurisprudentie. De complexiteit van onze samenleving maakt dat artsen met steeds meer regels te maken hebben.
Leenen benadrukt dat de bescherming van de mens en zijn gezondheid een hoge waarde vormen voor arts èn gezondheidsjurist. Beiden kunnen niet meer zonder elkaar. Voorwaarden voor samenwerking zijn begrip en debat. Aan begrip gaat kennis over elkaars doeleinden, methoden en inhoudelijke werkzaamheden vooraf. Aan begrip en debat wil de serie 'Wetgeving gezondheidszorg' bijdragen. •

prof.dr C. Spreeuwenberg,
hoofdredacteur Medisch Contact

Literatuur

1. Buma JT. Hippokrates de Grote. Doetinchem: Stichting Rapportage, 1985.
2. KNMG. Medische ethiek en gedragsregels. Amsterdam: KNMG, 1959.
3. Kortbeek LHThS, Heering HJ, Treffers PE et al. Recent medisch-ethisch denken. Leiden: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij NV, 1968.
4. Akveld JEM. Het medisch tuchtrecht, een oneigenlijk systeem voor geschillenbeslechting. In: Overheidsrechter gepasseerd. Arnhem: Gouda Quint, 1988: 287-96.
5. Leenen HJJ. De geschiedenis van de Vereniging voor gezondheidsrecht. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 178; 5: 184-9.
6. Crombag HFM, Wijkersloot JL de, Cohen MF. Een theorie over rechterlijke beslissingen. Groningen: Tjeenk Willink, 1977.
7. Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht. Deel 2: Gezondheidszorg en het recht. Alphen aan den Rijn: Samsom HD Tjeenk Willink, 1991.

Wet- en regelgeving: knelpunt of hanteerbaar richtsnoer?

W.R. Kastelein

Inleiding op een themaserie, uit de juridische hoek.

EEN TOENEMENDE STROOM van regelgeving overspoelt de gezondheidszorg. Zonder uitputtend te willen zijn, kunnen de volgende ontwikkelingen worden gesignaleerd:
Al enige tijd van kracht is de Wet Persoonsregistraties (WPR). Naast de recent in werking getreden Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) kunnen de door de Eerste en de Tweede Kamer geaccordeerde Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de wijzigingen in ons socialeverzekeringsstelsel, waaronder met name de beoogde terugdringing van het ziekteverzuim en de daarmee samenhangende regelgeving, de regelgeving in het kader van de stelselherziening, de wijziging van de Wet op de Lijkbezorging met het oog op de meldingsprocedure euthanasie, alsmede de recent door de Tweede Kamer goedgekeurde Wet op de geneesundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Mentorschap Meerderjarigen(WMM) worden genoemd. Nog ter behandeling bij de Tweede Kamer liggen de Wet Medische Experimenten (WME), de Wet Orgaandonatie (WOD), de Wet Medezeggenschap cliënten Zorginstellingen (WMZ), de Wet Klachtrecht cliënten Zorgsector (WKZ), alsmede de Wet Kwaliteit Zorginstellingen (WKI).
Een gegarandeerde hoeveelheid werk voor juristen de eerstkomende jaren, maar dat kan op zichzelf ook juristen geen reden tot voldoening geven. Dat artsen soms het gevoel overvalt dat zonder hen en over hen wetgeving tot stand komt, is niet verwonderlijk. Het is daarom van belang dat goede informatie over het wetgevingsproces in de gezondheidszorg beschikbaar is, bijvoorbeeld om discussie over maar ook om implementatie van regelgeving in het veld mogelijk te maken. Immers, leert de ervaring, indien degenen die de regelgeving moeten uitvoeren niet op de hoogte zijn of indien daarvoor binnen die groep geen draagvlak aanwezig is, worden implementatie en handhaving van regels een uiterst moeizame aangelegenheid.
Deze ontwikkelingen signalerend, hebben de redactie van Medisch Contact en het secretariaat van de KNMG het idee opgevat om een themaserie wetgeving op te zetten waarin de (komende) wet- en regelgeving die direct van belang is voor de medische beroepsuitoefening zo breed als mogelijk wordt beschreven.

Waarom een themaserie?

Medisch Contact heeft binnen de beroepsgroep een belangrijke functie. Dat hangt samen met een belangrijke doelstelling van Medisch Contact, namelijk voorlichting aan en opinievorming bij artsen/lezers. Een taak die vanuit de beroepsorganisatie steeds belangrijker wordt en ten aanzien waarvan we worstelen met de vraag hoe deze het best uit te voeren: het is één ding om een mening te hebben over de maatschappelijke processen die tot wetgeving leiden en de rol van de beroepsorganisatie hierbij, maar nog heel iets anders is het hoe alle artsen een zodanig inzicht te geven in al deze ontwikkelingen dat daardoor ook een oordeel vanuit de beroepsgroep naar voren kan komen dat door een goed geïnformeerde achterban wordt gedragen. Dit oordeel is nodig om diverse redenen. Het is noodzakelijk om bij het maatschappelijke rijpingsproces dat uiteindelijk tot regelgeving leidt als beroepsgroep nauw betrokken te zijn en op dat moment al onze stem te laten horen en invloed uit te oefenen; niet alleen bestaat anders het risico dat er onwerkbare en eenzijdige regels worden gemaakt, maar ook kan anders in een (te) laat stadium blijken dat de voorgenomen wetgeving niet uitvoerbaar is of tot ongewenste en zelfs onaanvaardbare neveneffecten leidt.
Het doel van de nu komende themaserie is aan de artsen in Nederland onder meer goede voorlichting te bieden over recente en komende wetgeving die rechtstreeks hun handelen als arts beïnvloedt. Niet behandeld worden nieuwe belastingwetgeving - hoe nuttig en interessant ook - of de oudedagsvoorziening, maar wel de wetgeving met invloed op de inhoud of de organisatie van het medisch handelen in ruime zin. Zowel het curatief handelen in de eerste en de tweede lijn als het sociaalgeneeskundig handelen staat daarbij centraal. De serie reikt van prenatale diagnostiek tot ziekteverzuim. Dat is een zeer divers terrein, maar daarvoor zijn dan ook ruim twintig afleveringen van Medisch Contact gepland, inclusief het voornemen tot een bundeling in boekvorm te komen.

Mogelijke vragen

Het terrein is breed, maar de initiatiefnemers denken dat er toch ook vele overeenkomsten zullen zijn. Behalve dat wij een actueel overzicht denken te bieden, verwachten we ook dat tendensen en op z'n minst vragen zichtbaar zullen worden waarop moet worden gelet. Een paar voorbeelden.

De spanning tussen wetgeving, zelfregulering en/of in het geheel geen regeling heeft weer nieuwe impulsen gekregen sinds in de Justitie-nota 'Zicht op wetgeving' in 1991 de term *'geconditioneerde zelfregulering'* is gelanceerd. Beperkte wetgeving met daarnaast ruime delegatie aan het veld, was van toen af aan het credo. Recente voorbeelden zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Klachtwet Zorgsector. Bij problemen verlaat men verder (voor een deel) vrij gemakkelijk de weg van wetgeving en verwacht men heil van (gedrags)codes. Een voorbeeld hiervan is de wetgeving rond het ziekteverzuim, waarin de onopgeloste en door de recente wetgeving zelfs versterkte problemen rond de uitwisseling van medische gegevens tussen de curatieve sector enerzijds en de controlerende en uitkerende sector anderzijds worden verschoven naar de 'Code voor beheer en verkeer sociaal-medische gegevens'.
De algemene maatschappelijke tendensen naar minder regelgeving vallen in de gezondheidszorg samen en worden versterkt door de ontwikkelingen die door de commissie-Dekker in gang zijn gezet en sindsdien in wisselende mate door regering en parlement zijn omhelsd. Dit houdt in, dat gestreefd wordt naar een *terugtredende overheid* in combinatie met sterk verminderde regelgeving, meer markt-

werking en concurrentie, alsmede afspraken gemaakt door partijen.
Het veld moet het maar regelen en de overheid op afstand blijven, is het motto in deze tijd. Als beroepsgroep kan je eigenlijk alleen maar vóór deze gedachte zijn. Maar toch is het oppassen geblazen, zeker in samenhang met de al genoemde dereguleringsgedachte.
Een paar vragen die opdoemen: Wat is de consequentie als het veld er niet uitkomt? Worden er dan in het nieuwe gezondheidszorgstelsel geen instellingen gebouwd? Zonder wetgeving zal het moeilijk zijn handhavings- en reguleringsmechanismen te realiseren. Is in de gezondheidszorg wel voldoende de 'countervailing power' aanwezig om ervan uit te gaan dat het eindresultaat van onderhandelingen evenwichtig en acceptabel zal zijn? Met andere woorden: wat te doen als het veld er wel uitkomt, maar de resultaten maatschappelijk gezien niet acceptabel zijn? Of als de resultaten voor een belangrijke (zwakke?) groep niet acceptabel zijn? En deze laatste groep zal lang niet altijd de patiënt zijn. Ook delen van de beroepsgroep ervaren iedere dag dat het krachtenveld verandert en dat posities niet onaantastbaar zijn. De cohesie binnen het veld der gezondheidszorg zelf is eveneens kleiner dan in het verleden het geval was, en verschillen van mening hoe invoelbaar ook verzwakken de onderhandelingspositie. Kortom, het evenwicht is minder vanzelfsprekend dan vroeger.
In de Nederlandse markteconomie worden zwakke groepen stelselmatig en in toenemende mate beschermd. Consumenten zijn daarvan het meest recente voorbeeld, maar in het verleden heeft dat ook voor werknemers en huurders gegolden. Naar de gezondheidszorg kijkend, staat niet zonder meer vast wie in welk geval de zwakste partij is en evenmin of de overheid die beschermt of zou moeten beschermen daarbij een goed evenwicht bewaart. De overheid vertoont de neiging om bij deze heroriëntatie vooral haar invloed te willen verminderen op gebieden waarop haar dat goed uitkomt en waar door terugtrekking geld kan worden bespaard. Bijvoorbeeld bij de herstructurering van adviesorganen komt in de plannen voor het ene overblijvende adviesorgaan niet meer de stem van het veld voor.

Rol beroepsgroep

Op de KNMG rust de verplichting zich in dit debat niet passief op te stellen, maar te interveniëren daar waar het belang van de volksgezondheid en de artsen in Nederland dat vergt.
De activiteiten van de KNMG op het gebied van een zorgvuldige besluitvormingsprocedure bij *euthanasie* en andere vormen van levensbeëindiging en de daarop betrekking hebbende wetgeving in Nederland, zijn de afgelopen tien jaar divers en diepgaand geweest. Niet alleen werd een eigen standpuntbepaling geformuleerd en werden discussienota's uitgebracht, ook is diverse malen overleg gevoerd met de Kamer, de fracties van de politieke partijen in Tweede en Eerste Kamer, ambtenaren van Justitie en WVC, de overleggroep procureurs-generaal Staatstoezicht en anderen. Vele medisch-ethische onderwerpen zijn sindsdien gevolgd en vele zullen er nog volgen, zoals in de themaserie ook zal blijken.
Minder bekend, maar eveneens intensief, zijn onze bemoeienissen met de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen geweest. Daarbij is onder meer gewezen op de mogelijke ongewenste neveneffecten van een grote nadruk op het recht op zelfbeschikking. De dilemma's van dwang en drang, van bestwil en zelfbeschikking zijn niet opgelost en zullen dat ook nooit helemaal worden, maar de stem van de artsen is ingebracht. Dat zal ook in de toekomst geschieden, ook al zal het resultaat niet iedereen tevreden stellen.
De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is voor een groot deel geënt op regelingen die door de medici zijn opgezet. Het hele systeem van vervolgopleidingen, de daarmee samenhangende registratie en herregistratie, het tuchtrecht, is oorspronkelijk door de beroepsgroep zelf opgezet en wordt nog steeds mede door haar bepaald.
De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, in de wandeling wel de Patiëntenwet genoemd, is een ander verhaal: Terughoudendheid en voorzichtigheid waren troef in de artsenwereld en bestaan daar nu nog tot op zekere hoogte. Dat neemt niet weg dat de beroepsorganisatie vanaf het eerste voorontwerp een constante discussie heeft geëntameerd, een discussie die er ook is gekomen, over nut en noodzaak van patiëntenwetgeving en dat er erkenning is ontstaan van de maatschappelijke behoefte daaraan. Bovendien is in 1991 de modelregeling arts-patiënt tussen de KNMG en het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (nu: Vereniging Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie) overeengekomen. Deze regeling, welke de status heeft van zwaarwegend advies aan het veld, is in feite een voorloper van de WGBO. Op onderdelen valt er altijd iets te verbeteren, maar de uiteindelijke wet zoals deze nu bij de Eerste Kamer ligt, lijkt een redelijke afspiegeling van de feitelijke geaccepteerde wederzijdse rechten en plichten in de arts-patiënt relatie.
Ook minder 'opvallende' wetgeving, zoals de Wet Collectieve Preventie en de Wet Bevolkingsonderzoek, heeft verregaande consequenties voor de kwaliteit van zorg in Nederland en het functioneren van artsen en verdient daarom onze onverminderd de aandacht.
Wetgeving staat niet op zichzelf, maar is altijd het resultaat van een maatschappelijk proces. Dat betekent dat de stem van de beroepsgroep al in een vroeg stadium moet worden gehoord. Een recent voorbeeld van waar dat is geschied, is het rapport van de commissie-Biesheuvel. Op wat voor wijze dan ook geïmplementeerd, het zal zeker op enig moment tot nieuwe of gewijzigde wet- en regelgeving leiden, waarover dan weer discussie ontstaat. En het belang van de beroepsbeoefenaren in de curatieve zorg is groot. Reden voor de KNMG om niet alleen snel met een eerste reactie te komen, maar daarop aansluitend ook een diepgaander analyse te maken van het rapport en het daaropvolgende regeringsstandpunt: een neerslag daarvan hebt u kunnen vinden in Medisch Contact van 18 maart (MC nr. 11/1994, blz. 369). Een alert optreden vanuit de beroepsgroep bij algemene discussies over structuur en organisatie van de gezondheidszorg blijft (ook) met het oog op de consequenties in termen van wetgeving geboden.

> *Wetgeving staat niet op zichzelf, maar is altijd het resultaat van een maatschappelijk proces*

Aanzet tot discussie

De redactie van Medisch Contact en het secretariaat van de KNMG hopen dat de nu geplande themaserie, die zo is opgezet dat in elk nummer steeds een arts en een jurist hun licht over komende en bestaande wet- en regelgeving zullen laten schijnen, aanleiding zal geven tot meningsvorming en discussie. Hoofddoel is het goed geïnformeerd zijn over en betrokken raken bij voor hen belangrijke onderwerpen van de artsen in Nederland. Het is zinniger nu een discussie te entameren over kansen en bedreigingen dan dadelijk als beroepsgroep voor voldongen feiten te staan - iets wat u bij uitstek van uw beroepsorganisatie en haar tijdschrift mag verwachten. •

mw dr W.R. Kastelein,
secretaris-jurist KNMG

Twintig jaar gezondheidscentrum

De geschiedenis van het Withuis in Venlo

H.F.J.M. Crebolder, R.F. van der Grinten, J. Muris

Is het gezondheidscentrum wel een geslaagd en levensvatbaar verschijnsel? Een evaluatie van twintig jaar ervaring in Venlo toont het aan: het concept deugt, maar de randvoorwaarden zijn slecht.

DE BEOOGDE MULTIDISCIPLINAIRE samenwerking in een gezondheidscentrum is ingewikkeld en veeleisend. Lamberts, de oprichter van het gezondheidscentrum Ommoord in Rotterdam sprak al in 1974 over "een routebeschrijving door een ruig landschap".[1] Als je naar de getallen kijkt, moet je je afvragen of het gezondheidscentrum wel een geslaagd en levensvatbaar verschijnsel is. Minder dan 10% van de huisartsen werkt in een gezondheidscentrum.[2] Voor de andere disciplines zullen die cijfers niet veel anders liggen. Wat betekent dat? Deugt het concept niet? Zijn de randvoorwaarden onvoldoende? Of maken de werkers er een potje van?

Wat ons betreft is het antwoord duidelijk. Het concept deugt. Aan de inzet van de werkers ligt het niet, maar de constructie van de randvoorwaarden - in het bijzonder de wettelijke voorwaarden - is ronduit slecht.[3] Zeker, het gezondheidscentrum is erkend als aparte voorziening, maar toch steeds met een voorlopig karakter en een ingewikkelde financiering. Wat echt nodig was: het scheppen van een helder wettelijk kader waarin de schotten in de financiering van de thuiszorgdisciplines werden verwijderd, heeft niet plaatsgevonden. Het is dan ook onthullend twintig jaar na dato opnieuw de toespraak van prof.dr H. Leenen ter gelegenheid van de opening van het centrum te lezen.[4] Niets daaruit heeft aan actualiteit ingeboet. Hij sprak toen over vastgelopen vernieuwingsdrang, de behoefte aan een nieuw bestuurssysteem en de vraag of de vernieuwing van bovenaf of van onderop moet komen.

Wat is er gebeurd in de tussentijd? De uitkomst van meer dan twintig jaar ervaring en doorgaans positieve evaluaties is dat de gezondheidscentra zich op de vrije markt moeten storten en zien klaar te krijgen dat ze via een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar hun budget gefinancierd krijgen.

In het Verenigd Koninkrijk is het anders gelopen, terwijl de organisatie van de gezondheidszorg vergelijkbaar is met die van ons. Krachtige stimulering en subsidiëring van gezondheidscentra heeft daar tot een omgekeerd profiel geleid: minder dan 10% van de huisartsen werkt niet in een centrum. En daar is nu weer een nieuwe stimulans aan toegevoegd. Budgetfinanciering - onder bepaalde condities - van gezondheidscentra leidt, met gebruikmaking van het marktmechanisme, tot een veel gelijkwaardiger verhouding van de eerste en tweede lijn.[5]

In Nederland heeft een ontwikkeling als in Engeland zich niet doorgezet. De veelbelovende 'Structuurnota' van staatssecretaris Hendriks uit 1974 is op wettelijk vlak niet uitgewerkt.[3] De prijs daarvoor wordt nu zichtbaar: de invulling van thuiszorg zou thans conceptueel en logistiek heel wat eenvoudiger verlopen, ware dat wel gebeurd.

In deze bijdrage worden twintig jaar van een gezondheidscentrum beschreven aan de hand van lokale en nationale gebeurtenissen.

Geschiedenis

Hoe verhoudt zich de geschiedenis van het Venlose gezondheidscentrum Withuis met het totaal van de geschetste ontwikkelingen? Daarin is een interne en externe lijn te onderscheiden. Tot de interne lijn behoren de organisatie, de multidisciplinaire samenwerking, de rol van de achterban en de relatie met de patiënten. Als externe elementen zijn aan te geven de relaties met het ziekenfonds en de Ziekenfondsraad, de collegae van de waarneemgroep, het lokale ziekenhuis, de kruisvereniging, het maatschappelijk werk; en wetenschappelijk onderzoek, opleidingen en academisering.

Organisatie

In 1972 wordt in Venlo de Stichting Gezondheidscentrum Withuis opgericht. Deze zal het gezondheidscentrum beheren en exploiteren, en tevens als werkgever fungeren voor de huisartsen (in dienstverband) en de assistentes; de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden gaan een detacheringsovereenkomst aan. De bestuursleden: een jurist, een financieel deskundige, een senior staflid van het Nijmeegs Universitair Huisarts Instituut, een ziekenhuisspecialist en een lid namens de patiënten, werden benoemd op voordracht van het team. Drie teamleden woonden alle bestuursvergaderingen bij. Uit het bij de statuten gevoegde huishoudelijke reglement blijkt dat er toen sprake was van een 'afgeplatte' hiërarchie, passend bij de opvattingen daarover in de jaren zeventig. De afstand tussen het bestuur en het team (in het bijzonder de artsen) was klein. Naast arbeidsrechtelijke en financiële perikelen kwamen in de bestuursvergaderingen velerlei maatschappelijke onderwerpen aan bod: inzagerecht van patiëntgegevens en privacy, deeltijdarbeid van huisartsen, beleid ten aanzien van allochtonen, abortus provocatus, de katholieke signatuur van het ziekenhuis, de betekenis van alternatieve geneeswijzen, wetenschappelijk onderzoek en academisering, de patiënt(on)vriendelijkheid van een gezondheidscentrum, de wijkgebondenheid. Eind jaren tachtig, ongeveer vijftien jaar na de start, werd steeds duidelijker dat de slagvaardigheid van het bestuur en het team te wensen overliet. Te zeer werd een ieder bij alles betrokken en er werd derhalve te veel vergaderd. De horizontale hiërarchie maakte plaats voor een verticale. Er werd een directeur aangesteld, die samen met de administratief coördinator verantwoordelijk is voor het dagelijkse management. De directeur onderhoudt de formele contacten met de subgroepen en verzorgt voortaan de communicatie met het bestuur.

Multidisciplinaire samenwerking

Hoewel er steeds formele teamvergaderingen en patiëntbesprekingen hebben plaats gevonden, zij het in wisselende vorm en frequentie, is het dagelijks contact tijdens de koffiepauze het belangrijkste forum gebleven. Heet van de naald worden gegevens over patiënten uitgewisseld en adviezen ingewonnen. Gevoe-

lens van onmacht en tevredenheid kunnen worden geuit. De kans op burn-out wordt daardoor sterk beperkt.[6] De teambesprekingen hebben de eerste jaren erg veel tijd gevergd. Ze werden zelfs in de avonduren gehouden. In de opbouwfase waren er veel zaken te bespreken. Men kende elkaars werk en werkwijze nog onvoldoende en een efficiënte vergadertechniek moest nog worden geleerd.
De laatste jaren worden de meeste regelzaken in de diverse subgroepen besproken en zonodig door de directeur gecoördineerd. Ook de patiëntbesprekingen hebben een evolutie doorgemaakt. Aanvankelijk waren het casusbesprekingen, die vooral ten doel hadden de bekendheid met elkaars deskundigheid te bevorderen. De casus werden afwisselend door de verschillende disciplines ingebracht. Vanaf 1980 is er geëxperimenteerd met een aantal methoden om de interacties te bevorderen: vissekom, rollenspel, gebruik van audiobanden en aanwezigheid van de patiënt en partner. Enige jaren is gebruik gemaakt van consulenten van de RIAGG of van de afdeling medische psychologie van het ziekenhuis.[7] De laatste tijd hebben deze bijeenkomsten de vorm van goed voorbereide thematische besprekingen gekregen, al of niet in aanwezigheid van een consulent. Voorbeelden van themata zijn: stervensbegeleiding, depressieve patiënten, het gebruik van systeemtheorie bij relatieproblemen, de taak van de wijkverpleegkundige bij diabetes-type-II.
Aangezet door ervaringen elders is al voor de formele start van het gezondheidscentrum contact gelegd met een agoog.[8] Gedurende bijna twaalf jaar heeft een agoog periodiek (vijf- à zesmaal per jaar) deelgenomen aan bijeenkomsten van het team. Vooral in de eerste jaren en tijdens crises was zijn inbreng bijzonder waardevol.[9] Aan het einde van die periode werd duidelijk dat er binnen het team voldoende agogische expertise was gegroeid; behoefte aan hulp van buiten is niet meer naar voren gekomen.

De achterban

Een bijzondere rol is in de eerste jaren vervuld door 'de achterban als discipline buiten de muren'.[10] De echtgenoten van de huisartsen waren aanvankelijk sterk betrokken bij het gehele gebeuren in het team. Enerzijds werd de overgang voor sommigen van een solopraktijk naar een gezondheidscentrum daardoor vergemakkelijkt, anderzijds leefde toen de overtuiging dat de afstand tussen de werk- en privé-situatie niet te groot moest zijn. Gezien de enorme inspanningen die nodig waren om het centrum van de grond te krijgen, kan achteraf worden gesteld dat die inzet van vitale betekenis is geweest.

Relatie met de patiënten

Van meet af aan speelde de vraag of de grootschaligheid van een gezondheidscentrum de persoonlijke relatie van de hulpverleners met de patiënten negatief zou beïnvloeden. Uit een onderzoek van een onzer zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden.[11] Het steeds aanwezig zijn van een arts die ook tijdens vakanties en andere afwezigheid de beschikking had over de medische gegevens werd als een belangrijk voordeel gezien. Bij de start van het gezondheidscentrum is besloten dat ieder van de 9.500 patiënten bij een van de huisartsen op naam zou worden ingeschreven.
De schaalgrootte maakte het mogelijk op systematische wijze de patiëntenpopulatie te informeren over en te betrekken bij de activiteiten van het gezondheidscentrum. De aparte bestuurszetel werd al genoemd. Vrij spoedig na de oprichting, in 1973, is de eerste Withuiskrant verschenen. Sedertdien krijgen alle patiënten (in casu wooneenheden) ten minste viermaal per jaar gratis deze langstbestaande patiëntenkrant van Nederland. De onafhankelijke redactie bestaat uit vijf patiënten en twee teamleden. De doelstellingen zijn helder geformuleerd: voorlichting geven over de gezondheidszorg, het kenbaar maken van de opvattingen van het team daarover, het aanbieden en aankondigen van concrete activiteiten (bijvoorbeeld voorlichtings- en instructiebijeenkomsten), het bevorderen van de eigen inbreng en verantwoordelijkheid van de patiënten, en het scheppen van een forum voor patiënten en hulpverleners (bijvoorbeeld door middel van ingezonden brieven).[12]
In 1985 is er een lezersonderzoek uitgevoerd bij een aselecte steekproef van 420 personen.[13] Daaruit bleek dat meer dan de helft van de patiënten de krant intensief las; dat gebeurde meer naarmate de leeftijd hoger en de opleiding lager was. Er is een evidente plaats voor dergelijke kleinschalige en persoonlijke informatie, voorlichting en instructie, juist vanuit het eigen eerstelijnsteam.

Van meet af aan speelde de vraag of de grootschaligheid van een gezondheidscentrum de persoonlijke relatie van de hulpverleners met de patiënten negatief zou beïnvloeden

Ziekenfonds en Ziekenfondsraad

Het Ziekenfonds Noord Limburg (ZNL) heeft de totstandkoming en het voortbestaan van het centrum steeds gesteund. De overeenkomst tussen dit ziekenfonds en de stichting behoefde de goedkeuring van de Ziekenfondsraad. Het verkrijgen daarvan heeft vijf jaar gekost. De belangrijkste reden daarvoor was dat het gezondheidscentrum als voorziening niet erkend was.
Pas in 1977 was de voorlopige erkenning een feit. De met steun van het Nijmeegs Universitair Huisarts Instituut uitgevoerde evaluatiestudie was daarbij van groot belang.[11] Daaruit bleek dat er geen verschraling van de arts-patiëntrelatie optrad en dat de verwijs- en opnamecijfers terugliepen; tevens werd meer inzicht verkregen in het (potentiële) takenpakket van de wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en assistente. De afgesloten overeenkomst heeft vervolgens gediend als voorbeeld voor de stimulering- en subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad en later van WVC.[14]

De beroepsgroep huisartsen

Noch de lokale collegae, noch de LHV toonden zich enthousiast over deze toen nieuwe vorm van gestructureerde samenwerking. Concurrentieoverwegingen en de vraag naar de meerwaarde voor de patiënt speelden op plaatselijk niveau een rol. De LHV was door het aangegane loondienstverband van de huisartsen bevreesd voor tweespalt in de vereniging. Dat heeft zelfs geleid tot een bezoek van een verontrust LHV-bestuur aan het team en bestuur van het centrum.

Het ziekenhuis

Het streven van de huisartsen om de eigen klinische competentie te vergroten en de structurele mogelijkheden die het gezondheidscentrum daartoe bood, leidden tot fricties met sommige specialismen. Zo geeft het streven om de eerste-hulpfunctie zelf te vervullen nog steeds aanleiding tot discussies over achteraf-verwijskaarten. Het door de huisarts begeleiden van diabeten-type-II werd aanvankelijk tegengewerkt. Is de monopoliepositie van het ziekenhuis debet aan deze opstelling?
Inmiddels is er wel samenwerking ontstaan op de gebieden diabetes, CARA en transmurale zorg. Het lidmaatschap van een internist van het bestuur van de stichting heeft daarop een positief effect gehad.

Kruisvereniging en maatschappelijk werk

De detachering van haar medewerkers bij het gezondheidscentrum en de handhaving van het dienstverband bij de kruis-

vereniging had een dubbele loyaliteit ten gevolge, die de bestuurlijke verhoudingen gedurende vele jaren heeft gecompliceerd. Dat kwam het meest pregnant tot uiting bij het streven van het team de zuigelingen- en kleuterbureaus in eigen beheer te gaan uitvoeren. Dat was immers een concrete invulling van het 'comprehensive primary health care concept' waarvan talloze beleidsnotities bol stonden. Futiele meningsverschillen over het aantal nieuwgeborenen per praktijk, een uiterst dubieuze standaard, moesten worden voorgelegd bij de Inspectie voor de Volksgezondheid. Tenslotte is er op provinciaal niveau overeenstemming bereikt over de condities.[15]

Met het maatschappelijk werk is het minder hoog opgelopen. Dat neemt echter niet weg dat na een vliegende start de personele invulling vanwege het terugdraaien van de financiering geleidelijk werd verminderd. Opvallender is echter de ontwikkeling op conceptueel niveau. Ondanks inspanningen en verwachtingen is het niet gelukt te komen tot een integratie van het zogenoemde medisch en sociaal hulpverleningsmodel.[16] Afgezien van de haalbaarheid van het concept heeft de langdurige afwezigheid van het maatschappelijk werk tijdens patiëntbesprekingen daarbij ook een rol gespeeld. In feite is het medisch model in toenemende mate gaan prevaleren. Landelijk gezien lijkt zulks ook het geval, zoals moge blijken uit de afwezigheid van het maatschappelijk werk bij de reconstructie van de thuiszorg. Daarmee is een andere illusie van de jaren zeventig begraven.

Het zou van wijs beleid getuigen als er weer nieuwe groeikansen zouden worden geboden

Wetenschappelijk onderzoek

Door het omvangrijke evaluatieonderzoek - leidend tot een proefschrift - is er een band ontstaan met het Nijmeegs Universitair Huisarts Instituut.[11] Dat heeft bijgedragen tot een continuering van wetenschappelijk onderzoek en het deelnemen aan de opleiding van alle betrokken disciplines. In 1987 kwam een proefschrift gereed over de inbreng van patiënten bij het consult.[17] Naar schatting hebben 200 personen een deel van hun opleiding in het Withuis gevolgd en zijn er vijftien afstudeerscripties geschreven. De schaalgrootte is aantrekkelijk voor patiëntgebonden onderzoek. Voorts maakt de aanwezigheid van meer disciplines een gezondheidscentrum tot een interessante opleidingsplaats.

In 1986 is een overeenkomst aangegaan met de Rijksuniversiteit Limburg. Sindsdien maakt het centrum deel uit van een netwerk van geacademiseerde praktijken.[18] Een aparte geldstroom stelt de Rijksuniversiteit Limburg daartoe in staat. De participatie aan het netwerk biedt de mogelijkheid aan de hand van een werkplan en extra inzet van materiële middelen, systematisch te werken aan wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. De automatisering werd geïntroduceerd en aangesloten werd bij het Registratienetwerk Huisartspraktijken.[19]

De academiseringstaken zijn verdeeld over de artsen. Een derde promotieonderzoek betreffende niet-acute buikklachten is zo gereed gekomen. Aan diverse andere promoties werd, ook door de andere disciplines, substantiële steun verleend.

Beschouwing

Terugkijkend op de geschiedenis van een twintig jaar oud gezondheidscentrum, valt op dat de bestaansgronden heden ten dage nog even valide zijn als destijds. Sommige illusies van de jaren zeventig zijn door de tijd ingehaald. Desondanks is de inzet en toewijding van diverse generaties professionals onverminderd.

De bijdrage van de gezondheidscentra aan de ontwikkeling van de eerstelijns zorg en huisartsgeneeskunde is tot nu toe buitenproportioneel groot geweest. Samenwerking binnen en tussen disciplines is inmiddels een alom geaccepteerde en geappreciëerde wijze van werken. De omstandigheden bleken een stimulans te zijn voor onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbewaking. De omvang van de praktijkpopulatie (de epidemiologische noemer) maakt patiëntgebonden onderzoek aantrekkelijk. Protocollen en afspraken met ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen kunnen gemakkelijk tot stand komen en zijn ook toetsbaar. De voorlichting aan patiënten kan efficiënt, eigentijds en toch persoonlijk geschieden.

Paradoxaal genoeg wordt nu met het concept 'huisartsengroep' hetzelfde nagestreefd, maar een heldere infrastructuur ontbreekt en er is geen sprake van enige druk om de individuele autonomie van de huisarts prijs te geven. De effecten van deze organisatievorm van huisartsen zullen dan ook waarschijnlijk maar gering zijn, zeker als men ze afzet tegen de expansiedrift van ziekenhuizen. Denk hierbij aan initiatieven als menopauze en osteoporoseklinieken en de penetratie van de thuiszorgmarkt.[20]

Het onderzoek van Oosterman-Meulenbeld 'De eerstelijnszorg in juridisch perspectief' maakt de stagnatie van de groei van het aantal gezondheidscentra meer dan duidelijk.[3] De overheid en de wetgever zijn in gebreke gebleven. Het zou van wijs beleid getuigen als er weer nieuwe groeikansen worden geboden. Ook voor de LHV ligt hier een taak. Experimenten met budgetfinanciering of anderszins zouden binnen een dergelijke context, bijvoorbeeld onder de hoede van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) geïnitieerd kunnen worden.

De geschiedenis laat zien dat het gezondheidscentrum springlevend en bij de tijd is! •

prof.dr H.F.J.M. Crebolder,
huisarts te Venlo en hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg

dr R.F. van der Grinten,
huisarts te Venlo
drs J. Muris,
huisarts te Venlo

Literatuur

1.Lamberts H. Samenwerken in een team; een routebeschrijving door een ruig landschap. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 15-23.

2.Een hele zorg minder. Landelijke Huisartsen Vereniging. Jaarverslag 1992.

3.Oosterman-Meulenbeld AC. De eerstelijnszorg in juridische perspectief. Arnhem: Gouda Quint, 1992.

4.Leenen H. Het gezondheidscentrum in de samenleving. Maatschappelijke Gezondheidszorg 1973; 5: 394.

5.Crebolder HFJM. Budgetfinanciering van en door huisartspraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd 1992; 136: 1589-91.

6.Caris-Verhallen W, Sixma H. Burn-out bij huisartsen. Medisch Contact 1993; 48: 519-22.

7.Receveur A. Consultatie in het gezondheidscentrum Withuis. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 1980.

8.Hollander H, Ravenzwaaij JF van, Whitlau WAC. Groepspraktijken en groepsprocessen. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 1-7 en 365-72.

9.Alting von Geusau WAM. Met een (ag)oog op samenwerking. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 129-34.

10.Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Cliënten, cijfers en beschouwingen. Proefschrift. Mijdrecht: Verweij, 1977.

11.Crebolder-van der Velde E. De achterban als discipline buiten de muren I. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 344-5. ibidem II Huisarts en Wetenschap 1976; 19: 108-9.

12.Grinten R van der. Vijf jaar Withuiskrant. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 26-8.

13.Grinten R van der, Rijt G van de, Stevens N. De Withuiskrant. Een enquête onder de lezers van een patiëntenkrant. Huisarts en Wetenschap 1987; 30: 234-7.

14.Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra. Ziekenfondsraad, 1979 [uitgave nr 104].

15.Crebolder HFJM, Wouw H van de. Voorwaarden en normen voor het consultatiebureau in de eerste lijn. Afspraken in Limburg. Medisch Contact 1984; 39: 467-70.

16.Lamberts H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde: tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medisch model. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 369-83.

17.Grinten R van der. Inbreng van patiënten. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen. 1988.

18.Kocken RJ c.s. Academisering van de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1992; 47: 811-3.

19. Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, Kocken RJ, Limonard CBG. Het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg. Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 491-9.

20.Munsterman OK, Wieringa GJ. Een nieuwe ronde nieuwe kansen. Ontwikkeling van ziekenhuisverplaatste zorg in Nederland. Ziekenhuis 1993; 23: 379-81.

Pas afgestudeerde huisartsen op zoek naar een praktijk

Wensen en voorkeuren

L. Hingstman, J.M. Bensing en J. Harmsen

De solopraktijk heeft haar langste tijd gehad. Part-time werken is in, werken in een grote stad is uit. Dit concludeert het Nivel uit zijn onderzoek naar het vestigingsgedrag van praktijkzoekende huisartsen.

IN DE AFGELOPEN JAREN is een aantal studies verschenen waarin werd gewezen op een dreigend tekort aan huisartsen.[1,2] Naar aanleiding hiervan bracht de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in juli 1993 zijn 'Advies over de beroepskrachtenvoorziening huisartsen' uit.[3] In dit advies wordt gesteld, dat er jaarlijks 150 huisartsen extra moeten worden opgeleid om aan de toekomstige behoefte aan huisartsen te kunnen voldoen. Dit zou betekenen dat de huidige opleidingscapaciteit van 280 met ongeveer de helft moet worden uitgebreid.

Ongeacht de beslissing van de overheid de opleidingscapaciteit wel of niet uit te breiden, is er momenteel sprake van een ruime arbeidsmarkt voor huisartsen. Dit betekent dat de behoefte aan huisartsen groter is dan het aanbod. Huisartsen die nu van de opleiding komen kunnen makkelijker een praktijk vinden die overeenkomt met hun wensen dan in de situatie van een krappe arbeidsmarkt. Immers, bij een krappe arbeidsmarkt, waarbij het aanbod aan praktijkzoekende huisartsen veel groter is dan het aantal praktijken dat vrijkomt, zijn de praktijkzoekende huisartsen eerder geneigd een praktijk te accepteren die niet geheel overeenkomt met hun persoonlijke wensen. Het vestigingsgedrag van huisartsen wordt dus voor een deel beïnvloed door de situatie op de arbeidsmarkt.

Indien de opleidingscapaciteit van de huisartsopleiding niet wordt verruimd, zal er sprake blijven van een ruime arbeidsmarkt voor huisartsen. Het daarmee samenhangende vestigingsgedrag van pas afgestudeerde huisartsen kan een aantal ongewenste ontwikkelingen met zich meebrengen. Wij wijzen in dit verband op de problemen die er thans bestaan bij het aantrekken van nieuwe huisartsen in een aantal grote steden van ons land.[4,5] Om inzicht te krijgen in dit soort ontwikkelingen gaan wij in dit artikel in op de vestigingsvoorkeuren van de huidige groep praktijkzoekende huisartsen.

Methode

De gegevens die in dit artikel worden gebruikt zijn ontleend aan de Registratie van Praktijkzoekende Huisartsen van het Nederlands instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel).[6] Voor deze registratie worden sinds 1984 ieder jaar alle nog niet gevestigde huisartsen schriftelijk geënquêteerd. In de enquête van 1 januari 1993 is een aantal extra vragen opgenomen over de wensen en voorkeuren van de praktijkzoekende huisartsen ten aanzien van de praktijk waarnaar zij op zoek waren, dat wil zeggen: soort praktijk, praktijkomvang, praktijklocatie en dergelijke.

De groep die voor de registratie op 1 januari 1993 werd aangeschreven bestaat in de eerste plaats uit pas afgestudeerde huisartsen die bij de vorige peiling (1 januari 1992) hadden aangegeven nog niet te zijn gevestigd, maar wel op zoek waren naar een praktijk (in totaal 534 personen). De tweede groep die was aangeschreven bestaat uit alle huisartsen die in de loop van 1992 de opleiding hebben voltooid (in totaal 272 personen). Voor de peiling van 1 januari 1993 hebben dus 806 huisartsen een enquête ontvangen. Na een schriftelijk en telefonisch rappel bedraagt de totale respons circa 93%.

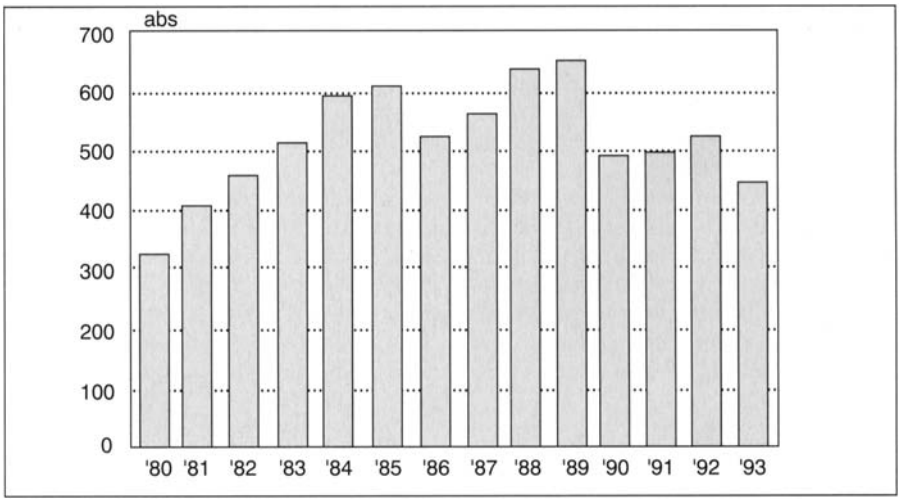
Uitkomsten

Aantal praktijkzoekende huisartsen

Per 1 januari 1993 zijn er in Nederland 450 praktijkzoekende huisartsen. Dit aantal is ten opzichte van de vorige peiling in 1992 (534) aanzienlijk gedaald. Ruim 36% van de praktijkzoekende huisartsen is vrouw. Als wij de ontwikkeling van het aantal praktijkzoekende huisartsen in de afgelopen tien jaar onder de loep nemen, dan zien wij dat er tot het van kracht worden van het wettelijk vestigingsbeleid in 1986 jaarlijks sprake was van een snelle toename van het aantal praktijkzoekende huisartsen. In 1986 nam het aantal praktijkzoekenden abrupt af. In de jaren daarna nam het aantal weer geleidelijk toe tot het jaar 1990. De sterke afname in 1990 heeft te maken met de uitbreiding van de opleidingsduur van één naar twee jaar in 1988 en de daarmee samenhangende halvering van de opleidingscapaciteit (*figuur 1*).

Van de 450 praktijkzoekende huisart-

Figuur 1. Aantal praktijkzoekende huisartsen vanaf 1980 per 1 januari.



sen per 1 januari 1993 is circa 67% werkzaam als waarnemer of als assistent-huisarts. De rest voert andere werkzaamheden uit binnen de gezondheidszorg (verpleeghuis-, consultatiebureau-, tropenarts). Slechts 1% van de 450 praktijkzoekende huisartsen is werkloos.

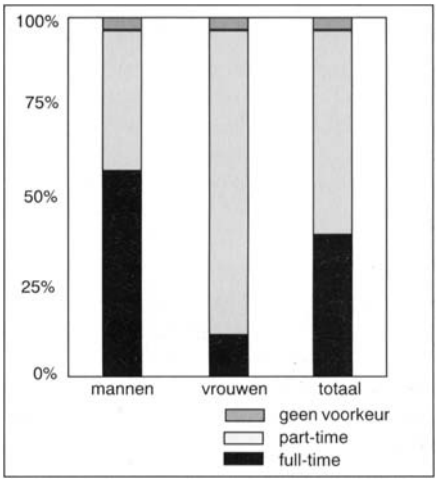
Vrij beroep of loondienst?

Slechts een klein deel (5%) van de Nederlandse huisartsen werkt in loondienst. Dit zijn voor het merendeel huisartsen die in een gezondheidscentrum werken. Het grootste deel (95%) is dus werkzaam in een vrij beroep. Als wij de praktijkzoekende huisartsen de vraag voorleggen op welke wijze men het beroep van huisarts het liefst zou willen uitoefenen, dan geeft een meerderheid (62%) de voorkeur aan een vrij beroep; 16% spreekt zich uit voor het werken in loondienst en 22% heeft geen voorkeur. Opvallend zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen. Ruim 73% van de mannen spreekt zich specifiek uit voor een vrij beroep tegen 42% van de vrouwen. Meer dan een kwart van de vrouwen zou het liefst in loondienst willen werken, van de mannen was dit 10% (*tabel 1*).

Part-time of full-time?

Van de huidige groep gevestigde huisartsen werkt circa 25% part-time. Als het aan de huidige groep praktijkzoekende huisartsen ligt zal het aantal part-timers de komende jaren snel toenemen. Bijna 57% van hen zou bij voorkeur part-time willen werken; het zijn echter vooral de vrouwen die zich uitspreken voor een part-time functie (86%). Toch zien wij dat ook bijna 41% van de mannen bij voorkeur een part-time functie ambieert (*figuur 2*).

Figuur 2. Wensen van mannelijke en vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen ten aanzien van het full-time of part-time werken.



Als vervolgens wordt gekeken hoeveel uur men per week bij voorkeur zou willen werken (exclusief beschikbaarheidsdiensten) blijkt dat circa 53% van alle praktijkzoekende huisartsen minder dan 32 uur per week zou willen werken. De gemiddelde gewenste duur van de werkweek bedraagt 33,6 uur. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn erg groot. Bijna 83% van de vrouwen ambieert een werkweek van minder dan 32 uur, tegen 37% van de mannen (*tabel 2*).

De grote verschillen tussen mannen en vrouwen zien wij ook terug als wij vragen uit hoeveel patiënten de praktijk bij voorkeur zou moeten bestaan. De gemiddelde gewenste praktijkomvang voor mannen bedraagt 2.235 patiënten en voor vrouwen 1.862 patiënten.

Praktijkvorm

Een praktijkvorm waarin sprake is van een multidisciplinaire samenwerking is het gezondheidscentrum. Slechts 9% van alle Nederlandse huisartsen is werkzaam in een gezondheidscentrum. Als aan alle praktijkzoekende huisartsen de vraag wordt voorgelegd of zij wel of niet in een gezondheidscentrum willen werken, dan blijkt dat 24% van alle praktijkzoekende huisartsen wel in een gezondheidscentrum wil werken (*figuur 3*); bijna 44% wil niet in een gezondheidscentrum werken, 33% heeft geen voorkeur. Het zijn vooral de vrouwen die voor een gezondheidscentrum kiezen: bijna 32% van haar kiest voor een gezondheidscentrum, tegen 19% van de mannen.

Voor wat betreft de monodisciplinaire samenwerkingsverbanden blijkt dat nog steeds een meerderheid (52%) van de huisartsen solo werkt. Daarnaast werkt ➡

*Tabel 1. Wijze waarop mannelijke en vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen het beroep van huisarts het liefst zouden willen uitoefenen.**

	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
vrij beroep	205	73,2	66	42,0	271	62,0
loondienst	29	10,4	41	26,1	70	16,0
geen voorkeur	46	16,4	50	31,8	96	22,0
totaal	280	100,0	157	100,0	437	100,0

* 10 mannen en 3 vrouwen hebben deze vraag niet beantwoord.

*Tabel 2. Aantal uren dat praktijkzoekende huisartsen per week zouden willen werken.**

uren	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 8	1	0,4	-	-	1	0,2
9-16	3	1,1	5	3,4	8	1,9
17-24	18	6,7	53	35,8	71	16,8
25-32	80	29,1	65	43,9	145	34,4
33-38	32	11,8	8	5,4	40	9,5
39-44	90	32,8	15	10,1	105	24,9
> 44	50	18,2	2	1,4	52	12,3
totaal	274	100,0	148	100,0	422	100,0
gemiddeld	36,6	uur	27,9	uur	33,6	uur

* 17 mannen en 11 vrouwen hebben deze vraag niet beantwoord.

*Tabel 3. Gewenste praktijkvorm van praktijkzoekende huisartsen.**

praktijkvorm	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
solopraktijk	43	15,2	1	0,6	44	10,0
duopraktijk	136	48,2	75	47,5	211	48,0
groepspraktijk	80	28,4	75	47,5	155	35,2
geen voorkeur	23	8,1	7	4,4	30	6,8
totaal	282	100,0	158	100,0	440	100,0

* 9 mannen en 1 vrouw hebben deze vraag niet beantwoord.

30% in een duopraktijk en 18% in een praktijk met drie of meer huisartsen (groepspraktijk). Uit onze enquête blijkt dat slechts 10% van alle praktijkzoekende huisartsen het liefst in een solopraktijk wil werken. Deze groep bestaat overigens voor het grootste deel uit mannen. Er zijn vrijwel geen vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen die solo zouden willen werken. De meeste praktijkzoekende huisartsen zouden het liefst in een duopraktijk (48%) of een groepspraktijk (35%) werken (*tabel 3*).

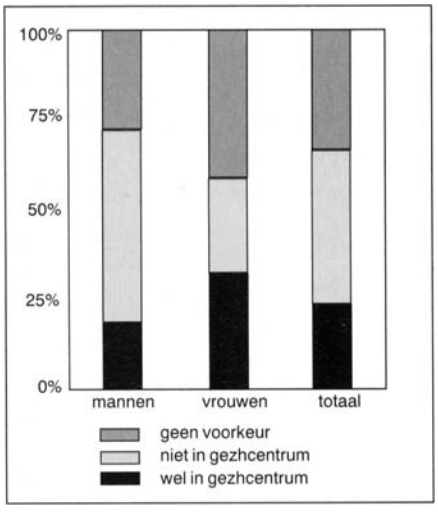
Stad of platteland

Bijna 48% van alle Nederlandse huisartsen is gevestigd op het platteland of het verstedelijkte platteland (inclusief forensengemeenten); 11% in de kleine steden; 16% in de middelgrote steden en 25% in de grote steden. Als wij aan de praktijkzoekende huisartsen vragen waar men het liefst de praktijk zou willen uitoefenen, blijkt dat de meerderheid (54%) van de praktijkzoekende huisartsen zich het liefst op het platteland of het verstedelijkte platteland zou willen vestigen. De minst favoriete vestigingsplaatsen zijn de grote steden van ons land (9%). Met betrekking tot de vestigingsvoorkeuren zijn er geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen, zij het dat vrouwen wat meer op de steden gericht zijn (49%) dan de mannen (41%) (*tabel 4*).

Slotbeschouwing

Op basis van de resultaten uit deze studie kan in de eerste plaats worden geconcludeerd, dat het aantal praktijkzoekende huisartsen - per 1 januari 1993: 450 - in geen tien jaar zo laag is geweest. Dit is een bevestiging van de signalen uit het veld, dat er problemen zijn om - vooral in bepaalde regio's - vacatures op te vullen.

Figuur 3. In hoeverre willen praktijkzoekende huisartsen werkzaam zijn in een gezondheidscentrum?



*Tabel 4. Gewenste vestigingsplaats naar urbanisatiegraad van praktijkzoekende huisartsen.**

vestigingsplaats	mannen		vrouwen		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
platteland	58	23,0	24	16,6	82	20,7
verstedelijkte platteland	89	35,3	49	33,8	138	
34,8						
kleine steden	48	19,0	34	23,4	82	20,7
middelgrote steden	33	13,1	24	16,6	57	14,4
grote steden	23	9,1	13	9,0	36	9,1
totaal	252	100,0	145	100,0	397	100,0

* 39 mannen en 14 vrouwen hebben deze vraag niet beantwoord.

Het lage aantal praktijkzoekende huisartsen betekent eveneens dat het aantal beschikbare waarnemers kleiner zal zijn. Het zal dus voor de zittende huisarts steeds moeilijk worden om op korte termijn een waarnemer te vinden, wat gevolgen heeft voor de werkdruk.

Een tweede belangrijke conclusie uit deze studie is dat er zulke grote verschillen bestaan tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen met betrekking tot de gewenste praktijkuitoefening. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen vaker voor loondienstverband kiezen, vaker part-time willen werken, kiezen voor een kleinere praktijkomvang, niet in een solopraktijk willen werken, eerder kiezen voor het werken in een gezondheidscentrum en zich wat vaker uitspreken voor een praktijkuitoefening in stedelijke gebieden dan mannen. Een aantal van dit soort verschillen is ook in eerdere studies aangetoond.[7] Gezien het feit dat het aantal vrouwelijke huisartsen snel toeneemt, zullen deze verschillen gevolgen hebben voor de toekomstige praktijkuitoefening. In het jaar 2005 zal circa 30% van alle huisartsen vrouw zijn.[8]

Een andere conclusie uit deze studie is, dat het aantal praktijkzoekende huisartsen dat part-time wil werken erg groot is. Bijna 53% kiest voor een werkweek van minder dan 32 uur. Het zijn echter niet alleen de vrouwen die voor een kortere werkweek kiezen, maar zeker ook de mannen. Dit is een belangrijke ondersteuning van de conclusies van de twee behoefteramingstudies die in de afgelopen twee jaar zijn uitgebracht.[1,3] In beide studies wordt deeltijd als één van de belangrijkste factoren gezien bij de bepaling van de toekomstige behoefte aan huisartsen. Verder blijkt dat de solistisch werkende huisarts zijn langste tijd heeft gehad. Momenteel werkt weliswaar nog 54% van alle huisartsen solistisch. Als wij echter de voorkeuren van de praktijkzoekende huisartsen in ogenschouw nemen, zal de huisarts - zeker bij een ruime arbeidsmarkt - in de toekomst voornamelijk in een duo- of groepspraktijk werken.

Tot slot moeten wij concluderen dat bij een ruime arbeidsmarkt - waar de behoefte aan huisartsen groter is dan het aanbod - weinig huisartsen kiezen voor het werken in één van de grote steden van ons land. De meeste huisartsen kiezen voor het platteland en de kleine steden. Als op korte termijn de opleidingscapaciteit voor huisartsen niet wordt uitgebreid, dan zullen steden als Rotterdam grote moeilijkheden ondervinden bij het aantrekken van huisartsen. Om dit te voorkomen moeten maatregelen worden getroffen die het voor huisartsen aantrekkelijk maakt om in de grote steden te gaan werken. In dit verband kan worden gedacht aan een gedifferentieerd abonnementstarief. Verder zou ook eens moeten worden bezien in hoeverre in de facilitaire sfeer aantrekkelijke voorwaarden kunnen worden gecreëerd; de praktijkruimte in de grote steden bijvoorbeeld is over het algemeen veel duurder dan praktijkruimte op het platteland. Ook kan worden gedacht aan het inzetten van meer ondersteunend personeel (praktijkverpleegkundigen). •

dr L. Hingstman,

prof.dr J.M. Bensing,

drs J. Harmsen,
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg te Utrecht

Literatuur

1. Hingstman L, Pool J. Behoefteraming huisartsen. Utrecht: Nivel; 1992.
2. Hingstman L. Behoeftebepaling huisartsen. Medisch Contact 1990; 45: 251-5.
3. Beroepskrachtenvoorziening huisartsen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.
4. Burema GD. Rotterdam geconfronteerd met huisartsentekort. De Huisarts 1992; 11: 48-9.
5. Hingstman L, Harmsen J. De dokter wil niet naar Rotterdam. Geografie 1993; 2: 15-7.
6. Hingstman L, Pool J. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 1992. Utrecht: Nivel, 1992.
7. Kortenhoeven D. Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
8. Bensing JM, Hingstman L, Bakker D de. Uw toekomst als huisarts: u, huisarts van de toekomst. Congresbundel. De toekomst van de huisarts: een andere inkleuring van het vak. ABN-AMRO-Seminar. Rotterdam, 1993.

Arbeids- en tijdsintensieve dermatologische behandelingen

Zorg op maat in de interfase tussen klinische en poliklinische zorg

H.J.L. van Gerwen, P.G.M. van der Valk, W. Verbeek-Gijsbers, J.B.M. Boezeman, R.J.J. Koopman, P.C.M. van de Kerkhof

Recent werd op de afdeling Dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen een vorm van intensieve poliklinische zorg geïntroduceerd: de arbeids- en tijdsintensieve behandeling. Een overzicht van de eerste ervaringen met deze vorm van zorg.

IN DE SPECIALISTISCHE geneeskunde vormen poliklinische en klinische afdelingen de traditionele organisatievormen. Nieuwe initiatieven in de poliklinische zorg hebben de laatste jaren veel aandacht gekregen. Zo heeft de dagbehandeling de afgelopen jaren een aanzienlijke groei laten zien. Een belangrijke reden voor deze vorm van zorg komt voort uit zorginhoudelijke overwegingen en is samen te vatten met de omschrijving 'zorg op maat'. Eigenlijk is de dagbehandeling op deze wijze een antwoord op de aanwezige kloof tussen poliklinische en klinische zorg.
Bovendien zou deze nieuwe vorm van zorgverlening de behoeften, vanuit economisch gezichtspunt, relatief goedkoper kunnen invullen dan behandeling in een klinische setting.

Huidige dermatologische zorg

De huidige dermatologische behandelingen vinden plaats in een poliklinische of in een klinische setting. Een poliklinische benadering is aangewezen voor die vormen van behandeling waarbij een beperkte tijdsinvestering per sessie voldoet. Indien het gaat om complexe of ernstige problematiek, waarvoor veelal een meer tijdsintensieve behandeling nodig is, zal de patiënt in de regel in de kliniek worden opgenomen. Echter, een belangrijk interfasegebied tekent zich af binnen het dermatologisch dienstverleningspakket: te tijdsintensief voor de polikliniek en te weinig tijdsintensief voor de kliniek of dagbehandeling.
Voor een tijdsintensieve behandeling van chronische huidaandoeningen ontbreken op de polikliniek een goede attitude, ervaring en financiering. Als alternatief voor een dergelijke tijdsintensieve behandeling worden veelal sterke lokale corticoïden of orale medicatie, zoals retinoïden, metho trexaat of ciclosporine toegepast. Hierbij bestaat echter een groter risico op bijwerkingen. Een ander alternatief is het te lichtvaardig opnemen van patiënten voor klinische behandeling. Een gevolg van de dichotomie kliniek-polikliniek is, dat in het verleden er onvoldoende mogelijkheden zijn onderzocht voor de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen voor tijdsintensieve behandelingen binnen een poliklinische setting. Uitgangspunten voor een dergelijke nieuwe organisatievorm zouden moeten zijn:

1. Het vervangen van ten onrechte gebruikte behandelingen met een relatief hoge cumulatieve toxiciteitspotentiaal door relatief veiliger behandelingen, ook al zijn deze in de uitvoering arbeidsintensiever.
2. Het geschikt maken van tijds- en arbeidsintensieve klinische behandelingsvormen voor een poliklinische setting.

Op deze wijze zou men tegemoet kunnen komen aan het streven:

- kostenbesparend te werken (minder opnames, minder arbeidsverzuim van de patiënt);
- de patiënt in zijn eigen sociale leefmilieu te laten functioneren.

Dermatologische dagbehandeling

Dermatologische dagbehandeling lijkt een concept van zorg te zijn dat past tussen de klinische en poliklinische zorg. De eerste ervaringen in ons land zijn hoopvol.[1-3] In Medisch Contact werd al verslag gedaan over de behandelingssatisfactie van patiënten met psoriasis (MC nr. 20/1993, blz. 620-4). Uit het onderzoek werd de conclusie getrokken, dat behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum een meerwaarde heeft ten opzichte van de behandeling in een perifere dermatologische praktijk en in een academische polikliniek. In beide laatstgenoemde omgevingen werd een behandeling door middel van lichttherapie toegepast, terwijl in het dagbehandelingscentrum bad- en lichttherapie werd toegepast in combinatie met lokale dithranol- of teerbehandeling. Uit onderzoek in het buitenland kwam naar voren dat dagbehandeling van psoriasis een effectieve en doelmatige behandelwijze is.[4,5] Relatief weinig gegevens zijn beschikbaar over de behandeling van andere chronische huidaandoeningen in een dergelijke 'setting'.
De vraag doet zich voor in hoeverre binnen de gehele dermatologie in de academische en perifere ziekenhuizen, met name voor patiënten met chronische huidaandoeningen, concepten van zorg te definiëren zijn die de kloof tussen kliniek en polikliniek overbruggen.

Arbeids- en tijdsintensieve behandeling

Na het realiseren van de nieuwbouw dermatologie aan het Academische Ziekenhuis Nijmegen in 1992, werd per 1 januari 1993 een start gemaakt met een vorm van dermatologische dagbehandeling, door ons arbeids- en tijdsintensieve behandeling (ATB) genoemd. Uitgangspunt van het ATB-principe is de ambulante patiënt op de polikliniek door modificaties van bestaande klinische behandelingsprincipes vormen van zorg aan te bieden die tot nu toe alleen op een opnameafdeling of dagbehandelingscentrum te realiseren waren. Voor de patiënt zou een dergelijke geïntensiveerde poliklinische behandeling een beperking van het aantal opnames of van de opnameduur kunnen betekenen. Bovendien biedt het ATB- ➡

principe nieuwe mogelijkheden voor patiënten die normaal gesproken niet voor een klinische behandeling in aanmerking komen, maar waar de poliklinische behandeling zeer moeizaam verloopt.
Het doel van de arbeids- en tijdsintensieve behandeling is meerledig: naast de behandeling van het ziektebeeld staat educatie van de patiënt op de voorgrond. Door intensieve begeleiding en voorlichting wordt getracht de patiënt meer inzicht te geven in zijn of haar huidziekte en in de mogelijkheden van zelfbehandeling in de thuissituatie.

Inrichting

De arbeids- en tijdsintensieve behandeling beschikt binnen de polikliniek dermatologie over één ruimte, bestaande uit twee behandel-units. Per unit staat één verpleegkundige voltijds ter beschikking. Daarnaast is er iedere ochtend een artsassistent (ATB-arts) volledig beschikbaar. Ook buiten de ochtenduren kan een beroep worden gedaan op deze ATB-arts, die werkt onder supervisie van een dermatoloog.

Werkwijze

Patiënten kunnen alleen worden aangemeld via de polikliniek of de kliniek van de afdeling Dermatologie. Na een uitgebreide intake bepaalt de ATB-arts de toe te passen behandeling. Hij of zij draagt zorg voor de verdere controle en begeleiding van de patiënten. Daarbij wordt extra aandacht geschonken aan het geven van informatie over het ziektebeeld van de patiënt, de behandeling, invloeden van leefgewoonten, sociale invloeden, etc. De patiënten kunnen zo nodig dagelijks worden behandeld op de ATB-unit; zij worden dan minimaal eenmaal per week door de ATB-arts gezien.
De verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de behandeling. Er wordt een verpleegkundig dossier bijgehouden, wat de overdracht naar kliniek of wijkverpleging vergemakkelijkt. Door het intensieve contact van verpleegkundigen met de patiënten leent de situatie zich buitengewoon goed voor het geven van uitgebreide voorlichting over voornamelijk praktische zaken van de behandeling.
Het diepgaande contact van arts en verpleegkundige met de patiënt maakt het mogelijk dat extra aandacht kan worden geschonken aan eventuele psychosociale problemen. Zo nodig wordt een klinisch psycholoog ingeschakeld.
Eenmaal per week vindt een patiëntenbespreking plaats, waarbij naast de ATB-arts en verpleegkundigen, ook de superviserend dermatoloog en de klinisch psycholoog aanwezig zijn.

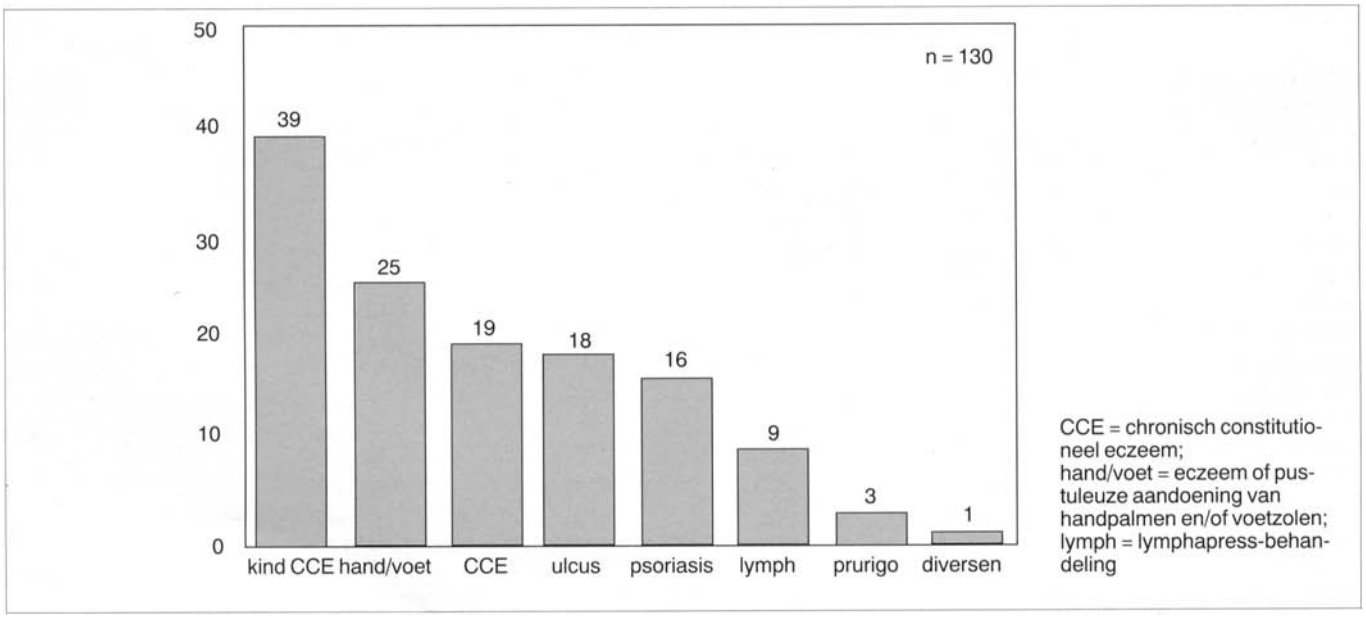
Behandelmethoden

Voor de behandeling van diverse chronische dermatologische ziektebeelden op de arbeids- en tijdsintensieve behandeling is een aantal protocollen ontwikkeld:
- korte-contact-dithranolbehandeling, eventueel in combinatie met lichttherapie, bij patiënten met psoriasis;
- lokale teerbehandeling, eventueel in combinatie met corticoïden en andere lokale therapieën, bij patiënten met (atopisch) eczeem, psoriasis, prurigo;
- lokale zalfbehandeling onder hand- en/of voetverband, eventueel in combinatie met lokale lichttherapie, bij patiënten met hand/voetproblemen, zoals chronisch dyshidrotisch eczeem, psoriasis palmoplantaris, pustulosis palmopantaris, ortho-ergisch eczeem, allergisch contacteczeem;
- lymphapress-behandeling, meestal in combinatie met ambulante compressietherapie, bij patiënten met primair of secundair lymfoedeem, veneus oedeem, ulcus cruris;
- uitgebreide wondverzorging, eventueel in combinatie met ambulante compressietherapie, bij patiënten met ulcus cruris, decubitus- of andere wonden.

Patiëntenaantallen

In het eerste halfjaar van 1993 werden 130 patiënten in behandeling genomen. De overgrote meerderheid hiervan werd verwezen via de polikliniek, 9 patiënten werden verwezen door de kliniek. Het totaal aantal bezoeken in het eerste halfjaar van 1993 bedroeg 1.253; het gemiddeld aantal bezoeken per week komt daarmee op 48. Dit betreft het totaal aantal bezoeken aan de ATB-unit, dus ook die waarbij de patiënten uitsluitend door de verpleegkundigen worden gezien. Per week werden gemiddeld 26 patiënten gezien; deze patiënten werden gemiddeld 5 weken behandeld met een frequentie van 2 bezoeken per week.
In de *figuur* staan de 130 in behandeling genomen patiënten, uitgesplitst in diverse categorieën. Blijkens het grote aantal kinderen met chronisch constitutioneel eczeem wordt hier duidelijk in een behoefte voorzien; dit blijkt uit de opnamege- ➔

Figuur 1. Arbeids- en tijdsintensieve behandeling: aantallen gedurende het eerste halfjaar 1993 in behandeling genomen patiënten, ingedeeld per categorie (totaal: 130 patiënten).



Tabel. Overzicht opnames dermatologie op de kinderafdeling in de eerste zes maanden van 1991, 1992 en 1993.

	januari t/m juni		
	1991	1992	1993
aantal opnames	7	14	12
aantal ligdagen	178	322	132
gemiddelde opnameduur	25	23	11

gevens van de kinderafdeling over het eerste halfjaar van 1993 (*tabel*). Hoewel in vergelijking met de gegevens van de eerste zes maanden van 1991 en 1992 het aantal opnames niet lijkt te zijn beperkt, blijkt de gemiddelde opnameduur te zijn gedaald van 23-25 dagen naar 11 dagen! Hieruit kan worden geconcludeerd, dat ten opzichte van voorgaande jaren de opnames op de kinderafdeling in 1993 minder gericht zijn geweest op langdurige behandeling, in plaats daarvan werd het opnamebeleid meer gericht op kortdurende crisisinterventie.
Het grote aantal patiënten dat op de ATB-unit met hand-voetverbanden werd behandeld, heeft geleid tot een verlichting van de werkdruk op de reguliere polikli-

Uit evaluatie blijkt dat de patiënten in het algemeen zeer tevreden zijn over de arbeids- en tijdsintensieve behandeling, met name ook over de educatieve mogelijkheden ervan

nieken. Tevens werd - hoewel dit vooralsnog niet met cijfers kan worden onderbouwd - ook een aantal opnames bespaard. Hetzelfde geldt voor de patiënten met eczeem, ulcera of psoriasis.

Behandelingsresultaten

Van de 130 in behandeling genomen patiënten zijn er inmiddels 100 weer uit behandeling. Van de 29 behandelde kinderen met eczeem kan bij 23 zonder meer worden gesproken van een goed resultaat; bij 2 was sprake van een minder goed resultaat en 3 kinderen hadden tijdens de behandeling een exacerbatie van het eczeem, hetgeen opname alsnog noodzakelijk maakte.
Bij de behandeling van de kinderen staat altijd de educatie en voorlichting van de ouders mede op de voorgrond. Dit educatieve aspect van het ATB-principe valt vooralsnog niet goed te objectiveren. Op de wat langere termijn zal moeten blijken of de patiënt (of de ouders) beter in staat is met de huidziekte om te gaan en of ook de zelfbehandeling in de thuissituatie afdoende is. Overigens geven de patiënten in het algemeen aan zeer tevreden te zijn over de educatieve mogelijkheden van het ATB-principe.
Voor volwassenen met eczeem geldt hetzelfde als voor kinderen: van de 16 behandelde patiënten werd bij 13 een goed resultaat gezien; 1 patiënt kwam na het eerste bezoek niet meer opdagen; 2 patiënten werden alsnog opgenomen (van wie 1 op eigen verzoek en 1 vanwege forse exacerbatie tijdens de behandeling).
Bij de groep patiënten met hand- en/of voetproblemen bleken vooral de patiënten met eczeem zeer goed te reageren: van de 22 patiënten reageerden er 13 zeer goed; 6 patiënten werden alsnog opgenomen.
De behandeling van psoriasis vulgaris met korte-contact-dithranol bleek bij 5 van de 7 behandelde patiënten een goed resultaat op te leveren. Bij de andere 2 diende wegens onvoldoende resultaat te worden overgeschakeld op een andere therapie.
De groep patiënten met ulcera vertoont een grote diversiteit. Dit komt omdat voor de behandeling van ulcera een apart spreekuur bestaat (eenmaal per week is er op de polikliniek een spreekuur flebologie). Alleen patiënten met ulcera die extra zorg nodig hebben, worden verwezen naar de ATB-unit. Van de mensen met deze complexe ulcera kon uiteindelijk meer dan de helft volledig genezen. Andere patiënten werden alsnog opgenomen of werden voor chronische wondverzorging doorverwezen naar de wijkverpleging.
Tot slot werd bij twee patiënten met prurigo e.c.i een goed resultaat geboekt met lokale therapie en begeleiding door de klinisch psycholoog. Een behandeling met Efudix bij een patiënte met multipele wratten op voornamelijk de handen sloeg onvoldoende aan en moest uiteindelijk worden gestaakt vanwege pijnklachten als gevolg van de behandeling.
Uit zowel mondelinge als schriftelijke evaluatie blijkt dat de patiënten (zelf of ouders) in het algemeen zeer tevreden zijn over de behandeling op de ATB-unit en met name ook over de educatieve mogelijkheden ervan.

Grenzen en mogelijkheden

Geconcludeerd kan worden, dat bij patiënten met uitgebreid of moeilijk poliklinisch behandelbaar eczeem of psoriasis uitstekende behandelingsresultaten kunnen worden geboekt met een arbeids- en tijdsintensieve behandeling. De hoge frequentie van bezoeken en de extra tijd die per bezoek beschikbaar is maakt de ATB-unit bij uitstek geschikt voor educatieve doeleinden en psychosociale begeleiding. Met name voor kinderen met eczeem biedt de ATB-unit een belangrijk voordeel doordat langdurige opname voor klinische behandeling kan worden vermeden. Na de behandeling op de unit zijn de kinderen over het algemeen vrij van eczeem.
De goede voorlichting en intensieve begeleiding van patiënten en ouders van patiënten tijdens de behandeling schept een basis voor een adequate zelfbehandeling. De hoop bestaat dat hierdoor op de langere termijn het aantal opnames, de opnameduur en het aantal poliklinische consulten kunnen worden beperkt.

Tot slot

Doelmatigheidsonderzoek van het ATB-principe is aangewezen, waarbij klinische effectiviteit en bijwerkingen van behandelingen, de waardering van de behandeling door de patiënt zelf, alsmede de gevolgen voor primaire en secundaire ziektekosten dienen te worden geanalyseerd. Het positioneren van nieuwe concepten van dermatologische zorg als arbeids- en tijdsintensieve behandeling en dagbehandeling is pas goed mogelijk na een vergelijkend doelmatigheidsonderzoek met de traditionele klinische en poliklinische vormen van zorg. •

H.J.L. van Gerwen,

P.G.M. van der Valk,

W. Verbeek-Gijsbers,

J.B.M. Boezeman,

R.J.J. Koopman,

P.C.M. van de Kerkhof,
afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen

Literatuur

1. Hoop D de, Korte J de, Kort WJA de, Andel P van, Sybrandi-Fleuren BAM, Heinhuis J, Huystee BWEL van, Oliveiro J, Bloks P, Vloten WA van. Behandelingssatisfactie bij patiënten met psoriasis. Medisch Contact 1993; 48: 620-4.

2. Hoop D de, Andel P van, Kort WJA de. Psoriasis (dag)behandeling. Ned Tijdschr Geneeskd 1989; 133: 785-7.

3. Hoop D de, Andel P van, Kort WJA de, Heinhuis J, Vloten WA van, Korte J de. Behandeling van psoriasis in een dagbehandelingscentrum. Ned Tijdschr Geneeskd 1990; 134: 1220-3.

4. Abel EA, O'Connell BM, Farber EM. Psoriasis day center at Stanford. Int J Dermatol 1987; 26: 500-7.

5. Lowe NJ. Psoriasis ambulatory treatment centers: United States Experience. In: Roenigk RK, Maibach HI, eds. Psoriasis, 2nd ed. New York, Basel, Hongkong: Marcel Dekker, 1991: 547-52.

G E L E T T E R D

Dr C. Njiokiktji en dr A. Gobin. Kinderen met leerstoornissen.
Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1993. 228 blz. ISBN 9063483872. Prijs: f 69,50.

HET FEIT DAT een derde editie van dit boekje verschijnt, wijst op een behoefte. Die is begrijpelijk: kinderen met leerstoornissen, en meer die nog met gedragsstoornissen, zijn geen zeldzaamheid op het spreekuur van de huisarts, kinderarts en jeugdarts. Een heldere beschrijving van de neurologisch-diagnostische mogelijkheden bij deze kinderen is daarom bij voortduring gewenst.
Het boek begint met een hoofdstuk dat een begripsbepaling beoogt in het nogal warrig veld van de leer- en gedragsproblemen en hun oorzaken. Dit hoofdstuk is geactualiseerd wat betreft relevante literatuur, maar lijdt daar ook onder: het is eerder aangevuld dan herschreven, en dat was na meer dan tien jaar wel wenselijk geweest. Te zeer blijft het steken in een uit de jaren zestig en zeventig stammende discussie van MBD, waarbij hooguit ADHD opduikt. De betrekkingen tot bijvoorbeeld pervasieve atypische ontwikkelingsstoornissen - als jonge loot aan de diagnostische stam - zouden hier niet hebben misstaan. Ook de behandeling van het concept MND als bijdrage in de discussie over de begripsvorming, zou hier eigenlijk niet mogen ontbreken. Nu blijft het bij een onduidelijke opmerking, waar de lezer niet veel wijzer van wordt.
Waaraan dit hoofdstuk mank gaat en wat zich dan verder in het hele boekje meer of minder wreekt, is het ontbreken van een duidelijk concept over de relaties tussen neurologie en leer- en gedragsproblemen. Er volgen hoofdstukken met beschrijvingen van door de auteurs wenselijk geacht onderzoek op neurologisch of neuropsychologisch terrein, voor neurologen plezierig leesvoer, voor niet-neurologen heel instructief. Of al dit onderzoek ook gemakkelijk door de arts te doen is, zoals het voorwoord suggereert, waag ik te betwijfelen. Nadere diagnostische en etiologische overwegingen volgen, waarbij de relatie van leer- en gedragsstoornissen met motorische problemen en die met epilepsie elk een apart hoofdstuk krijgen.
Ik miste de bespreking van het mijns inziens meest voorkomende verband, namelijk dat van de al in 1981 door Herzig naar voren gebrachte toegenomen kwetsbaarheid van het (ook licht) beschadigd of 'dysfunctionerend' brein voor omgevingsfactoren in de breedste zin.
Het hoofdstuk getiteld 'Laboratoriumonderzoek' behelst voornamelijk EEG- en röntgenonderzoek zoals CT. De NMR wordt nauwelijks genoemd, wat jammer is, gezien de meer en meer opduikende vermelding van door middel van deze onderzoeksmethode mogelijkerwijs te achterhalen zeer vroege oorzaken van dyslexie.
Het laatste hoofdstuk behandelt 'behandeling'. Het omvat een overzichtelijke en nuchtere bespreking van moderne farmacotherapie van de hand van collega Minderaa. Het boekje bevat veel goeds, en dat overheerst de hier en daar wat verwarrende beschrijvingen van beelden en hun relaties.
Collega Gobin is goed thuis op het gebied van gedrag en zijn benadering, maar minder op dat van bijvoorbeeld de encefalophatieën. Verder bestond in Groningen wel een Instituut voor Ontwikkelingsneurologie, maar een Kinderneurologisch Instituut onder leiding van Prechtl en Touwen heb ik er nog nooit gezien.
Ondanks de onnauwkeurigheden blijft het boek dat artsen die met onderhavige kinderen te maken krijgen, met vrucht kunnen raadplegen.

Prof. dr B.C.L. Touwen

P.A.M. van den Akker, red. Leven met de dood.
Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1994. 232 blz. ISBN 90-313-1781-0.
Prijs f 42,50.

IN DIT OOK VOOR niet-sociologen zeer leesbare boek wordt verslag gedaan van een ambitieus sociologisch en sociaal-psychologisch onderzoek dat het IVA te Tilburg met subsidie van het Praeventiefonds de afgelopen jaren heeft uitgevoerd. Er is gekeken naar de behoeften en wensen van stervenden en hun naasten, bezien van de zijde van zowel de hulpvragers als de professionele hulpverleners. Ook is er een poging gedaan de financiële consequenties van enkele mogelijke beleidskeuzen door te rekenen naar de toekomst.
Naar mijn mening is dit een belangrijke studie, die het waard is door velen te worden gelezen. Heel treffend wordt de vinger gelegd op een aantal belangrijke knelpunten die de komende jaren om brede aandacht en een doelgerichte aanpak zullen vragen. Naast de overheid en de zorgverzekeraars zullen zeker ook de beroepsgroepen die bij de zorg voor de terminale mens betrokken zijn zich nadrukkelijk moeten gaan bezighouden met de conclusies die nu voor ons liggen. Ik zal er een paar noemen:
- Gesteld wordt, dat de grote meerderheid van de mensen ervoor kiest de terminale fase van hun leven in de eigen omgeving te kunnen doorbrengen. Als we als zorgverleners de stelling dat de patiënt in de hulpverlening centraal dient te staan serieus blijven nemen, dan staat ons nog heel wat te doen! We zouden kunnen beginnen met het hier gesignaleerde tekort aan samenwerking en afstemming tussen de betrokken hulpverleners onder de loep te nemen. Overigens is het daarbij van groot belang dat we ons realiseren dat de zorg voor terminaal zieken een andere attitude vraagt dan zorg die is gericht op herstel. Algemeen menselijke en zeer individuele aspecten zijn dan vaak veel belangrijker dan de schijn van controle. Wij allemaal worden in deze situatie vooral aangesproken als 'human beings' en veel minder als 'human doings'.
- Als er een poging zal worden gedaan de mogelijkheden voor thuis sterven te vergroten, dan móet er aandacht worden gegeven aan de plaats en de rol van de vrijwilligers: bij herhaling wordt er, ook in deze studie, op gewezen dat de professionele hulpverleners *alleen* niet in staat zijn een goede terminale thuiszorg te garanderen. Nu al niet en dus in de nabije toekomst zeker niet (in 2030 zullen er vergeleken met nu ongeveer 70% meer mensen per jaar sterven). In dat verband wordt het de hoogste tijd dat ook de financiers van de zorg zich gaan realiseren hoe belangrijk de rol van deze vrijwilligers is. Ondersteuning van hun werk door middel van professionele en betaalde begeleiders en coördinatoren is van essentieel belang voor de kwaliteit en de continuïteit van de door hen geboden zorg. Omdat deze zware taak (24-uurs bereikbaarheid!) nu nog wordt verricht door mensen die dit werk naast hun bestaande baan doen, treden er in die functie te vaak wisselingen op.
Van harte aanbevolen! •

Pieter Sluis

· KNMG · LHV · LSV · LAD · LVSG · CC ·

Herziene opleidingseisen dermatologie en venerologie

C C

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit no. 9 - 1993 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten dat herziene opleidingseisen bevat voor het specialisme dermatologie en venerologie. Het besluit treedt in werking op 18 april 1994.

mr J.C. de Hoog,
secretaris

Besluit CC no. 9 - 1993

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 20 december 1993;
gezien het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme dermatologie en venerologie;
in aanmerking nemende dat dit voorstel een verlenging van de opleidingsduur van vier naar vijf jaar in zich houdt en dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie op 26 september 1992 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;
overwegende dat voor dit specialisme de afgelopen decennia vele nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden zijn ontwikkeld, waarvoor de kennis en ervaring een verlengde opleidingsduur noodzakelijk maken;
gehoord de Specialisten Registratie Commissie;
gelet op artikel 1007 lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;
heeft besloten besluit no. 1 - 1986 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

A. Eisen met betrekking tot de opleiding

A.1. Duur
De duur van de opleiding voor het specialisme dermatologie en venerologie bedraagt 5 jaar.

A.2. Voltijd-deeltijd
a. De werkzaamheden van de assistent-geneeskundige in het kader van de opleiding dienen in het algemeen een volle dagtaak te omvatten.
b. Indien de opleider(s) en de assistent-geneeskundige daartoe een gezamenlijk verzoek indienen bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC) kan een deel van de opleiding in deeltijd worden gevolgd en wel onder de volgende voorwaarden:
- het eerste jaar van de opleiding zal steeds in volle dagtaak dienen te worden gevolgd;
- het laatste jaar van de opleiding zal in het algemeen eveneens in volle dagtaak dienen te worden gevolgd; in afwijking hiervan kan de SRC de assistent-geneeskundige toestemming verlenen het laatste jaar van de opleiding in deeltijd te volgen indien deze ten minste de helft van de totale opleidingsduur in volle dagtaak heeft gevolgd;
- de werkzaamheden van de assistent-geneeskundige dienen tijdens de periode van deeltijdopleiding ten minste overeen te komen met een 50% dagtaak; de opleiding dient naar rato te worden verlengd en er dienen voldoende waarborgen te worden aangegeven met betrekking tot de continuïteitsaspecten van de opleiding zelf en van de patiëntenzorg.

A.3. Salariëring
De assistent-geneeskundige dient voor zijn werkzaamheden tijdens de opleiding volgens de gangbare salarisnormen te worden gehonoreerd; op hem dient tevens de rechtspositieregeling van de opleidingsinrichting van toepassing te zijn.

A.4. Indeling opleidingsduur
De opleiding dient hier te lande te worden gevolgd bij (een) voor het specialisme dermatologie en venerologie erkende opleider(s) in (een) daarvoor erkende opleidingsinrichting(en).

A.5. Gedeeltelijke opleiding in het buitenland
In afwijking van artikel A.4. kan met inachtneming van de bepalingen van besluit CC no. 1 - 1989 een deel van de opleiding buiten Nederland worden gevolgd.

A.6. Ononderbroken opleiding
De opleiding dient ononderbroken te worden gevolgd. In bijzondere gevallen kan de SRC daarvan ontheffing verlenen en daaraan voorwaarden verbinden.

BEOORDELINGEN
A.7.
Aan het einde van het eerste opleidingsjaar beoordeelt de opleider of de assistent-geneeskundige al dan niet geschikt en in staat is de opleiding voor het specialisme dermatologie en venerologie voort te zetten. De opleider zendt zijn beoordeling door middel van een daartoe vastgesteld formulier aan de SRC.

A.8.
a. Met het oog op de in A.7. bedoelde beoordeling dient in het eerste jaar van de opleiding - eenmaal per kwartaal een voortgangsgesprek plaats te vinden tussen de opleider en de assistent-geneeskundige. De conclusies van deze gesprekken dienen - voor gezien mede ondertekend door de assistent-geneeskundige - schriftelijk te worden vastgelegd.
b. De in A.7. bedoelde beoordeling aan het

einde van het eerste opleidingsjaar wordt gegeven gehoord de overige leden van het opleidingsteam.

A.9.
Behalve de beoordeling bedoeld in A.7. brengt de opleider aan het einde van elk volgend opleidingsjaar, met uitzondering van het laatste jaar, een beoordeling van de assistent-geneeskundige ter kennis van de SRC door middel van een daartoe vastgesteld formulier.

A.10.
a. De in A.7. en A.9. bedoelde beoordelingen zijn vertrouwelijk; zij dienen steeds tijdig en behoorlijk toegelicht met de assistent-geneeskundige te worden besproken.
b. De verslaglegging van de voortgangs- en beoordelingsgesprekken dient ter inzage aan de visitatiecommissie ter beschikking te staan.

A.11.
Tegen het einde van de opleiding deelt de opleider door middel van een daartoe vastgesteld formulier de assistent-geneeskundige mede of deze naar zijn oordeel al dan niet geschikt en in staat moet worden geacht het specialisme dermatologie en venerologie zelfstandig naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd. De opleider zal dit formulier niet eerder dan drie en uiterlijk twee maanden voor het formele einde van de opleiding afgeven.

B. Eisen met betrekking tot de opleider

ERKENNING VAN DE OPLEIDER

B.1.
Voor de erkenning als opleider in de dermatologie en venerologie is vereist, dat de specialist ten minste vijf jaar in het register van erkende specialisten is ingeschreven en in zijn vakgebied werkzaam is geweest.

B.2.
De specialist moet na een open sollicitatie of daarmee gelijk te stellen procedure zijn aangesteld in of zijn toegelaten tot de opleidingsinrichting en aldaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn op een zodanige wijze dat hij zijn taak als opleider daadwerkelijk en naar behoren kan vervullen.

B.3.
De SRC kan, gehoord het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie een specialist die niet aan bovengenoemde eisen voldoet, als opleider erkennen op grond van bijzondere kwaliteiten en/of bijzondere omstandigheden.

B.4.
De erkenning als opleider voor de dermatologie en venerologie kan slechts worden gegeven indien tevens de inrichting wordt erkend als opleidingsinrichting voor de dermatologie en venerologie. Daartoe dienen de specialist en de Raad van Bestuur of de directie van de inrichting de aanvraag gezamenlijk bij de SRC in.

B.5.
De erkenning als opleider wordt verleend voor een periode van telkens ten hoogste vijf jaar en uiterlijk tot de datum waarop de opleider de 65-jarige leeftijd bereikt.

B.6.
Naast de opleider dient op de opleidingsafdeling nog ten minste één specialist die voor de dermatologie en venerologie is ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam en bij de opleiding betrokken te zijn; op de opleidingsafdeling van een academisch ziekenhuis dienen dit ten minste twee specialisten te zijn.

B.7.
De SRC kan tussentijds de erkenning intrekken indien zij, op grond van een door de visitatiecommissie ingevolge artikel 1029 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG uitgebracht rapport van oordeel is dat de opleider niet meer aan de gestelde eisen voldoet.

B.8.
Indien de SRC, gezien het visitatierapport, besluit de erkenning niet opnieuw te verlenen of deze tussentijds in te trekken, deelt zij deze beslissing schriftelijk mede aan de opleider, de Raad van Bestuur of de directie van de opleidingsinrichting en de betrokken assistent-geneeskundige(n). De erkenning vervalt dan zowel voor de opleider als voor de opleidingsinrichting een jaar na dagtekening van deze mededeling. Het is de opleider niet toegestaan in deze periode nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding te nemen. Tegen deze beslissing van de SRC is binnen drie maanden beroep mogelijk bij de Commissie van Beroep.

B.9.
De erkenning van de opleider respectievelijk opleidingsinrichting vervalt eveneens een jaar na de datum waarop aan de werkzaamheden van de opleider een einde is gekomen. In deze periode mogen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden genomen.[1]

B.10.
Bij beëindiging van de erkenning van de opleider respectievelijk opleidingsinrichting op grond van het bepaalde in B.8. of B.9. zal de SRC voor zover nodig in overleg met de in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen nader bepalen op welke wijze zij hun opleiding kunnen voortzetten. De SRC kan hierbij in bijzondere gevallen van de voor de opleiding gestelde bepalingen afwijken.

B.11.
Indien de opleider gedurende twee achtereenvolgende jaren geen assistent-geneeskundige meer heeft opgeleid, vervallen de erkenningen van de opleider en de opleidingsinrichting, tenzij de opleider vóór het verstrijken van deze periode de SRC met redenen omkleed verzoekt de erkenning te handhaven en de SRC daarmee akkoord gaat.[2]

B.12.
De erkenning als opleider wordt in het algemeen met betrekking tot één opleidingsinrichting gegeven; in bijzondere gevallen kan de SRC hiervan afwijken.

B.13.
In de opleidingsinrichting moet:
- het aantal opnames voor de dermatologie en venerologie ten minste 150 zijn;
- een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuwe ingeschreven poliklinische patiënten voor de dermatologie en venerologie per jaar ten minste 2.500 zijn;
- er dient voldoende variëteit te zijn in klinische en poliklinische patiënten, blijkend uit het diagnoseregister.

VERPLICHTINGEN VAN DE OPLEIDER

B.14.
De opleider dient:
a. voldoende tijd aan de opleiding te geven en het daarmede samenhangende werk op zich te nemen;
b. blijk te hebben gegeven en te geven van organisatorische kwaliteiten;
c. blijk te hebben gegeven en te geven van

wetenschappelijke activiteiten (het schrijven van een dissertatie of wetenschappelijke artikelen, het houden van voordrachten) en interesse (het volgen van wetenschappelijke vergaderingen en congressen) in het specialisme;
d. lid te zijn van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie;[3]
e. met de assistent-geneeskundige regelmatig patiëntenbesprekingen, klinische conferenties en refereerbijeenkomsten te houden;
f. er zorg voor te dragen dat er tussen de assistent-geneeskundigen en andere specialismen voldoende contact is;
g. te voldoen aan de geldende ethische normen op medisch gebied;
h. erop toe te zien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de dermatologie en venerologie betreffend, een voordracht houdt en/of een artikel publiceert in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad;
i. te bevorderen dat de assistent-geneeskundige behalve de wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie zo mogelijk een internationaal congres bijwoont;
j. erop toe te zien dat de assistent-geneeskundige deelneemt aan het cursorisch onderwijs zoals dat onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie wordt gegeven en de daaraan verbonden toetsen aflegt;
k. erop toe te zien dat de door assistent-geneeskundige verzorgde ziektegeschiedenissen en medische correspondentie aan redelijke eisen voldoen;
l. erop toe te zien dat de assistent-geneeskundige aan het einde van de opleiding voldoet aan de eisen als omschreven in het opleidingsschema genoemd onder D.16.

B.15.
De opleider moet bereid zijn medewerking te verlenen aan het onderwijs aan coassistenten, zulks in overeenstemming met de opleidingsinrichting.

B.16.
De opleider dient elk jaar, vóór 1 maart, volgens een daartoe vastgesteld formulier, aan de SRC gegevens te verstrekken met betrekking tot zijn opleidingsafdeling. Deze gegevens dienen door de SRC als vertrouwelijk te worden beschouwd.

DE PLAATSVERVANGEND OPLEIDER
B.17.
De SRC kan een specialist die eveneens is ingeschreven voor het specialisme dermatologie en venerologie, op dezelfde opleidingsafdeling evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam is en daadwerkelijk bij de opleiding is betrokken, erkennen als plaatsvervangend opleider.

B.18.
De erkenning als plaatsvervangend opleider geschiedt op dezelfde wijze als die van de erkenning van de opleider en onder dezelfde voorwaarden. De aanvraag tot erkenning dient vergezeld te gaan van de schriftelijke instemming van de opleider.

B.19.
De plaatsvervangend opleider treedt in de rechten en plichten van de opleider indien deze gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden of langer zijn werkzaamheden niet zal kunnen verrichten en tevens indien de functie van opleider vacant komt, doch dan voor ten hoogste de in B.20. genoemde termijn. De erkenning van de opleidingsinrichting blijft voor dezelfde periode gehandhaafd. Uiterlijk binnen één maand na het vacant komen van de functie van opleider dient hiervan schriftelijk mededeling aan de SRC te worden gedaan.

B.20.
Met inachtneming van het bepaalde in B.19. vervalt de erkenning van de plaatsvervangend opleider respectievelijk van de opleidingsinrichting uiterlijk twee jaar na de datum waarop de plaatsvervangend opleider de taak van de opleider heeft overgenomen. In het tweede jaar van deze periode mogen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden aangesteld.

B.21.
Indien geen plaatsvervangend opleider door de SRC is erkend en de opleider, zijn werkzaamheden als opleider gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden niet kan of heeft kunnen verrichten, dienen de opleider en de directie van de opleidingsinrichting zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen één maand na het verstrijken van genoemde periode, schriftelijk aan de SRC mee te delen door wie de functie van opleider wordt waargenomen. Is de opleider hiertoe niet in staat dan zal de directie van de opleidingsinrichting zorgdragen voor deze berichtgeving aan de SRC.
De SRC kan aan de waarneming voorwaarden verbinden. Gedurende de periode van waarneming kunnen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden aangesteld.

B.22. Visitatievoorschriften
Ter uitvoering van hetgeen betreft de erkenning van opleiders en plaatsvervangend opleiders zijn van toepassing de 'Voorschriften voor visitaties, visitatiecommissies en erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen' van de SRC (1993).

C. Eisen met betrekking tot de opleidingsinrichting

ERKENNING VAN DE OPLEIDINGSINRICHTING
C.1.
Voor de erkenning van een inrichting als opleidingsinrichting voor het specialisme dermatologie en venerologie is vereist:
a. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die als opleider voor de specialismen heelkunde, inwendige geneeskunde en pathologie zijn erkend;
b. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie, oogheelkunde, psychiatrie, radiodiagnostiek c.q. radiologie, reumatologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;
c. dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen klinische genetica, plastische chirurgie, radiotherapie en revalidatiegeneeskunde in het register zijn ingeschreven;
d. dat in de inrichting gebruik kan worden gemaakt van de diensten van een pathologisch, een klinisch-chemisch en een microbiologisch-serologisch laboratorium. De hoofden van deze diensten dienen bereid te zijn de assistent-geneeskundigen voor te lichten over de onderzoekmethodieken welke ten behoeve van hun patiënten worden toegepast. Ook van de diensten van de ziekenhuisapotheek moet gebruik kunnen worden gemaakt.

e. dat het aantal op de opleidingsafdeling werkzame assistent-geneeskundigen in opleiding niet groter is dan het aantal specialisten dat aldaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam is en bij de opleiding betrokken. De SRC kan, gehoord het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie voor een beperkte tijd en onder bepaalde voorwaarden hiervan ontheffing verlenen.
f. dat in de inrichting een centrale opleidingscommissie functioneert;[4]
g. dat in de inrichting naast de opleider nog ten minste een dermatoloog evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam en bij de opleiding betrokken is. Op de opleidingsafdeling van een Academisch Ziekenhuis dienen dit ten minste twee dermatologen te zijn.

C.2.
De erkenning als opleidingsinrichting voor de dermatologie en venerologie kan slechts worden gegeven indien tevens de specialist wordt erkend als opleider. Daartoe dienen de Raad van Bestuur of de directie van de inrichting en de specialist gezamenlijk de aanvraag bij de SRC in.

C.3.
De erkenning wordt telkens verleend voor een periode van ten hoogste vijf jaar.

C.4.
De SRC kan tussentijds de erkenning intrekken, indien zij, op grond van een door de visitatiecommissie ingevolge artikel 1029 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG uitgebracht rapport, van oordeel is dat de inrichting niet meer aan de gestelde eisen voldoet.

C.5.
Indien de SRC, gezien het visitatierapport, besluit de erkenning niet opnieuw te verlenen of tussentijds in te trekken, deelt zij haar beslissing schriftelijk mede aan de Raad van Bestuur of de directie van de inrichting, de opleider en de betrokken assistent-geneeskundigen. De erkenning vervalt dan, zowel voor de opleidingsinrichting als voor de opleider, een jaar na dagtekening van deze mededeling. Het is de inrichting niet toegestaan in deze periode nieuwe assistent-geneeskundigen voor opleiding in het desbetreffende specialisme toe te laten. Tegen deze beslissing van de SRC is binnen drie maanden beroep mogelijk bij de Commissie van Beroep.

C.6.
Voor het geval de erkenning van een inrichting als opleidingsinrichting niet is verlengd of is ingetrokken, zal de SRC, voor zover nodig, in overleg met degenen die in de inrichting in opleiding zijn, nader bepalen op welke wijze zij hun opleiding kunnen voortzetten. De SRC zal hierbij in bijzondere gevallen van de voor de opleiding gestelde bepalingen kunnen afwijken.

C.7.
Indien zich tijdens de periode van erkenning belangrijke wijzigingen voordoen in de organisatie of structuur van de opleidingsinrichting dient de SRC hiervan onverwijld in kennis te worden gesteld en dient conform C.2. opnieuw een visitatie te worden aangevraagd.[5]

C.8.
Indien in een erkende opleidingsinrichting gedurende twee jaar geen opleiding heeft plaatsgevonden, vervalt de erkenning met inachtneming van het bepaalde in B.11.

C.9.
Vervalt.

C.10.
a. Met inachtneming van het in B.13. vereiste minimum aantal opnames en met inachtneming van de nadere voorschriften dient de inrichting van de afdeling dermatologie en venerologie over een voldoende aantal bedden voor de opleiding te beschikken teneinde de assistent-geneeskundige ook voldoende klinische ervaring te laten opdoen. Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.
b. Het aantal assistent-geneeskundigen moet ten minste twee zijn.

Verplichtingen van de opleidingsinrichting

C.11.
De opleidingsinrichting moet:
a. in de toelatings- en/of aanstellingscontracten met de specialisten hun samenwerking ten behoeve van de opleiding vastleggen;
b. een goede, bij voorkeur centrale medische registratie bezitten, welke voldoet aan de moderne eisen op dit gebied;
c. over een bibliotheek beschikken waarin ten minste tien abonnementen op dermatologische en venereologische tijdschriften aanwezig en beschikbaar zijn benevens algemene medische tijdschriften en belangrijke recente handboeken op dermato-venereologisch, algemeen klinisch, basaal- en deelspecialistisch gebied. Voorts dient op de afdeling een handbibliotheek beschikbaar te zijn voor directe raadpleging;
d. over onderzoeksruimte beschikken voor speciale dermatologische (functie)-onderzoekingen, zoals allergologisch onderzoek, lichttesten, flebologisch onderzoek en dergelijke;
e. over behandelingsruimte beschikken voor de gangbare dermatologische en venereologische therapieën;
f. over laboratoriumruimte te beschikken in de naaste omgeving van de afdeling (poliklinisch, klinisch) om de gangbare dermato-venereologische laboratoriumonderzoekingen te kunnen verrichten;
g. over voldoende instrumentarium beschikken om een goede opleiding voor de dermatologie en venerologie te kunnen waarborgen. Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie;
h. voor zover mogelijk bevorderen dat de assistent-geneeskundigen tijdens de opleiding deelnemen aan wetenschappelijke activiteiten in het vakgebied, zoals het bijwonen van wetenschappelijke vergaderingen en van een internationaal congres.

C.12.
De opleidingsinrichting moet bereid zijn co-assistenten toe te laten, zulks in overeenstemming met de opleider.

C.13.
Voor de erkenning als opleidingsinrichting is vereist dat de modelregeling betreffende de relaties tussen de assistent-geneeskundige in opleiding, de opleider en de opleidingsinrichting, in het kader van de opleiding zoals door de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nederlandse Zorgfederatie is vastgesteld, wordt toegepast.[6]

C.14. Visitatievoorschriften
Ter uitvoering van hetgeen betreft de erkenning van opleidingsinrichtingen zijn van toepassing de 'Voorschriften voor visitaties, visitatiecommissies en

erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen' van de SRC (1993).

D. Eisen te stellen aan de assistent-geneeskundige in opleiding

D.1. Bevoegdheid
De assistent-geneeskundige moet bevoegd zijn in Nederland de geneeskunst uit te oefenen.[8]

VERPLICHTINGEN VAN DE ASSISTENT-GENEESKUNDIGE

D.2. - aan de SRC
Bij de aanvang van de opleiding dient de assistent-geneeskundige het opleidingsschema zoals dat in overleg met de opleider(s) is opgesteld, ter goedkeuring aan de SRC voor te leggen. Eventuele wijzigingen in dit schema dienen door de assistent-geneeskundige ter goedkeuring aan de SRC te worden voorgelegd; wijzigingen van administratieve aard dienen terstond te worden gemeld.[8]
Alvorens in het opleidingsregister te kunnen worden ingeschreven, dient de assistent-geneeskundige het inschrijfgeld te hebben voldaan, overeenkomstig hetgeen daaromtrent jaarlijks door de KNMG wordt vastgesteld.

D.3. - met betrekking tot de opleiding in algemene zin
De assistent-geneeskundige dient alle werkzaamheden die verband houden met de opleiding naar behoren te verrichten en de aanwijzingen te volgen die door de opleider c.q. het hoofd van de afdeling waar hij werkzaam is, in het belang van de opleiding worden gegeven; een en ander met inachtneming van de opleidingsovereenkomst.

D.4. - met betrekking tot het onderbreken van de opleiding
Indien de assistent-geneeskundige gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden door ziekte of andere omstandigheden de opleiding niet kan of heeft kunnen volgen, dient hij dit aan de SRC mee te delen. De SRC is bevoegd na overleg met de opleider te bepalen of en, zo ja, op welke wijze compensatie dient plaats te vinden; zij doet van haar beslissing mededeling aan de assistent-geneeskundige en aan de opleider. Indien de assistent-geneeskundige de opleiding nogmaals gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden of langer moet onderbreken, zal deze periode steeds in zijn geheel dienen te worden gecompenseerd.

D.5. - aan andere specialisten
De assistent-geneeskundige dient zoveel mogelijk aanwezig te zijn bij klinische consulten die door andere specialisten worden gegeven, voor zover het patiënten betreft die onder zijn directe verantwoordelijkheid vallen.

D.6. Voordrachten en publikaties
De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de dermatologie en venerologie betreffend een voordracht te houden en/of een artikel te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad.

D.7. Administratie
De assistent-geneeskundige dient de ziektegeschiedenissen van de door hem behandelde patiënten goed, geregeld en nauwkeurig bij te houden.

D.8. Cursorisch onderwijs
De assistent-geneeskundige dient deel te nemen aan het cursorisch onderwijs zoals dat onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie wordt gegeven en de daaraan verbonden toetsen af te leggen.

D.9. Deelname aan besprekingen en vergaderingen
De assistent-geneeskundige dient aan patiëntenbesprekingen, klinische conferenties en refereerbijeenkomsten deel te nemen en in overleg met de opleider, ook aan die welke worden gehouden in een opleidingsinrichting waarmee een samenwerkingsverband bestaat. Voorts dient de assistent-geneeskundige de wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie te bezoeken en zo mogelijk een internationaal congres bij te wonen.

D.10. Jaarlijkse evaluatie SRC
De assistent-geneeskundige dient jaarlijks een door de SRC uitgegeven evaluatieformulier in te vullen en dit, nadat het voor gezien is getekend door de opleider, aan de SRC toe te zenden; een en ander met dien verstande dat wanneer er meer dan één assistent-geneeskundige op de opleidingsafdeling werkzaam is door hen gezamenlijk één evaluatieformulier kan worden ingevuld en aan de SRC toegezonden.

D.11.
vervalt.

D.12. Onderzoekmethodieken
De assistent-geneeskundige dient zich voldoende te oriënteren in de fysische, biochemische en andere onderzoekmethodieken, welke ten behoeve van zijn patiënten worden toegepast.

D.13. Taken als docent
De assistent-geneeskundige dient desgevraagd onderwijs te geven aan co-assistenten, (leerling)verpleegkundigen en paramedisch personeel een en ander in overleg met de opleider.

D.14. Lijst
De assistent-geneeskundige is verplicht een lijst bij te houden van de door hem gehouden voordrachten, referaten, artikelen en gedane verrichtingen, een en ander conform in vorenstaande artikelen en in het opleidingsschema is bepaald.

D.15.
Bij voltooiing van de opleiding kan de assistent-geneeskundige overeenkomstig de daartoe door de SRC gehanteerde uitvoeringsvoorschriften het verzoek indienen tot inschrijving als dermatoloog en venereoloog in het register van erkende specialisten. De assistent-geneeskundige dient bij dit verzoek in elk geval de onder A.11. genoemde verklaring en de onder D.14. genoemde lijst, en geparafeerd door de opleider, in te dienen en het voor de registratie verschuldigde bedrag zoals dat jaarlijks door de KNMG wordt vastgesteld, te voldoen.

D.16.
Opleidingsschema
a. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding inzicht en ervaring te verkrijgen in de diagnostiek, pathogenese en behandeling van ziekten van huid en aangrenzende slijmvliezen alsmede van geslachtsziekten en voor Nederland belangrijke dermatologisch en venereologisch relevante importziekten.
b. De assistent-geneeskundige moet gedurende minstens een half jaar klinische werkzaamheden verrichten en gedurende minstens twee jaar poliklinische werkzaamheden.
c. In het bijzonder moet de assistent-geneeskundige praktische ervaring opdoen in de hierna volgende deelgebieden:
1. venerologie met speciale aandacht voor

epidemiologie, registratie, contacttracing en caseholding;
2. klinische immunologie en immunopathologie met betrekking tot de huid, met speciale aandacht voor contactdermatosen, geneesmiddelenerupties, immediate type huidreacties, waaronder atopische huidreacties en urticaria, auto-immuundermatosen en immunologische laboratoriummethodieken van belang voor de diagnostiek;
3. arbeidsdermatologie;
4. dermatohistopathologie;
5. mykologie en parasitologie;
6. flebologie en proctologie, voor zover voor de dermatologie en venerologie van betekenis;
7. fysische therapie, waaronder foto-(chemo)therapie, elektrotherapie en cryotherapie;
8. dermatochirurgie (het verrichten van excochleaties, excisies, incisie- en excisiebiopsieën);
9. oncologie: regelmatige klinische oncologiebesprekingen met de oncologische werkgroep.

Deze praktische ervaring zal ten dele als onderdeel van de patiëntenzorg gedurende de gehele opleidingsperiode worden opgedaan. In bepaalde gevallen zal het noodzakelijk zijn deze vaardigheden gedurende een omschreven stageperiode te verkrijgen.

d. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige deel te nemen aan:
- klinische besprekingen en bijeenkomsten, waaronder: regelmatige klinische pathologie-besprekingen in aanwezigheid van de patholoog-consulent en oncologische besprekingen als genoemd in punt 9;
- literatuurbesprekingen;
- cursussen in praktische en theoretische onderdelen van de dermato-venerologie.

e. De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie Commissie te worden gemeld. De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van door hem gedane verrichtingen, gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.

E. Geschillen

A. MET BETREKKING TOT DE BEOORDELING AAN HET EINDE VAN HET 1E OPLEIDINGSJAAR - A.7.

E.a.1.

In geval de opleider in de in A.7. bedoelde beoordeling te kennen heeft gegeven de assistent-geneeskundige niet geschikt en in staat te achten de opleiding voort te zetten en in aansluiting daaraan meedeelt hem niet verder te willen opleiden, kan de assistent-geneeskundige die van mening is dat dit oordeel procedureel onjuist tot stand is gekomen en die zich hierbij niet neerlegt, hiervan schriftelijk in beroep gaan bij de Commissie van Uitvoering der SRC (CvU).

De opleider dient zijn beoordeling schriftelijk, met redenen omkleed en met vermelding van de datum waarop de opleiding wordt beëindigd, aan de assistent-geneeskundige ter kennis te brengen en hiervan een afschrift te zenden aan de secretaris der SRC.

De assistent-geneeskundige dient het beroep binnen twee weken na ontvangst van het bericht van de opleider bij de secretaris der SRC in te dienen; bij overschrijding van deze termijn zal de CvU het beroep niet in behandeling nemen.

E.a.2.

De CvU, waaraan toegevoegd de vertegenwoordiger van het betrokken specialisme in de SRC, onderzoekt zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen zes weken na ontvangst van het beroepsschrift, of de voortgangsgesprekken op de voorgeschreven wijze hebben plaatsgevonden en voorts - zonodig - of de opleider op grond van deze gesprekken redelijkerwijze tot zijn oordeel is gekomen.

E.a.3.

Indien de CvU tot de conclusie komt dat de voorgeschreven procedure op juiste wijze is gevolgd en dat de opleider derhalve tot een beoordeling over het voortzetten van de opleiding kon komen, zal de secretaris SRC dit schriftelijk meedelen aan de assistent-geneeskundige en de betrokken opleider. De opleiding van de assistent-geneeskundige wordt alsdan als beëindigd beschouwd.

E.a.4.

Indien de CvU tot de conclusie komt dat de voorgeschreven procedure niet juist of onvolledig is gevolgd, dan wel dat uit de schriftelijk vastgelegde voortgangsgesprekken niet blijkt dat de opleider redelijkerwijze tot een negatieve beoordeling kon komen met betrekking tot het voortzetten van de opleiding, dan zal de secretaris SRC dit schriftelijk meedelen aan de assistent-geneeskundige en de betrokken opleider. De opleider zal in dat geval alsnog dienen te voldoen aan de voorschriften met betrekking tot de voortgangsgesprekken alvorens tot een definitief oordeel over het voortzetten door de assistent-geneeskundige van de opleiding te kunnen komen. De opleiding van de assistent-geneeskundige wordt alsdan voortgezet voor een zodanige periode dat wel de vereiste voortgangsgesprekken die de basis vormen voor de beoordeling over het voortzetten van de opleiding, kunnen plaatsvinden.

B. MET BETREKKING TOT DE EINDBEOORDELING - A.11.

Onder Commissie van Onderzoek wordt hierna verstaan: een door de SRC ingestelde commissie, bestaande uit vijf personen, géén leden van de SRC, van wie er twee worden aangewezen door de wetenschappelijke vereniging van het desbetreffende specialisme en twee door de SRC, alsmede een voormalig lid van de SRC als voorzitter.

De Commissie van Onderzoek heeft tot taak het aan haar voorgelegde geschil te onderzoeken door de betrokken opleider(s), de assistent-geneeskundige en naar haar mening daarvoor in aanmerking komende andere personen en instanties te horen en haar bevindingen en conclusies in de vorm van een zwaarwegend advies aan de SRC mede te delen.

E.b.1.

Ingeval de opleider in de in A.11. bedoelde beoordeling te kennen heeft gegeven de assistent-geneeskundige nog niet geschikt en in staat te achten het specialisme waarin deze is opgeleid, zelfstandig naar behoren uit te oefenen en de assistent-geneeskundige zich hierbij niet neerlegt, zal de SRC, gelet op het zwaarwegend advies van een door haar ingestelde Commissie van Onderzoek, beslis-

sen of en, zo ja, onder welke voorwaarden de assistent-geneeskundige de opleiding moet voortzetten alvorens in het register van erkende specialisten te kunnen worden ingeschreven.

E.b.2.
De opleider dient de in artikel A.11. bedoelde beoordeling niet eerder dan drie en uiterlijk twee maanden voor het formele einde van de opleiding ter kennis te brengen van de assistent-geneeskundige. De assistent-geneeskundige dient zijn eventuele bezwaren hiertegen binnen twee weken nadien schriftelijk ter kennis te brengen van de SRC. De door de SRC in te stellen Commissie van Onderzoek zal uitspraak dienen te doen binnen twee maanden nadat de assistent-geneeskundige zijn bezwaren tegen de beoordeling aan de SRC heeft meegedeeld.

E.b.3.
Indien de SRC, gelet op het zwaarwegend advies van de Commissie van Onderzoek, weigert de assistent-geneeskundige in het register van erkende specialisten in te schrijven, dan kan deze binnen drie maanden nadat hem deze beslissing schriftelijk is meegedeeld in beroep gaan bij de Commissie van Beroep ex artikel 1031 e.v. van het Huishoudelijk Reglement der KNMG.

Noten

1. Beëindiging van de werkzaamheden van de opleider kan het gevolg zijn van:
- beëindiging van diens contract met de opleidingsinrichting;
- blijvende arbeidsongeschiktheid;
- overlijden;
- pensionering;
- verlies van de bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst.

2. Redenen kunnen zijn:
- reeds gemaakte afspraken met assistent-geneeskundigen;
- deelname in een opleidingscircuit;
- binnenkort te realiseren uitbreiding van de opleidingscapaciteit.

3. De SRC kan hiervan ontheffing verlenen, indien de opleider voldoende zwaarwegende argumenten heeft om geen lid van de vereniging te zijn.

4. In de centrale opleidingscommissie dienen in elk geval de opleiders, een vertegenwoordiging van de assistent-geneeskundigen en de Raad van Bestuur of de directie van het ziekenhuis zitting te hebben. De SRC kan nadere voorschriften uitvaardigen met betrekking tot taak, werkwijze en samenstelling van de opleidingscommissie.

5. Te denken valt aan verhuizing van de inrichting of het instituut, fusies en dergelijke.

6. Hieronder worden tevens begrepen regelingen, welke naar het oordeel van de SRC naar hun strekking met de modelregeling overeenkomen.

7. *Deze bevoegdheid wordt verkregen:*

a. door het behalen van het artsdiploma in Nederland;

b. voor onderdanen van een der lidstaten der EG: door het bezitten van een diploma van arts als omschreven in de EG-richtlijnen 75/362 en 75/363.

Behalve de bevoegdheid welke geldt voor de uitoefening van de geneeskunst in volle omvang, kan ook een zogeheten toelating voldoende zijn voor het volgen van een specialistenopleiding. De minister onder wie de volksgezondheid ressorteert kan aan buitenlandse artsen onder bepaalde voorwaarden en voor een bepaalde tijd toestemming verlenen in Nederland geneeskunst uit te oefenen.

8. De SRC kan hier nadere uitvoeringsvoorschriften vaststellen.

Besluit no. 1 - 1994

C C

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit no. 1 - 1994 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat een aanvulling bevat op besluit CC no. 2 - 1982 (en aanvullende/wijzigende besluiten).
Het besluit treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 1994.

mr J.C. de Hoog,
secretaris

Aanvulling besluit CC no. 2 - 1982

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 15 februari 1993;
in aanmerking nemende de overeenkomst van Porto van 2 mei 1992 betreffende de Europese Economische Ruimte, op grond waarvan Nederland verplicht is de houders van de in de overeenkomst genoemde getuigschriften, behaald in Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zweden, die in het bezit zijn van de nationaliteit van een van die staten dan wel van een lidstaat van de Europese Gemeenschappen, in te schrijven in het desbetreffende specialistenregister;
de onderbrenging van de richtlijnen EEG 75/362/EEG en 75/363/EEG in de hercodificatie-richtlijn 93/16/EEG;
gehoord de Specialisten Registratie Commissie;
gelet op de artikelen 1007, lid 2 en 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;
heeft besloten
artikel 3 van besluit CC no. 2 - 1982 (inschrijving in het specialistenregister van in het buitenland opgeleide medisch specialisten), aangevuld bij besluit CC no. 7 - 1985 en gewijzigd bij besluit CC no. 2 - 1992, als volgt te wijzigen:

Artikel 3 (nieuw)
Onderdanen van een der lid-staten der Europese Gemeenschappen dan wel van Oostenrijk, Finland, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zweden, die in het bezit zijn van een der krachtens richtlijn 93/16/EEG, zoals aangevuld bij de Overeenkomst van Porto van 2 mei 1992 erkende diploma's van arts, alsmede van de in genoemde - aangevulde - richtlijn vermelde diploma's, certificaten of andere titels van specialist, voor zover erkend in Nederland, worden op hun verzoek ingeschre-ven in het register van erkende specialisten.

Dit besluit treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 1994.

Toelichting

Bij supranationale regelgeving, zoals bijvoorbeeld bij de EEG-richtlijnen, dienen de afzonderlijke lidstaten hun nationale regelgeving daaraan aan te passen.

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G • C C •

In het kader van de uitwisseling van artsen- en specialistendiploma's zijn de richtlijnen 75/362/EEG en 75/363/EEG (inmiddels opgenomen in richtlijn 93/16/EEG), alsmede de latere wijzigingen en aanvullingen daarop, verwerkt in de CC-besluiten die betrekking hebben op de inschrijving in het specialistenregister van buitenlandse artsen.
Onlangs is tussen de lidstaten van de Europese Gemeenschappen en een aantal andere landen als boven genoemd een overeenkomst gesloten op grond waarvan de in die landen behaalde artsen- en specialistendiploma's ook in de EG-lidstaten worden erkend, en zo over en weer. De minister van WVC heeft het Centraal College - in dezen het wetgevend orgaan in Nederland - verzocht de regelgeving hieraan aan te passen, hetgeen tot uitdrukking komt in bovengenoemd besluit.

Inwerkingtreding wet BIG

K N M G

In november 1993 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg aanvaard (wet van 11 november 1993, Staatsblad 655). Door de wet BIG zal de regelgeving inzake de beroepsuitoefening een aantal wijzigingen ondergaan. Het onder de huidige Wet Uitoefening Geneeskunst bestaande stelsel van beroepsbescherming zal op grond van de BIG worden vervangen door titelbescherming. Deze titelbescherming heeft niet alleen betrekking op artsen, maar - onder anderen - ook op tandartsen, verloskundigen, klinisch psychologen en verpleegkundigen. In aansluiting hierop maakt de BIG het mogelijk een wettelijke erkenning te geven aan het register van specialismen, zoals dat thans functioneert op grond van het huishoudelijk reglement van de KNMG. Ook met betrekking tot de titels krachtens deze registratie zal er in de toekomst sprake zijn van wettelijke titelbescherming. Het wettelijk tuchtrecht zal worden uitgebreid tot in totaal acht categorieën beroepsbeoefenaren. De BIG voorziet voorts in een regeling van de aan de arts voorbehouden handelingen, alsmede van de voorwaarden waaronder de arts deze handelingen mag laten verrichten door anderen (bijvoorbeeld een verpleegkundige).
De afgelopen maanden is het secretariaat van de KNMG een groot aantal keren benaderd door artsen met vragen betreffende de inwerkingtreding van de wet BIG. Daarover kan het volgende worden opgemerkt:
- Gelet op de maatregelen die nodig zijn om de wet BIG te kunnen invoeren voor alle beroepsgroepen die onder het bereik van de wet vallen, heeft het ministerie van WVC gekozen voor een gefaseerd invoeringstraject. Zoals het er thans naar uitziet zullen de voor de arts relevante bepalingen van de wet BIG *medio 1996* in werking treden. Tot dat moment blijven voor artsen de Wet Uitoefening Geneeskunst (1865), de Wet houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts (1878) en de Medische Tuchtwet (1928) van kracht. Zodra het 'artsengedeelte' van de BIG in werking treedt, vervallen deze wetten.
- Met betrekking tot de wettelijke bescherming van de titel 'arts' stelt de BIG de voorwaarde dat de arts is ingeschreven in een landelijk register dat door de overheid zal worden beheerd. Artsen die als zodanig werkzaam zijn op het tijdstip dat de wet BIG in werking treedt, kunnen tot zes maanden na dat tijdstip om inschrijving in het register verzoeken (en in bepaalde gevallen ook nog op een later moment). Een aantal maanden voor de inwerkingtreding van de wet BIG zullen de artsen in Nederland hierover door de overheid worden geïnformeerd.

De KNMG is voornemens de komende tijd een aantal scholings- en informatieactiviteiten met betrekking tot de wet BIG te organiseren. U zult daarover via Medisch Contact op de hoogte worden gehouden. In het kader van de themaserie 'wetgeving' die deze week in dit blad is gestart, zullen binnenkort twee artikelen over de wet BIG verschijnen, waarin uitvoeriger op de inhoud van deze wet wordt ingegaan (MC nr. 18 van 6 mei). Leden van de KNMG kunnen zich met vragen over de wet BIG wenden tot het KNMG-secretariaat (prof. mr J. Legemaate, tel. 030-823382).

Bereikbaarheid KNMG in mei

Op 5 en 6 mei aanstaande is de KNMG in verband met Bevrijdingsdag en de daarop volgende verplichte roostervrije dag niet bereikbaar. Domus Medica zal echter wel geopend zijn: het NHG en de Olma maken op deze dagen gebruik van het gebouw. Er zullen daarom op beide dagen mensen op de receptie aanwezig zijn.

In verband met Hemelvaartsdag en de daarop volgende verplichte vrije dag is Domus Medica op 12 en 13 mei in zijn geheel gesloten.

Voor meer informatie kunt u bellen met de afdeling Verenigingszaken en Public Relations van de KNMG, tel. 030-823201.

· CSG · CHVG · SRC · SGRC · HVRC ·

Nieuwe inschrijvingen

S R C

Specialisten ingeschreven in het specialisten register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand januari 1994:

Anesthesiologie
mw J.M. Ronday, 1.7.1993

Cardiologie
E.S. Tan, 1.7.1993

Gastro-enterologie
C.J.M. Bolwerk, 1.4.1993

Heelkunde
J.H. Allema, 1.1.1993
F.J.G. van Himbeeck, 1.1.1994
F.P.G. Schol, 1.1.1994

Inwendige geneeskunde
P. Dubbeld, 1.1.1994
M.J.F.M. Janssen, 1.5.1993
dr W. Kersting, 20.10.1993
mw M.C.J.C. Legdeur, 1.5.1993
J.J.J. de Sonnaville, 1.8.1991
mw J.M.L. Stouthard, 1.4.1993
dr E.E. Voest, 1.7.1993
J.H. Voskuil, 1.8.1993

Kindergeneeskunde
K. van der Ent, 1.1.1994
A.F.J. van Heijst, 1.10.1993
A.E. Sluiter, 1.9.1993
mw M.C. Spit, 1.1.1994

Longziekten en tuberculose
N.H.T. ten Hacken, 1.12.1993
H.J. Pennings, 1.1.1994

Neurologie
G.J. Lammers, 1.10.1993

aantekening Klinische Neurofysiologie
mw M. de Boer, 1.10.1993

Oogheelkunde
mw A.M.H.W. Begas, 27.11.1993
dr P.J.F.M. Derhaag, 1.10.1993
dr H.G. Lemij, 1.11.1993

Orthopedie
dr H.R. de Vries, 1.1.1994
F.C.E.M. Wijffels, 1.7.1993

Pathologie
dr P.C.W. Hogendoorn, 1.1.1994
mw dr D. de Jong, 1.11.1993
dr M.J. van de Vijver, 1.12.1993

Psychiatrie
J.A. van der Linden, 1.1.1994
mw J.M.J. Smorenburg, 1.1.1994
mw J. Stor-Reuling, 1.10.1993

Radiodiagnostiek
mw E.L.van Persijn van Meerten, 1.10.1993

Urologie
H.E. Dijkema, 1.1.1994
E.W. Stapper, 1.1.1994

Verloskunde en gynaecologie
mw M.J. Kagie, 1.8.1993

K N M G
Dienstverlening

Het aantal vrouwen dat geneeskunde gaat studeren neemt snel toe. Hoe zit het straks met hun werkgelegenheid en met mogelijkheden voor kinderopvang, deeltijdarbeid, zwangerschapsverlof etc.? Vanuit het emancipatieproject van de KNMG kan men u adviseren. Bel 030-823355. Uw contactpersoon: mevrouw drs. M. Leemeijer, stafmedewerker emancipatiezaken. Of schrijf naar Secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.

KNMG-COLOFON

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

Postadres
Postbus 20051
3502 LB Utrecht
Postgironummer
58083-AMRO banknummer 45 64 48 969
KNMG-informatielijn
030-823339
KNMG-antwoordapparaat
030-823201
Telefax
030-823326
Dagelijks bestuur
R.H. Levi, *voorzitter*,
mw J.G.M. Lanphen, *ondervoorzitter*,
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
mw H.A. Bouwman
Secretariaat
Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische en administratieve zaken*

LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr.R.J. Laffrée, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

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

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

LVSG
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw J.A. van Walderveen-van der Louw, *secretaresse*.

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

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

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

SRC
Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, *secretaris*
mw J.M. Koornneef, *wnd bureauhoofd*

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

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

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
E. Iwema Bakker, *voorzitter*
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

AMBULANT

- 23 APRIL - ZA.
60-jarig jubileum KNMG-afdeling Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier
Inlichtingen: tel. 05960-13400/050-340666.

- 23 APRIL - ZA.
Blaucapel College, Winklerweg 373 te Utrecht:
open dag 'Afscheid van een kind', georganiseerd door de Vereniging Ouders van een Overleden Kind.
Inlichtingen: tel. 055-213550.

- 26 APRIL - DI.
CWZ te Nijmegen:
symposium 'Zorgverzekeraar, ziekenhuis en kwaliteit; naar een nieuwe relatie'.
Inlichtingen: Brenda de Munnik, tel.080-658300.

- 28 APRIL - DO.
Vrij Universiteit te Amsterdam:
informatiemarkt annex mini-symposium 'Ingangseisen vervolgopleidingen: geduld, vriendjes of kwaliteit', georganiseerd door de KNMG afdeling Amsterdam.
Inlichtingen: mw M. de Kruijff, tel. 030-823391.

- 28 APRIL - DO.
Congrescentrum Engels:
congres 'Kostprijsberekening in de gezondheidszorg; voor de intra- en extramurale gezondheidszorg', georganiseerd door het Nederlands Studie Centrum.
Inlichtingen: drs Ph.I. Idenburg, tel. 010-4349966.

- 28 APRIL - DO.
Jaarbeurs te Utrecht:
landelijke artsendag 'Sociale geriatrie', bestemd voor artsen die werkzaam zijn binnen de sociale geriatrie, zoals RIAGG-artsen, GGD-artsen en artsen werkzaam voor indicatiecommissies.
Inlichtingen: mw A.H.M. Kleemans, tel. 02240-13404/ mw L. Boltjes, tel. 070-3469282.

- 6 MEI - VR.
Academisch Ziekenhuis Utrecht:
studiedag 'Spina bifida', bestemd voor ieder die zich professioneel bezighoudt met de behandeling en begeleiding van patiënten met spina bifida.
Inlichtingen: dr R.H.J.M. Gooskens, tel. 030-507455, en mw A.H.M. van der Avoort, tel. 030-506873.

- 7 MEI - ZA.
Hotel Britannia-Watertoren te Vlissingen:
symposium 'Screening en behandeling van het mammacarcinoom', bestemd voor huisartsen, chirurgen, internisten, radiodiagnosten en anderen.
Inlichtingen: ZRTI, mw R. van Loon, tel. 01184-29120.

- 7 MEI - ZA.
De Reehorst te Ede:
symposium 'Euthanasie en toetsbaarheid: een leefbaar compromis?', georganiseerd door de medische afdeling en de rechtskundige afdeling van het Thijmgenootschap.
Inlichtingen: congressecretariaat, tel. 085-645458.

- 11 MEI - WO.
Erasmus Universiteit Rotterdam:
congres 'De organisatie en financiering van klinisch-wetenschappelijk onderzoek'.
Doelgroep: medici en andere wetenschappers.
Inlichtingen: mw M.J.M. Wannyn, tel. 010-4633727 (tot 13.00 uur).

- 17 MEI - DI.
Vrije Universiteit te Amsterdam:
Nascholingscursus 'Eet-, gok- en rookverslaving', georganiseerd door het Postacademisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde Amsterdam.
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

- 19 MEI - DO.
De Rode Hoed te Amsterdam:
lustrum-symposium 'Doet u ook aan seks?', voor professionals over seksualiteit in het werk. Doelgroep: hulpverleners, voorlichters, docenten, beleidsmakers, seksuologen, journalisten, politici en verzekeraars.
Inlichtingen: Rutgers Stichting, tel. 070-3631750.

- 26 MEI - DO.
Academisch Ziekenhuis Groningen:
symposium 'Door informatisering wijzer? Nieuwe visies op zorg voor ziekte en gezondheid door informatiesystemen'.
Doelgroep: thuiszorg, huisartsgeneeskunde, sociale gezondheidszorg, farmacie, epidemiologie en verpleegkunde, filosofie, medische sociologie en cultuurstudies.
Inlichtingen: Universitair Centrum voor Parmacie: R. Vos, tel. 050-633331/W. Jonker, tel. 050-633272.

- 26 MEI - DO.
Twenteborg Ziekenhuis Almelo:
cursus 'Complicaties bij de terminale zorg van kankerpatiënten', bestemd voor huisartsen en oncologen.
Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

- 26 MEI - DO.
Het Trippenhuis te Amsterdam:
symposium 'Na de transformatie. Maatschappelijke integratie van (ex-)transseksuelen'.
Doelgroep: huisartsen, medewerkers van het RIAGG, artsen en arbeidsdeskundigen van het GAK en GMD, maatschappelijk werkers en medische adviseurs van de ziektekostenverzekeraars.
Inlichtingen: Humanitas, 020-6262445 (werkdagen van 9.00 en 12.30), of mw P.C. Klene, tel. 075-352917.

- 26 MEI - DO.
Vrije Universiteit te Amsterdam:
medisch-historische dag 1994 'Epidemieën en oorlog, een historische relatie', georganiseerd door de sectie Medische Geschiedenis van de Vrije Universiteit Amsterdam, onder auspiciën van de Stichting Historia Medicinae en de Emil Starkenstein Foundation.
Inlichtingen: tel. 020-5482700.

- 27 MEI - VR.
MECC te Maastricht:
Internationaal Dyslexiecongres 1994.
Doelgroep: huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, KNO-artsen en neurologen.
Inlichtingen: mw M. Wuisman-Frerker, tel. 04492-3528.

- 27 MEI - VR.
VVAA te Utrecht:
cursusdag 'Rijgeschiktheidsonderzoek', bestemd voor iedere arts die met rijbewijskeuringen te maken heeft.
Inlichtingen: VVAA-congresservice, mw M.M. Wijnen, tel. 030-474450.

- 27 MEI - VR.
AMC te Amsterdam:
PAOG-symposium 'Dementie'.
Doelgroep: huisartsen, neurologen, psychiaters, geriaters, verpleeghuisartsen, klinisch psychologen, neurospychologen en psychogerontologen.
Inlichtingen: PAOG-Amsterdam, tel. 020-5664801.

- 31 MEI - DO.
Huis te Voorst te Zutphen:
symposium 'De gevolgen van het whiplash-trauma'.
Doelgroep: GMD- en GAK-artsen, huisartsen en verzekeringsartsen.
Inlichtingen: NSWP, mw M-A. Hoogstraaten, tel. 03465-51166.

- 1 JUNI- WO.
Domus Medica te Utrecht:
jaarvergadering van de NVBe 'Het dier als orgaandonor voor de mens?'
Inlichtingen: mw E.G. van Gelder, tel. 030-823330.

- 2 JUNI - DO.
De Reehorst te Ede:
congres 'Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken', georganiseerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken.
Inlichtingen: Bureau Lambregts, tel. 020-6169540.

- 2 EN 3 JUNI - DO./VR.
Hotel Heidepark te Bilthoven:
workshop Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Ontwikkelen van medisch beleid'.
Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 3 JUNI - VR.
Katholieke Universiteit te Nijmegen:
symposium 'Observatie in de geriatrie', georganiseerd door de afdeling Geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen bij haar eerste lustrum.
Inlichtingen: mw M. Majoor, tel. 080-612232. •