

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 24 – 17 juni – 43e jaargang

Sinds enige jaren wordt aan de Vrije Universiteit geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van onderwijs aan vijfdejaars medisch studenten, te weten het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk. In het eerste van drie artikelen over dit experiment gaan de docenten H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders in op achtergrond en opzet van het onderwijs.

Aan 'Health for all' wordt in ons land wel degelijk gewerkt. De 'Nota 2000' kan worden gezien als een eerste stap. Wellicht kunnen er nu, net als elders, meer concrete bevorderingsprogramma's worden opgezet. Mw. Drs. E. J. J. de Leeuw MPH doet daar als wetenschappelijk assistent bij de vakgroep GVO van de Rijksuniversiteit Limburg onderzoek naar.

Onwetendheid is goud waard. Dat gold voor de waarzegger tegen wie, vier eeuwen geleden, Johannes Wier ten strijde trok. Dat geldt in deze tijd voor hen die nutteloze en gevaarlijke medicijnen aanprijzen. Aldus de cultureel antropoloog Dr. J. van der Geest, verbonden aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam.

Bijna tien jaar geleden werd de fameuze Verklaring van Alma Alta aangenomen. Nu is er de Verklaring van Harare, kortgeleden aangenomen tijdens een 'International Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care'. De sociaal-epidemioloog Eric van Praag was erbij voor BZ (en voor MC).

Binnen de islam is de rolverdeling man-vrouw essentieel anders dan in de westerse wereld. Voor islamieten is de voortplanting primair een vrouwelijke aangelegenheid en is de rol van de man daarbij slechts ondergeschikt. Dit heeft ook consequenties voor de mannelijke arts/gynaecoloog in zijn relatie tot de patiënt. Aan de hand van persoonlijke ervaringen als mannelijk gynaecoloog in een islamitisch land belicht Dr. N. E. Vierhout een aantal aspecten van deze problematiek.

INHOUD

Onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk. 1: Achtergrond en opzet
H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders – 743

'Health for all' in Nederland. Gezondheidsbevordering
Evelyne de Leeuw – 745

Intensieve thuiszorg als ontwikkelingsgebied. Dialoog met Hoefnagels, Post en Spreeuwenberg
Dr. P. C. J. van Loon – 748

Inkomen aspirant-huisarts bedreigt kwaliteit van de opleiding
Jeroen van der Lugt en Adri van der Born – 749

De geschiedenis van de praktijkkredieten
C. Visser – 751

'De praestigiis daemonum'. Medicijngebruik in de derde wereld
Sjaak van der Geest – 753

Primary Health Care per district. Een interregionale conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie
Eric van Praag – 755

Islam en voortplanting. Ervaringen van een mannelijke gynaecoloog in een islamitisch land
Dr. M. E. Vierhout – 765

Colofon 738 – Colofon officieel 738 – Hoofdre-dactioneel commentaar 739 – Voorzittersko-lom LAD 740 – Brieven 741 – Boeken 750 – Uit de Verenigingen 759

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Onderzoek naar een door muskieten overgebrachte ziekte op Cuba na de Spaans-Amerikaanse oorlog (van 25 april tot 10 december 1898). Dean Cornwell.
Wyeth Laboratories, Philadelphia.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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.

Eerste lijn en faculteit

In 1980 werd aan de Rijksuniversiteit Limburg een symposium 'Faculteit en eerste lijn' gehouden. Men vroeg zich toen af volgens welk model men de eerste lijn meer bij de medische faculteit zou kunnen betrekken. Op dat moment waren de huisartsen door de vakgroepen Huisartsgeneeskunde al aan de universiteit vertegenwoordigd. Aan de andere kant werd de relatie tussen de vakgroepen voor een extramuraal vakgebied als de openbare gezondheidszorg en de sociale geneeskunde steeds losser, terwijl gebieden als zwakzinnigengzorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg en verpleeghuisgeneeskunde niet of nauwelijks in de faculteit waren ingebed.

Hoewel qua aantal formatieplaatsen facultair niet onbeduidend, bestond bij de vakgroepen Huisartsgeneeskunde toch de wens van een grotere – en vooral ook *andere* – betrokkenheid bij het facultaire onderwijs en onderzoek. Weliswaar participeerden aan de traditionele medische faculteiten deze vakgroepen in het curriculum via werkgroepen, practica en het niet-gestructureerd observeren van een spreekuur van een huisarts en kwam op de meeste plaatsen een co-assistent-schap huisartsgeneeskunde op gang, maar toch nam het gevoel toe dat de kloof tussen de faculteit, het universitaire huisartseninstituut en de dagelijkse huisartspraktijk te groot bleef: zoals er een nauwe verwevenheid bestaat tussen de klinische vakgroepen en de afdelingen van het academisch ziekenhuis, zo zou ook de band tussen vakgroepen Huisartsgeneeskunde en huisartspraktijken nauwer moeten worden.

Naar aanleiding van bovengenoemd symposium ontvouwen diverse voortaanstaande huisartsen in Medisch Contact hun gedachten over modellen van samenwerking. Nog steeds heeft de bijdrage van Van Es niet aan actualiteit ingeboet¹. Als extramuraal veld heeft hij voor ogen een aantal praktiserende huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, vroedvrouwen en fysiotherapeuten die zich bereid verklaren om binnen hun werksituatie onderwijs te (laten) geven en wetenschappelijk onderzoek te (laten) verrichten. Hij stelt dat de faculteiten moeten wennen aan het idee dat het extramurale veld evenzeer haar aandacht verdient als het academisch ziekenhuis. Hierbij is het, aldus Van Es, de kernvraag of de universiteit zich medeverantwoordelijk gaat maken

voor een deel van de extramurale gezondheidszorg of dat Volksgezondheid zich medeverantwoordelijk gaat maken voor een deel van het onderwijs. Zoals bekend, wordt ook ten aanzien van het vergelijkbare probleem van de intramurale gezondheidszorg in de academische ziekenhuizen nog steeds gediscussieerd.

Ook internationaal wordt er op een heroriëntatie van de faculteiten aangedrongen. Zo heeft de New Leeuwenhorstgroup in haar statement: 'Changing aims of basic medical education' aangegeven wat de bijdrage van de huisarts aan het medisch basisonderwijs kan zijn²: 'General practice is a safe environment for stu-

Dr. C. Spreeuwenberg

dents to learn how to gather clinical evidence and weigh their significance, how to comprehend the principles and apply them, how to analyse all the factors which are contributing to a problem, how to assemble information from many sources and synthesise it, how to define problems and place them in order of priority, and finally, how to evaluate the result . . . ' Het is eigenlijk een wonder dat de discussie over 'eerste lijn en faculteit' niet louter academisch is gevoerd en dat er in de jaren tachtig aan een paar medische faculteiten academische werkplaatsen voor de eerstelijnsgezondheidszorg, helaas al heel snel beperkt tot universitaire huisartsenpraktijken (UHP's), tot stand zijn gebracht. Omdat deze praktijken zich nauwelijks laten inpassen binnen de regels van de gewone gezondheidszorg (denk aan zaken als het vestigingsbeleid en contracten met ziekenfondsen) of de universiteit (denk aan het aanstellen van artsen), moest er met veel instanties worden overlegd en moesten er bijzondere procedures worden gecreëerd.

Steeds meer is duidelijk geworden dat formele participatie van de universiteit in de organisatie van de praktijk voor vele taken op het gebied van onderwijs en onderzoek niet noodzakelijk of zelfs ongewenst is. Dit is alleen nodig als er dusdanig in het gebouw, de materiële middelen en de deskundigheid moet worden geïnvesteerd dat zonder die formele participatie de risico's voor partijen te groot zouden worden en de desbetreffen-

de voorziening dus niet zou kunnen worden gecreëerd.

In dit nummer van Medisch Contact staat het eerste van drie artikelen waarmee Sigling, Arbouw en Reynders, als huisartsen verbonden aan één van de twee universitaire huisartsenpraktijken van de Vrije Universiteit, verslag doen van een onderwijsvorm die in 'hun' UHP werd ontwikkeld. De studenten komen in de huisartspraktijk op een cruciaal moment van hun opleiding. Nadat ze in het vijfde jaar zijn getraind in allerlei voor de praktijk benodigde vaardigheden en ze de orgaan- en functiegerichte stof uit de eerste vier studiejaar op een andere wijze, via de ingang 'klacht', hebben leren hanteren, krijgen ze gedurende een drietal middagen voor het eerst tijdens hun opleiding de gelegenheid met echte patiënten de consultvoering te beoefenen. Deze patiënten uit het bestand van de UHP worden niet op hun problemen geselecteerd, zodat studenten een uiteenlopende scala van klachten kunnen verwachten. Het consult wordt op de video opgenomen en door de betrokken huisarts met de student en zijn collega systematisch nabesproken. De auteurs beschrijven hoe de relatie arts-patiënt in dit nagesprek model staat, waardoor het delen van de verantwoordelijkheid en het kritisch bezien van het eigen handelen worden gestimuleerd. Alle bij een evaluatie betrokken studenten beschouwden het in de UHP verkregen onderwijs als zeer leerzaam.

Het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk is arbeidsintensief en daardoor duur. Volkomen terecht wordt er tegenwoordig extra kritisch naar dit soort voorzieningen gekeken. Het is daarom buitengewoon verheugend dat de medische faculteit van de Vrije Universiteit deze bescheiden vorm van 'clinical teaching' in de eerstelijnsgeneeskunde zó belangrijk vindt dat volgende week de tweede UHP aan de VU haar poorten mag openen. □

1. Es JC van. Faculteit en eerste lijn. Medisch Contact 1981; 36: 179-82.

2. The New Leeuwenhorst group. Changing aims of basic medical education; a view from general practice. Amsterdam, 1986.

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

Uitbreiding werkingssfeer Arbeidswet urgent

Op 18 juni 1985 vond in de Tweede Kamer de behandeling plaats van een motie waarin werd aangedrongen op uitbreiding van de werkingssfeer van de Arbeidswet tot geneeskundigen. In een telegram aan alle kamerleden, een dag voor de behandeling verstuurd, stelde de LAD zich op achter de motie. Anderhalf jaar ijveren voor arbeidstijdnormalisering, dat wil zeggen een werkweek van ± 40 uur, had nog slechts weinig resultaat opgeleverd en het werkgelegenheidsprobleem voor jonge artsen groeide; een wettelijke maatregel zou die arbeidstijdnormalisering wellicht kunnen bespoedigen, zo was de mening van de LAD.

De motie werd aangenomen en de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, WVC en Binnenlandse Zaken vormden een werkgroep om de beoogde uitbreiding te realiseren. Al vrij snel verscheen het eerste concept, in feite een uitbreiding van het zogeheten Verplegingsbesluit. De Arbeidswet is een zogenaamde raamwet en iedere uitbreiding van de werkingssfeer moet via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) worden gelegaliseerd. Deze eerste concept-AMvB was gericht op alle artsen, met uitzondering van de specialisten. Bij de bepaling van het maximum-aantal werkuren per week was rekening gehouden met de opleidingsuren, beschik- en bereikbaarheidsdiensten. Volgens de nieuwe AMvB zou de arts, gemeten over zes weken, gemiddeld niet meer dan 48 uur per week mogen werken, op straffe van inschakeling van de Arbeidsinspectie en een boete voor de instelling of de maatschap waar hij of zij in dienst zou zijn. Bij de opstelling van de AMvB zijn ook de LAD en de LVAG (Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen) betrokken geweest.

De zorg voor werkgelegenheid is een belangrijk onderdeel van de beleidsnota van de LAD. Een manier om dat te bereiken is herverdeling van arbeid. Korter

werken door artsen zou een groot aantal extra banen opleveren. Gebeurt dat korter werken niet vrijwillig – en gezien de moeite die de LAD telkens weer moet doen om werktijdenregelingen van de grond te krijgen, gebeurt dat niet vrijwillig – dan kan de overheid ingrijpen; dat hebben wij dan naar mijn mening aan onszelf te danken.

Begin 1987 lag de complete AMvB klaar om aan het kabinet te worden aangeboden. Echter, minister Ruding had toegeslagen en zonder financieringsplaatje had de AMvB in het kabinet geen schijn van kans. Dat financieringsplaatje is er nog steeds niet. Dat is dan ook de reden



waarom de LAD en de LVAG, na zich diverse keren per brief tot de minister te hebben gewend, medio 1987 de vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid over de situatie hebben ingelicht, met het verzoek hier zo snel mogelijk wat aan te doen. Eén van de gevolgen was een gesprek tussen een delegatie van de LAD en LVAG en enkele kamerleden van de Partij van de Arbeid.

Ze recent hebben enkele artsenorganisaties, waaronder de LVAG en de LAD, zich opnieuw tot de minister gewend, met het verzoek de uitbreiding van de Arbeidswet nu snel te realiseren. Met name de LAD, die zich nu al jaren inspannt om het werkgelegenheidsprobleem op te lossen en daar met de Vacaturebank en het uitzendbureau (SWG), de sollicitatiecursussen, etc. ook daadwerkelijk heel succesvol aan werkt, vindt dat de wet nu maar eens van de grond moet komen. Zeker met het oog op de

toekomstige functiereductie als gevolg van de extra beddenreductie die staatssecretaris Dees meende te moeten doorvoeren, komen er in de toekomst alleen maar minder instroommogelijkheden voor jonge basisartsen, en die moeten nu juist worden uitgebreid.

De praktijk heeft geleerd, dat artsen er zeer moeilijk van te overtuigen zijn dat een medische taak ook heel goed binnen laten we zeggen 48 uur zou kunnen worden vervuld. Daarbij laat ik dan vanzelfsprekend de eigen verantwoordelijkheid en met name het arbeidsethos van de medicus geheel buiten beschouwing, want die worden daar niet door beïnvloed.

De LAD is er nog steeds van overtuigd, dat arbeidstijdnormalisering een oplossing kan zijn voor een groot deel van de thans bestaande problemen op het gebied van de werkgelegenheid voor artsen. Als een uitbreiding van de werkingssfeer van de Arbeidswet die normalisering van arbeidstijden kan bespoedigen, dan is de LAD daar een voorstander van. Het is mij bekend dat er collegae zijn die die mening niet delen. Zij zouden wellicht kunnen overwegen, dat een hechte artsenorganisatie met een hoge organisatiegraad voor de toekomst van onze gezondheidszorg, en daarmee voor onze beroepsuitoefening, van het grootste belang is. De toekomst van die organisatie ligt mede in de handen van de jonge arts die thans niet aan het werk kan komen.

J. C. F. M. Aghina,
voorzitter LAD

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

DE VAKBOND VAN MIJN MAN

Nadere reactie

De LHV wil graag nog kort reageren op de ingezonden brief van A. Raymakers te Mook (MC nr. 18/1988, blz. 549)

Met collega Raymakers menen wij dat vooral goed en actief overleg tussen waarnemgroep en apothekers kan leiden tot een daling van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening. Het zelf afleveren van een beperkt aantal geneesmiddelen tijdens het spreekuur kan daarnaast bijdragen aan een beperking van het pakket.

In de LHV-discussienota 'Huisarts en geneesmiddelenvoorziening' staat op pagina 9 dat er geen snellere en patiëntvriendelijkere distributie van geneesmiddelen is dan door de voorschrijvend arts zelf, direct aansluitend aan het consult, aangevuld met een gebruikadvies. Uitgegaan wordt dus van aflevering tijdens het spreekuur.

De automatisering gaat bij de huisarts momenteel hard. Automatisering is voorwaarde voor het alternatieve LHV-idee. Voor het zover is, moet worden gestreefd naar navolging van het model-Hoogeveen. Intensief prescriptieoverleg tussen huisartsen, specialisten en apothekers, zoals in Hoogeveen, kan tot rationeler en economischer voorschrijfgedrag leiden en bijdragen aan een verlaging van de kosten van de prescriptie.

Met betrekking tot de 'package deal' LHV/VNZ bestaat er kennelijk een misverstand. Met de VNZ is een 'package-deal' gesloten dat onder meer een nieuw kostenbudget inhield. Dit nieuwe kostenbudget, dat tegelijkertijd ook voor de particuliere honorering werd aangeboden, ontmoette in eerste instantie weerstand bij de staatssecretaris van WVC. In tweede instantie is de staatssecretaris alsnog akkoord gegaan met beide kostenbudgetten. Alleen over de invoeringsdatum van het kostenbudget in de particuliere sector bestaat nog geen overeenstemming, wel over de invoeringsdatum in de ziekenfondssector. Hiermede kan echter de 'package-deal' worden uitgevoerd.

Utrecht, juni 1988

S. Buijs, huisarts,
secretaris

TRANSSEKSUALITEIT (GENDERDYSFORIE)

Transseksualiteit (genderdysforie) is de onherroepelijke overtuiging te behoren tot het andere geslacht dan dat waarvan men de in- en



uitwendige kenmerken bezit. Dit gevoel van 'in een verkeerd lichaam zitten' leidt – ook omdat transseksualiteit zo weinig voorkomt – dikwijls tot twijfel, vereenzaming en isolatie. Voordat tot een hormonaal en chirurgisch veranderingsproces wordt overgegaan, dient de transseksueel de nagestreefde situatie mentaal te kunnen hanteren, om ook sociaal te worden geaccepteerd. Deze veranderingen, die vaak tot conflicten leiden met familie, werkring en sociale omgeving, vergen zeer veel geduld, doorzettingsvermogen en overtuigende zekerheid en vitaliteit die menig transseksueel niet alleen kan opbrengen.

Onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging Humanitas voor maatschappelijke dienstverlening en samenlevingsopbouw is sinds enkele jaren een hulpverleningsproject ontwikkeld voor begeleiding van transseksuelen, dat inmiddels met behulp van regionale vrijwilligers een landelijk karakter heeft gekregen. Deze vrijwilligers, onder wie een aantal dat het transseksualiteitsproces al heeft doorgeemaakt, zijn getraind in gespreksvoering en kunnen adequate begeleiding bieden.

Via de coördinatrice en maatschappelijk werkster Petra Klene kunt u nadere inlichtingen en documentatie verkrijgen: Humanitas, Sarphatistraat 4, Amsterdam, tel. 020-262445 (9-12 uur, behalve donderdag).

Amsterdam, juni 1988

E. Stibbe, hoofd voorlichting Humanitas

ONDER DE ZORG VAN DE POLITIE

De dienstdoende artsen van de Basisgezondheidsdienst van het Samenwerkingsverband Enschede kunnen zich niet goed vinden in de eind '87 in het GHI-bulletin verschenen richtlijnen met betrekking tot de behandeling van de zich onder de zorg van de politie bevindende personen. Hieraan ligt een drietal overwegingen ten grondslag:

1. De gesuggereerde vermenging van taken wijzen wij van de hand. Als sociaal-geneeskundigen gaan wij dagelijks om met de relatie met enerzijds de patiënt c.q. hulpvrager en anderzijds de opdrachtgever, bevoegd gezag, personeelsfunctionarissen, wetgever, etc. In de opleiding van iedere discipline die de sociale geneeskunde kent wordt aan dit aspect veel aandacht besteed. Het is voor ons derhalve een vertrouwd spanningsveld, waarmee wij hebben leren omgaan.

2. Het inschakelen van de eigen huisarts zal naar ons oordeel leiden tot een weinig of geenszins uniform voorschrijfbeleid. Met name in deze periode van veel kleine criminaliteit bij drugsgebruik zal een uniform beleid bij het voorschrijven van sedativa en slaapmiddelen van groot belang zijn. In onze organisatie wordt over dergelijke punten regelmatig overleg gevoerd en komen aldus richtlijnen tot stand. Binnen de cellengang van het politiebureau in Enschede heeft een dergelijke handelwijze veel onrust voorkomen. Hierbij wordt niet gedoeld op drugsverslaafden, doch op de niet-verslaafde gedetineerden, die angstig en onrustig zijn met alle verschijnselen van dien.

3. Inmiddels is duidelijk dat de dienstdoende artsen van de Basisgezondheidsdienst – het zij in alle zakelijkheid opgemerkt – tot specialisten zijn geworden op het gebied van de hulpverlening aan drugsverslaafden. Veelvuldig worden deze artsen dan ook op dit punt geraadpleegd door de behandelende sector, en wel met name door de eerste lijn.

Naar ons oordeel vraagt hulpverlening aan hen die in de cel verblijven in het huidige gewricht terecht om een geheel eigen en gespecialiseerde aanpak. Het beperken van het aantal artsen tot een kleine groep (vijf à acht) komt deze gespecialiseerde aanpak juist ten goede. Dit aspect gaat verloren wanneer voor iedere gedetineerde weer een andere huisarts wordt geraadpleegd. Wij gaan hierbij niet in op de verveelvoudiging van de werkbelasting van de sociaal-geneeskundigen als gevolg van de door de Geneeskundige Hoofdingspectie ingestelde werkwijze.

Enschede, juni 1988

B. A. M. Verkade,
H. J. A. Reker,
A. G. W. W. Jannink-Kappelle,
L. W. Ekker,
P. P. S. Tiehatten,
J. W. Deen,
P. M. G. Herregodts,
allen dienstdoende artsen van de Basisgezondheidsdienst Enschede

VAN TUCHTCOLLEGE NAAR KLACHTENBUREAU

Gaarne word ik in de gelegenheid gesteld commentaar te geven op de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Groningen, zoals gepubliceerd in MC nr. 19/1988, blz. 601. Mijn commentaar luidt als volgt:

Toegegeven, de aangeklaagde radioloog heeft een fractuur gemist die niet gemist had mogen worden.

Toegegeven, het verweer is niet zo sterk: hoge

werkdruk, onvoldoende medische gegevens, budgettering en dergelijke.

Toegegeven, de patiënt heeft zich terecht beklagd over de falende medische zorgverlening.

Dus een medische tuchtmaatregel? Neen, omdat niet vaststaat dat de aangeklaagde arts verregaand onzorgvuldig en ondeskundig heeft gehandeld. Hij of zij heeft een fout gemaakt, zoals er helaas dagelijks vele worden gemaakt.

Dus géén maatregel? Hier wrekt zich het feit, dat de tuchtrechtspraak wéér wordt gebruikt (moet worden gebruikt) voor een klacht die bij een klachtenbureau thuishoort en niet bij een tuchtcollege. R. Drion, oud-geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid, behandelt dit probleem in zijn boek: 'De praktijk van het medisch tuchtrecht'. Zijn conclusie luidt (citaat): 'De medische tuchtcolleges zijn in de loop der jaren door de particuliere klager in toenemende mate beschouwd en gebruikt gaan worden als klachtencommissies in het kader van de geneeskundige zorgverlening, zodat thans het merendeel der klachten in feite niet meer een tuchtrechtelijk karakter heeft' (einde citaat).

Heeft onderhavige tuchtrechtspraak zin? Neen, de aangeklaagde arts, die er al blijk van had gegeven danig met deze zaak in zijn maag te zitten, zal in de toekomst alles wat los en vast zit planigraveren en nooit meer een definitieve negatieve uitslag geven (iets gechoerd voorgesteld). De patiënt zal hier ook niet veel mee opschieten, na een jaar op deze uitslag te hebben gewacht.

Ook mijn conclusie is duidelijk. Er ligt een taak voor de samenleving om te komen tot een snel en efficiënt werkend, onafhankelijk klachtenbureau. Tuchtcolleges moeten zich beperken tot de taak waarvoor ze zijn opgericht, namelijk het handhaven van het vertrouwen in de medische stand, en dat is iets anders dan een collega veroordelen omdat hij een fout heeft gemaakt. Door aan te dringen op publicatie heeft het college gemeend de Nederlandse arts te moeten wijzen op het feit, dat hij of zij geen fouten mag maken. Was dat nodig?

Groningen, juni 1988
Dr. J. H. B. Boomsma

'DIAGNOSIS RELATED GROUPS'

Onbekend maakt onbemind

Met belangstelling las ik het artikel van Mw. Voss en de heer Van Dijk over 'diagnosis related groups' (DRG's) in MC nr. 12/1988, blz. 365.

Als verpleeghuisarts heb ik niet te maken met beleidsinstrumenten, als DRG's, voor ziekenhuizen. Toch is de door de genoemde auteurs geactualiseerde discussie ook herkenbaar in de verpleeghuissector. Daar is hieromtrent eveneens een emotionele weerstand merkbaar. Algemeen aanvaard is de grove differen-

tatie in 'somatiek' en 'psychogeriatric', met (informele) consequenties op het verrichtingenprofiel, wat tot uiting komt in een (overigens nauwelijks onderbouwde) normstelling van één arts op 100 somatische - en één arts op 120 psychogeriatric patiënten. Een meer verfijnde systematiek lijkt mijns inziens ook voor verpleeghuizen noodzakelijk, teneinde een meer objectieve relatie te kunnen leggen tussen groepen patiënten enerzijds en ingezette middelen anderzijds. Met behulp van het SIG-systeem worden in verpleeghuizen patiëntgegevens verzameld, waaronder diagnoses en validiteitskenmerken; veel aandacht krijgt hierbij het verpleegkundig verrichtingenprofiel.

Door enkele oriënterende onderzoeken heb ik aannemelijk kunnen maken dat bij deze patiënten de medische zorgbehoefte (c.q. het medisch verrichtingenprofiel) mede afhankelijk is van de mate van invaliditeit van de patiënten^{1,2}. Analooq aan DRG's, spreek ik gemakshalve over 'validity related groups' (VRG's).

Gezien de aard van de instellingen is het in voelbaar dat ziekenhuizen de ziektebeelden en verpleeghuizen de graad van invaliditeit hanteren als maat voor het meten van een verrichtingenprofiel. In de praktijk is deze grens niet zo scherp te trekken. Te denken valt hierbij aan onder andere de reactiveerbare patiënten van een verpleeghuis en het stijgend aantal bejaarden met multipathologie op interne en neurologische afdelingen van een algemeen ziekenhuis. Voor deze groep, met de door Voss en Van Dijk genoemde 'aspecifieke patiënten', is validiteit mede een belangrijk differentiatie criterium. Wellicht kan een verfijning van de DRG's in de richting DVRG's meer duidelijkheid verschaffen over het grijze gebied tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Geertruidenberg, april 1988
T. P. A. Razenberg

P.S. Graag zou ik vernemen óf, en, zo ja hoe, VRG's binnen DRG-systemen in het algemeen, en in het DRG-project van de auteurs in het bijzonder, worden meegenomen.

Literatuur

1. Razenberg T. Medicijngebruik, medische zorgbehoefte en differentiatie van zorg. Onderzoek in het kader van de PAOV, 1985.
2. Razenberg T. Neuroleptica en laxantiagebruik in een psychogeriatric verpleeghuis. Medisch Contact 1987; 42: 304-6.

Naschrift

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de reactie van de heer Razenberg. Het doet ons genoegen te constateren dat de door ons geschetste problematiek niet alleen beperkt is tot de ziekenhuisinstellingen. De wijze waarop het zorgverleningsproces binnen diverse gezondheidszorgsectoren inzichtelijk kan worden gemaakt is afhankelijk van

het doel van de instelling en het type zorgverlening.

De verpleeghuisinstelling verschilt in een aantal kenmerken duidelijk van een ziekenhuisinstelling. De door de heer Razenberg geschetste problematiek over de relatie betreffende de mate van invaliditeit per patiënt en de medische zorgbehoefte, vindt men in het ziekenhuis terug in de vorm van de verpleegkundige werkbelasting per patiënt c.q. patiëntencategorieën. Bij de ontwikkeling van het DRG-systeem is de nadruk gelegd op de relatie tussen de aandoening(en) van de patiënt en het middelengebruik ten behoeve van diagnostiek en therapie. Alleen de duur van een opname wordt daarbij inzichtelijk gemaakt, niet de specifieke medische en verpleegkundige zorgbehoefte per opname. De mate van (in)validiteit is dan ook niet gebruikt bij de indeling van patiënten in DRG-patiëntencategorieën. Incidenteel kan echter de diagnose(s) van de patiënt een indicatie geven van de (in)validiteit. Dit knelpunt is reeds in de VS onderkend. Er vinden diverse ontwikkelingen plaats op het gebied van verpleegkundige werkbelasting per patiëntencategorie, ook specifiek voor DRG's. Voor meer informatie verwijzen wij naar J. D. Thompson, 'The measurement of nursing intensity', Health Care Financing Review, 1984, pp. 47-55. Binnen het DRG-project in het Academisch Ziekenhuis Maastricht wordt hieraan momenteel nog maar summier aandacht besteed. De desbetreffende informatie is nog niet in het DRG-concept geïntegreerd.

Ten aanzien van de situatie in een verpleeginstelling bestaan er patiëntclassificatiesystemen, die wellicht beter van toepassing zijn dan het DRG-concept.

Degenen die destijds in de Verenigde Staten het DRG-systeem ontwikkelden, hebben ook activiteiten ontplooid op het gebied van het classificeren van 'long-term'-patiënten. Dit is gebeurd in de vorm van Patient Dependency Groups (PDG's). Voor informatie omtrent de laatste ontwikkelingen op dit gebied kunnen wij aanraden contact op te nemen met Prof. R. B. Fetter, Yale School of Organization and Management, PO Box 1A, New Haven, CT 06520, Connecticut USA. Wellicht biedt deze classificatiemethodiek een beter aanknopingspunt voor de door de heer Razenberg geschetste problematiek.

Maastricht, juni 1988
Academisch Ziekenhuis Maastricht

Onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk

1: Achtergrond en opzet

Sinds november 1985 ontvangt de universitaire huisartsenpraktijk (UHP) van de Vrije Universiteit drie middagen in de week twee studenten die recent de vaardigheidstrainingen in het kader van het algemeen co-assistentenschap (Alcoschap) hebben beëindigd. Ieder tweetal is drie opeenvolgende weken een middag te gast. Op deze middagen vinden de eerste contacten met echte patiënten plaats. De studenten oefenen zich erin de pas geleerde vaardigheden in een spreekuurconsult toe te passen; zij leren vooral hun eigen handelen te beschouwen en aan een kritisch oordeel te onderwerpen. Docenten, studenten en patiënten hebben elk hun aandeel in dit gebeuren. Hun zakelijk aandeel, maar ook hun oordeel over de gang van zaken, bepalen in hoeverre dit onderwijs een wezenlijk nieuwe en waardevolle bijdrage vormt aan een betere opleidingskwaliteit.

In dit artikel willen wij verslag doen van de doelstellingen en de vormgeving van het onderwijs en van de taak en functie van de docent. In twee vervolgartikelen zullen wij verslag uitbrengen over respectievelijk de ervaringen en de beoordelingen van en door studenten en de rol en de beleving van de patiënten.

DOEL

Drie middagen vormen naar onze opvatting de kortste periode waarin men, in een nieuwe omgeving en geconfronteerd met een nieuwe, gecompliceerde opgave, iets kan leren. Men verwerft in deze korte tijd uiteraard geen vaardigheid om deze gecompliceerde opgave het hoofd te bieden. Het is wel mogelijk enig inzicht te krijgen in hoe het er in de praktijk aan toe gaat, in wat men in grove trekken nodig heeft om deze werkelijkheid te hanteren en te ontdekken waar op globaal niveau eigen mogelijkheden en tekorten liggen in het omgaan met deze werkelijkheid. Het is de bedoeling de student in een spreekuurconsult in de huisartspraktijk te laten ervaren:

1. wat het betekend eerder geleerde vaardigheden, zoals exploratie van de hulpvraag, anamnese en lichamelijk onderzoek, toe te passen;
2. wat het belang is van relationele bekwamen en van een methodische werkwijze; en

H. O. Sigling, A. J. Arbouw en
E. A. Reynders

Sinds enige jaren wordt aan de Vrije Universiteit te Amsterdam geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van onderwijs aan vijfdejaars medisch studenten, te weten het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk. Dit wordt gekenmerkt door de deelname van patiënten, de praktische toepassing van tevoren aangeleerde vaardigheden en een intensieve didactische begeleiding. In het eerste van drie artikelen over dit experiment gaan de docenten H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders in op achtergrond en opzet van het onderwijs.

3. wat het belang is van het kritisch kijken naar eigen handelingen en gedragingen.

Aanvankelijk waren deze globale onderwijsdoelen geconcretiseerd in een serie nogal ambitieuze leerdoelen. Ervaring heeft ons als docenten geleerd dat het meest wezenlijke moet worden gezocht in een proces van *bewustwording* waarin een per student variërend aantal ontdekkingen wordt gedaan. Als zodanig functioneert de stage als een 'eye-opener', waarvan naar wij hopen een belangrijke prikkel uitgaat voor het leerproces in de komende co-assistentenschappen.

VORM

Op de drie middagen die de studenten in de praktijk aanwezig zijn, worden zij geconfronteerd met een zich uitbreidende opgave.

De eerste middag wijden zij zich aan het eerste deel van het consult: de 'intake'- of introductiefase. Het gaat hierbij om het gesprek met de patiënt over zijn of haar klacht: de aard van de klacht, de betekenis hiervan voor de patiënt, de reden van het besluit om naar de dokter te gaan en de daarmee verbonden hulpvraag en tenslotte de verwachtingen van

de patiënt over de wijze van hulpverlening. Samengevat gaat het hier om een specificering van de vraag: 'Waarom komt deze patiënt nu bij mij als dokter?' In wezen passen de studenten toe wat zij tijdens het Alcoschap hebben leren kennen als het exploratieve gesprek.

Op deze middag krijgt iedere student tweemaal de gelegenheid dit gesprek te voeren. Eveneens tweemaal observeren zij het gesprek van hun medestudent.

Gesprekspartners zijn vier patiënten die één der voorafgaande dagen het spreekuur van één der huisartsen bezochten met een nieuwe, niet al te ingewikkelde klacht of probleem. De patiënten worden gevraagd speciaal voor het onderwijs nog eens terug te komen en hun klacht te presenteren zoals zij op het spreekuur deden, net alsof zij voor de eerste keer komen. Het gesprek wordt op de video opgenomen.

Is de student van mening de intake te hebben afgerond, dan wordt de docent gewaarschuwd en vindt een korte evaluatie plaats. Centraal staat hierbij de mening van de patiënt over de gang van zaken tijdens het gesprek. Tevens krijgt de student de gelegenheid zijn of haar eerste indruk te verwoorden en desgewenst aan de patiënt vragen te stellen over het verloop of over bepaalde onderdelen van het gesprek.

De rol van de docent is voornamelijk faciliterend en erop gericht zowel student als patiënt te steunen.

De eigenlijke nabespreking van het student-patiëntcontact vindt buiten aanwezigheid van de patiënt plaats aan de hand van de video-opname. Het is iedere keer weer een openbaring te zien wat een rijkdom aan leermomenten een video-opname van vijf tot tien minuten biedt. De volgorde van commentaar geven is in principe zodanig dat de student zelf de gelegenheid krijgt dit te doen, vervolgens de medestudent en tenslotte de docent wiens rol vaak beperkt blijft tot het stellen van vragen. Deze vragen zijn erop gericht de bewustwording van gevoelsmatige en cognitieve processen te stimuleren. De middag wordt besloten met een korte op schrift gestelde bezinning van de student op dat wat hij of zij die middag heeft ontdekt of geleerd.

De tweede middag vindt er uitbreiding van de taakstelling plaats: het tevens ver-

richten van *anamnese en lichamelijk onderzoek*. In een inleidende bespreking wordt allereerst nagegaan waar de verschillen liggen tussen het toepassen van anamnese en lichamelijk onderzoek op de polikliniek Interne Geneeskunde en op het spreekuur van de huisarts. Het klachtgericht karakter en de invloed van veronderstellingen (hypothesen) over wat er aan de hand zou kunnen zijn, worden als leidraad voor het handelen geaccentueerd. Vervolgens worden de studenten vertrouwd gemaakt met de situatie en de inventaris van de onderzoekkamer.

Het contact met de patiënt beslaat nu niet alleen de 'intake'-fase, maar ook anamnese en lichamelijk onderzoek. Dit laatste vindt plaats in de onderzoekkamer en kan door de medestudent via de monitor worden geobserveerd. Na het onderzoek schrijft de student een probleemformulering en waarschuwt de docent voor een kort nagesprek met de patiënt(e) over zijn of haar impressies.

Nadat ook de andere student een eigen patiënt heeft gesproken en onderzocht, wordt de rest van de middag besteed aan bespreking van de consulten aan de hand van de video-opnames. Hierbij staan niet in de eerste plaats inhoudelijke en vaardigheidstechnische aspecten centraal. De aandacht wordt meer gericht op gevoels- en houdingsaspecten, die bij deze eerste aanraking met het levende lichaam van een vreemde vaak – zonder dat de student zich dat direct bewust is – een barrière vormen om de aangeleerde diagnostische werkwijzen toe te passen: op het beslissende moment weet men niet meer wat te doen!

Een belangrijk punt van bespreking is ook de methode die moet worden gehanteerd om uit de grote verzameling van mogelijke anamnesevragen en onderzoekprocedures die vragen en procedures te selecteren welke logisch en adequaat zijn. Het verschil tussen de aangeleerde systematische catalogusbenadering ten behoeve van de interne status en de klacht- en hypothesegerichte benadering van de dagelijkse praktijk wordt benadrukt. De middag wordt weer afgesloten met een kort verslag van wat er is geleerd.

De derde en laatste middag staan de studenten voor de opgave een *geheel consult* te verrichten. Na intake en onderzoek moet een conclusie worden getrokken en een beleid worden ontworpen. Dit moet samen met de patiënt worden besproken en hieraan moet (het begin van een) uitvoering worden gegeven. In de

voorgespreking wordt stilgestaan bij de verschillende aanpakstrategieën die een huisarts ten dienste staan. Een belangrijk aandachtspunt betreft de vraag hoe om te gaan met onzekerheid en onwetendheid. De klachten en problemen in de huisartspraktijk zijn soms moeilijk te duiden, het te voeren beleid vaak meer een kwestie van overleg dan van pasklaar aangeven. De praktische uitwerking van een overeengekomen aanpak in de vorm van prescriptie, aanvullende diagnostiek of verwijzing is ook een taak voor deze middag. Het belang hiervan schuilt vooral in de confrontatie met het begrip 'prognose'. Prognose ten aanzien van klacht of ziektebeloop en ten aanzien van het effect van voorgenomen acties dwingt de student zijn handelen te toetsen op zin en noodzaak.

Deze derde middag ontmoet iedere student één patiënt. Daarnaast is er het leereffect van de observatie van het handelen van de medestudent. Om dit te stimuleren krijgt de observerende student de opdracht het waargenomen consult te registreren. Reeds tijdens het Alcoschap werd kennis genomen van de probleemgeoriënteerde registratie en geoefend met consultbeschrijving volgens het SOEP-systeem (S = subjectief, klacht; O = objectief, onderzoek; E = evaluatie, diagnose; P = plan, therapie). De observator wordt tot deelnemer gemaakt door de opdracht het consult volgens het SOEP-systeem te noteren.

Twee volledige consulten, vastgelegd op de videoband, bieden een overstelpende hoeveelheid aangrijpingspunten voor nabespreking. De beschikbare tijd laat niet toe overal op in te gaan; ook al was de tijd wel voorhanden, didactisch zou dit een nogal onvruchtbare procedure zijn; een opvallend verschijnsel is namelijk dat veel studenten in de tweede helft van de derde middag vermoeidheidsverschijnselen gaan vertonen. De emotionele stress om zelfstandig een heel consult tot een goed einde te brengen, de inspanning om de methodische richtlijnen te volgen en de intellectuele uitdaging om erachter te komen wat deze patiënt mankeert en een passend beleid voor te stellen, vragen veel meer energie dan wij ons in het begin hebben gerealiseerd. Vaak is het voldoende de band nog eens af te draaien en alleen in te gaan op wat de studenten zelf aan de orde stellen.

Nog eenmaal wordt de studenten gevraagd de eigen indrukken over wat hij of zij deze middag heeft geleerd op papier te zetten. Daarna mag hij of zij, meestal vermoeid doch zeer voldaan, naar huis.

ROL DOCENTEN

Alle drie de huisartsen die in de universitaire huisartsenpraktijk werken nemen als docent deel aan het onderwijs; ieder neemt één middag per week voor zijn rekening.

Bij de aanvang bestond bij geen der betrokkenen ervaring met deze vorm van patiëntgebonden en intensief begeleid onderwijs. Bezoeken aan het Universitair Gezondheidscentrum te Leuven en aan enkele Engelse huisartspraktijken die zijn gelieerd met medische faculteiten (onder meer in Leicester) hadden ons wel in aanraking gebracht met overeenkomstige vormen van onderwijs. Op diverse onderdelen was echter sprake van verschillen met onze eigen ideeën, terwijl ook de context en doelstellingen in de bezochte plaatsen dusdanig afweken van onze eigen situatie dat een getrouwe navolging niet in aanmerking kwam. Dit neemt niet weg dat wij veel profijt hebben gehad van onze observaties en gesprekken bij de buitenlandse collega's*. Hoewel alle drie de docenten bij de aanvang wel enige ervaring hadden met onderwijs aan studenten en co-assistenten, verschilden ze in de mate van didactische bedrevenheid. Door regelmatig onderling overleg en door het uitwisselen van onderwijservaringen is een groeiende overeenstemming ontstaan met betrekking tot de doelen en de te hanteren methodiek.

Geleidelijk aan is met betrekking tot de bespreking van de video-opname een verschuiving opgetreden van directieve interventies naar de zogeheten 'stimulated recall' (Kagan). De docent geeft daarbij niet aan wat hij goed of fout vindt en hoe het eventueel anders moet, maar prikkelt de student zich een oordeel te vormen over het eigen optreden en de factoren die daaraan ten grondslag liggen. Vragen als: 'Wat vind je van je optreden op dit moment?', 'Wat dacht of voelde je toen?', 'Zou je het de volgende keer weer zo doen?' en: 'Hoe zou je het de volgende keer willen doen?', vormen de voornaamste ingang tot het gesprek. De medestudent vormt een uitstekende toetssteen om na te gaan in hoeverre eigen opvattingen en veronderstellingen voor verandering of correcties vatbaar zijn. Een enkele maal slechts zal de docent zich geroepen voelen het gewicht van zijn positie en zijn ervaring als huis-

* Een verslag van deze bezoeken is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteurs.

arts in stelling te brengen om een vergaande ontsporing te corrigeren.

Het grondprincipe van de didactische aanpak is af te leiden uit de overeenkomst in attitude die wij menen te zien tussen de arts-patiëntbenadering en de docent-studentbenadering: het delen van de verantwoordelijkheid voor het verloop, het prikkelen tot eigen activiteit en

het demonstreren van een basaal vertrouwen dat de opgedane ervaringen zullen bijdragen aan een groeiende bekwaamheid om vergelijkbare situaties te hanteren. In zoverre heeft het optreden als docent ook zijn implicaties voor ons functioneren als huisarts. Men kan studenten niet kritisch naar hun eigen handelen laten kijken zonder zich te bezin-

nen op eigen normen en waarden en op eigen gedrag. Deze manier van onderwijs geven wordt door ons dan ook als indringend en inspannend, maar ook als boeiend en stimulerend ervaren.

In hoeverre wij deze opvatting delen met de studenten en met de patiënten zullen wij in de volgende bijdragen berichten. □

‘Health for all’ in Nederland

Gezondheidsbevordering

De belangstelling voor ‘Health for all’, het doel van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), is niet zo klein als we geneigd zijn te vermoeden op basis van menige publikatie¹⁻⁴. Ook een recente beschouwing van De Winter in dit blad toont dat aan⁵. Helaas echter wordt in dat artikel een wat ál te pessimistische conclusie getrokken: Nederland spreekt mooie woorden in de analysesecties van het nationale antwoord op het ‘Health for all’-plan: de ‘Nota 2000’, aldus De Winter, maar noch in de beleidsvoornemens, noch in de financieringsplannen wordt een substantiële ombuiging van beleidsplannen in theorie of praktijk voorgesteld; intussen zitten we nog wel opgezaald met essentiële gezondheidsverschillen tussen sociale klassen, mannen en vrouwen (overigens méér dan alleen de oversterfte bij mannen, maar juist óók bijvoorbeeld (over)consumptie van zorg door vrouwen...) en etno-culturele groepen.

De gezondheidsproblemen liggen onomstotelijk vast, wat dat betreft mag de ‘Nota 2000’ gerust een sterk memorandum worden genoemd. Helaas – en De Winter onderstreept dit, mét de ‘Nota 2000’ – weten wij nog veel te weinig van de determinanten van ziekte en gezondheid om adequaat beleidsvoornemens en allerlei interventies te kunnen plannen, laat staan voorstellen. Daarvoor is enerzijds een sociale epidemiologie nodig⁶, anderzijds ook een adequaat informatiesysteem en informatieverwerkingsmodellen⁷.

Overigens zijn er meer dan voldoende ontwikkelingen die de sombere visie van De Winter, dat er waarschijnlijk weinig gebeurt ter verwerkelijking van het WHO-doel, niet onderstrepen. Hoewel die ontwikkelingen niet met name in de

Evelyn de Leeuw

Aan ‘Health for all’ wordt in ons land wel degelijk gewerkt. De ‘Nota 2000’ kan worden gezien als een eerste stap. Wellicht kunnen er nu, net als elders, meer concrete gezondheidsbevorderingsprogramma’s worden opgezet. Mw. Drs. E. J. J. de Leeuw MPH doet daar als wetenschappelijk assistent bij de vakgroep GVO van de Rijksuniversiteit Limburg onderzoek naar.

‘Nota 2000’ zijn genoemd en de voorstellen van de commissie-Dekker wellicht zelfs een tegenbeweging zouden kunnen suggereren, krijgt de zogenoemde ‘health promotion’-gedachte echt een kans; één toepassingsgebied is het project ‘Gezonde steden’.

‘HEALTH PROMOTION’

Wat is ‘health promotion’? ‘Health promotion of, zoals het ook wel eens (slecht) in het Nederlands wordt vertaald: gezondheidsbevordering, reikt ons een ruimer denkkader aan om de gezondheidsproblemen zoals deze zijn geanalyseerd aan te pakken^{8,9}. De term is oorspronkelijk afkomstig uit de Verenigde Staten. Daar werd in 1979 ‘Healthy People’ gepubliceerd, een document dat ging over ‘disease prevention and health promotion’¹⁰. De daarin gepropageerde visie stelde op de bevinding dat de meeste hedendaagse gezondheidsproblemen een gedragscomponent herbergen en dat enerzijds immunisatieprogramma’s en andere protectieve maatregelen vrucht kunnen afwerpen, terwijl anderzijds

mensen door opvoedende maatregelen tot een gezonder gedrag kunnen worden gebracht. De GVO-component was al met al nogal sterk aanwezig in het document, dat niet voor niets niet ging over ‘health care’. Omdat niettemin ook allerlei omgevingsfactoren als ziekmakend werden erkend, werd ‘health promotion’ gaandeweg gedefinieerd als: ‘any combination of health education and related organizational, economic, and environmental supports for behaviour conducive to health in individuals, groups of communities’¹¹. Het moge duidelijk zijn dat in deze visie gezondheidsvoorlichting en -opvoeding wel érg centraal staat. Er is dan ook wel eens de kritiek op geuit dat deze benadering wat paternalistisch kan overkomen; immers, wat is de rol van de ‘individuals, groups and communities’ zelf, of die van de professionals in de gezondheidszorg?

De ontwikkelingen binnen de Europese regio van de WHO volgden een ander stramien, hoewel ook zij leidden tot het begrip ‘health promotion’. Niettemin werd dat begrip hier wezenlijk anders gedefinieerd¹². De ontwikkeling start in feite bij de formulering van de ‘Regional strategy for health for all’ in Europa. Hoewel dit analysedocument qua feitelijke inhoud niet veel verschilt van ‘Healthy people’ of van het overbekende rapport-Lalonde¹³, is de toonzetting anders: uiteindelijk wordt waar het over oplossingen gaat de nadruk meer gelegd op structurele en beleidsmatige gezondheidsbevordering dan op (individuele) condities die van gedrag of leefwijze afhankelijk zijn¹⁴. Die structurele en beleidsmatige oplossingen zijn uiteindelijk een verantwoordelijkheid van overheden, daarbij geholpen door de bevolking en een veelheid aan organisaties, getuige

de WHO-slogan: 'Making the healthier choices the easier choices', die de crux van de benadering van de Europese 'health promotion' weergeeft.

Het meest illustratief voor de verschuiving van op gedrag gerichte naar op het systeem gerichte denkwijzen is waarschijnlijk wel de wijziging in de formulering van gezondheidsdoelen tussen de eerste concept-versie van het WHO/EURO 'target-document' en de uiteindelijke versie^{15 16}: wanneer we kijken naar de 'lifestyle'-sectie, staat daar in de eerste versie een aantal gezondheidsdoelen dat betrekking heeft op specifieke gedragingen (voeding, lichamelijke inspanning, gedrag van automobilisten, tabaksconsumptie) en een aantal doelen dat betrekking heeft op *voorwaarden* voor gezond gedrag (beschikbaarheid van middelen, stimuleringsregelingen voor participatie, nadruk op belang beleidskeuzen voor gezondheid, etc.); in de tweede versie is slechts de tweede categorie overgebleven, terwijl deze versie bovendien in krachtiger en eenduidiger bewoordingen is gesteld.

Het 'health promotion programme' van de WHO heeft op deze ontwikkeling ingehaakt. Kickbusch heeft daartoe een operationalisering van het abstracte en wellicht onrealistische gezondheidsbegrip van de WHO gegeven¹⁷: 'Health is the extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realize aspirations and satisfy needs, and, on the other hand, to change or cope with the environment.' Gezondheid wordt daarmee een capaciteit, terwijl tegelijkertijd ook de multidimensionaliteit en -causaliteit van het gezondheidsbegrip wordt gehandhaafd.

Om gezondheid, op deze wijze geherformuleerd, te bevorderen achtte men bij het Europees kantoor van de WHO de tijd gekomen voor het formuleren van een 'new public health'-begrip. De grondslagen van deze nieuwe benadering vond men in Canada, waar de ontwikkeling van 'health promotion' sinds de publicatie van het rapport-Lalonde een vrij autonome ontwikkeling had doorgemaakt. De Canadian Public Health Association publiceerde zelfs een boek van de hand van Nancy Milio¹⁸, waarin de structuralistische of systeemvisie op gezondheidsbevordering bijzonder sterk naar voren komt. 'Gezond overheidsbeleid' is in deze visie de belangrijkste determinant voor de gezondheid van een bevolking. Een dergelijk beleid moet intersectoraal, integraal, holistisch en ecologisch zijn. Het aanhangen van een sociaal mo-

del voor gezondheid en gezondheidszorg verwierf in toenemende mate prominentie boven het medisch model. Milio wordt als een van de belangrijkste exponenten van dit nieuwe denken gezien¹⁹.

HANDVEST VAN OTTAWA

Enerzijds om het begrip 'health promotion', zoals dit is uitgewerkt door de WHO meer bekendheid te geven, anderzijds om de praktische haalbaarheid ervan te toetsen en verder te operationaliseren, werd in november 1986 een internationale conferentie over 'health promotion' gehouden. Het resultaat was het 'Ottawa Charter for Health Promotion': het Handvest van Ottawa.

Een bont gezelschap van beleidsmakers, gezondheidswerkers, politici, artsen, vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties en academici boog zich over het vraagstuk van de 'health promotion'. Een veelgehoord punt van kritiek was, dat de nieuwe richting voor het WHO-beleid toch wel érg ideologisch bepaald en wellicht té innovatief was. Het handvest tracht echter alle meningen te integreren, en in consensus werd in de wandelgangen beweerd dat dit document de Verklaring van Alma Ata (over 'Primary Health Care') in belang benadert.

Het Handvest van Ottawa propageert een aantal aandachtsgebieden ter verdere bevordering van gezondheid:

1. Stel mensen in staat zélf keuzen te maken. Zorg voor adequate communicatie daartoe. Propageer het belang van gezondheid voor allen.
2. Creëer (sociale, fysieke en andere) milieus die de doelstellingen van gezondheidsbevordering ondersteunen.
3. Versterk acties van de bevolking en door belangengroepen. Ontwikkel of stimuleer daartoe persoonlijke vaardigheden.
4. Heroriënteer de gezondheidszorg en geboden diensten daarbinnen, opdat het gezondheidszorgcomplex nog meer dan nu het geval is gezondheidsbevorderend en niet slechts -herstellend of -handhavend wordt.
5. Dit alles moet worden ondersteund door, en ook weer resulteren in, een gezond overheidsbeleid.

Natuurlijk was er ook de nodige kritiek op handvest en uitwerking, zoals die er ook was op 'Primary Health Care' en 'Health for all'. Gezondheidsvoorlichters vonden bijvoorbeeld dat er maar minimale aandacht was voor de gezond-

heidseducatieve interventie binnen het idee van 'health promotion'. Door medische professionals werd gesteld dat geneeskunde in het document veel te veel als een soort randverschijnsel wordt beschouwd, terwijl uit de aard van de zaak de zorg voor gezondheid een cruciaal aspect van gezondheidsbevordering zou moeten blijven. Tenslotte was er de meer algemene kritiek dat de 'health promotion'-plannen allemaal leuk, aardig en waar waren, maar een praktische waarde van nul komma nul zouden hebben.

Dat het tegendeel het geval is en dat 'health promotion' juist als een integratief concept waarde kan bewijzen, blijkt uit vele internationale voorbeelden van programma's; deze zijn gedocumenteerd in tijdschriften als *Health Promotion – An International Journal*, het *American Journal of Health Promotion* en het alom gerespecteerde *Social Science and Medicine*. Het zou natuurlijk te ver voeren om deze succesvolle voorbeelden hier in detail te bespreken; we noemen er slechts drie en zullen ons vervolgens richten op de Nederlandse situatie.

In *Noorwegen* wordt sinds 1976 een 'voedsel-boerderij-voeding'-beleid gevoerd²⁰, dat alle componenten van het 'health promotion'-begrip in zich herbergt. Het is een typisch voorbeeld van gezond overheidsbeleid, waarin voor het eerst in de wereldgeschiedenis ook in beleid de logische verbanden tussen het produceren van voedsel, de aanwezigheid en doelmatigheid van agrarische bedrijven en de voedingswaarde voor gezondheid werd verduidelijkt. Het beleid blijkt niet alleen gunstig te zijn voor de werkgelegenheid en de arbeidssatisfactie, maar ook voor de voedingstoestand en het gezondheidsniveau van de bevolking.

Het tweede project betreft een 'health promotion'-benadering van een gezondheidsprobleem op een meer lokaal niveau. Onderzoek in een stad in *West-Duitsland* wees uit dat kinderen in de schoolomgeving psychosociale problemen kregen. Mét de kinderen werd naar een oplossing gezocht. Dit resulteerde in het herinrichten van het troosteloze en kale betonlandschap rondom de school. De schoolomgeving bestaat nu uit een groene lushof, waarin de kinderen van harte spelen; de psychosociale problemen zijn afgenomen²¹. Overigens kan in de Bondsrepubliek een veelheid aan 'health promotion'-programma's worden gesignaleerd²².

Tenslotte een voorbeeld van een effectieve 'health promotion'-aanpak in *Fin-*

land. Op een uitermate slimme wijze is in dat land het rookprobleem aan banden gelegd²³. Langs de weg van de integrale aanpak met gecombineerde en op elkaar afgestemde middelen als wetgeving, controle, (verkoop)-beperkingen, GVO en een flinke dosis onderzoek, en langs de intersectorale weg (interdepartementaal overleg, overleg tussen overheid en belangengroeperingen, etc.) is, met participatie van de bevolking en een doortastend conflictmanagement, het roken aanwijsbaar teruggedrongen.

AANDACHT IN EIGEN LAND

De Winter stelt dat er uit de 'Nota 2000' nog weinig hoop spreekt voor een gezondere toekomst met een rechtvaardiger verdeling van gezondheidsrisico's²⁴. Dit gebrek aan hoop zou wellicht kunnen worden gestaafd door een gebrek aan aandacht dat tot op heden in de Nederlandse vakpers aan het WHO 'health promotion'-programma is geschonken.

De roep om concrete programma's is overigens geen loze roep. Er zou inderdaad veel méér kunnen worden gedaan door basisgezondheidsdiensten, categorale instanties en patiëntenplatforms met gebruikmaking van de 'health promotion'-principes. Tot op heden zijn er in ons land nog weinig acties op dit gebied ondernomen. Onder invloed van de 'Nota 2000' echter, waarin overduidelijk 'health promotion'-componenten, zoals facetbeleid, te onderkennen zijn, worden dergelijke ontwikkelingen zeker gestimuleerd.

Een 'health promotion'-programma dat alweer enkele jaren draait in ons land is het programma van de GGD-Eindhoven met betrekking tot informele zorg²⁵. De principes van de 'health promotion'-benadering van de Wereldgezondheidsorganisatie blijken hierop exact van toepassing te zijn; adequate participatie is verzekerd, de overheid biedt een faciliterende functie aan voor de informele zorg binnen een honderdtal zelfhulporganisaties, waardoor daarbinnen vaardigheden kunnen worden ontwikkeld. Hoewel deze gezondheidsbevorderende actie waarschijnlijk geen meetbare vruchten zal afwerpen in klinisch-epidemiologische termen (mortaliteit, morbiditeit) is het buiten kijf dat er in sociaal-epidemiologische termen wel degelijk winst is geboekt: het programma is een groot succes, zó groot zelfs dat een recentere nota²⁶, die de ervaringen in het onderhavige project naar andere sectoren uitbreidt, een zodanige prominentie heeft verwor-

ven dat zij als algemene beleidslijn voor de GGD zou kunnen worden beschouwd. Voorts is Nederland een bijzonder actief partner in het WHO 'Healthy cities'-project. Dit project 'Gezonde steden' tracht met gebruikmaking van een veelheid van modaliteiten van de moderne grote stad een leefbaarder omgeving te maken²⁷. Dit gebeurt onder meer op basis van – opnieuw – 'health promotion'-ideeën, niet in de laatste plaats onder invloed van de gegevens uit de 'Nota 2000' en aanverwante rapporten van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Het ministerie van WVC stelt zelfs – zij het onder voorwaarden – gelden beschikbaar om deelname aan het 'gezonde steden'-project te stimuleren.

CONCLUSIE

Er wordt wel degelijk gewerkt aan 'Health for all' in Nederland. De internationale belangstelling voor 'health promotion' verdient het ook in ons land haar weerslag te vinden. Voor de verwezenlijking van het doel 'Health for all' is de 'Nota 2000' een eerste stap geweest. Wellicht kunnen wij in navolging van buitenlandse projecten inderdaad méér concrete 'health promotion'-programma's ontwikkelen om de 'Nota 2000' nader in te vullen. Wat dat betreft hoeft de stimulans niet alléén te komen van het departement van Volksgezondheid of als een reactie op de tegenbeweging waarvan de commissie-Dekker een exponent lijkt. Met dezelfde middelen en dezelfde inspanningen moet het mogelijk zijn werkelijk gezondheidsbevorderend te werken, ook in Nederland: de voorbeelden zijn er. □

Literatuur

1. Laar Flora van. Tenslotte. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 815.
2. Beilen E van, Faber SJ. GVO op het grondvlak. De plaats van 'Lokale GVO' in de GVO-ontwikkeling. GVO/Preventie 1987; 8: 35-42.
3. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer der Staten Generaal, Vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nrs 1-2-3. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
4. Leeuw E de. 2000 – A Health Odyssey. An inquiry into the planning and design of a regional strategy for health for all by the year 2000 (. . . etc.). Maastricht: University of Limburg, 1985.
5. Winter ER de. 'Health for All' nu ook in Nederland? Medisch Contact 1987; 42: 1605-6.
6. Nota 2000, op.cit.
7. Maas PJ van der, Habbema JDF. Modelontwikkeling en informatie: twee voorwaarden voor gezondheidsbeleid. In: Dekker E, Wijnberg B (red). Gezondheidsbeleid over de grenzen van de gezondheidszorg. 1. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu (reeks Gezondheidsbeleid, deel 1) 112-26.

8. Leeuw E de. Health promotion: een integrale beleidsvisie op gezondheid. GVO/Preventie 1987; 18-26.
9. Leeuw de. Health promotion – Backgrounds, Scope, Prospects. Assen/Maastricht: Van Gorcum (in druk).
10. DHHS, US Department of Health and Human Services. Healthy People: the surgeon-general's report on disease prevention and health promotion. Washington DC (1979 PHS doc. nr. 79-55071).
11. Green LW. Measurement and evaluation in health education and health promotion. Palo Alto: Mayfield, 1986.
12. WHO/EURO. Health Promotion – Concepts and Principles – In Action – A Policy Framework. Copenhagen, 1986.
13. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, April 1974.
14. Leeuw E de. 2000 – A Health Odyssey. Op. cit.
15. WHO/EURO. Targets in support of the regional strategy for HFA2000, doc. EUR/RC33/9 corr. 1. Copenhagen, 1983.
16. WHO/EURO. Regional targets in support of the regional strategy for health for all. Doc. EUR/RC34/7. Copenhagen, 1984.
17. Kickbusch I. Health Promotion: a Global Perspective. Canadian Journal of Public Health 1986; 77: 321-6.
18. Milio N. Promoting Health Through Public Policy. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
19. Draper P. Nancy Milio's work and its importance for the development of health promotion. Health Promotion, An International Journal. 1986; 1: 101-6.
20. Milio N. Promoting health through structural change: analysis of the origins and implementation of Norway's farm-food-nutrition policy. Soc Sci Med 1981; 15A: 721-34.
21. Bachman R. Ecology in the school environment. Health Promotion, An International Journal 1986; 1:325-34.
22. Hildebrandt H. Lust am Leben. Gesundheitsförderung mit Jugendlichen. Ein Ideen- und Aktionsbuch für die Jugendarbeit. Frankfurt: Brandes & Apsel, 1987.
23. Leppo K, Vertio H. Smoking control in Finland: a case study in policy formulation and implementation. Health Promotion, An International Journal 1986; 1: 5-16.
24. De Winter ER. Op. cit.
25. Kamp J van der. Informele zorg – uitgangspunten voor beleid inzake de informele zorg in het kader van het volksgezondheidsbeleid in Eindhoven. Eindhoven: GGD Eindhoven, 1985.
26. Kamp J van der, Cosijn J. Gezondheidsbevordering – De Nota 2000 vertaald naar een koersbepaling voor GVO in Eindhoven. Eindhoven: GGD Eindhoven, 1987.
27. Kaasjager DC, Maesen, LJG van der, Nijhuis, HGJ, Staal, LMJ, Westerhof H. Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid. Symposiumverslag 'Healthy Cities'. GGD Voorburg/Leidschendam/GG&GD Den Haag: 1987.

Intensieve thuiszorg als ontwikkelingsgebied

Dialog met Hoefnagels, Post en Spreeuwenberg

Medisch Contact van 13 mei jl. (MC nr. 19/1988) bevat artikelen over knelpunten in de thuiszorg. Geconstateerd wordt daar, dat specialisten en huisartsen te weinig complementair werken. Post bepleit een nieuw ordeningsprincipe om een doorbraak te bereiken.¹ Hoefnagels, jarenlang op nationaal niveau bezig met begeleiden van experimenten, wil niet langer experimenteren maar als medische professie de hand aan de ploeg slaan². Spreeuwenberg wil in de eerste plaats de huisartsen effectiever scholen, zodat zij de geclaimde medische functie van de huisarts ten aanzien van de intensieve thuiszorg waar kunnen maken³. Zowel Hoefnagels als Post beklemtoont, dat het medisch functioneren ten aanzien van de patiënt thuis ondoelmatig blijft zolang specialist en huisarts concurrerend ten opzichte van elkaar optreden c.q. de handen niet ineenslaan.

Uit mijn ervaring als patiënt kan ik de laatste stelling volmondig onderschrijven. Als particulier verzekerde had ik mijn vertrouwen primair gericht op mijn specialist.

Als beleidsadviseur bij de centrale overheid heb ik de ontwikkeling 35 jaar lang van nabij gevolgd. De centrale overheid werd vanaf de jaren '50 door medici (sociaal-geneeskundigen en huisartsen) steeds opnieuw aangemaand om de positie van de huisarts te versterken door middel van nationale ondersteuningsmaatregelen.

35 JAAR DENKEN IN IDEOLOGIEËN

Tussen 1950 en 1970 is het overheidsoptreden nimmer ingegeven door een ordeningsprincipe of een bezuinigingspoging om greep te krijgen op een expansieve zorg (stelling van Post). Op initiatief van Banning, hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, en de huisartsen Huygen en Van Es werd alles in het werk gesteld om de overlevingskansen voor de algemene arts, die in de eerste plaats *gezinsarts* was, te waarborgen. Dit streven vond in de Tweede Kamer ook brede steun onder aanvoering van de huisarts Lamberts (PvdA), promotor van de vele ondersteuningsbeslissingen van de centrale overheid in die dagen. De professionalisering van de huisarts stond nog volledig in de kinderschoenen. Ze werd door de huisartsen in het veld niet algemeen toegejuicht. Men vreesde aantasting van de persoonlijke verantwoordelijkheid. De individualisering, die thans in de maatschappelijke ontwikkeling naar veler mening te ver is doorgeslagen, heeft met name bij de huisartsen als ideologie van de jaren '50 steeds vooropgestaan. Nationale appels voor meer onderlinge samspraak op plaatselijk niveau hebben in mijn ogen nooit aangeslagen; daarom bleef men nationaal ondersteuning organiseren.

In 1974 kwam staatssecretaris Hendriks met

Dr. P. C. J. van Loon

zijn Structuurnota. Op aandrang van de medici werd de ideologie van de *echelonnering* tot ordeningsprincipe verheven. Als beleidsadviseur met een economische invalshoek was ik daar geen voorstander van. Een ordeningsprincipe moet een fundament leggen voor een effectief management. Welnu, daarvan kon voor de zogenoemde eerste lijn geen sprake zijn. Om die leemte in het management te verhullen ging men onder aanvoering van sociologen en sociaal-geneeskundigen over tot het in de mand gooien van appels, peren en pruimen: men schiep het nationale samenwerkingsverband van huisartsen met maatschappelijk werk, kruisverenigingen en gezinszorg. De plaatselijke – extra gesubsidieerde – samenwerkingsverbanden werden in het bijzonder voor de voorttrekkende idealistische huisartsen praatcolleges, waarmee geen management bereikbaar was. Velen van hen heb ik gekend die het na een aantal jaren beleefden als een persoonlijk echee.

Echelonnering was bedoeld als een ondersteuning van de ideologie van de huisarts als arts voor het thuismilieu. Met de in 35 jaar genomen maatregelen is niet over de gehele linie bereikt dat de huisarts onmisbaar is als medisch coördinator en medisch vertrouwensman bij intensieve thuiszorg.

MEDISCHE LEEMTE INVULLEN

Het idee van Spreeuwenberg, in de aanloopfase naar een nieuwe nationale thuiszorg-ondersteuning alle aandacht te concentreren op de medische kerntaken, lijkt mij waardevol. Daarbij zal de rol van de specialist van meet af aan moeten worden ingebouwd.

Waarom zou de nieuwe nationale stichting niet mede door de *Landelijke Specialisten Vereniging* worden geïnitieerd? Er is een medische leemte en de specialisten moeten die mede opvullen. Het uitgangspunt, dat als streefideaal de huisarts de eerstverantwoordelijke is voor de medische aspecten van de thuiszorg, zullen ook de specialisten kunnen onderschrijven. Immers, de mogelijkheid van de gewenste nabijheid van een medicus kan alleen door de huisarts worden waargemaakt. Evenwel kan een thuisvisite van de specialist ook geboden zijn, om de spankracht van het thuismilieu in te schatten en de patiënt gerust te stellen. Ik heb dat met mijn overleden vrouw zeer positief ervaren tijdens een wijziging in de chemotherapeutische behandeling. Het management van de thuiszorg wordt door de *Landelijke Huisartsen Vereniging* in de nieuwe nationale stichting ondergebracht. Uit

ervaring in de praktijk met in het verleden door de centrale overheid gemaakte beleidsfouten, pleit ik ervoor een managementsconstructie van huisartsen tegelijkertijd te voorzien op het niveau van een ziekenhuisregio. De suggesties van Hoefnagels voor het samenspel met specialisten op een polikliniek zijn mij veel te vrijblijvend en vooral te vaag. Met zijn ervaring moet Hoefnagels dat toch exact kunnen invullen. Een vlieger oplaten zonder een vliegertouw in de hand is mij te goedkoop. Heeft Hoefnagels ideeën over het 'management' van het samenspel van de intensieve thuiszorg?

Op het niveau van de ziekenhuisregio moeten behalve de huisartsen, de specialisten, de ziekenfondsen en de gemeenten erbij worden betrokken. De representatie van de huisartsen wordt – naar ik vrees – het breekpunt. Willen huisartsen hun praktijken meer integreren ten behoeve van een managementfunctie op regionaal vlak? Wat zal de managementfunctie voor de medische aspecten van de intensieve thuiszorg exact moeten inhouden? De universitaire huisartseninstituten en het Nederlands Huisartsen Instituut zullen de 'know-how' moeten opbouwen die nodig is om deze vraag te kunnen beantwoorden. Samenwerking met instituten voor bedrijfskunde lijkt mij onmisbaar.

MANAGEMENT ACHILLESPEES

Het management blijft de achillespees en het werkteerterrein langdurige, intensieve thuiszorg is een ontwikkelingsgebied. Dat blijkt ook uit de voorbeelden die Post noemt voor het invullen van zijn nieuwe medische orde.

De *specialisten* kunnen zich niet beroepen op management-ervaring. Evenwel is hun inbreng voor deze thuiszorg ook veel en veel specifiek. Daarom kunnen zij in theorie mijns inziens nooit uitgroeien tot eerstverantwoordelijken voor de medische aspecten van de thuiszorg.

De *huisartsen* halen dat waarschijnlijk ook niet als zij in de huidige ontwikkelingsfase niet exact inhoud willen geven aan de managementfunctie voor de thuiszorg op regionaal niveau. □

Dr. P. C. J. van Loon was tot 1 september 1986 raadadviseur bij het directoraat-generaal van de Volksgezondheid van het ministerie van WVC.

Literatuur

1. Post D. Heffen wij de eerste lijn op? Huisarts en specialist in een nieuwe 'orde'. Medisch Contact 1988; 43: 591-3.
2. Hoefnagels KJLJ. De relatie tussen de eerste en tweede lijn is niet gediend met bepaalde experimenten. Medisch Contact 1988; 43: 583-5.
3. Spreeuwenberg C. Knelpunten in de thuiszorg. Medisch Contact 1988; 43: 579.

Beroepsopleiding voor huisartsen zou een ruimer budget moeten krijgen

Inkomen aspirant-huisarts bedreigt kwaliteit van de opleiding

Op 1 januari 1988 is de interim-meerjarige beroepsopleiding tot huisarts van start gegaan. Behalve tot een verlenging van de duur van de beroepsopleiding tot twee jaar heeft dat geleid tot een verandering van de rechtspositie van de huisarts in opleiding (HAIO). Deze is nu werknemer bij de Stichting tot oprichting van een Stichting Beroepsopleiding voor Huisartsen; de stichting bestaat uit drie leden van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en twee leden van adviserende stem van het ministerie van WVC. Hoewel het verwerven van de status van werknemer voor de huisarts in opleiding een grote vooruitgang is, brengt dit in de praktijk aanzienlijke bezwaren met zich mee.

Voor de Stichting tot oprichting van een Stichting Beroepsopleiding voor Huisartsen is van overheidswege een budget beschikbaar gesteld van 44.600 gulden per huisarts in opleiding per jaar.

De HAIO verdient het salaris van een derdejaars assistent in opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker (AIO), zijnde 75% van schaal 10.0 BBRA. Bruto komt dit neer op f 2.406,75 per maand. Afhankelijk van de tariefgroep waarin men valt is dat tussen f 1.617,— en f 1.761,— netto. Daarnaast is een onkostenvergoeding van ongeveer f 400,— per maand beschikbaar.

Bij de éénjarige opleiding krijgt de arts-assistent een stagevergoeding plus renteloze lening, samen f 2.088,40 per maand. De stagevergoeding bedraagt f 750,— bruto per maand, dat is f 688,40 netto. Het deel renteloze lening is f 1.400,— per maand. De hoogte van de onkostenvergoeding aan de arts-assistent wordt over het algemeen overeengekomen met de huisartsopleider, die daartoe de helft of meer van het bedrag dat hij ontvangt als onkostenvergoeding aan de arts-assistent uitkeert. In de praktijk komt dit neer op f 400,— of meer per maand. De renteloze lening moet worden terugbetaald, indien de arts-assistent na de opleiding niet meer in de eerste lijn werkzaam is.

De interim-meerjarige beroepsopleiding kent het leningsysteem niet meer. Dit lijkt een verbetering van de rechtspositie van de huisarts in opleiding. Netto echter gaat deze er ten tijde van de opleiding 327 à 471 gulden per maand op achteruit! En dat gedurende twee jaar.

Onderhandelingen over de secundaire arbeidsvoorwaarden worden op dit moment gevoerd. Voor de financiële consequenties hiervan is overigens binnen het budget niet of nauwelijks ruimte; veel onderdelen van de verbeterde rechtspositie zullen dus niet kunnen worden gerealiseerd.

Jeroen van der Lugt en
Adri van der Born

Het vergelijken van de HAIO met de AIO is onjuist. Het meest voor de hand liggend is de huisarts in opleiding te vergelijken met zijn collega in opleiding tot specialist: de assistent-geneeskundige in opleiding of AGIO. Hun vooropleiding is identiek. Ook de dagelijkse werkzaamheden in de curatieve geneeskunde zijn vergelijkbaar. De huisarts in opleiding houdt zelfstandig spreekuren en doet ook avond-, nacht- en weekenddiensten. Hiermee hebben zij vergelijkbare verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg. Naast de overeenkomstige beroepsonkosten (studieboeken, abonnementen, lidmaatschappen van beroepsorganisaties, bezoek aan cursussen en congressen) heeft de huisarts in opleiding nog extra kosten. Hij moet een betrouwbare auto hebben voor visites en spoedgevallen. Ook moet hij zorgen voor zijn eigen instrumentarium (praktijktas).

Gezien de professionele status van de huisartsopleiding in wording, is het niet meer dan redelijk dat salariering van de HAIO's wordt vergeleken met het (laagste) AGIO-salaris, zijnde f 4.399,— bruto per maand. Een dekkende vergoeding voor gemaakte beroepsonkosten van 8.000 à 10.000 gulden per jaar hoort daarbij.

Het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (NIBUD) heeft aan de hand van de nu vastgestelde salariering uitgerekend wat de gevolgen zijn voor het levensonderhoud van de huisarts in opleiding. Enkele citaten uit het desbetreffende rapport:

- 'U hebt ongeveer het minimumloon te besteden waarvan dan ook nog allerlei beroepskosten betaald moeten worden.'
- 'Er moet zéér, zéér prijsbewust ingekocht worden. Iedere onvoorziene uitgave betekent een ramp omdat er geen posten zijn die ruimte geven om onvoorziene uitgaven op te vangen.'
- 'De inkomsten zijn duidelijk ontoereikend als er een gezin van moet worden onderhouden.'
- 'Voor ontspanning is alleen het vakantiegeld beschikbaar en ook de huishoudelijke uitgaven zijn heel laag. Het is dus te hopen dat u niet rookt, noch een huisdier bezit of een andere hobby heeft, want daarvoor is geen geld beschikbaar.'

Deze citaten spreken voor zich. De huisarts in opleiding die een gezin moet onderhouden kan zich deze opleiding niet permitteren. Hier is sprake van discriminatie.

Zoals het NIBUD heeft vastgesteld, is het salaris ontoereikend. Om dat te ondervangen zijn er twee mogelijkheden: *bijverdiensten* of het afsluiten van een *lening*.

Het eerste is *onwenselijk*, omdat dit ten koste gaat van de aandacht en inzet voor de opleiding (en dus ten koste van de kwaliteit).

Het tweede is ons inziens *onwenselijk*; bovendien is het *onmogelijk*, doordat de door ons benaderde banken het toekomstperspectief van de huisartsen in opleiding te onzeker vinden.

De hoogte van het budget voor de salariering van de huisartsen in opleiding is één van de punten geweest die in het convenant door LHV en WVC zijn geregeld. De LHV heeft dit budget zonder overleg met de Landelijke Organisatie voor Aspirant Huisartsen (LOVAH) of de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB) geaccepteerd, met als belangrijk argument dat er bij verhoging hiervan op andere punten moest worden ingeleverd.

Dat de erkende belangenorganisatie van de huisartsen in opleiding: LOVAH en LBB, bij deze besluitvorming zijn gepasseerd, is een dubieuze zaak. De bereidheid van de LHV om de discussie over het budget te heropenen is tot nu toe niet getoond.

CONCLUSIE

Het huidige salaris van de huisarts in opleiding vormt een bedreiging voor de kwaliteit van de huisartsopleiding en daarmee voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde in Nederland. Het is in tegenspraak met het streven naar taakverzwaring en deskundigheidsbevordering in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarom moet het budget dat overheid en LHV beschikbaar stellen voor de Stichting ter oprichting van een Stichting Beroepsopleiding voor Huisartsen, omhoog. De huisartsen in opleiding zullen zich op alle manieren blijven inzetten om dit doel te bereiken. □

Jeroen van der Lugt is voorzitter van de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH). Hij neemt deel aan de interim-meerjarige beroepsopleiding tot huisarts aan de Universiteit van Amsterdam.

Adri van der Born is voorzitter van de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB) en is huisarts.

R. W. Trijsburg en F. Verhage (red). *Onalledaagse geneeskunde*. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1987. 242 blz. ISBN 90 232 2334 9. Prijs f 39,50.

Met dit *liber amicorum* heeft een groot aantal vrienden en bevriende collega's Prof. Dr. J. H. Thiel een uitermate wisselend palet aangeboden, dat artsen, psychiaters en psychologen met genoeg zullen lezen. De prikkelende titel is niet alleen ontleend aan onalledaagse geneeskundige en psychotherapeutische ervaringen. Enkele auteurs ontpoppen zich in hun bijdrage namelijk als onalledaagse hulpverleners, zowel in de Nederlandse situatie als daarbuiten; de essays over een therapie met God als co-therapeut, Repelsteeltje en de man met Ménière-aanvallen en een soeplepel laudanum op 1.400 m hoogte in Oost-Nepal zijn daar voorbeelden van. We treffen in dit boek eveneens onalledaagse transculturele waarnemingen aan, zoals die over de psychotische man in India die op een onooglijk stuk hout staat te kauwen: het recept met largactiltabletten wordt niet gehonoreerd vanwege het ontbreken van apotheken, de onbekendheid met dit middel en het analfabetisme; de man kauwde echter op de worol van de Rauwolfia serpentina, een in India al duizenden jaren bekend en effectief neurolepticum – over zelfhulp gesproken!

De vier delen van het boek: 'Cultuurbeschouwingen', 'Beschouwingen over de kliniek', 'Het buitenland' en 'De beroepsuitoefening', zijn met elkaar verbonden door poëzie over rouwtherapie, psychotherapie, een autistisch kind en beademing.

Kortom: 'Onalledaagse geneeskunde' is een boeiend boek.

Prof. Dr. K. Gill

Hugo S. Verbrugh, *Aandachtig lijf. Verleden en toekomst van het menselijk lichaam*. Kampen, Kok Agora, 1987. 152 pag. ISBN 90 242 7584 9. Prijs f 22,50.

Een boek van Verbrugh is steeds de moeite waard. Zo ook 'Aandachtig lijf'. Toch viel het mij herhaaldelijk moeilijk door te lezen en legde ik het enige tijd opzij. Ik kom daarop terug.

Het thema van het boek is de herwaardering van het lichaam, beter gezegd: de herwaardering van het subject in de lichamelijkeheid. Het Nederlands kent twee woorden voor lichaam: lichaam en lijf. Onder lichaam verstaat Verbrugh het object van onderzoek in de geneeskunde. Lijf is het door het ik ervaren subject. Waarom is die herwaardering noodzakelijk? Het is de moderne geneeskunde die de mens van het lijf heeft vervreemd. Het lijf als ervaringsgegeven is de mens zeer nabij en tegelijkertijd vreemd. Niemand is zich bewust van alles dat zich binnen dit lijf afspeelt, tenzij er iets hapert. Op dat moment is de dokter letter-

BOEKEN

lijk en figuurlijk in staat door ons heen te kijken (dia-gnose) en te vertellen wat er in dit nabije en verre lijf aan de hand is. Er kan dan gebeuren wat een patiënt tegen mij zei: 'Hoe gaat het met mij, dokter?'

Het vervreemd raken van het eigen lijf heeft volgens Verbrugh tevens tot gevolg dat de mens onzeker wordt over wat zich buiten het lijf in de omgang met mens en wereld afspeelt. Een van de gevolgen van deze dubbele vervreemding is het ontstaan van morele dilemma's. Niet meer de mens zelf bepaalt op grond van eigen beleven wat goed is en wat niet goed, maar de wetenschap. Deze dilemma's zijn evident bij vraagstukken als reanimatie, in vitro fertilisatie, euthanasie en dergelijke.

In dit verband onderscheidt Verbrugh twee soorten wetenschap: de 'filosofische wetenschap', die reflecteert, vertrouwen heeft in de zintuiglijke waarneming, en het 'wetenschapsbedrijf' dat zakelijk, efficiënt werkt, zintuigen wantrouwt en uitsluitend is geïnteresseerd in het object. De geneeskunde behoort tot het wetenschapsbedrijf en kan derhalve geen antwoord geven op ethische vragen of uitspraken doen over zin en kwaliteit van het leven. Niettemin worden vele artsen voor een groot aantal van deze vragen gesteld, vragen waarop zij op grond van hun wetenschappelijke opleiding principieel geen antwoord kunnen geven. Toch is het noodzakelijk op de vele vragen een antwoord te vinden.

Welke veranderingen zijn hier mogelijk? Verbrugh ziet mogelijkheden; hij introduceert daartoe het begrip 'lichamelijkheid', de plek waar het lichaam als object van de geneeskunde en het lijf als subjectief beleven van het ik, elkaar ontmoeten en in gesprek komen. Om die plaats van gesprek te scheppen, zodat er ruimte ontstaat voor het vinden van antwoorden voor de morele dilemma's zijn een aantal voorwaarden nodig:

- veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg;
- ontwikkelen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt;
- een hernieuwd grondslagenonderzoek in de geneeskunde.

Uitvoerig staat Verbrugh er dan bij stil hoe die veranderingen er uitzien, hoe zij tot stand kunnen komen en hoe in de geschiedenis deze vervreemding zich heeft ontwikkeld. Doel van de veranderingen is dat de mens nauwkeuriger de signalen van het lijf leert registreren en daarop adequater reageren. Aanzetten die dit doel pogen te realiseren ziet Verbrugh in de eerstelijns geneeskunde en in de patiëntenverenigingen, ook al verzanden zij nogal eens in paternalisme en consumentisme. Een belemmering voor deze ontwikkeling is gelegen in het feit dat het lichaam meer en meer tot object van de huidige geneeskunde wordt gemaakt, bijvoorbeeld in het toenemend aantal verplichte keuringen en screeningstests; de opdracht van de geneeskunde zou eerder moeten

zijn de mensen te leren met hun lichamelijkeheid – het gesprek tussen lijf en lichaam – om te gaan.

De verdienste van dit boek is dat het nadrukkelijk aandacht vraagt voor het beleven van het eigen lijf, om daarmee een halt toe te roepen aan een ontwikkeling die dit lijf voortdurend tot object maakt. Hiermee wil overigens niet zijn gezegd dat daarmee de resultaten van modern onderzoek worden veroordeeld, integendeel; wel worden zij gerelativeerd en gerelateerd aan het eigen beleven van de mens als een wezenlijk gegeven.

In het begin gaf ik aan dat ik regelmatig moeite had om verder te lezen; een boeiend boek, maar toch . . . ? In de eerste plaats is er al veel gepubliceerd over de huidige crisis in de geneeskunde, een werkelijk 'hot item', zij het met minder aandacht voor het onderhavige onderwerp. In de tweede plaats wordt het omslagpunt naar nieuwe vormen mijns inziens teveel gelegd bij de enkeling; deze moet beter leren omgaan met het eigen lijf. Te weinig wordt aandacht besteed aan de vraag wat de wortels zijn van de richting waarin het wetenschapsbedrijf voortschrijdt gedurende de laatste decennia. De wetenschap, dus ook de gezondheidszorg die op de geneeskunde stoelt, vervult een belangrijke rol in onze samenleving. Het gewenste grondslagenonderzoek zal parallel dienen te gaan met een degelijke analyse van de rol van de gezondheidszorg in de maatschappij van vandaag, alsook van de politieke en sociale factoren die deze rol bepalen. Voor mij blijft de vraag klemmen, een vraag die hier nauwelijks aan de orde wordt gesteld, wat er precies gebeurt en waarom, als de geneeskunde, toch bedoeld om mensen te bevrijden van leed en pijn, deze zelfde mensen in voortdurend sterkere mate van zich afhankelijk maakt. Nu moet ik wel eerlijk blijven: Verbrugh pretendeert ook niet dat hij het daarover wil hebben. Ik had deze vraag wel duidelijk genoemd willen zien.

Maar toch . . . Ondanks deze kritische opmerkingen blijf ik 'Aandachtig lijf' een zeer lezenswaardig boek vinden voor hen die in het gezondheidsbedrijf werkzaam zijn: het roept vele vragen op en geeft ruimschoots stof tot nadenken.

G. J. Schiethart

De geschiedenis van de praktijkkredieten

Hoe het vóór en tijdens de tweede wereldoorlog ging met de overdracht van artspraktijken weet ik niet. Eerst na de oorlog werden wij in deze zaken gemoeid. 'Wij', dat is: de firma Lazard & Willing te Amsterdam, een assurantie kantoor waarvan toen de heer Gabriël Jacques Willing, geboren 30 december 1913, de enige firmant was. Deze heer Willing was getrouwd met een dochter van Dr. S. Sturkop, destijds voorzitter van de LHV. Sturkop vroeg zijn schoonzoon of deze iets kon bedenken waardoor de jonge arts geld konden lenen om een praktijk over te nemen.

EI VAN COLUMBUS

Jonge artsen konden alleen bij een bank terecht als ze onderpand konden aanbieden of een solide borg. Het lukte hun in 't algemeen dus slechts dan als ze een rijke pa hadden, en die had niet iedereen. 't Gevolg was dat ze de hele familie moesten afstruinen om het nodige geld bij elkaar te schartelen, met alle narigheid die daaruit voortvloeide. Er waren gevallen bekend dat een jonge arts wel twintig leningen moest afsluiten.

Nu was de heer Willing iemand die soms brilante ideeën had. Hij kwam op het idee de levensverzekeringsmaatschappijen ervoor te interesseren: die hebben toch altijd geld te beleggen. Nu was daarbij wel een groot bezwaar te overwinnen: de levensverzekeringsmaatschappijen mochten geen ongedekte kredieten verstrekken. Zij stonden – en staan – namelijk onder toezicht van de Verzekeringskamer; terecht, omdat zij werken met geld dat hun door het publiek op lange termijn wordt toevertrouwd. Nu kwam het originele in de opzet van de heer Willing: hij dekte het risico van wanbetaling door de arts bij een schadeverzekeringsmaatschappij, de Brand Maatschappij te Amsterdam van 1790, directeur: de heer J. W. E. Beumer. We noemden het wel 'solvabiliteitsverzekering', maar eigenlijk stond deze maatschappij borg. De polis kende dan ook geen uitsluitingen; er stond zelfs geen molestclausule in, die je anders in iedere polis tegenkomt.

De Maatschappij Geneeskunst was buitengewoon in haar schik met dit ei van Columbus. Vandaar dat kopstukken van deze Maatschappij bereid waren zitting te nemen in de Raad van Toezicht om zo de stichting meer cachet te geven. 'De stichting', dat is: de in 1948 opgerichte Stichting Bemiddeling Medische Praktijkfinanciering (Stichting BMP), met als bestuurders G. J. Willing en C. Visser Jr. (mijn vader leefde toen nog). De namen van de kopstukken uit de Maatschappij Geneeskunst werden op ieder velletje briefpapier van de stichting vermeld: we hebben hun medewerking uiteraard uitgebuit.

C. Visser

twee jaar lang het monopolie van deze wijze van krediet verlenen hebben gehad. (Hierop is één uitzondering; ik kom daarop later nog terug.) Merkwaardig is het wel, en een bewijs voor de traagheid van de menselijke geest. De meeste levensverzekeringsmaatschappijen hebben namelijk een schadeverzekeringsmaatschappij in eigen huis, waarvan ze alle aandelen bezitten. Maar niemand heeft blijkbaar zo doorgedacht als de heer Willing. Hoe kwamen ze er dan achter? De verslagen van de levensverzekeringsmaatschappij zijn volgens voorschrift van de Verzekeringskamer openbaar en zeer volledig. Ze waren kort na de oorlog nogal wat achter, vandaar dat pas twee jaar na onze eerste kredietverlening (en dat was vroeg in het jaar) melding werd gemaakt van leningen aan de Stichting BMP, met als dekking: polis van solvabiliteitsverzekering. Toen ging hun blijkbaar pas een lichtje op! De levensverzekeringsmaatschappijen die bereid waren met ons in zee te gaan waren de 'Arnhem' en de Havbank. Inmiddels zijn ze beide door andere maatschappijen overgenomen. De 'Arnhem' kwam in handen van de Nillmij. (De heer Willing veronderstelde dat de Nillmij graag Dr. Engelfriet als directeur wilde hebben en daarom de hele 'Arnhem' maar 'kocht'; uiteraard is dit een veronderstelling.) De Nillmij ging later samen met de Eerste Nederlandse; dat werd toen de Ennia, die weer met Ago fuseerde tot Aegon. De Havbank werd overgenomen door de 'Utrecht'.

GEMENGDE VERZEKERING

Pioniers hebben het moeilijk. Het was begrijpelijk dat de levensverzekeringsmaatschappijen als voorwaarde voor de kredietverlening stelden dat er een levensverzekering werd gesloten voor het bedrag van de lening. Zij bedongen echter niet de normale verzekeringsvorm, die iemand sluit voor z'n gezin en z'n oude dag, maar een kortlopende, een zogeheten gemengde verzekering voor tien jaar. Aan het eind van die tien jaar kon de arts met het verzekerde bedrag de lening dus aflossen; bij zijn overlijden binnen die tien jaar had de aflossing direct plaats. Tussentijdse aflossing werd dus niet bedongen, maar was wel mogelijk. Daar kwam natuurlijk niet veel van: de lasten waren al hoog genoeg, namelijk circa 10% voor de premie, en dan nog de rente, al was die niet hoog, te weten 4,2% – ter vergelijking: de hypotheekrente bedroeg toen 3½%. Uit sociaal oogpunt was dit geen ideale combinatie, maar wij konden aanvankelijk geen be-

tere voorwaarden bedingen. Het bleek ons wel, voor zover we dat nog niet wisten, dat er een sterke behoefte bestond aan dit 'persoonlijke krediet', alleen gebaseerd op iemands 'earning capacity'. Het eerste jaar verleenden wij reeds kredieten tot een bedrag van ruim een miljoen.

Gelukkig is er concurrentie: die houdt de zaken fris. Wij vernamen dat de Levensverzekeringsmaatschappij Utrecht ook praktijkkredieten verstrekke, zelfs vóórdat ons ei van Columbus (de solvabiliteitsverzekering) gepubliceerd was in de jaarverslagen van 'Arnhem' en Havbank. De Utrecht deed dit uit haar *extra reserve*; in de besteding van die extra reserve liet de Verzekeringskamer haar blijkbaar de vrije hand. De Utrecht stond echter toe dat de arts een levensverzekering sloot met als einddatum het tijdstip waarop die arts 65 jaar zou zijn, terwijl bij vroeger overlijden een rente inging van 10% gedurende een bepaald aantal jaren (ideaalverzekering).

Wij vonden het wel niet zo'n ideale verzekeringsvorm als kredietdekking en bovendien nogal duur, maar toch beter dan onze gemengde verzekering voor tien jaar. Bij ons had de arts pas na tien jaar voldoende ruimte om voor gezin en oude dag een passende verzekering te sluiten. Hij is dan tien jaar ouder en de duur van de verzekering moet dan noodzakelijk korter, met andere woorden veel duurder, zijn.

We gingen dus maar weer eens praten. Wij kregen 'Arnhem' en Havbank zover dat zij akkoord gingen met een gemengde verzekering voor langere duur, en wel tot het tijdstip waarop de arts meende zijn praktijk te kunnen neerleggen. Hieruit vloeide voort dat op de lening nu wél jaarlijks moest worden afgelost, waardoor het rentebedrag geleidelijk minder werd. Onze rente werd namelijk berekend in rekening-courant. Voorheen bestonden de verplichtingen uit twee factoren: rente (in het algemeen onveranderlijk) en *hoge* premie; nu werden het er drie: aflossing, rente (afnemend) en *lage* premie. We kregen ook wat meer bewegingsvrijheid; we mochten de aflossing zo nodig pas in het derde jaar laten beginnen en de duur van de lening in uitzonderingsgevallen op twaalf jaar stellen.

De gemengde verzekering dankt haar naam aan het feit dat ze in wezen twee verzekeringen omvat, namelijk een *risicoverzekering*, betaalbaar direct na overlijden, én een *spaarverzekering*, te weten een op een vast tijdstip betaalbaar kapitaal. Uiteraard was het grootste deel van de premie bestemd voor het spaarelement. Nu gingen wij ermee akkoord dat alleen het risico-element aan ons werd overgedragen en dat op het spaarelement de zogeheten *lijffrenteclausule* werd toegepast, dat wil zeggen dat de verzekerde zich verplichtte te zijner tijd voor dit kapitaal een of andere lijf-

rente te zullen sluiten, op zichzelf of op een ander. Door deze constructie werd het grootste deel van de premie fiscaal aftrekbaar gemaakt, een voordeel dat ons in de concurrentie goed van pas kwam.

KLACHTEN EN HULDE

We hebben nooit geadverteerd. Wel heeft de Maatschappij Geneeskunst een tijd lang in elk nummer van Medisch Contact onze naam vermeld. Dat boezemde natuurlijk wel vertrouwen in bij de artsen, jawel, maar grote jaloezie bij de concurrentie. Die zag kans bevriende artsen voor haar karretje te spannen. Er kwamen klachten over ons binnen bij de Maatschappij, zelfs zoveel dat deze een commissie benoemde om deze klachten te onderzoeken. De heer Willing is ook door deze commissie gehoord. Het oordeel van de commissie was zo gunstig voor ons als we maar hadden kunnen wensen.

Op één punt heeft de commissie – voor zover ik mij kan herinneren – geen uitspraak willen doen, vermoedelijk omdat men het hierover onderling niet eens was. Het ging over de prijs van het huis, als dit eigendom was van de verkopende arts. Wij meenden dat, wanneer er 'goodwill' wordt betaald, dit inhoudt dat ook de gelegenheid om de praktijk uit te oefenen erbij moet worden geleverd; je kunt nu eenmaal niet in de open lucht praktiseren. Het huis werd dus eigenlijk verkocht in verhuurde toestand, waardoor de prijs belangrijk werd gedrukt. Dat uit te leggen aan artsen, die meestal niet zakelijk denken, was erg moeilijk. Meestal werd een compromis getroffen. Het hoofdbestuur van de Maatschappij Geneeskunst stond hierin achter ons. Al met al: dit was geen punt in ons nadeel; wij behartigden de belangen van de *jonge* artsen.

De band tussen Lazard & Willing en de Maatschappij werd wel losser gemaakt; de vermelding van onze naam in Medisch Contact bleef voortaan achterwege. De verhouding werd dus gezonder: je moet op je eigen benen staan en niet op krukken. Wel bracht de Maatschappij openlijk hulde aan Lazard & Willing voor het openen van deze kredietmogelijkheid. Ook werd uitgesproken dat het briliant was dat Lazard & Willing hiervan de vruchten mocht plukken. Een en ander heb ik in Medisch Contact gelezen. De Raad van Toezicht van de Stichting Bemiddeling Medische Praktijkfinanciering bleef onveranderd.

De levensverzekeringen die tot dekking van het krediet werden gesloten, werden alle ondergebracht bij de 'Arnhem'; ook de verzekeringen die als uitvloeisel van de kredietverlening tot stand kwamen, namelijk wanneer de verkopende arts geen geld maar een lijfrente verkoos. Er werd dan een gemengde verzekering tegen koopsom gesloten, die niet beleenbaar maar wel afkoopbaar was. Dan moest de verkoper over die afkoopsom weliswaar belasting betalen (destijds maximaal 40%), maar dit werd toch vaak verkieslijker geacht dan direct een groot bedrag te ontvangen. Van al deze verzekeringen werd intern 50% herv verzekerd bij de Havbank.

CRESCENDO

We hadden ons tot dusver beperkt tot artsen, maar dat kon natuurlijk zo niet blijven: *tandartsen en apothekers* hadden ook behoefte aan financiering. Door de beperkte doelstelling van de stichting (*medische* praktijkfinanciering) kon deze niet in de behoeften van anderen dan artsen voorzien. Daarom werd in samenwerking met de 'Arnhem' en de Havbank, plus de inmiddels toetgetreden Amstleven, een tweede stichting opgericht met een ruimere doelstelling: de Stichting voor Praktijkkrediet. Ook hier werd weer een raad van toezicht geformeerd, die bestond uit de directeuren van de betrokken levensverzekeringsmaatschappijen, plus nog een 'vrij' lid, Prof. Dr. F. L. Polak, de futuroloog.

Amstleven pakte de zaak met veel energie aan. Zij had een afdeling Financiering met drie man personeel. Vooral met de chef van deze afdeling, de heer P. Edelman jr., heb ik jaren lang prettig samengewerkt. Van het begin af maakten we een begroting op van de te verwachten inkomsten en uitgaven om na te gaan of het krediet verantwoord was. In samenwerking met Amstleven werd deze begroting geperfectioneerd en uitgebreid tot de gehele duur van de lening. Niet altijd was het verantwoord, heel vaak ten gevolge van de hoge prijs die voor het huis werd gevraagd (zie boven). Soms hebben we bij de verkopende arts moeten bedingen dat hij een bepaald bedrag als tweede hypotheek zou verstrekken, eerst na tien jaar opeisbaar, als de lening bij ons was afgelost.

De uitzondering op het monopolie betrof het volgende: wij bedongen dat de levensverzekering die tot dekking van het krediet moest worden afgesloten, zou lopen door tussenkomst van Lazard & Willing. Hetzelfde was het geval met de verzekering tegen wettelijke aansprakelijkheid (WA), die ook vereist was. Wij moesten dat wel als voorwaarde stellen, want uit de provisie op deze verzekeringen moesten wij onze onkosten dekken; we kregen namelijk geen enkele andere beloning.

Achteraf bezien ben ik ervan overtuigd dat dit een fout is geweest in de opzet, want dit nam de tussenpersonen tegen ons in. Door de toenemende concurrentie was deze voorwaarde ook niet te handhaven. Wij kwamen dus met de betrokken levensverzekeringsmaatschappijen overeen dat Lazard & Willing op de achtergrond zou treden als tussenpersoon en de tussenpersonen dus op geen enkele wijze in de wielen zou rijden. Daartegenover zouden we voor elk verstrekt krediet een provisie ontvangen. De Stichting Bemiddeling Medische Praktijkfinanciering verstrekke daarna geen nieuwe kredieten meer en werd dus geleidelijk geliquideerd. Voortaan werd de Stichting voor Praktijkkrediet de enige rechtspersoon die naar buiten optrad. Het ging daarna crescendo!

Behalve voor de strikt medische beroepen gingen we ertoe over ook kredieten te verstrekken aan *vroedvrouwen, fysiotherapeuten* en zelfs *accountants*. We keken in hoofdzaak naar de 'earning capacity'. Vanaf het begin

van onze werkzaamheden hebben we als voorwaarde gesteld, dat de kredietaanvrager ons de namen opgaf van ten minste drie personen van enig aanzien die konden verklaren dat de betrokkene als een fatsoenlijk mens bekend stond. Dus geen financiële, maar morele informatie.

AFSCHEID

Van 1946 tot 1971, dus ongeveer vijftientig jaar, hebben we ons op dit gebied bewogen. Toen ik in 1971 – ik werd toen 67 jaar en verhuisde naar Rijssen – uit de firma Lazard & Willing stapte, vond ook de heer Willing het ogenblik gekomen om het bijtje erbij neer te leggen: hij deed de zaak over aan zijn zoon Joost. Deze voelde niets voor de werkzaamheden van de stichting, dus namen wij afscheid. De stichting bleef wel voortbestaan, maar met andere bestuurders en ten behoeve van enkele kleinere maatschappijen.

De maatschappijen waarvoor wij in hoofdzaak werkten (en die ons het geld hadden verschaft dat wij op onze naam doorleenden) waren er niet rouwig om dat wij ermee ophielden. De kredieten die wij verstrekten stonden op naam van de Stichting voor Praktijkkrediet en zij wilden hun eigen naam natuurlijk liever naar voren brengen. Wij deelden daarom aan onze klanten mee dat zij voortaan rechtstreeks moesten betalen aan Ennia, respectievelijk Delta Lloyd (er liep toen geen enkel krediet meer waarvoor de Havbank ons de middelen had verschaft).

Iets merkwaardigs moet ik hierbij vermelden: De afscheidscirculaire zou door Ennia worden afgedrukt. Wij stuurden de tekst dus naar Den Haag. In die tekst (die ik had opgesteld en die door de heer Willing was goedgekeurd) schreef ik zoets als: 'Met weemoed nemen wij afscheid van ons werk, waaraan wij ons zoveel jaren met plezier hebben gegeven.' En dan komt er een tikkeltje persoonlijke opmerking: 't Was niet alleen ons doel geld te verdienen – dat óók natuurlijk! – maar mensen te helpen.' De circulaires kwamen uit Den Haag *zonder* die laatste zin, zonder overleg met ons. Maar ze hebben 't wel over moeten doen, mét de gewraakte zin!

Het was een vandoening voor ons dat verschillende klanten die ons bedankten en ons alles goeds toewensten, juist op dat zinnetje terugkwamen en bijvoorbeeld schreven dat dit geen loze praat was, maar dat ze hadden ondervonden dat dit inderdaad ons doel was. Eén klant stuurde mij een boekebon van f 50,-, een ander zes flessen beste wijn!

Het initiatief van de heer Willing, blijkt verstrekkende gevolgen te hebben, nog steeds. Bij een diner dat we in Den Haag hadden ter gelegenheid van het afscheid van de heer Willing en mij als bestuurders van de stichting sprak Prof. Engelfriet het ook uit: 'De heer Willing verdient het, met ere te worden genoemd in de geschiedenis van het kredietwezen in Nederland.' □

'De praestigiis daemonum'

Medicijngebruik in de derde wereld

In 1563 merkte een rijke boer in Westfalen dat de melkproductie van zijn koeien sterk was gedaald. Hij raadpleegde een waarzegger, die verklaarde dat er hekserij in het spel was. Na korte tijd slaagde hij erin de heks te identificeren. Het bleek een jong meisje te zijn, de dochter van een van de pachters van de boer. Johannes Wier, die deze gebeurtenis heeft opgetekend¹, schrijft er verder over: 'Deze (het meisje) heeft, zoals zoveel anderen in haar fantasie door de duivel bedrogen, een bekentenis afgelegd, alsof zij het gedaan had; ze heeft echter laten weten dat zij alleen daar veel te zwak voor zou zijn geweest, maar dat zestien vrouwen, die ze dan met name noemde, die in die kunst beter onderricht waren, haar daarbij geholpen hadden.'

In 1984 merkte een moeder in een dorpje in de Filippijnen dat haar kind diarree had. Zij ging met het kind naar de dokter, die vijf medicijnen voorschreef. De totale kosten van die medicijnen waren ongeveer gelijk aan één week salaris. Omdat haar man werkloos was, leende zij geld bij familieleden om de pillen te kunnen kopen. Mijn collega, die deze gebeurtenis beschrijft in haar onderzoekverslag², meldt dat het om een eenvoudige diarree ging, die volgens huidige WHO-richtlijnen met een vrijwel kosteloze zoutoplossing had moeten worden behandeld. De dokter schreef echter een anti-braakmiddel, een anti-diarreemiddel, een antibioticum, en multivitaminepreparaat en een pijnstiller voor; zoals gezegd kostte dit alles bij elkaar het salaris van één week. De dokter dacht waarschijnlijk het zekere voor het onzekere te nemen: baat het niet, het schaadt ook niet. Het is echter niet zo moeilijk in te zien dat de schade aanzienlijk kan zijn, ten eerste in financiële zin. Een dergelijke verkwisting van geld door arme mensen, draagt juist bij tot een continuering van hun problemen. Ook in medisch opzicht bleek het recept een gevaar voor het kind: het anti-diarreemiddel bevat een stof die niet aan kinderen beneden de drie jaar mag worden gegeven wegens mogelijke negatieve effecten.

Deze twee voorvallen laten zien hoe mensen hun problemen trachten op te lossen op een wijze die in hun tijd en omgeving als 'normaal' wordt beschouwd, maar waar wij als buitenstaanders vele vraagtekens bij plaatsen. Voor een boer in de zestiende eeuw was hekserij een plausibele verklaring voor de verminderde melkproductie van zijn koeien. Voor een Filippijnse moeder van deze tijd vormen *vele en dure* medicijnen een geloofwaardig middel voor de bestrijding van de diarree van haar kind.

Sjaak van der Geest

Onwetendheid is goud waard. Dat gold voor de waarzegger tegen wie, vier eeuwen geleden, Johannes Wier ten strijde trok. Dat geldt in deze tijd voor hen die nutteloze en gevaarlijke medicijnen aanprijzen. Aldus de cultureel antropoloog Dr. J. van der Geest. Hij sprak op een symposium van de Johannes Wier Stichting over 'Gezondheidszorg en mensenrechten'. Hier een bewerking van de tekst van die voordracht. De auteur is verbonden aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam; hij heeft onderzoek gedaan naar de geneesmiddelenverspreiding in Kameroen.

WAAN EN WETENSCHAP

Er zijn geen simpele maatstaven om waan en wetenschap van elkaar te onderscheiden. De cultuur waarin wij leven plaatst hoge muren om ons heen en wil ons doen geloven dat wat wij zien de werkelijkheid is, dat wat wij doen normaal is; wat toevallig zo gegroeid is, verschijnt aan ons als noodzakelijk en natuurlijk. Het vraagt een bijna bovenmenselijke inspanning aan dit reïficerende denken te ontkomen. Een figuur als Johannes Wier slaagde er wel in de vanzelfsprekendheden van zijn tijd in twiïfel te trekken. Verschijnselen waar velen in zijn omgeving rotsvast in geloofden, stonden voor hem gelijk aan zinsbegoocheling. Hij voerde met name actie tegen die zinsbegoochelingen die onschuldigen tot slachtoffer maakten. (Om die reden lijkt de keuze van de Johannes Wier Stichting om hem tot 'boegbeeld' te maken een gelukkige. Inspanningen voor het stopzetten van allerlei voor de mens schadelijke activiteiten op medisch terrein zullen weinig resultaat opleveren als de onderliggende – misschien kan ik beter zeggen: de omhullende – ideeënwereld niet ter discussie wordt gesteld.)

Op het gevaar af zelf van hekserijjacht te worden beticht, wil ik de parallel tussen geloof in hekserij en geloof in medicijnen nog iets verder doortrekken. Het geloof in de almacht van medicijnen, dat vooral in veel arme landen nog sterk is verbreid, is minder verschillend van de zestiende-eeuwse heksenwaan dan men aanvankelijk zou denken. Evenals de heksenwaan wordt ook de medicijnenwaan gevoed door economische en politieke belan-

gen van de sterksten in de maatschappij; de positie van de sociaal-zwaksten wordt erdoor verslechterd. De wijze waarop medicijnen in derde-wereldgemeenschappen worden binnengevoerd, voorgeschreven, verkocht en geconsumeerd, beaamt dit helaas maar al te vaak. De Filippijnse moeder, aangespoord door haar vertrouwen in medicijnen, werkt zichzelf en haar zieke kind nog verder in de put door het advies van de dokter op te volgen (de dokter volgt het advies van de artsenbezoeker op, en die volgt het advies van weer iemand anders op . . .). Haar gedrag is niet wezenlijk verschillend van dat van het meisje dat – misleid door de duivel, zoals Wier opmerkte – zichzelf van hekserij beschuldigde.

MISLEIDING EN MEDICIJN

Over het exporteren van dubieuze, nutteloze en soms ook zeer gevaarlijke medicijnen naar de Derde Wereld is de afgelopen tien jaar al zoveel geschreven dat het noemen van cijfers vaak meer vermoeidheid dan verontwaardiging veroorzaakt. Het is om een indruk te geven van de complexiteit van deze problematiek wellicht nuttiger een beperkt probleem gedetailleerd te beschrijven³. Ik kies als voorbeeld het gebruik van zogenoemde *EP-middelen*, die een dosering van de vrouwelijke geslachtshormonen oestrogeen en progesteron bevatten die tienmaal zo hoog is als die van de pil.

EP-medicijnen zijn officieel bedoeld voor de behandeling van 'secondaire amenorroe' en 'onregelmatige menstruatie'. Ze zouden een uitgebleven menstruatie opwekken bij vrouwen die niet zwanger zijn. Als er geen menstruatie volgt na het innemen van een EP-middel, zou dat een bewijs zijn dat de vrouw wel zwanger is; vandaar dat EP-middelen ook als zwangerschapstest op de markt worden gebracht. Van menstruatieregulering naar abortusopwekking is slechts een kleine stap, vooral bij vrouwen voor wie het onderscheid tussen een zwangerschap en een uitgebleven menstruatie niet zo duidelijk is. Het is dan ook niet verwonderlijk dat EP-middelen in veel ontwikkelingslanden op grote schaal worden gebruikt voor abortus. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft forse kritiek gegeven op de EP-preparaten⁴. Studies hebben aangetoond dat ze als zwangerschapstest onbetrouwbaar zijn en het abortusopwekkende effect zou nooit zijn aangetoond. Bovendien wijst de WHO erop dat het innemen van deze medicijnen voor zwangere vrouwen schadelijke gevolgen kan hebben voor het ongeboren kind.

Ondanks deze twijfels en bezwaren worden

EP-middelen nog steeds gemaakt, verkocht en gebruikt, en wel precies voor die doeleinden waar zij volgens de WHO niet voor zouden moeten worden gebruikt. Anita Hardon, die onderzoek heeft gedaan naar medicijngebruik in twee arme stadswijken in de Filipijnen⁵, heeft gesprekken gevoerd met moeders over hoe zij hun problemen van dag tot dag trachten op te lossen. Behalve met het probleem van armoede, ziekte en simpel overleven, zien deze vrouwen zich nog geconfronteerd met het gevaar van wéér zwanger worden. EP-medicijnen, die volgens de bijsluiter alleen op doktersrecept mogen worden verstrekt, zijn vrijelijk verkrijgbaar in allerlei medicijnwinkels. Hun geloof in medicijnen beweegt vrouwen dit middel te gebruiken om hun probleem op te lossen als zij vrezen opnieuw zwanger te worden of te zijn. Er is niemand in hun omgeving die hen van dit geloof afhelpt. Buren en vriendinnen moedigen hen in vertrouwen aan het middel te proberen. De industrie blijft het fabriceren en de medicijnverkoper is blij het gevraagde produkt te kunnen verkopen. De dokter tenslotte, die in dit geval misschien een beter advies zou kunnen geven, wordt gemeden omdat het probleem te delicaat is om hem of haar erbij te betrekken⁶.

Wat ik met dit voorbeeld heb geprobeerd duidelijk te maken is dat de vrouwen om wie het gaat zich bevinden in een ideeënwereld die hen als een wolk omsluit, waardoor de 'oplossingen' die zij vinden hun problemen juist verergeren. Die 'wolk' zou door Johannes Wier '*prestigia*' worden genoemd, wat vrijelijk kan worden vertaald als: zinsbegoocheling of verblinding ten gevolge van een goocheltruc. Het eigenlijke probleem van deze vrouwen is dat er geen mensen of instanties zijn die deze wolk opschouren en hun wijzen op betere, voor hen bereikbare oplossingen. Geen van de partijen in deze complexe situatie lijkt direct belang te hebben bij zo'n actie. In het geval van de EP-medicijnen is dat duidelijk gebleken. Zelfs de katholieke kerk doet hier niets aan, want haar radicale afwijzing van iedere vorm van 'kunstmatige' geboortenregeling biedt deze vrouwen geen reëel alternatief en leidt er juist toe dat ze zich nog meer opsluiten in hun bijna 'klandestiene' ideeënwereld. Als de kerk hun oplossingen tot zonde verklaart, is dat een extra motief voor het gebruik van EP-middelen; deze middelen stellen vrouwen namelijk in staat hun gevreesde zwangerschap te herdefiniëren als een verlate menstruatie en daarmee een zondige daad (abortus provocatus) om te dopen tot een medische handeling (menstruatieregulering). Het medicijn lijkt daarmee dubbel waardevol: het beëindigt (hopelijk) de zwangerschap en ontlast het angstig geweten.

BESLUIT

Het gebruik van EP-middelen illustreert zowel de zinloosheid van veel medicijngebruik als de schadelijke gevolgen ervan in medisch-psychologisch en financieel opzicht. Een verslag over de verkoop en het gebruik van andere produkten zoals anti-diarreemiddelen, anti-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

biotica, pijnstillers, vitaminepreparaten en groeistimulerende middelen, zou een vergelijkbaar verhaal opleveren⁷. Medicijnen in de Derde Wereld doen vaak meer kwaad dan goed; de gebruikers kunnen ernstig nadeel en lichamelijk letsel oplopen.

De Johannes Wier Stichting kan een bijdrage leveren aan het doorbreken van de waan dat westerse medicijnen zoveel problemen kunnen oplossen. Zij kan een pleidooi houden voor een matiging en 'rationalisering' van de medicijnverstrekking aan arme mensen in arme landen⁸. Maar zo'n pleidooi zal alleen geloofwaardig klinken en effectief zijn als rijke landen, zoals Nederland, die suggesties zelf ook in praktijk brengen en hun medicijngebruik drastisch beperken. Mijnheer Wier kan niet effectief actie voeren tegen de hekserijwaan van anderen als hij zelf in heksen blijft geloven.

Tot slot wil ik terugkeren naar het voorval in 1563. Het meisje dat van hekserij werd beschuldigd en daarna zichzelf beschuldigde, werd niet op de brandstapel gebracht. Johannes Wier meldt ons dat zij daarentegen grondig werd onderricht in de christelijke leer en zo werd bevrijd van 'des duivels raddraaijerij'. Ook de zestien andere vrouwen bleven ongedeerd en de koeien gingen na enige tijd weer melk geven. Wie gevangen werd gezet was de waarzegger die de heks had aangegeven. De inspanningen van Johannes Wier begonnen hun eerste vruchten af te werpen.

Ik vraag me af hoelang het nog zal duren voordat in onze tijd wordt opgetreden tegen diegenen die de heersende medicijnwaan blijven exploiteren. De onwetendheid van vaders en moeders (en sommige dokters!), hier en in de Derde Wereld, is goud waard⁹. De 'waarzeggers' die nutteloze en gevaarlijke medicijnen aanprijzen kunnen dat nog steeds ongestraft doen. □

Noten

1. Dit geval wordt aangehaald in K. Baschwitz (1964), '*Heksen en heksenprocessen*', Amsterdam: Arbeiderspers, p. 128. (Voor meer literatuur over J. Wier zie ook MC nr. 42/1987, blz. 1345.)

2. Bron: A. Hardon (1987), 'The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village', *Social Science & Medicine* 25 (3): 277-92.

3. Voor een goed gedocumenteerd overzicht van deze problematiek kan men nog steeds raadplegen: D. Melrose (1982), '*Bitter pills: Medicines and the Third World poor*', Oxford: Oxfam.

4. Zie onder meer: WHO (1983), 'The effect of female sex hormones on fetal development and infant health' Geneva: WHO (TRS no. 657).

5. Zie verder: A. Hardon (1986), 'Fact sheet on the use of E.P.-drugs in an urban-poor community', Manila: MAIN. Voor een Nederlandse samenvatting zie: Wemos Bulletin 1987, nr. 1, pp. 4-6.

6. Of de dokter werkelijk goed advies zou brengen, is echter nog de vraag. Uit het onderzoek van Hardon blijkt dat de ondervraagde artsen uiterst verwarde en tegenstrijdige ideeën hadden met betrekking tot EP-middelen.

7. Voor een overzicht en discussie van problematische medicijnen zie onder meer: A. Chetley en D. Gilbert (1986) 'Problem drugs', Den Haag/Penang: HAI/IOCU.

8. 'Rationalisering' tussen aanhalingstekens, want wat voor de een rationaal is hoeft dat nog niet te zijn voor de ander.

9. Deze uitdrukking ontleen ik aan D. Melrose (1981), 'The great health robbery. Baby milk and medicines in Yemen', Oxford: Oxfam, p. 29.

Dit is de context waarin de auteur deze termen gebruikt: 'The mother will probably leave the pharmacy reassured by these modern drugs. No one will have told her that the only vital thing she must do to keep her child alive is to prevent it getting seriously dehydrated. If the child has had diarrhoea for some days, it will have already lost a lot of body fluid and if this continues the child may die. The best antibiotic in the world cannot save the baby. (It may even make the situation worse by destroying the normal bacterial flora in the bowel.) Because the mother has faith in the medicines, however, she may not try to force the child to drink or eat. No one tells her that when the baby has had diarrhoea for a short time only, all that is needed for its recovery is a simple home-made rehydration solution costing very little: a cup of boiled water, a teaspoonful of sugar and a good pinch of salt. No one tells the mother because they are too busy selling her medicines. Her ignorance is gold.'

'Health for all by the year 2000'

Primary Health Care per district

Een interregionale conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie

ACHTERGROND

In de openingsspeech van de conferentie waarvan we hier verslag willen uitbrengen ging de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO, Halfdan Mahler, in op het *waarom* van deze ontmoeting tussen ervaren 'Primary health care'-veldwerkers op districtsniveau, regeringsautoriteiten, niet-gouvernementele organisaties (NGO's) en vertegenwoordigers uit ongeveer tachtig donor-landen. Tien jaar na Alma Ata is 'primary health care' een strategie die in alle ontwikkelingslanden in een of andere vorm, op grote of kleine schaal wordt toegepast met zeer wisselend succes. Grote struikelblokken blijven onder andere:

- de retorische benadering van Primary Health Care in veel landen;
- financiële allocaties te veel naar urbane, op ziekenhuizen gebaseerde zorg;
- te veel voorrang voor verticale ziektebestrijdingsprogramma's, gericht op ziektespecifieke mortaliteitsvermindering.

De verslechterende economische situatie tussen en binnen landen, de nauwelijks toenemende alfabetiseringsgraad onder vrouwen en de niet verbeterende toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor die groepen die het het hardst nodig hebben, naast het niet duidelijk van de grond komen van methodieken voor intersectorale activiteiten en 'community participation', dragen alle bij tot een gevoel van 'Hoe nu verder met PHC?'¹ Kortom: een heroriëntatie van tactieken, methodieken en procedures is noodzakelijk.

Een van de zwakkere schakels in gezondheidsbevorderende activiteiten is de gebrekkige expertise in planning, organisatie en management, in het bijzonder op districtsniveau. Dit aspect kwam als kernpunt herhaaldelijk naar voren in recente evaluaties van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden door de WHO en was onderwerp van een resolutie ter bevordering van 'district health systems' in de 39e World Health Assembly, mei 1986². Vandaar de wens om nu voor de eerste keer uit alle hoeken van de wereld deskundigen uit te nodigen om overleg te plegen en tot een actieplan te komen hoe nu die 'district health systems', gebaseerd op PHC, vorm te geven en te stimuleren.

WERKGROEPEN

Na een plenaire sessie, waar veelbelovende voorbeelden werden besproken uit Mexico, Noorwegen, de Filipijnen, Ethiopië en Indo-

Eric van Praag

Op uitnodiging van het directoraat-generaal Internationale Samenwerking van het ministerie van Buitenlandse Zaken heeft de sociaal-epidemioloog Eric van Praag in Harare de 'International Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care' van de Wereldgezondheidsorganisatie bijgewoond. Hier zijn beknopt verslag. Annex de Verklaring van Harare, aangenomen bijna tien jaar na de fameuze Verklaring van Alma Ata.

nesië, werd de vergadering opgesplitst in vier werkgroepen, te weten:

- Planning and Management in Districts;
- Community Involvement and Intersectoral Collaboration;
- Strengthening Manpower in District Health Systems;
- District Financing and Allocation of Resources.

De bedoeling van de werkgroepen was ervaringen uit te wisselen en actieplannen voor de toekomst vast te stellen. Ondergetekende werd verzocht rapporteur te zijn van de eerste groep; dit verslag zal zich dan ook met name daarmee bezighouden.

In de 'district, planning en management'-groep poogde men een nadere precisering te geven van wat 'district health systems based on PHC' in de praktijk inhoudt, maar men verzandde snel in begripsverwarring omtrent de verscheidenheid aan strategieën om PHC mogelijk te maken, zoals het toegankelijk maken van gezondheidsdiensten voor een zo breed mogelijk publiek (medische dienstverlening) of het in gang zetten van bewustwordingsprocessen binnen een gemeenschap met betrekking tot de relatie ontwikkeling en gezondheid en wat men daaraan kan doen (gezondheidszorgopbouw vanuit de gemeenschap). Ervaringen in bijvoorbeeld Ethiopië, Nigeria en Guatemala lieten zich ook niet gemakkelijk rijmen, hoewel de uitwisseling op zich nuttig en boeiend was. Wel werd aanbevolen in de slotverklaring de integrale ontwikkelingsaspecten in de definitie van een 'district health system' meer tot zijn recht te laten komen. Dat het begrip 'Primary Health Care', tot verwarring leidt, is een steeds terugkerend euvel bij beleidsmakers, hetzij in gezond-

heidszorgprojecten, hetzij in ministeries van gezondheid, hetzij bij donororganisaties³. Meer duidelijkheid kwam er omtrent de *randvoorwaarden* om een 'district health system' gebaseerd op PHC daadwerkelijk van de grond te krijgen. De noodzakelijke randvoorwaarde om tot een uitvoerbaar en beheersbaar 'district health system' te komen is decentralisatie. Dat betekent een verschuiving van verantwoordelijkheden en beheer over menskracht en financiën van centraal naar districts-niveau. Nigeria past dit voorzichtig en trapsgewijs toe in een aantal districten. Democratisch Jemen (Zuid) is reeds ver gevorderd; samenwerkingsverbanden tussen vertegenwoordigers van verschillende ministeries op districts-niveau onder strakke centrale begeleiding zijn gewaarborgd. Mexico heeft een duidelijke grondwettelijke verankering voor het decentralisatieproces geschapen. Ook China heeft voor een duidelijke verschuiving van verantwoordelijkheden naar 'county'-niveau gekozen. Noorwegen bracht negatieve ervaringen naar voren, zoals een verpolitiserend van fractiebelangen in een gedecentraliseerd meerpartijensysteem. Voorwaarde moet echter blijven dat een gedecentraliseerd systeem in welk land dan ook borg moet staan voor voldoende flexibiliteit om op specifieke districts-noden en -wensen in te spelen en armslag te hebben voor reallocatie van fondsen en middelen.

De rol van het ziekenhuis in een 'district health system' kreeg speciale aandacht en hoewel het de algemene tendens in de vergadering was om die rol tot zijn ware curatieve tweedelijnsproporties terug te brengen, was het vooral Nigeria die een leidende rol van het ziekenhuis in de districtsgezondheidszorg als onontbeerlijk zag. Er dient echter, zo vond de vergadering, naar te worden gestreefd het ziekenhuis een ondersteunend element te laten zijn in het district health system gebaseerd op PHC, waarbij vertegenwoordigers van het ziekenhuis in het 'district health management team' zitten. Het heeft de voorkeur dat de ziekenhuisverantwoordelijke niet als leider van het team optreedt. De teamleider hoeft niet altijd een medische achtergrond en zeker geen curatieve taken te hebben. Samenwerking met het ziekenhuis blijft essentieel. Het integreren van bestaande ziekenhuisactiviteiten in de gemeenschap, zoals de vaak afzonderlijke vaccinatieprogramma's, ziektebestrijdingsactiviteiten en perifere klinieksupervisie, met de dorps- of wijkgezondheidsactiviteiten van welke origine dan ook, dient veel sterker te worden gestimuleerd. Wat het stimuleren van intersectorale samenwerking en het bevorderen van 'community

participation' betreft werd het opzetten van een structurele en wettelijke basis op alle niveaus maar met name het districtsniveau aanbevolen waardoor samenwerking metterdaad mogelijk is. Training door middel van regelmatig te houden workshops op nationaal, regionaal en districtsniveau, heeft hoge prioriteit; communicatietechnieken dienen daarin een belangrijke rol te spelen.

Het uitvoeren van 'health systems research' (HSR) zou met name antwoord moeten geven op de vraag waar de 'bottlenecks' zitten in de uitvoering van intersectorale samenwerking en 'community participation'. HSR wordt sterk gestimuleerd door de WHO en heeft in Latijns-Amerika en Engelssprekend Afrika reeds veel weerklank gevonden. Probleem- en actiegericht onderzoek, afgestemd op regio-, districts- of lokale problematiek, verdient ondersteuning en meer aandacht van met name donoren. Daarbij kan worden geleerd van een

aantal meer succesvolle studies en projecten, onder andere door middel van uitwisselingsprogramma's van onderzoekers of projectstafleden. Thailand is een voorbeeld van een land waar in enkele districten niet alleen decentralisatie is uitgevoerd, maar waar ook participatoir en operationeel onderzoek direct wordt gebruikt voor bijstelling van projectuitvoering.

De nodige relevante menskracht om 'district health systems', gebaseerd op PHC, te laten functioneren was aanleiding tot levendige discussies, omdat gemotiveerde en kundige mensen op districtsniveau nu juist ontbreken en nationale structuren niet zijn toegerust met mogelijkheden om goede lokale mensen aan te trekken (salarisstructuur, carrièremogelijkheden, secundaire voorwaarden, enz.). Verbeteren van kwaliteit van aanwezige menskracht door middel van 'in-service training', bijsturen van taakomschrijvingen, betrekken van

leiderschapkwaliteit uit andere sectoren dan de gezondheidssector of beter gebruik maken van gemotiveerde NGO's die reeds lokaal werkzaam zijn, waren belangrijke aanbevelingen.

De financiering van 'district health systems' komt voorsnog niet van de grond, mede door het gebrek aan gedecentraliseerde verantwoordelijkheden op districtsniveau. Hierdoor kan ook de potentiële aanwezigheid van lokale financiers en middelen niet worden geëxploreerd en dus stagneren 'bottom-up'-planning en de uitvoering van districtsactiviteiten. Kortom: er is een veel grotere flexibiliteit noodzakelijk om districtmanagers de macht te geven lokale fondsen te werven en te herverdelen.

Donororganisaties zouden een belangrijke rol kunnen spelen in het stimuleren van het decentralisatieproces en het entameren van relevant onderzoek naar verschillende financieringsvormen en managementknelpunten, zoals het uitwisselen van informatie en ervaringen op het gebied van kosten-batenanalyses van district health systemen.

BIJLAGE - Verklaring van Harare

Declaration of the Harare Conference on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care

At our meeting here in Harare a mere twelve years before AD 2000, the date set for achieving the goal of Health for All, we strongly reaffirm the primary health care approach as the means to achieve that goal.

Despite impressive progress in implementing primary health care in many countries, weakness in planning, organization and management, particularly in districts, represents one of the greatest obstacles impeding health development. This fact emerged from an evaluation conducted by 90 percent of WHO Member States.

We are convinced that effective intensification of primary health care depends on comprehensive action based in well-organized district health systems, as called for by the 1986 World Health Assembly. With increasing concern to ensure equity and the sustainability of the impact of accelerated programmes on primary health problems, we are convinced that the district provides the best opportunities for identifying the underserved and for integrating all health interventions needed to improve the health of the entire population.

A district health system is taken to mean a more or less self-contained segment of the national health system which comprises a well-defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improved health.

We believe that the community and all sectors, including the health sector, need to come together for the effective strengthening of district health systems, through vigorous implementation of the following points for action:

Adopt National Policies

which provide for necessary support to districts.

Decentralize

financial and manpower management as appropriate to encourage flexibility within districts in adapting national policies for resource use according to local priorities.

Develop a District Planning Process

to define objectives and set targets in each district with emphasis on those families and communities most at risk on the basis of a health information system to monitor health problems and resource utilization.

Strengthen Community Involvement

by creating appropriate mechanisms for providing support and increasing self-reliance by strengthening the knowledge and

skills of communities in solving health and development problems.

Promote Intersectoral Action

by creating mechanisms to give health concerns higher priority on the agenda of district development and helping each sector define their role in health activities.

Develop District Leadership

for primary health care through orientation, training and continuing education of key individuals from all walks of life.

Mobilize all Possible Resources

for health development, exploring further the role of financing through user-charges, social security and pre-paid schemes, and making better use of resources available from communities and non-governmental groups.

Ensure Sustainability

by integrating all programmes into the district health system and improving the basic management skills of health personnel.

Redefine the Role and Functioning of Hospitals

within a district as integral parts of the district health system.

Use Health Systems Research

as a tool for solving problems of the district health system, including financing and resource allocation and to answer the need for health development networks to conduct situational analyses and field studies.

Ensure Equity Between Districts

by allocation of national resources on the basis of need.

Although communities and nations will naturally take responsibility for the above action, we would also:

Encourage the Mobilization of International, Multilateral and Bilateral Resources

in support of the implementation of district health systems based on primary health care, action research and development, and exchange and dissemination of information. National, regional and global collaboration in this effort, through appropriate coordination mechanisms, will avoid wasteful duplication and ensure that support is provided for priority areas. Such support should promote national capabilities.

SLOTVERKLARING

In de plenaire slotzittingen werd een 'draft-Harare Declaration' ontwikkeld en aangenomen (*bijlage*) en werd steun gevraagd van donoren voor het stimuleren van 'district health systems based on primary health care'. De aanwezige donoren (Italië, Duitsland, Sida, Danida, Wereldbank, Nederland) reageerden inhoudelijk zeer positief, hangend verder overleg met het thuisfront. Ook UNICEF bracht een boodschap: directeur J. Grant wilde op diplomatieke wijze zijn versnelde actieprogramma's, zoals het 'Expanded Programme on Immunization', naar voren en zei te hopen op het permanent maken van zo'n programma door middel van geïntegreerde district PHC-benaderingen.

Het laatste woord was aan een vertegenwoordiger van westerse onderwijsinstellingen op het gebied van 'district health management'. Zij betuigen hun betrokkenheid door middel van het ontwikkelen van onderwijsmodules en cursussen in ontwikkelingslanden en het geven van cursussen, voorsnog in Europa, op het specifieke gebied van management-aspecten bij de opzet en uitvoering van 'district primary health care' (bijvoorbeeld: Schools of Public Health in Rome, Liverpool, Londen, Antwerpen en Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam). □

Noten

1. Met 'district health systems' wordt bedoeld: alle gezondheidsbevorderende activiteiten binnen een district hetzij institutioneel (regering, NGO, sociale verzekeringen), hetzij individueel (privé, traditioneel, zelfhulp, dorps- of wijkgroepen).
2. Mahler H. Springboard for action for health for all address by Director-General of WHO to the 39th World Health Assembly. Geneva: WHO, 1986 (WHA 39/DIV/4).
3. Praag E van, Varkevisser CM. Primary Health Care; Achtergrond, Problemen, Perspectieven. Medisch Contact 1986; 42: 41-3.

Islam en voortplanting

Ervaringen van een mannelijke gynaecoloog in een islamitisch land

Hoewel de grondbeginselen van de islam overal ter wereld hetzelfde zijn, blijken er in de praktijk enorme verschillen te bestaan. Van belang is onderscheid te maken tussen de grondbeginselen die in de koran zijn weergegeven en overal identiek zijn en het geheel van gebruiken dat men 'sunnah' noemt en dat zich baseert op een imitatie van de levenswijze van de profeet Mohammed. Essentieel is zich te realiseren dat de islam meer is dan een geloof in de betekenis die er normaliter aan wordt gegeven^{1,2}. Hij omvat ook een uitgebreide gedragsleer die zich baseert op onder andere de koran, tradities, historie en gezond verstand. Uiteraard kunnen er over de interpretatie van deze regels grote meningsverschillen bestaan tussen de verschillende islamitische landen en groeperingen. Bovendien bevindt de islam zich momenteel weer in een ontwikkelingsfase en tendeeft naar een sterker fundamentalisme. Ook politieke motieven spelen vaak mee in de beleving van de islam. Een en ander maakt het spreken van de islam tot een gevaarlijke generalisatie.

Niettemin bestaan er met name in de houding ten aanzien van de voortplanting voldoende overeenkomsten tussen de verschillende islamitische groeperingen om met betrekking tot deze aangelegenheid wél te generaliseren. De houding van de islam ten opzichte van de voortplanting is sterk afwijkend van de westerse en daardoor vaak moeilijk te begrijpen voor de westerling. De relatie tussen westerse mannelijke hulpverlener en vrouwelijke islamitische patiënt kan door taboes en specifieke opvattingen sterk worden bemoeilijkt en een goede hulpverlening ernstig in de weg staan.

MAN-VROUW ROL

In de islamitische wereld zijn de mannelijke en vrouwelijke werelden sterk gescheiden³. Vrouwen zijn aan huis gebonden terwijl de mannelijke wereld zich veel meer buitenshuis afspeelt. Men spreekt wel van een seksuele segregatie⁴. De voortplanting is met name een vrouwelijke aangelegenheid waarbij de rol van de man slechts ondergeschikt is. Voor een goed begrip van de vrouwelijke islamitische patiënt dient de mannelijke gynaecoloog zich dus terdege te realise-

Dr. M. E. Vierhout

Binnen de islam is de man-vrouw rol essentieel anders dan in de westerse wereld. Voor islamieten is de voortplanting primair een vrouwelijke aangelegenheid waarbij de rol van de man slechts ondergeschikt is. Dit heeft ook consequenties voor de mannelijke arts/gynaecoloog in zijn relatie tot de patiënt. Aan de hand van persoonlijke ervaringen als mannelijke gynaecoloog in een islamitisch land belicht de auteur een aantal aspecten van deze problematiek.

ren dat hij een indringer is op een, in islamitische ogen, typisch vrouwelijk gebied. Dit is een allesoverheersend aspect, niet alleen in de relatie tussen mannelijke arts en vrouwelijke patiënt, maar ook in het contact met de echtgenoot van die patiënt die zich niet dan slechts met grote schroom zal inlaten met deze typisch vrouwelijke zaken. Door de confrontatie met allerlei voortplantingsaspecten, inherent aan een gynaecologische begeleiding, kan de traditionele man-vrouw rol ernstig worden verstoord. Immers beide echtelieden zijn niet gewend dat mannen zich hiermee bemoeien. Als seksuele problemen meespelen wordt het extra moeilijk vanwege de bestaande taboes op dit gebied. Bovendien is de seksualiteit uitsluitend op de voortplanting gericht en daardoor niet als afzonderlijk probleem bespreekbaar. Rekening houdend met een en ander kan de man gezichtsverlies worden bespaard door hem met zachte hand de onderzoekkamer uit te leiden. Ik heb vele mannen en vrouwen opgelucht zien reageren wanneer mijn assistente dit – in eerste instantie sterk tegen mijn zin – deed. Het behouden van de mannelijke waardigheid kan gemakkelijker zijn op de gang dan in de spreekkamer van de arts.

Het kan moeilijk zijn voor een westerse, niet-islamitische arts de traditionele mannelijke superioriteit die binnen de islam sterk leeft te accepteren. Het feit dat de geboorte van een jongetje aanzienlijk positiever wordt ervaren dan de ge-

boorte van een meisje en het feit dat de vrouw gehoorzaamheid verschuldigd is aan de man strookt niet met de eigen opvattingen maar zullen, om tot een goede verstandhouding te komen, wel dienen te worden gerespecteerd. Ook met de in de islam toegestane polygamie dient men rekening te houden. Soms is er tussen de echtgenotes een sterk hiërarchische verhouding en wordt het begrip eerste en tweede vrouw erg letterlijk genomen.

DE PRAKTIJK

Hoe kan de mannelijke 'indringer' arts zich nu zo goed en empathisch mogelijk opstellen ten einde een optimaal rendement van zijn handelen te verkrijgen? Een van de belangrijkste mogelijkheden om de drempel te verlagen tussen arts en patiënt is het werken met een vrouwelijke assistent, een 'chaperonne'. Haar aanwezigheid neemt een groot gedeelte van de angst weg. Het alleen met een man in een kamer zijn kan erg bedreigend zijn, zeker in de vele gevallen dat de patiënt gedeeltelijk ontbloot is. Men bedenke dat het in sommige islamitische landen al strafbaar is voor een vrouw om alleen met een andere man in een auto te zitten! Wanneer de chaperonne ook nog als tolk kan dienen kan tussen haar en de patiënt een vertrouwelijkheid ontstaan waarmee de arts zijn voordeel kan doen. Belangrijk is dat deze tolk/chaperonne objectief is en niet een eigen interpretatie van de woorden van arts of patiënt geeft. Hoewel naaktheid ook in de westerse wereld nogal wat gêne veroorzaakt, dient men zich te realiseren dat dit in de islamitische wereld als taboe geldt. De bij het onderzoek noodzakelijke naaktheid dient dan ook te worden gecamoufleerd en men hoede zich voor het laten exposeren van meer dan het strikt noodzakelijke. Het afdekken van de patiënt met een laken is in hoge mate functioneel; het wordt duidelijk als iets beschermends ervaren waar men zich, soms letterlijk, aan kan vasthouden. Belangrijk is ook dat de vrouw zich in afzondering van de nodige kledingstukken kan ontdoen en zich vervolgens op de onderzoekbank kan installeren (met het eerder genoemde laken) voordat de arts de ruimte binnenkomt om met het onderzoek te beginnen. Het zich

noodgedwongen uitkleden in aanwezigheid van een man wordt, evenals trouwens in Nederland, als erg beschamend ervaren.

Het gynaecologisch onderzoek kan in het overgrote deel van de gevallen op een eenvoudige onderzoekbank plaatsvinden als men maar zorgt voor een praktische opstelling. Ook gynaecologische handelingen zoals het inbrengen van een spiraaltje en het maken van een uitstrijkje kunnen gemakkelijk op een eenvoudige onderzoekbank plaatsvinden. Helaas schijnt deze wetenschap in Nederland voorbehouden aan huisartsen en leeft onder Nederlandse gynaecologen de foute veronderstelling dat een goed gynaecologisch onderzoek slechts mogelijk is op een gynaecologische stoel.

Het is aan te bevelen bij islamitische patiënten het aantal gynaecologische handelingen en onderzoeken zoveel mogelijk te beperken en de indicaties (is het echt nodig om bij een islamitische primigravida in de jonge zwangerschap een uitstrijkje te maken?) hiertoe extra kritisch te overdenken. Menstruatie is volgens de islamitische opvatting identiek aan onrein; men hoede zich dan ook voor een gynaecologisch onderzoek tijdens de menses, ook als deze bijna is verdwenen.

(IN) FERTILITEIT

Anticonceptie wordt door de islam niet strikt afgewezen. Wel worden er richtlijnen gegeven met betrekking tot situaties waarin anticonceptie aanvaardbaar is, zoals bijvoorbeeld ziekte van de moeder en het (financiële) onvermogen kinderen op te voeden. Over het algemeen echter worden veel kinderen – vooral veel jongetjes – als een zegen gezien, zodat men zou kunnen stellen dat anticonceptie op enigszins gespannen voet staat met de islamitische levensbeschouwing.

Sterilisatie wordt veelal gezien als een inbreuk op de integriteit van het menselijk lichaam; men staat daar dan ook zeer terughoudend tegenover. Postpartum sterilisatie is vaak minder onaanvaardbaar voor een islamitisch echtpaar. Abortus provocatus wordt door de islam in principe afgewezen en alleen toegestaan op strikt medische indicatie, waarmee wordt bedoeld dat dan het leven van

de moeder in het geding moet zijn. Zoals in veel ontwikkelingslanden is het aanhouden van een lange borstvoedingsperiode ook in de islamitische wereld een praktische methode om tot 'child spacing' te komen.

Gezien het belang van kinderen en het hieruit voortvloeiende maatschappelijk aanzien is het begrijpelijk dat infertiliteit voor een islamitische echtpaar een groot probleem is. De druk van de familie op het jonge paar kan enorm zijn en in extreme gevallen kan onvruchtbaarheid van de vrouw de echtgenoot aanleiding geven zijn gade te verstoten. Mannelijke infertiliteit wordt vaak verward met impotentie en is voor de man bijzonder moeilijk te aanvaarden. Onderzoek daarnaar wordt vaak geremd door de grote onbekendheid met de fysiologie van de voortplanting. De seksuele taboes zijn uiteraard ook niet bevorderlijk voor een goede afhandeling van de diverse noodzakelijke testen, zoals semenanalyse en Sims-Huhner test. Uit het feit dat in Saoedi-Arabië recent de eerste reageerbuisbaby werd geboren mag men wellicht afleiden dat ook moderne behandelingsmethoden door de islam niet worden afgewezen. Het komt nogal eens voor dat het infertiliteitsprobleem in groter familieverband wordt opgelost, waarbij broers of zusters belangeloos kinderen afstaan (en produceren?) ter adoptie. Men kan dit zien als een vorm van het moderne draagmoederschap.

BEVALLING

In de verloskunde wordt de communicatie vaak nog extra bemoeilijkt omdat op dit gebied nogal wat min of meer magische, vaak van cultuur tot cultuur verschillende gebruiken en rituelen in zwang zijn. Zo bestaat het gebruik dat de nageboorte binnen een bepaalde tijd op een rituele plaats moet worden begraven; voorts gelden bepaalde strikte voedingsgewoonten (geen eieren) en gedragscodes met betrekking tot het kraambed. Deze rituelen lijken niet primair op islamitische grondslagen te berusten, maar zijn veeleer resten van oude kraamgebruiken. De westerse arts doet er in ieder geval goed aan zich terdege te oriënteren op dit gebied en niet allerlei westerse gebruiken – zoals het kind direct na de geboorte op de buik van de moeder leggen – klakkeloos toe te passen. De aan- of afwezigheid van de vader in de verloskamer dient men goed te overwegen. In veel islamitische landen is dit zeer ongebruikelijk en sociaal gezien ongewenst;

men moet de man dan ook nooit onder druk zetten de bevalling, contre coeur, bij te wonen.

CONCLUSIE

De islam is verweven in het gehele dagelijkse leven van de islamitische patiënt en derhalve ook ten aanzien van de aangelegenheid waarvoor de vrouwelijke patiënt een arts pleegt te bezoeken: haar voortplantingsfunctie. Met betrekking tot deze zo kwetsbare aangelegenheid is zij soms gedwongen hulp te zoeken bij iemand van een andere geloofsrichting en andere sekse, terwijl zij heel haar leven heeft geleerd dit soort zaken niet met mannen te bespreken. Deze dubbele barrière moet door de westerse arts eerst worden erkend alvorens hij kan trachten deze weg te nemen. Begrip van de islam in al zijn facetten is hierbij van groot nut en zal de arts-patiëntrelatie zeker ten goede komen. □

Dr. M. E. Vierhout heeft van 1984 tot 1987 als gynaecoloog gewerkt in het Panaga Hospital in Seria, Negara Brunei Darussalam (NW Borneo). Ongeveer 75% van zijn patiënten was islamiet. Sinds voorjaar 1987 is hij als stafmedewerker verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt Rotterdam.

Literatuur

1. Jansen JGG. Inleiding tot de islam. Muiderberg: Coutinho, 1987.
2. Sikkel A. De islam en de voortplanting van de mens. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1626-8.
3. Sieval Z. De vrouwelijke patiënt. In: Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers. De Nederlandse bibliotheek der geneeskunde. Alphen aan de Rijn, 1980.
4. Jansen W. Inleiding, antropologische benadering van de islam. In: Jansen W. (red). Lokale islam: geloof en ritueel in Noord Afrika en Iran. Muiderberg: Coutinho, 1985.



Jaarverslag 1987

INLEIDING

Dat het niet eenvoudig is vanuit een zekere inspiratie en met enthousiasme, als Centraal College (CC) de opgedragen taken te blijven vervullen, wanneer een en ander geen zichtbaar en logisch vervolg kan hebben, bleek in het verslagjaar overduidelijk. Klont uit de inleiding bij het jaarverslag over 1986 nog enigszins de hoopvolle toon van: 'alles sal reg kom', zo dient thans over 1987 nuchter te worden geconstateerd dat daar 'niets van terecht kwam'. De door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (O en W) opgeworpen barrières met betrekking tot de besluitvorming van het Centraal College inzake een verlengde opleidingsduur voor een aantal specialismen, konden in het verslagjaar niet worden geslecht.

Het spreekt vanzelf dat het college niet blind is voor de financieel-economische problemen waarmee het land en met name de gezondheidszorg, worstelt; dit neemt niet weg dat het buitengewoon frustrerend is om keer op keer te moeten constateren dat op goede gronden genomen besluiten, welke géén of nauwelijks financiële implicaties in zich bergen, moeten stuiten op bezwaar van overheidswege. Achtergrond van deze misère vormt het feit dat in het Regeerakkoord (1986) is overeengekomen dat de verantwoordelijkheid voor de medische vervolgoopleidingen door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (O en W) zal worden overgedragen aan dat van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Op basis van deze principe-overeenkomst achtte O en W het niet langer opportuun zich nog in te laten met de specialistenopleidingen; dit was voortaan voorbehouden aan WVC. Aangezien echter genoemde overdracht van het ene naar het andere departement nog wel wat voeten in de aarde bleek te hebben, was voor het CC in dezen slechts een afwachterende rol weggelegd. En ondanks een groot aantal perspectief biedende toezeggingen over spoedige realiseringen werd de kwestie via het voorjaar, over het zomerreces en zelfs door het najaar getild, zodat eind 1987 nog dezelfde situatie bestond als in het begin van het jaar, te weten een ernstige impasse*.

Hoewel dat steeds meer moeite kostte en de toon bij de discussies over het bovenstaande toenemend bitter werd, trachtte het CC niettemin zijn taken op het vlak van het up to date houden van de specialistenopleidingen, opdat deze van een zo hoog mogelijke kwaliteit zijn en blijven, zo goed mogelijk uit te voeren. Niet zo simpel, te meer waar het CC regelmatig werd geconfronteerd met officieuze berichten, waaruit bleek dat bij een aantal specialismen c.q. opleiders het geduld eenvoudig op was, zodat men het recht in eigen hand had genomen: door middel van onofficiële voor- of najaren werd de facto reeds een langere opleidingstijd ingevoerd, zonder dat zulks was gebaseerd op vigerende opleidingseisen. Het college achtte deze wildgroei een slechte zaak en had daar zelf ook geen greep op; het moest ermee volstaan te constateren dat door omstandigheden buiten hem om, zijn gezag en geloofwaardigheid schade leden.

ALGEMENE EISEN

In het kader van de herziening van de algemene eisen, het basisreglement waarop alle specifieke opleidingseisen voor de afzonderlijke specialismen zijn geënt, werden nog enkele intensieve besprekingen gewijd aan met name de kwesties van geschillen tussen opleider en assistent, welke veelal de beoordeling met betrekking tot het al dan niet mogen voortzetten van de opleiding, betreffen. Op grond van de huidige eisen, zal de Specialisten

Registratie Commissie (SRC) desgevraagd bemiddelen bij het vinden van een andere opleider teneinde de assistent de mogelijkheid van herbeoordeling te bieden. Een regel die thans steeds moeilijker valt uit te voeren: het aantal opleidingsplaatsen is zeer beperkt, boventalige assistenten leiden tot budgettaire problemen, terwijl bovendien de indruk bestaat dat het aantal conflictsituaties tussen opleider en assistent toeneemt. Hoe dan ook, reden genoeg voor het CC om in overleg met de SRC, doch ook met de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) naar een goede geschillenregeling te zoeken die ook concreet toepasbaar is.

Een ander belangrijk punt bij de bespreking van de algemene eisen betrof de specifieke kwaliteitseisen, welke het CC in het veelbesproken besluit no. 5-1985, kwaliteitsbevordering specialistenopleidingen, had neergelegd, doch die mede op grond van een negatief advies van het hoofdbestuur, door een ministerieel veto waren getroffen. In samenspraak met de KNMG, alsmede LSV en LAD werd het gewraakte besluit gereduceerd tot een aantal regels, dat wél ieders instemming had. Genoemd kan in dit verband bijvoorbeeld worden de ratio 1:1, of te wel de eis dat in een opleidingsinrichting tenminste evenveel specialisten werkzaam dienen te zijn als er assistenten in opleiding voor dat specialisme zijn. Besloten werd voorts deze regels niet meer in een afzonderlijk CC-besluit vast te leggen, doch ze te incorporeren in de voornoemde algemene eisen nieuwe stijl.

ANESTHESIOLOGIE

De in 1986 in gang gezette discussie over de herziening van de opleidingseisen anesthesiologie werd in het verslagjaar voortgezet. Over de gevraagde verlenging van de opleidingsduur tot vijf jaar bestond geen probleem: daartoe was in principe in 1975 reeds besloten, zij het dat uit logistieke overweging - een ernstig tekort aan anesthesisten - toen slechts een beperkte verlenging werd toegestaan. Probleem voor het college vormde thans veel meer de kwestie van een jaar opleiding in de intensive care, al dan niet gecombineerd met inwendige geneeskunde en/of stages in enkele andere specialismen. In een gesprek hierover met een delegatie van de vereniging, kwam naar voren dat van deze zijde een zekere flexibiliteit in de opleiding werd voorgestaan. Dit omdat veel assistenten, alvorens zij met de opleiding beginnen, al ruimschoots ervaring in het ziekenhuis hebben opgedaan. Met die ervaring zou dan bij de opstelling van het opleidingsschema rekening kunnen worden gehouden. Het CC gaf echter de voorkeur aan een striktere formulering, met uitsluiting van de mogelijkheid van verschillende korte stages.

De officiële vaststelling van deze herziene opleidingseisen anesthesiologie kon in het verslagjaar niet meer worden gerealiseerd.

CARDIOPULMONALE CHIRURGIE

Dit geschiedde wél met de opleidingseisen cardiopulmonale chirurgie, die door het CC bij besluit no. 1-1987 werden vastgesteld. Discussiepunt was hier geweest de kwestie of de tot dusverre vigerende eis van een stage van zes maanden totaal in de cardiologie en de pulmonologie, zou kunnen worden teruggebracht tot vier maanden. Het CC achtte deze periode volstrekt ontoereikend voor het verkrijgen van een enigszins gevarieerd inzicht in de klinische diagnostiek. De Vereniging voor thoraxchirurgie argumenteerde echter dat de stage is bedoeld als introductiestage waarbij het gaat om inleiding en oriëntatie. Daarna blijft de assistent gedurende het verloop van de vierjarige specifieke opleiding in de cardiopulmonale chirurgie in voortdurend contact met deze verworvenheden en

* Bij brief van 26 februari 1988 ontving het CC bericht dat deze overdracht per 1 januari 1988 zou plaatsvinden (had plaatsgevonden).

leert ze dan ook pas goed hanteren. Het college legde zich bij deze motivering neer.

HEELKUNDE

Dat de chirurgen nogal innoverende ideeën met betrekking tot de opleiding in de heelkunde aan het CC hadden voorgelegd hebben zij geweten, zou men kunnen zeggen. In 1985 waren reeds wel-doortimmerde eisen aan het CC voorgelegd, in 1986 werd daarover ook een aantal malen grondig gediscussieerd en in 1987 stond dit onderwerp nog driemaal op de CC-agenda, teneinde uit te monden in besluit no. 5-1987 dat in de komende jaren de basis vormt voor de opleiding in de heelkunde. Als belangrijkste wijziging ten opzichte van de voorheen vigerende eisen kan worden vermeld, dat iedere assistent-geneeskundige thans de opleiding volgt deels in een academisch ziekenhuis en deels in een niet-academisch ziekenhuis; de regionale opleidersgroep stelt in gezamenlijk overleg de opleidingsschemata vast, zodat de assistent goed op elkaar afgestemde opleidingsonderdelen volgt.

BASISCURSUS HEELKUNDIGE SPECIALISMEN

Toen in 1981 verplicht cursorisch onderwijs werd ingevoerd voor alle assistent-geneeskundigen in opleiding in een van de heelkundige specialismen, lag het in de bedoeling om enige jaren later deze eis uit te breiden met een bepaling dat ook consequenties zouden zijn verbonden aan de bij de toetsen behaalde resultaten. Dat een en ander veel meer tijd vergde dan was voorzien, is vooral toe te schrijven aan het feit dat het creëren van voldoende herkansingsmogelijkheden binnen de daarvoor ter beschikking staande opleidingstijd op praktische problemen stuitte.

Nadat het Collegium Chirurgicum Neerlandicum - waarin na toetreding van de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie thans negen specialismen zijn verenigd - de zaken nog eens opnieuw had bezien, kon het CC in het verslagjaar instemmen met de voorgestelde regelingen. Binnen de eerste twee jaar van hun opleiding zullen alle betrokken assistenten de examens van het zogeheten algemeen basaal gedeelte van de basiscursus met goed gevolg moeten hebben afgelegd; zulks als voorwaarde voor het mogen voortzetten van de opleiding*. Voor het zogeheten speciaal gedeelte, dat is afgestemd op de specifieke eisen van de afzonderlijke specialismen, zullen nog nadere eisen volgen.

Overigens discussieerde het college nog over de vraag of de basiscursus al kan worden gevolgd wanneer men nog niet in opleiding is, dus bijvoorbeeld in de wachttijd of als assistent-geneeskundige niet in opleiding (agnio). Het CC stelde zich op het standpunt dat gezien de noodzakelijke verwevenheid van theorie en praktijk, de examens alleen geldig in de opleidingstijd kunnen worden afgelegd.

INWENDIGE GENEESKUNDE

Ook over de voorstellen van de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) had het CC in voorgaande jaren uitvoerig van gedachten gewisseld. De nieuw gekozen opzet van een tweejarige grondopleiding, gevolgd door een tweejarige voortgezette opleiding met daarin verplichte stades cardiologie en longziekten en afgesloten met een tweejarige speciale opleiding waarin ruimte is voor een aantal stades naar keuze in zowel erkende als niet-erkende deelgebieden van de inwendige geneeskunde, had veel discussiestof doen opwaaien. De ideeën van de NIV waren aanvankelijk zo fijn uitgesplitst dat een schier ontelbaar aantal variaties in opleidingen mogelijk zou worden, hetgeen vooral bij de SRC stuitte op problemen bij haar uitvoerende en controlerende taak.

Na veelvuldig en gedegen overleg werd consensus bereikt en werden de nieuwe opleidingseisen bij besluit no. 4-1987 vastgesteld. Met het oog op de verlengingsperikelen moesten ze echter

vooralnog genoeg nemen met een plaats op de stapel herziene opleidingseisen (inmiddels voor acht specialismen) die op betere tijden wacht.

KLINISCHE CHEMIE

Nadat de discussie over de klinische chemie en met name de opleiding daartoe, door een aantal misverstanden en anderszins, wat was vervaagd, kon in het verslagjaar de draad weer worden opgepakt. De - al dan niet vermeende - angst van betrokkenen dat het CC van plan zou zijn het specialisme op te heffen, kon worden weggenomen en met de laboratoriumartsen werden enkele degelijke afspraken gemaakt: door een door de Vereniging van Laboratoriumartsen en de Vereniging voor Klinische Chemie gezamenlijk opgericht Concilium Clinicum Chemicum zal een gezamenlijke opleiding worden ontwikkeld met twee verschillende ingangen (arts, respectievelijk chemicus). Voor wat betreft de artsen leidt deze tot inschrijving in het SRC-register, de chemici worden opgenomen in hun verenigingsregister. Deze opleidingen zullen niet gelijk zijn, doch wel gelijkwaardig. Het CC besloot voorts in elk geval de eerstkomende tien jaar het register voor het specialisme niet te sluiten en legde vast dat de opleidingsvoorstellen begin 1989 dienen te worden voorgelegd.

KLINISCHE NEUROFYSIOLOGIE

Als de kwestie niet zo moeizaam was, zou men het hoofdstuk klinische neurofysiologie wel het Peyton Place van het CC kunnen noemen. Samengevat: na jarenlang overleg met een door alle rechtstreeks en zijdelings betrokkenen en na ampele overweging en heroverweging, besloot het CC ultimo 1986 tot instelling van een afzonderlijk specialisme klinische neurofysiologie alsmede voor een overgangsregeling voor neurologen en voor degenen die in opleiding zijn voor de neurologie.

Zoals reglementair voorgeschreven werd het besluit ter beoordeling voorgelegd aan de SRC waar de storm opnieuw aanwakkerde. Dit leidde ertoe dat de Vereniging voor Neurologie en de Vereniging voor Klinische Neurofysiologie aanboden alsnog te komen tot één opleiding met twee uitgangen, te weten neurologie respectievelijk klinische neurofysiologie. (Deze ideeën waren overigens niet nieuw; ze waren in eerdere stadia echter stukgelopen). Gezien de rumor besloot het CC dit plan kans van slagen te bieden, doch onder een aantal voorwaarden: de voorstellen zouden binnen enkele maanden op tafel moeten liggen, het Klinisch Neurofysiologisch Genootschap (waarin zich de full-timers hebben verenigd) zou daarmee akkoord moeten gaan en er zou ook voldoende eigen ruimte voor de klinische neurofysiologie in de opleiding moeten zijn, bijvoorbeeld tot uitdrukking komend in een eigen concilium. Het CC ontving wel de door beide verenigingen geaccordeerde voorstellen voor een gemengde opleiding, doch dat ook het Genootschap daarmee zou instemmen was in het verslagjaar nog allerminst zeker.

MEDISCHE MICROBIOLOGIE

In een gesprek met een delegatie van de Vereniging van Laboratoriumartsen en van de medische sectie van de Vereniging voor Microbiologie werd een vervolg gegeven aan de herziening van de opleidingseisen medische microbiologie. Ten aanzien van de nieuw in te stellen opleidingscircuit, instituten of laboratoria die met de formele opleidingsinrichting samenwerken en waar de assistent gedurende langere tijd van de opleiding zijn aandachtsveld kan verbreden, stelde het CC er toch de voorkeur aan te geven wanneer deze instellingen mee zouden worden erkend, bijvoorbeeld in de vorm van B-opleidingen. Dit omdat het niet goed doenlijk lijkt dat de erkende opleider verantwoordelijk blijft voor de opleiding van assistenten die een à twee jaar buiten zijn kliniek werkzaam zijn. Van betrokkenen werd de toezegging ontvangen dat zij in deze zin de voorstellen zullen uitwerken.

* Het CC stelde deze eis formeel vast bij besluit no. 1-1988.

PLASTISCHE CHIRURGIE

De Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie diende in het verslagjaar voorstellen tot aanpassing van de opleidingseisen bij het college in. Ze bevatten weinig obstakels zodat het ernaar uitziet dat de formele besluitvorming binnen afzienbare tijd kan plaatsvinden.

RADIODIAGNOSTIEK

Bij besluit nr. 2 - 1987 stelde het college de herziene opleidingseisen voor de radiodiagnostiek vast. Het feit dat ze een verlenging van de opleidingsduur van vier naar vijf jaar bevatte was bij het Centraal College niet op wezenlijke problemen gestuit: men acht deze verlenging gerechtvaardigd gezien de ontwikkeling van het specialisme na de uitsplitsing van de radiologie in 1973 en in versterkte mate dankzij nieuwe methodieken als echografie, CT, angiografie, terwijl bovendien sprake is van een toenemende samenwerking met het klinisch handelen. Gezien de inmiddels veelvuldig aangeduide problemen, werd overigens ook dit besluit in portefeuille gehouden.

REVALIDATIEGENEESKUNDE

De besprekingen inzake de actualisering van de opleidingseisen revalidatiegeneeskunde hadden al eerder plaatsgevonden. Behalve een aantal aanscherpingen ten opzichte van de tot dan toe vigerende bepalingen bevat het besluit (no. 3 - 1987) geen ingrijpende wijzigingen. De naam van het specialisme werd officieel gewijzigd van revalidatie in revalidatiegeneeskunde; dit omdat het begrip zowel in de gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg wordt gehanteerd, doch met verschillende inhoud, terwijl voorts de nieuwe naam beter aansluit bij internationale terminologie (rehabilitation medicine).

BEKWAAMHEIDSVKLAARING ENDOSCOPISTEN

Het college nam kennis van een vanuit de commissie Endoscopie van de Gezondheidsraad geïnstigeerd overleg met de sectie endoscopie van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie, inzake de instelling van een bekwaamheidsverklaring voor endoscopisten. Het college achtte dit een merkwaardige zaak en richtte zich daarom tot de Gezondheidsraad, stellende dat wanneer er sprake is van - al dan niet aanvullende - opleidingseisen, zulks tot de competentie van het CC respectievelijk de SRC behoort. Het verweer, dat het niet om een formele regeling c.q. erkenning van een aantekening zou gaan, sprak het college niet aan: zo'n schriftelijke verklaring zal immers bij sollicitaties en dergelijke een 'eigen leven' gaan leiden en voorts zou voor afzonderlijke toetsing van elk ander onderdeel of facet van ieder specialisme zo de weg kunnen worden vrijgemaakt. Bepalingen met betrekking tot het verkrijgen van kennis van en ervaring in - de diversiteit in - endoscopieën horen daarom thuis in de eisen voor de betreffende specialistenopleidingen.

In overleg met de vice-voorzitter van de Gezondheidsraad werd deze kwestie tot een bevredigende oplossing gebracht. Daarbij werd afgesproken dat in adviezen van de raad waarin wensen tot deskundigheidseisen worden geformuleerd een passage zal worden opgenomen in de trant van: overwogen dient te worden het CC te verzoeken, etc. Voorts zal het college voortaan in een vroeg stadium op de hoogte worden gesteld van adviesaanvragen waaraan voor het college eventueel consequenties zijn verbonden.

ONTWERPLAN HOGER ONDERWIJS EN ONDERZOEK

In een lijvig vijfdelig boekwerk ontvouwd de minister van O en W zijn Ontwerpplan Hoger Onderwijs en Onderzoek (HOOP). Een ambitieus overheidsplan, op de toekomst gericht en waarin een belangrijke plaats (25%) wordt ingenomen door de sector gezondheidszorg. Bedoeling van het HOOP is dat de instellingen, universiteiten, onderzoeksinstituten en dergelijk tweejaarlijkse ontwikke-

lingsplannen opstellen en dat, daarmee alternerend, eveneens tweejaarlijks het HOOP wordt bijgesteld. Aldus ontstaat een dialoog tussen minister en instellingen, waarbij steeds in het HOOP uitdrukking zal worden gegeven aan een nieuwe visie op planning, consistentie van het overheidshandelen, maatschappelijke ontwikkelingen en oriëntatie en dergelijk. De discussie over deze nieuwe koers met betrekking tot onderzoek en onderwijs en met name de implicaties ter zake van concrete realisering, was nogal kritisch van toon. Men achtte een en ander nogal theoretisch en op een aantal fronten weinig realistisch.

UIT DE SRC

Het CC stemde conform de daarvoor reglementair voorgeschreven procedure, in met inschrijvingen in het specialistenregister op basis van artikel 1018 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG. Dit geschiedde twee maal voor de nucleaire geneeskunde alsmede negen keer voor de klinische genetica, voor welk specialisme de formele erkenning in het verslagjaar werd gerealiseerd. Op basis van de getroffen overgangsregeling vonden zo de eerste registraties plaats van die artsen die reeds langere tijd op het terrein van de klinische genetica werkzaam waren.

Utrecht, maart 1988

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

BIJLAGE

Vergaderingen en samenstelling

Het Centraal College kwam in 1987 zevenmaal bijeen.

In de samenstelling van het Centraal College deden zich de volgende wijzigingen voor: Dr. H. Fermin, secretaris van de Specialisten Registratie Commissie, en uit dien hoofde adviserend lid, nam afscheid. Tot zijn opvolger werd benoemd Dr. J. A. van Wijk. In de vacature die ontstond na het emeritaat van Prof. Dr. E. van Dijk (VU) (plaatsvervangend lid) werd in het verslagjaar niet voorzien. In de nog openstaande vacature van plaatsvervangend lid vanuit de Katholieke Universiteit Nijmegen werd voorzien door de benoeming van Prof. Dr. W. A. J. van Daal. Aldus was het Centraal College per 31 december 1987 als volgt samengesteld:

Leden benoemd door de medische faculteiten

Prof. Dr. F. G. Bouman; vacature (plv.);
Prof. Dr. J. C. Birkenhäger; Prof. Dr. A. C. Drogendijk (plv.);
Prof. Dr. P. van den Broek; Prof. Dr. W. A. J. van Daal (plv.);
Prof. Dr. H. A. M. Hulsmans; Prof. Dr. B. F. Visser (plv.);
Prof. Dr. J. M. Minderhoud; Prof. Dr. J. W. F. Beks (plv.);
Prof. Dr. F. L. M. Peeters; Prof. Dr. N. G. Meyne (plv.);
Prof. Dr. H. G. M. Rooymans; Prof. Dr. J. Spierdijk (plv.);
Prof. Dr. P. Wittebol; Prof. Dr. A. Struyvenberg (plv.).

Leden benoemd door de KNMG

A. M. Smeets; Dr. J. W. A. Hubert (plv.);
Dr. G. Th. van Beusekom; Dr. L. J. Endtz (plv.);
G. Th. M. Bossers; Dr. B. A. M. van den Brekel (plv.);
Dr. C. M. Sparling; Dr. J. Felderhof (plv.);
Dr. A. Haak; Dr. K. H. Brandt (plv.);
Dr. P. G. Hart; A. J. Kroondijk (plv.);
Dr. C. H. J. Stockmann; Dr. M. B. Lagaay (plv.);
Mw. Dr. H. E. Zoethout; Dr. F. C. Kuipers (plv.).

Adviserende leden namens de minister van Onderwijs en Wetenschappen
Mr. G. M. Weel; Mr. C. A. C. F. van Dorp (plv.).

Adviserende leden namens de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
vacature; Mr. H. R. G. Veldkamp (plv.).

Adviserende leden namens de Nationale Ziekenhuisraad

A. I. Perquin; Drs. C. de Groen (plv.);
Prof. Drs. A. Th. Schweizer; Dr. A. G. P. Cremers (plv.).

Adviserende leden vanuit de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen

B. A. A. van Noort; Dr. F. H. Barneveld Binkhuysen (plv.);
I. F. M. Lambertina; G. A. W. Bruyn (plv.).

Adviserende leden vanuit de Specialisten Registratie Commissie
Dr. J. A. van Wijk.

CHG

Jaarverslag 1987

Bij de enigszins feestelijke toon van waaruit de inleiding bij het jaarverslag 1986 werd geschreven, viel tevens de klank van een zekere ongerustheid te bespeuren: weliswaar had ultimo 1986 het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) met verve het besluit voor een driejarige huisartsenopleiding genomen en ook had het Hoofdbestuur (HB) der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) zich in zijn advies aan de betrokken bewindslieden zeer positief geuit over deze besluitvorming, gerust op de ministeriële uitspraak was het college allerminst. De CCBOH-rapportage*, welke de basis had gevormd voor het CHG-besluit, was weliswaar alom geprezen voor de gedegenheid en zorgvuldigheid waarmee ze tot stand was gebracht, doch dit bood nog geenszins de zekerheid dat de politieke beleidsbeslissing hierbij zou aansluiten.

Welnu, het bange vermoeden werd bewaarheid: in het voorjaar van 1987 sprak de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) mede namens de minister van Onderwijs en Wetenschappen (O en W) een veto uit over het besluit. Hij deed dit op grond van een aantal argumenten, waarbij met name het accent lag op de financieel-economische consequenties die een driejarige opleiding met zich mee zou brengen. In een krachtige poging de zaak nog te redden en om te voorkomen dat de beroepsopleiding tot huisarts volledig in een impasse zou geraken, weerlegde het college de argumenten van de bewindsman. Ter zake van de financiële zijde stelde het college dat de genoemde randvoorwaarden van budgettaire neutraliteit irreëel is: wil men werkelijk een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg met daarin een belangrijke, zo niet centrale, plaats voor de huisarts, dan dient deze huisarts daarvoor ook behoorlijk te zijn toegeest, met andere woorden goed te zijn opgeleid. De vigerende éénjarige opleiding is daarvoor volstrekt ontoereikend; het tot dusverre ontbreken van een goede rechtspositie en salariëring voor zowel de huisarts in opleiding (haio) als de huisartsopleider (hao), is een doorn in ieders oog die het realiseren van een goede meerjarige opleiding in de weg staat: De kost gaat nu eenmaal voor de baat uit.

Deze moeizame situatie resulteerde uiteindelijk in de zomer in een overleg met het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, waarbij van overheidszijde een tijdelijke - korte termijn - regeling werd voorgesteld; in de jaren 1988 en 1989 zouden huisartsopleidingen kunnen starten met een tweejarige duur. De landelijke opleidingscapaciteit zou 260 moeten bedragen, dat wil zeggen een halvering ten opzichte van het tot dan toe jaarlijks opgeleide aantal huisartsen, terwijl de huisarts in opleiding tijdens de opleiding een salaris- en rechtspositieregeling zou genieten, afgeleid van een BBRA-schaal en de recent ingestelde assistent in opleiding (aio)-regelingen. Desgevraagd zegde de overheid toe dat daarnaast in 1988 nog een aantal basisartsen waaraan reeds toezeggingen waren gedaan, een eenjarige opleiding zou mogen volgen**.

Deze interimperiode zou voorts moeten worden benut voor het aangaan van een tripartite overleg - overheid, beroepsgroep en financiers in de gezondheidszorg - dat moet uitmonden in de definitieve bepaling van de noodzakelijke opleidingsduur en vooral van de daarmee gepaard gaande financiering.

Hoewel het college er aanvankelijk grote moeite mee had te aanvaarden dat zijn geesteskind, een driejarige beroepsopleiding, vooralsnog niet concreet gestalte zou krijgen, besloot het na ampele discussie en vooral op pragmatische gronden, zijn medewerking te verlenen aan de interimregeling. Aldus werd besluit CHG 1 - 1987 voorbereid dat als raamwerk deze tweejarige oplei-

dingen een wettelijk kader geeft. Het besluit geeft aan de Universitaire Huisarts Instituten (UHI-en) een vrij grote vrijheid de opleiding zelf in te vullen, zij het dat de haio in elk geval minstens 12 maanden van de opleidingstijd in een huisartspraktijk dient door te brengen. De overige tijd kan worden besteed aan één of meer onderdelen zoals in de CCBOH-rapporten aangegeven (stages in ziekenhuizen, verpleeghuizen, RIAGG's etc.). De op deze wijze opgedane verschillende ervaringen zullen bij de bepalingen voor de definitieve regeling welke in het begin van de jaren negentig van kracht zal moeten worden, mee in de beschouwingen worden betrokken. Het college blijft daarbij overigens geloven in een evenwichtig opgezet programma van drie jaar dat leidt tot het op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren van het basistakenpakket van de huisarts*. Met andere woorden een goede opleiding, gebouwd op het CCBOH-stramien!

TOELATINGSPROCEDURE

Zoals de meerjarige beroepsopleiding en de perikelen daaromheen veel aandacht en energie van het college opeisten, zo ook was veelvuldig en intensief beraad nodig met betrekking tot de vraag hoe zo verantwoord mogelijk te komen tot een toelatingsregeling voor de opleiding. Over de almaar aangroeiende wachtlijsten en de negatieve effecten die hiervan kunnen uitgaan op de opleiding zelf is in voorgaande jaarverslagen reeds vaak en uitvoerig melding gemaakt. De halvering van de opleidingscapaciteit maakte het probleem nog concreter en acuter dan tot dan toe. Het door het college en andere betrokkenen in 1986 bedachte systeem van een gewogen loting, bleek naarmate de uitvoering ervan nader werd ontwikkeld op steeds meer moeilijkheden te stuiten. De weging zou niet voor een ieder op gelijke wijze kunnen worden uitgevoerd en dat betekende dat onbillijkheden onvermijdelijk zouden zijn. Aangezien eerlijkheid, dat wil zeggen gelijke kansen voor allen, bij het CHG de hoogste prioriteit genoot, koos het college in het verslagjaar tenslotte voor een procedure die bestaat uit een - gewone - loting, met een overpercentage, gevolgd door sollicitatiegesprekken. Een en ander werd vastgelegd in besluit CHG 2 - 1987. De onder auspiciën van de HRC uit te voeren loting zal een aantal artsen aanwijzen dat overeenkomt met 125% van de opleidingscapaciteit. Deze ingeloten voeren een sollicitatiegesprek met een daartoe per UHI in te stellen commissie, waarin een instituuts-medewerker, een huisartsopleider en een arts in opleiding tot huisarts zitting hebben. Deze commissie wijst de 25% minst geschikten af. Uitgeloten en afgewezenen kunnen het volgend jaar opnieuw aan de loting deelnemen. De keuze voor 125% maakte het CHG op basis van door hem ingewonnen deskundig advies. Het college was er zich van bewust dat deze regeling allermest bevredigend is. Voor een werkelijk rechtvaardig toelatingsbeleid zal een goede ingangstoets moeten worden ontwikkeld die niet alleen op kennis, maar ook op vaardigheid en attitude betrekking heeft. De ontwikkeling van zo'n toets vraagt niet alleen veel mankracht van de instituten, doch tevens een bepaalde rijpingstijd, dat wil zeggen een periode waarin ermee kan worden geëxperimenteerd, zonder dat zulks repercussies heeft voor degenen die de toets afleggen.

Belangrijk discussiepunt bij de totstandkoming van deze (nood)regeling vormde nog de vraag of het systeem niet het nadelig bijeffect zal hebben dat artsen met een goede aanleg c.q. grote interesse voor de wetenschappelijke zijde van de huisartsgeneeskunde, zullen uitloten en zo voor de van groot belang geachte ontwikkeling van het vak verloren gaan. Met name van de zijde van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) werd dan

*CCBOH - (projectgroep) curriculum constructie meerjarige beroepsopleiding tot huisarts.

**Dit aantal werd in 1988 vastgesteld op ± 100 .

*Basistakenpakket van de huisarts, LHV-rapport (1983)

ook aangedrongen op toelating van deze 'getalenteerden' buiten de loting om.

Hoewel het college in eerdere discussies, die toen nog over een gewogen loting gingen, had uitgesproken hier in verband met het gevaar voor willekeur niet voor te voelen, werden de voor- en nadelen opnieuw onder ogen gezien. Wetenschappelijk onderzoek op het vlak van de huisartsgeneeskunde wordt uiteraard ook door het CHG als een groot en onontbeerlijk goed gezien; een goed onderzoeker behoeft echter niet per definitie ook een goed huisarts te zijn, meende het college in meerderheid. Er zullen bovendien zeer nauwkeurige criteria moeten worden aangegeven op grond waarvan elke schijn van willekeur of 'kruiwagen' wordt uitgebannen.

Het college besloot daarom in het onderhavige besluit geen passage in te ruimen voor bijzondere gevallen; wél werd nadien besloten om in samenspraak met het IOH en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) afzonderlijk studie te gaan maken van criteria voor specifieke situaties, zoals met name wetenschappelijk onderzoek.

TOELATING MEDISCHE BEROEPSOPLEIDINGEN

Algemeen

Behalve over de problematiek van de toelating tot de huisartsopleiding, boog het CHG zich ook over deze kwestie in meer algemene zin, te weten de toelating tot c.q. selectie voor de specialisten- en sociaal-geneeskundige opleidingen. Dit op verzoek van het hoofdbestuur der KNMG, dat zich, gezien de nog immer wassende stroom artsen, buigt over de vraag hoe te komen tot een zo rechtvaardig mogelijk systeem, waarbij aan zovelen als mogelijk is een vervolgopleiding wordt geboden met te zijner tijd ook nog inzicht op een daarbij aansluitende functie. Een welhaast hopeloos complexe materie: de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroep(en), de ideeën over beroepskrachtenplanning door de overheid, voortschrijding van medisch-technologische ontwikkelingen, budgettaire beperkingen etc. zijn aspecten die hierbij mede een rol spelen. Tot veel meer dan wijzen op de eigen gekozen voorlopige oplossing en zoals reeds eerder gedaan, opnieuw onderstempelend dat een centrale registratie van al diegenen die voor enigerlei medische vervolgopleidingen opteren, verhelderend c.q. zelfs sturend kan werken, kwam het college dan ook niet. En of de anderen aan wie de vraagstelling eveneens was geadresseerd (wetenschappelijke verenigingen van specialisten en sociaal-geneeskundigen) wel klare oplossingen zouden kunnen bieden, werd betwijfeld.

LANDELIJK SAMENWERKINGSVERBAND IOH (SV-IOH)

Het SV-IOH, in zekere zin te zien als de opvolger van de projectgroep CCBOH, doch niet rechtstreeks werkzaam onder auspiciën van het CHG, maar wel gesubsidieerd door het ministerie van WVC, startte begin 1987 zijn werkzaamheden. Deze bevatten taken op het gebied van (landelijke) student- en onderwijsbeoordeling.

Het college nam met belangstelling kennis van het eerste interim-verslag van het SV-IOH en besprak met enkele leden van het uitvoerend bureau de ontwikkeling van kennis- en vaardigheidstoetsen en het gebruik daarvan. Dit vooral met het oog op het creëren van ingangstoetsen (zie hiervoor). In de bespreking werd echter duidelijk dat het de subsidiegever vooralsnog te doen is om produkt- en procesevaluatie, opdat op basis van de bevindingen over de tweejarige interimopleiding zodanig kan worden gerapporteerd dat daarop het beleid ten aanzien van de toekomstige opleiding kan worden bepaald.

VARIA

De positie van de huisarts in de toekomst

De door de LHV uitgebrachte discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' stond centraal ter bespreking op een

daartoe grootscheeps georganiseerde discussiedag, waaraan ook een aantal CHG-leden intensief deelnam. Met name de passages die gaan over de kwaliteitsbewaking van zowel de opleiding tot, als het functioneren als huisarts, vragen de aandacht van het college, terwijl enigszins welhaast terloops geschreven zinnen in het rapport over herregistratie nog om ernstige bezinning vragen. Het college kwam in het verslagjaar niet meer toe aan een nadere bespreking in eigen kring over dit discussiestuk.

Jaarverslagen beroepsopleidingen en visitatiecommissies

Zoals gebruikelijk kwamen deze verslagen druppelsgewijs door het jaar heen binnen het bereik van het college. Hoewel de verstrekte informatie niet alleen interessant is om te lezen, maar bovendien van groot belang is voor verdere beleidsbepaling, maakt deze gedoseerde toezending het moeilijk een algemeen beeld te krijgen. Het college besloot daarom tot de instelling na een kleine werkgroep, welke tot taak kreeg een zekere overzichtsstudie te maken; dit om zelf enerzijds meer profijt te hebben van de aangeboden informatie, anderzijds om te komen tot aanbevelingen voor een meer uniforme presentatie dan tot nu toe.

Van en met de Huisarts Registratie Commissie (HRC)

Dat een goed samenspel met de HRC van groot belang is voor het zo goed mogelijk doen verlopen van de opleiding, werd ook in het verslagjaar weer bevestigd. Het jaarverslag HRC bevatte de gebruikelijke duidelijke informatie over het landelijk reilen en zeilen van de opleidingen.

De voorgelegde vraag over de verenigbaarheid van de functie van coördinator beroepsopleiding en secretaris visitatiecommissie werd door het college negatief beantwoord; een dergelijke personele unie vormt naar de mening van het college niet de juiste basis voor het op zijn tijd noodzakelijke overleg tussen beide functiebekleders.

Met de door de HRC opnieuw aangepaste en herziene richtlijnen (ex. artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG) voor behoud van inschrijving c.q. uitschrijving uit het register, werd behoudens een enkele tekstuele kanttekening, gaarne ingestemd. Deze nieuwe versie bevat behalve een zekere verfijning van de reeds jaren gehanteerde begrippen en bepalingen, voor het eerst een indicatie na een meer kwalitatieve toetsing. Tot dusver kon alleen worden uitgegaan van kwantitatieve eisen, doch met het van de grond komen van een landelijk netwerk van ondersteuning en deskundigheidsbevordering, kan ook toenemend de kwaliteit van het functioneren - voorzichtig - mee worden betrokken in de criteria.

IN MEMORIAM A. VRIJ

Met ontsteltenis moest het college kennis nemen van het onverwacht overlijden van zijn adviserend lid Ad Vrij. Hoewel sinds jaren inspecteur in algemene dienst bij het Staatstoezicht, was hij in de ogen van de velen die hem kenden, altijd nog de echte huisarts. Aldus was hij ook de ware trait d'union tussen het college en de minister van WVC, namens wie hij zitting had in het CHG. Zijn grote deskundigheid, zijn fijn gevoel voor situaties en verhoudingen, zijn enthousiasme voor het vak en niet in het minst zijn groot gevoel voor humor, gaven hem een zeer eigen plaats in de gelederen. Het college gedenkt hem in achting en vriendschap.

Utrecht, maart 1988

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

BIJLAGE

VERGADERINGEN EN SAMENSTELLING

Het College voor Huisartsgeneeskunde kwam in het verslagjaar achtmaal bijeen. Tot voorzitter van het college voor Huisartsgeneeskunde werd gekozen de heer R. G. Zwart en tot ondervoorzitter de heer J. C. M. Weyers.

In de samenstelling deden zich de volgende mutaties voor:

In de in 1986 ontstane vacature door het vertrek van de heer H. Mäkel werd in 1987 voorzien door de benoeming van de heer S. O. Ypma als lid.

In de opvolging van wijlen de heer A. Vrij, vertegenwoordiger namens de minister van WVC, werd in 1987 nog niet voorzien.

Mw. A. Swager, adviserend lid namens de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH), werd opgevolgd door Y. Hiemstra.

Het college voor Huisartsgeneeskunde was per 31 december 1987 als volgt samengesteld:

Leden benoemd door de medische faculteiten:

Prof. Dr. J. D. Mulder Dzn; H. L. van Amerongen (plv.);

P. A. Stalenhoef; Prof. Dr. R. A. de Melker (plv.);

Dr. G. Th. van der Werf; H. O. Sigling (plv.);

R. G. Zwart; Prof. Dr. H. Lamberts (plv.).

Leden benoemd door de KNMG:

M. J. den Engelsman; Y. Groeneveld (plv.);

M. J. F. M. Klaassen; J. B. Hoving (plv.);

J. C. M. Weyers; J. P. Freniks (plv.);

S. O. Ypma S. Griede (plv.).

Adviserende leden:

namens de minister van Onderwijs en Wetenschappen:

Mr. C. A. C. F. van Dorp; Mr. G. M. Weel (plv.);

namens de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur:

vacature; Mr. H. R. G. Veldkamp (plv.).

Mw. Drs. J. Bensing, (NIVEL);

namens de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH):

Y. Hiemstra;

namens de Huisarts Registratie Commissie (HRC): L. G. Oltmans.

CSG

Jaarverslag 1987

'Denkend aan Holland zie ik brede rivieren traag door oneindig laagland gaan', zo citeerde oud-voorzitter en langjarig lid van het College voor Sociale Geneeskunde (CSG), W. van der Meeren, de dichter Marsman, daarmede de werkwijze van het college typerend. Hij hanteerde dit citaat in een door hem met een traan en een lach uitgesproken tafelrede tijdens het afscheidsdiner, dat in het voorjaar werd aangericht voor oud-leden, die voor een deel vanaf de oprichting in 1968, zitting hadden gehad in het college en die nu hun lidmaatschap hadden beëindigd. Hij releveerde aldus de werkzaamheden van het college en relativeerde ze daarmee vooral ook, om vervolgens het aanwezige gezelschap hoopvol te stemmen met het aanhalen van Shelley: 'If winter is there, spring cannot be far behind'.

Welnu, hoewel tafelspeeches in het algemeen niet het karakter dragen werkelijk het beleid van een, of dit college te kenschetsen, is er in dit geval beslist sprake van een markante overeenkomst met de realiteit: een bepaalde traagheid is het functioneren van het college nu eenmaal eigen. Het is namelijk niet de taak van het college om voorop te lopen en nieuwe ontwikkelingen aan te geven; het college loopt als het ware met zijn regelgeving achter de feiten aan en gezien de complexiteit van de vele maatschappelijke krachten die daarbij een rol spelen, verloopt het besluitvormingsproces dan ook met een zekere traagheid. Zo geschiedde ook in het verslagjaar.

Dat voorts achter dit wat sombere winterse beeld, toch ook weer de lente, iets nieuws, gloort, staat eveneens vast.

SPORTGENEESKUNDE

Om met dit laatste te beginnen: nieuw was in het verslagjaar de formele instelling van een zesde tak van sociale geneeskunde, te weten de sportgeneeskunde, waartoe na jaren van beraad en overleg, het college ultimo 1986 had besloten. Op basis van de van kracht geworden bepalingen kon de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) in 1987 22 sportartsen inschrijven in het register van erkend sociaal geneskundigen, terwijl een tiental artsen voor de sportgeneeskunde in opleiding was of ging. Hierdoor en mede door uitbreiding van de SGRC met enige vertegenwoordigers van de Vereniging voor Sportgeneeskunde, kreeg de nieuwe tak van meet af aan een volwaardig eigen aanzien in de sociaal geneskundige gelederen.

FORENSISCHE GENEESKUNDE

Nieuw was ook de discussie over de vraag of forensische geneeskunde als tak van sociale geneeskunde zou kunnen worden erkend. Het Forensisch Medisch Genootschap had het college hierom verzocht, mede met verwijzing naar activiteiten binnen de Europese Gemeenschap die zijn gericht op harmonisatie van kwaliteit en opleiding van gerechtelijk geneskundige beroepsbeoefenaars. Het college achtte vooralsnog de instelling van een

nieuwe tak van sociale geneeskunde, forensische geneeskunde, niet gerechtvaardigd. Deze uitspraak werd gedaan vanuit de argumentatie dat het gebied, waarin forensisch geneskundigen hun werkzaamheden verrichten, veelal wordt bestreken vanuit basisgezondheidsdiensten, door artsen die een andere vervolgoopleiding hebben genoten, bijvoorbeeld in de algemene gezondheidszorg. Op het door het genootschap aangegeven alternatief om in plaats van tot instelling na een afzonderlijke tak te komen tot een aantekening als surplus op een reeds eerder verkregen erkenning in een van de bestaande takken van sociale geneeskunde, kon evenmin gemakkelijk positief worden ingegaan. Dit omdat het begrip 'aantekeningen' in de sociale geneeskunde tot dusverre niet wordt gehanteerd. Daarvoor zou eerst een gedegen studie moeten worden gemaakt, waarbij onderzoek naar de behoefte aan formele aantekeningen niet zal mogen ontbreken. Het college suggereerde het genootschap daarom vooralsnog zich te richten op de (on)mogelijkheid de forensische geneeskunde in een wettelijk kader onder te brengen; gedacht kan in dat verband worden aan de Wet op de Lijkbezorging en/of een daarbijbehorende Algemene Maatregel van Bestuur.

SOCIALE GERIATRIE

Hoewel de algemene discussie daarover vele jaren geleden ook wel had plaatsgevonden en dus niet nieuw was, was de vraag van de Vereniging voor Geriatrie, de sociale geriatrie te willen erkennen als tak van sociale geneeskunde, nog niet eerder zo concreet aan het college voorgelegd. De laatste vijftien jaar is een toenemend aantal artsen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg voor ouderen, te weten: in sociaal psychogeriatrische diensten c.q. afdelingen voor ouderen van RIAGG's of GG en GD-en. Ook functies als bijvoorbeeld medisch adviseur van indicatiecommissies voor bejaardenoordelen worden door deze artsen, die tot dusverre daartoe geen specifieke opleiding hebben genoten, vervuld. De Vereniging voor Geriatrie, die overigens onder andere ook klinisch gerieters en verpleeghuisartsen in haar gelederen heeft, diende niet alleen het formele verzoek om erkenning bij het college in, doch gaf tevens al in grote lijnen aan waaruit hun inziens de opleiding zou dienen te bestaan. Het college besloot na een eerste bespreking in eigen kring, met een delegatie van betrokkenen nader over een en ander van gedachten te wisselen. Een dergelijk overleg vond niet meer in het verslagjaar plaats.

Overigens speelde ook hier, evenals dat bij de bespreking over de forensische geneeskunde het geval was, de vraag, welke nu precies de criteria zijn op grond waarvan het CSG-besluit een bepaald terrein van de gezondheidszorg te erkennen als tak van sociale geneeskunde. Toetsing aan de hand van de zogeheten 17 kenmerken op het vlak van kennis, vaardigheid en attitude, als geformuleerd in het CSG-rapport 'Opleiding van Sociaal Geneskundigen' (1973) lijkt nog steeds de meest verantwoorde methode.

ZIEKTENBESTRIJDING

Een nieuwe notitie inzake een mogelijke verbreding van het begrip c.q. de opleiding in de tuberculosebestrijding naar het terrein van de infectieziektenbestrijding, zag in het verslagjaar het licht. Een en ander nog steeds, of liever, opnieuw als uitloeijsel van hetgeen het rapport van de Advies Commissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG) (1981) daarover verwoordde*. Gezien de ontwikkelingen in het veld - cursussen hygiëne en infectieziekten zoals reeds worden verzorgd door de opleidingsinstellingen in de sociale geneeskunde - gezien ook de overlappenden welke er zijn met betrekking tot de algemene gezondheidszorg, besloot het college vooralsnog zelf geen nadere stappen te nemen, doch deze ontwikkeling in het onderwijsveld af te wachten.

ARBEIDS- EN BEDRIJFSGENEESKUNDE

In het verslagjaar ontving het college van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) het lang verbeide rapport 'Onderwijsdoelstellingen voor de opleiding in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde'. Evenals dat voor de Jeugdgezondheidszorg (JG), de Verzekeringsgeneeskunde (VG) en de Algemene Gezondheidszorg (AGZ) de afgelopen jaren reeds is gerealiseerd, is in dit rapport de inhoud van de opleiding geformuleerd en vormt het samen met een geactualiseerd opleidings-schema de basisstructuur voor de opleidingen. Het college kon zich in grote lijnen goed vinden in de geformuleerde eindtermen, doch gezien het feit dat over het opleidingsschema zelf (tijdsduur, aantal en aard van de stages, etc.) binnen de NVAB de discussie nog niet bleek afgerond, kon nog geen definitieve besluitvorming met betrekking tot deze opleiding plaatsvinden.

STATUS SOCIALE GENEESKUNDE

De in 1986 ingestelde Commissie Status Sociale Geneeskunde, onder leiding van - inmiddels - oud-CSG-voorzitter Doeleman, die tot taak heeft om op basis van een eerder gemaakte inventarisatie van problemen in het (opleidings)veld van de sociale geneeskunde, oplossingen, condities en strategieën aan te geven, kon in het verslagjaar haar werkzaamheden nog niet afronden. Voorzien is, dat het rapport in het voorjaar van 1988 gereed komt en dat daarin tevens ook het functioneren van het CSG zelf kritisch aan de orde wordt gesteld.

DIVERSEN

Concept beleidsplan Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Desgevraagd boog het college zich over het door de LVSG opgestelde conceptbeleidsplan. Nu de vereniging vijf jaar als maatschappelijke vereniging van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) functioneerde, achtte het bestuur het noodzakelijk en gewenst in samenspraak met de aangesloten wetenschappelijke verenigingen in de sociale geneeskunde zich kritisch op het beleid - verleden, heden en toekomst - te bezinnen.

Het college leverde zijn bijdrage aan de discussie door een aantal op- en aanmerkingen bij de nota te maken en door bij de geformuleerde actiepunten nog eens te wijzen op de hoge prioriteit die zijns inziens dient te worden gegeven aan: verplichtstelling van de opleiding voor een aantal aan te wijzen functies, verbetering van de kwaliteit van de beroepsopleidingen en zaken als na- en bijscholing, intercollegiale toetsing en kwaliteitsbewaking.

Jaarverslagen

Jaarverslagen, veelal zuchtend geschreven, bieden de betrokken lezer vaak waardevolle informatie, welke voor het eigen functione-

ren van belang kan zijn. Zo nam het college met interesse kennis van de jaarverslagen van onder andere de SGRC, de commissies van deskundigen, enkele sociaal-geneeskundige beroepsverenigingen, opleidingsinstituten, en andere.

Afscheid

Zoals uit de aanhef van dit verslag valt te lezen, nam het college tijdens een feestelijk diner in de Echoput met enige weemoed afscheid van enkele van zijn oud-leden die reeds vanaf de oprichting van het college daarin zitting hadden gehad. Zonder anderen tekort te doen, dienen hier de namen Doeleman, Van der Meeren en Zielhuis te worden vermeld als de laatst nog aanwezige pioniers van het eerste uur.

Utrecht, februari 1988

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

BIJLAGE

VERGADERINGEN EN SAMENSTELLING

Ten gevolge van diverse omstandigheden, kwam het college in het verslagjaar slechts driemaal plenair bijeen.

In de samenstelling deden zich de volgende wijzigingen voor:

In de in 1986 ontstane vacatures werd in het verslagjaar voorzien door de benoeming van: de heer P. Ouweland als plaatsvervanger voor dhr. H. R. Beukers; mevrouw E. A. Brouwers-de Jong als plaatsvervanger voor mw. M. S. A. C. Bouvy-Verbeeten; Prof. Dr. H. Smits als plaatsvervanger voor Prof. Dr. J. C. van Wieringen.

In de vacature, ontstaan door het vertrek van Mr. M. W. J. P. Pompe, werd voorzien door de benoeming van de heer E. L. Smits, die reeds plaatsvervangend lid was. Als plaatsvervanger van de heer E. L. Smits werd benoemd de heer P. C. M. den Bieman. De samenstelling van het CSG zag er aldus op 31 december 1987 als volgt uit:

benoemd door de medische faculteiten en niet-universitaire instituten

Prof. Dr. Tj. de Boorder, voorzitter; Prof. Dr. M. G. van Nieuwenhuijzen, plv.; Prof. Dr. P. J. van der Maas; Prof. Dr. M. Timmer, plv.; Prof. Dr. J. C. van Wieringen; Prof. Dr. H. Smits, plv.; H. Leliefeld; W. P. M. Dols, plv.

benoemd door de KNMG

H. R. Beukers, ondervoorzitter; P. Ouweland, plv.; Mw. M. S. A. C. Bouvy-Verbeeten; Mw. E. A. Brouwers-de Jong, plv.; E. L. Smits; P. C. M. de Bieman, plv.; Dr. H. Rengeling; A. C. Lansens, plv.

adviserende leden

Mr. C. A. C. F. van Dorp; Mr. G. M. Weel, plv. - ministerie van O en W; W. J. Chr. van Gestel; Mr. P. J. W. M. de Kroon, plv. - ministerie van WVC; Dr. J. H. B. M. Willems; S. Buma, plv. - ministerie SoZaWe; Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders - SGRC

* Zie ook jaarverslag CSG 1986, Medisch Contact (MC) nr. 22/1987 d.d. 29 mei.

KNMG

Voorkoming HIV-infecties

Uit de Permanente Commissie Doktersassistenten

De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben bijgaande, door de huisarts L. Wigtersma opgestelde, richtlijnen uitgegeven met het doel besmetting met HIV tijdens het medisch handelen te voorkomen. Uiteraard gelden deze richtlijnen ook voor doktersassistenten. Dit heeft ook belangrijke consequenties voor de stagiaires van de opleidingsinstituten en de MDGO-AG-scholen. De Landelijke Examen Commissie voor het MDGO heeft de scholen geadviseerd deze richtlijnen in hun stageovereenkomsten met de stagegevers op te nemen. Dit betekent dat stagiaires werkzaamheden kunnen weigeren wanneer niet aan deze richtlijnen wordt voldaan. Uiteraard wordt bij de opleidingen ook uitgebreid aandacht aan deze richtlijnen besteed.

Dr. R. S. ten Cate, voorzitter PCD

Bedacht moet worden dat absolute preventie niet mogelijk is. Prikken steekaccidenten met gebruikt instrumentarium zijn alleen te vermijden als men geen instrumentarium gebruikt, hetgeen geen reële optie is. Toch is met simpele maatregelen en de nodige voorzichtigheid een effectief hygiënisch beleid te voeren. Uitgangspunten daarbij zijn:

- bloed, wondvocht en pus moet *altijd* als besmettelijk worden beschouwd.
- besmetting via de intacte huid is onmogelijk.
- preventieve maatregelen betreffen alle routes: patiënt-arts, arts-patiënt, patiënt-patiënt (via instrumentarium), maar ook de route besmet afval- en afvalophaler.

Hygiënische richtlijnen

1. Kleine chirurgische ingrepen

Hierbij draagt men handschoenen om te voorkomen dat bloed, wondvocht of pus op de – eventueel niet intacte huid – van de hand komt. Voor dergelijke ingrepen gebruikt men complete disposable chirurgische mesjes, omdat het wisselen van een mesje op een handvat in veel gevallen tot snijwondjes leidt. Gebruikte messen

worden gedeponeerd in de container (zie 2). Hechtmateriaal (naald, hechtdraad) wordt zoveel mogelijk gehanteerd met een pincet om steekwondjes te voorkomen.

2. Bloedafname en injecties

Na gebruik wordt de vuile naald gedeponeerd in een speciale plastic container (verkrijgbaar bij basisgezondheidsdiensten of apotheken) of een leeg frisdrankblikje. In beide gevallen wordt de naald achter de rand van de opening gehaakt en losgetrokken, waarna hij naar binnen valt. Hierbij bestaat geen risico meer op prikaccidenten.

3. Mogelijk besmet afval

Vuile glazen en verbanden kunnen gewoon in een intacte plastic vuilniszak worden gedeponeerd, die goed afgesloten aan de vuil-ophaaldienst wordt aangeboden. Volle naaldcontainers/frisdrankblikjes kunnen, nadat ze goed afgesloten zijn, in de plastic vuilniszak worden gedeponeerd.

4. Met bloed of wondvocht besmeurd linnengoed

Dit wordt in de machine gewassen op 60 graden of hoger.

5. Instrumentarium

Instrumenten als specula, scharen, scherpe lepels en pincetten worden huishoudelijk schoongemaakt en vervolgens gesteriliseerd. Na goed huishoudelijk reinigen is droogsterilisatie gedurende 1 uur of uitkoken gedurende 1 kwartier voldoende.

6. Gemorste lichaamsvloeistoffen

Gemorste lichaamsvloeistoffen (bloed, pus, wondvocht, diarree) worden met handschoenen aan opgeruimd. Na huishoudelijk reinigen wordt het oppervlak met 80% alcohol of bleekwater 1:10 nabehandeld.

7. Pipetteren en beademen.

Pipetteren van bloed moet niet met de mond, maar met behulp van een ballon worden gedaan. Voor mond-op-mondbeademing wordt het gebruik van een mondstuk (Brooks airway) geadviseerd. Dit moet na gebruik goed huishoudelijk worden gereinigd.

LAD

Algemene ledenvergadering LVAG

AGENDA ten behoeve van de algemene ledenvergadering der LVAG, die gehouden zal worden op dinsdag 28 juni a.s. in het Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 9 te Amsterdam. Aanvang: 20.00 uur

1. Opening en mededelingen.
2. Ingekomen stukken.
3. Jaarrede van de voorzitter.
4. Notulen van de algemene ledenvergadering d.d. 27 oktober 1987.

5. Bestuurswisseling.
6. Eerste rondvraag
 - Pauze –
7. AIO/AGIO-problematiek.
8. Wijziging Arbeidswet.
9. Relatie LVAG/LSV.
10. Tweede rondvraag en sluiting.

Relevante stukken alsmede nadere informatie te verkrijgen bij het LVAG-secretariaat: 030-823360.

KNMG

A. L. J. E. Martens, huisarts, in dienst KNMG

Per 1 mei 1988 is collega A. L. J. E. Martens, huisarts, in dienst getreden van de KNMG. Zijn functie is tweeledig: op het Maatschappijsecretariaat zal hij werkzaam zijn in het kader van informatie en advisering aan de leden, op het gebied van tuchtrecht, beroepsgeheim en geneeskundige verklaringen. Tot zijn taak behoort hier ook de ondersteuning van het hoofdbestuur in commissies. Daarbij is de aandacht gericht op zaken zoals de kwaliteit van het medisch handelen en beroepskrachtenplanning. Per 1 september bekleedt Martens tevens de functie van secretaris van het College voor Sociale Geneeskunde en van het College voor Huisartsgeneeskunde.

A. L. J. E. Martens is in 1944 te Hoensbroek geboren. Hij volgde het gymnasium-B en behaalde het artsdiploma aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. Na enige waarnemingen en een assistentschap werd hij in 1975 huisarts bij de Philips Medische Dienst in Eindhoven. Hij maakte daar kennis met de unieke situatie waarin huis- en bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en medisch specialisten in één gebouw samenwerkten.

Vanaf 1982 was collega Martens als huisarts in dienstverband in een groepspraktijk werkzaam bij de Stichting Gezondheidszorg Eindhoven, nu meer gedecentraliseerd en wijkgericht, nauw samenwerkend met andere eerstelijnsdisciplines en regionale ziekenhuizen. Hij raakte al snel betrokken bij de Stichting Nascholing Huisartsen en het Nederlands Huisartsen Genootschap en

A. L. J. E. Martens: '... KNMG moet bindend element zijn ...'



was actief in de KNMG en de plaatselijke huisartsenvereniging. Tot voor kort was hij plaatselijk coördinator van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen te Eindhoven.

Collega Martens is sinds 1975 KNMG/LHV/LAD-lid en lid van de Vereniging voor Sportgeneeskunde en van het NHG. Hij ziet zijn nieuwe taak bij de KNMG en haar colleges als een uitdaging om zijn opgedane kennis toe te passen op het brede terrein van de gezondheidszorg. De heer Martens: 'Ik heb af en toe moeite mijn enthousiasme te onderdrukken', geeft desgevraagd tot slot als zijn mening weer dat hij het als een niet onbelangrijk deel van zijn taken ziet de bindende functie die de KNMG in zijn ogen heeft te helpen behouden en versterken.

KNMG

Symposium M/V in de gezondheidszorg

Op 16 april jl. is in Nijmegen het symposium 'Man en/of vrouw in de gezondheidszorg' gehouden, dat werd georganiseerd door de KNMG-afdeling Nijmegen en Omstreken en de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen.

In 1980 vormde het aantal vrouwelijke artsen (slechts) 20% van alle Nederlandse artsen en zo is bijvoorbeeld anno 1988 nog maar één op de tien vrouwenartsen in Nederland een vrouw. Anno 1987 is de verhouding man-vrouw bij de medisch studenten: 53% vrouw en 47% man, een zeer duidelijke verschuiving. De consequenties die deze ver-

schuiving op uiteenlopende gebieden teweegbrengt, zijn uitvoerig op dit symposium aan de orde gekomen. Dat alle vragen die hieruit voortvloeien bij die gelegenheid zijn beantwoord mag niet worden gesteld, maar het is van groot belang dat de discussie op gang is gebracht.

Het symposium mocht zich in een grote belangstelling verheugen. Zo'n 250 personen gaven door hun aanwezigheid blijk van hun interesse. Ter illustratie: van de 101 artsen waren er 73 van het vrouwelijk geslacht en van de 94 co-assistenten waren er zelfs 75 van de vrouwelijke kunne.



KNMG Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekendmaken aan potentieel geïnteresseerden. Hiertoe schrijft u in telegramstijl de belangrijkste gegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt deze gegevens aan de KNMG, t.a.v. de secretaris Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat betreft dat laatste kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in deze mededeling. Het duurt twee à drie weken voordat publikatie kan plaatsvinden, houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris Public Relations (onder vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

94. Basisarts, examen nov. '87, 28 jr. Opleidingen: klin.-chem.

analiste HBO, cursus informatica, cursus toxicologie. Interesse: dermatologie, geriatrie, bedrijfsgeneeskunde, huisartsgeneeskunde, medische microbiologie, klinische chemie. Reacties: tel.: 045-440680.

95. Basisarts, vrouw, 34 jr. Twee jaar klinische ervaring in de verloskunde en gynaecologie. Vestigingsvoorkeur: Amsterdam of Haarlem en wijde omgeving, drie à vier dagen per week, onregelmatige werktijden mogelijk. Reacties: tel.: 02503-36311.

96. Huisarts, 31 jr. gehuwd, Leiderdorp. Ervaring: 3½ jaar interne geneeskunde, chirurgie, verloskunde en gynaecologie; 1½ jaar huisartsopleiding met waarnemervaring. Interesse: waarneming, overname of associatie als huisarts in het westen, midden of oosten van Nederland. Reacties: tel.: 071-415330.

97. Basisarts, 38 jr. Ervaring: keuringswerkzaamheden, assistentschappen verloskunde/gynaecologie en interne geneeskunde. Interesse: assistentschap radiologie, nucleaire geneeskunde. Reacties: 010-4846611 (overdag) en 010-4153466 ('s avonds).

98. Basisarts, 29 jr, zoekt waarneming in huisartsenmaatschap, verpleeghuis e.d., omgeving Nijmegen met een straal van 30 km. Reacties: tel.: 080-240391 (vóór 13.00 uur).

KNMG Oproep aan alle KNMG-afdelingen

De KNMG wil via de rubriek 'Uit de Verenigingen' in Medisch Contact al haar afdelingen zoveel mogelijk op de hoogte houden van elkaars activiteiten. Hiertoe worden diverse nog te houden gebeurtenissen tijdig in MC gepubliceerd. Dat tijdig publiceren kan

alleen als het materiaal van dergelijke mededelingen ruimschoots van te voren – dat wil zeggen circa twee maanden voor de geplande datum – in het bezit is van de afdeling PR van de KNMG, t.a.v. Mw. G. W. van Straten, tel. 030-823341.

LVSG Vereniging voor Medische Milieukunde

Het centraal bestuur van de LVSG ontving onlangs een kennisgeving van de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde. De medische milieukunde is een zogeheten 'bijzondere' vorm van de sociale geneeskunde. In het najaar van 1986 is de opleiding van medisch milieukundigen van start gegaan met twaalf cursisten. De artsen die thans in opleiding zijn worden geplaatst bij zoveel mogelijk over het land verspreide basisgezondheidsdiensten. De taak van de medisch milieukundige vloeit voort uit artikel 59 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, waarin is geregeld dat de basisgezondheidsdiensten gehouden zijn inzicht te verwerven in de (on)gezondheid van de bevolking en dat zij belast zijn met de advisering over en de uitvoering van de maatregelen die de ongezondheid bestrijden en waar mogelijk voorkomen. Centraal in de medische milieukunde staat de relatie tussen

mens en milieu, met nadruk op de effecten van milieuverontreiniging op de gezondheid van de gehele bevolking.

De nieuwe vereniging stelt zich ten doel: het ontwikkelen van de medische milieukunde als beroep en als wetenschap, en het behouden en bevorderen van een optimaal leefmilieu voor de gezondheid. De activiteiten zullen bestaan uit het organiseren van wetenschappelijke vergaderingen een- à tweemaal per jaar en van refereerbijeenkomsten die vijf- à zesmaal per jaar op een vaste plaats en tijd zullen worden gehouden.

De LVSG onderhield reeds contacten met de medisch milieukundigen via de 'Werkgroep Medisch Milieukundigen'. Nu deze werkgroep is omgezet in een vereniging zal de LVAG deze contacten graag via de vereniging continueren.

LHV Informatie automatisering

Sinds enige tijd biedt het bureau van de LHV extra service aan huisartsen die geïnteresseerd zijn in automatisering: de zogenaamde informatie- en adviestelefoondienst.

Informatrice José den Bode, te bereiken via de centrale informatielijn: 030-823881, kan u de nodige inlichtingen verschaffen.