

# MEDISCH CONTACT

Nummer 43 – 28 oktober – 43e jaargang

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in de vrouwenbeweging maken de tijd rijp voor een congres over de vrouwengezondheidszorg c.q. vrouwenhulpverlening. Carien Dagnelie legt uit waarom voor dit onderwerp is gekozen.

Kathy Davis heeft het over macht: macht tussen artsen en patiënten, macht tussen de seksen, maar vooral over waar die twee 'machten' samengaan.

N. J. Nicolai plaatst de vrouwenhulpverlening in het perspectief van de historische relatie tussen geneeskunde en vrouwelijke patiënten.

Mineke Bosch gaat in op de vraag: 'Hebben vrouwelijke artsen de medische wetenschap en de medische beroepsuitoefening beïnvloed ten gunste van vrouwen?'

Dr. Riet Ansink-Schipper vraagt zich af waarom vrouwelijke artsen congressen over vrouwenhulpverlening.

Drs. W. A. M. Alting von Geusau kijkt naar zijn ervaring met vrouwelijke huisartsen, opgedaan in de huisartsenopleiding, en maakt ons deelgenoot van zijn ideeën over de betekenis van de vrouwelijke arts voor patiënten en collega's.

In de reeks beschouwingen over terminale zorg betoogt Prof J. J. M. Michels, bijzonder hoogleraar in de verpleeghuisgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, dat het verpleeghuis uitstekend in staat is patiënten met kanker hulp te bieden, indien hun thuis om praktische of technische redenen geen zorg kan geven.

Met enige trots kan het Integraal Kankercentrum Noord zijn 10-jarig jubileum vieren. In tien jaar tijd is een complexe organisatie opgebouwd. In die tien jaar is de zorg voor kankerpatiënten sterk verbeterd. Aldus Drs. J. R. B. Polee en Dr. R. Ubbens.

Een belangrijk onderdeel van de opleiding van de doktersassistente is de verplichte stage. H. Brunt, Dr. R. S. ten Cate en Dr. J. de Haan beschrijven hoe die wordt aangepakt.

## INHOUD

Geneeswijze vrouwen, vrouwengeneeswijze. Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen viert 55-jarig bestaan

*Carien Dagnelie – 1303*

De strijd tussen de seksen in historisch perspectief

*Kathy Davis – 1304*

De herovering van het lijf

*N. J. Nicolai – 1307*

'Durch Mitleid wissend'. De VNVA vroeger en nu

*Mineke Bosch – 1308*

Waarom congresseren vrouwelijke artsen over vrouwenhulpverlening?

*Dr. Riet Ansink-Schipper – 1310*

Man en/of vrouw, of niet?

*Drs. W. A. M. Alting von Geusau – 1311*

De kankerpatiënt in het verpleeghuis

*J. J. M. Michels – 1313*

Tien jaar Integraal Kankercentrum Noord

*Drs. J. R. B. Polee in samenwerking met Dr. R. Ubbens – 1317*

De opleiding van de doktersassistente

*H. Brunt, Dr. R. S. ten Cate en Dr. J. de Haan – 1319*

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Richtlijnen intercollegiale informatie zijn er niet voor niets – 1325

Colofon 1298 – Colofon officieel 1298 – Hoofredactioneel commentaar 1299 – Voorzitterskolom LAD 1300 – Brieven 1301 – Dagboek van een waarnemer 1316 – Buitenland 1321 – Uit de verenigingen 1330

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (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:

Baders die zichzelf masseren met bladeren en een barber die klaar staat om een aderlating uit te voeren. De aderlating werd vaak tegelijk met het nemen van een bad toegepast.

Uit: 'Der Sachsaenspiegel', een 13de-eeuws manuscript.

Universiteitsbibliotheek, Heidelberg.

## 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), adviseerende leden.

#### Secretariaat

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 Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-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)

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

#### College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, 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.

# Puin ruimen

Dees: 'specialisten hebben niets te eisen', aldus een kop op de voorpagina van NRC-Handelsblad van 17 oktober jl. Het kabinet zou voornemens zijn de plannen tot herstructurering van de gezondheidszorg ook door te zetten als de medisch specialisten hieraan hun medewerking weigeren. Het kamerlid Lansink meent dat de specialisten wel aan de onderhandelingstafel zullen terugkeren omdat er door de marktwerking specialisten zullen zijn die voor minder dan de maximumtarieven zullen willen gaan werken.

Zoals bekend heeft het kabinet op 7 oktober jl. besloten de basis voor de berekening van de tarieven van medisch specialisten, het norminkomen en de kostenvergoeding, drastisch te verlagen. Uiteindelijk zal dit resulteren in een daling van het bruto-inkomen met ruim twintig percent. Nu zou men verwachten dat een dergelijke ingrijpende stap zorgvuldig wordt overwogen en gemotiveerd. Zowel bij een bepaling van het norminkomen als de goedkeuring aan het besluit van het COTG inzake de kostenvergoeding kunnen echter vraagtekens worden gezet. Zo werd het argument van het om advies gevraagde bureau Van der Torn & Buningh, dat bij een functie in de marktsector het kenmerk 'verantwoordelijkheid' zwaarder dient te wegen dan bij een functie bij de rijksoverheid zodat een hogere inschaling gerechtvaardigd is, van de tafel geveegd met de toch wel zwakke motivatie dat 'de Dienst Formatiezaken van Binnenlandse Zaken hiermee niet instemde'. Ook had de staatssecretaris alvorens een beslissing te nemen over de voorgestelde kostenvergoeding, het COTG om een gedegen onderbouwing van de normering van de verschillende onderdelen kunnen vragen. Zo is er voorbijgegaan aan de redelijk ogende stelling van de specialisten dat de kosten van een bij deze tijd behorende verslaggeving en praktijkorganisatie (medisch secretariaat) meer bedragen dan het thans begrote bedrag van f 30.000,— zeker als de eisen dienaangaande in aanmerking worden genomen. Tevens is het zeer de vraag in hoeverre de minister van Sociale Zaken en de staatssecretaris van WVC voldoende creatief zijn omgegaan met initiatieven uit het 'veld' om een compromis te bereiken. Natuurlijk, de staatssecretaris van WVC wordt door de minister van Financiën op de hielen gezeten om bezuinigingen op specialistenhulp te

realiseren, maar uit het feit dat hij desondanks liet weten overeenstemming tussen LSV, VNZ, KLOZ en NZR over de onkostenvergoeding en een uurtarief niet onwelwillend te willen beoordelen, mag worden afgeleid dat er enige ruimte in de financiële taakstelling zou zijn te vinden. Of de staatssecretaris heeft mooi weer gespeeld, omdat hij door de brief van VNZ-secretaris Blanken van 1 juli al wist dat de bemiddelingspoging van Dekker zou mislukken, óf hij heeft de ruimte om alsnog een compromis te bereiken onvoldoende benut. Voor zover het vanuit deze positie valt te beoordelen, is hij té passief gebleven toen bleek dat het VNZ-bestuur niet akkoord wilde gaan met het binnen de horizon gekomen compromis, waarbij door alle partijen zeer veel water in de wijn was gedaan.

Gezien ook de belangen die er op het spel stonden, had er van politici meer

## Dr. C. Spreeuwenberg

creativiteit mogen worden verwacht. Welke zijn deze belangen?

Natuurlijk zijn daar de persoonlijke belangen van een specialist bij een goed inkomen. Zelfs al was de motivatie wel deugdelijk geweest, dan nog roept een achteruitgang als besloten weerstanden op. Het realiseren hiervan zou zorgvuldig moeten worden begeleid. Bijna niemand houdt bij de inrichting van zijn leven immers rekening met een achteruitgang in inkomen van deze omvang. Daarnaast is vertrouwen tussen arts en patiënt niet alleen van belang voor de hulpverlening, maar ook voor de kosten hiervan. Het is evident dat stakingen door artsen schadelijk zijn voor dit vertrouwen.

De kosten van onze gezondheidszorg konden zich de laatste jaren gunstig ontwikkelen dankzij de gezamenlijke inspanning van alle betrokkenen. Zonder (en naar mijn mening dankzij het ontbreken van) een marktmechanisme bleek het mogelijk de kosten uitgedrukt in een percentage van het BNP zelfs iets te doen dalen, waardoor onze situatie bijzonder gunstig afsteekt bij die in bijvoorbeeld de Verenigde Staten. De kosten van de gezondheidszorg worden veel meer bepaald door de door medici gegenereerde kosten dan door hun eigenlijke inkomsten. Wil men de kosten doen dalen dan zal men artsen nog verder dienen

te motiveren kostenbewust te werken. Dit soort conflicten leidt tot een soort 'laissez-faire'-houding waarbij ieder zich op zijn eigen stek terugtrekt; dan willen artsen noch meedenken noch meewerken aan een aanpassing van de gezondheidszorg aan toekomstige ontwikkelingen.

Hierbij spelen de plannen van de commissie-Dekker natuurlijk een belangrijke rol. Op zich past een rol zoals de overheid die zich nu toemeet al nauwelijks in dit concept. De overheid zou immers meer overlaten aan de verzekeraars, de beroepsbeoefenaren en consumenten! Dat de overheid zo vlak voor de realisering van de plannen van de commissie-Dekker nog zulke drastische stappen heeft genomen vergroot de argwaan tegen de rol die ze in de toekomst zal gaan spelen. Nog belangrijker is echter dat ambtenaren ten departementen bijna wanhopig aandacht vragen voor de zorginhoudelijke doelstellingen van het nieuwe stelsel en vooral voor de beoogde kwaliteitsverbetering. Hoe denkt de overheid onder het huidige gesternte de kwaliteitsverbetering te kunnen bereiken? Hoe heeft men deze belangrijke beleidsdoelstelling gewogen toen men de finale beslissing nam?

Na de storm van de afgelopen weken wordt het tijd dat met het ruimen van puin wordt begonnen. Nodig is dat de overheid de arrogante houding aflegt waarvan het begin van deze bijdrage blijk geeft. Geschiedt dit niet, dan staat ze het bereiken van haar beleidsdoelstellingen zelf in de weg.

Er zijn enkele hoopvolle tekenen. De overheid wil met de artsen in dienstverband praten over toename van het aantal specialisten en de betaling van overwerk. Dit vergt onder meer een verruiming van de overheidsbijdrage aan de academische ziekenhuizen. Daarnaast wil de NZR het in het slop geraakte gesprek tussen de verschillende onderhandelingspartijen weer vlot trekken. Het komt nu aan op de verantwoordelijkheidszin, stuurmanskunst en wijsheid van alle betrokkenen. □

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

## Een uitdaging

Wanneer je de signalen die in de media gedurende de afgelopen maanden over de huisarts worden afgegeven zou samenvoegen tot één plaatje, dan lijkt het met de beroepsgroep slecht gesteld. We kunnen niet goed omgaan met hypertensie, onze hulpverlening bij seksuele problematiek schiet te kort, wij zijn te weinig kritisch bij het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen, we weten te weinig van de specifieke problemen waar stomadragers mee te kampen hebben, we onderkennen afwijkingen op KNO-gebied niet tijdig genoeg, we kunnen niet goed luisteren, we doen te weinig aan preventie, we beheersen de reanimatietechnieken onvoldoende en bovendien roken en drinken we meer dan leraars en wijkverpleegkundigen.

Hoe reageren wij op zo'n plaatje? De eerste impuls is – als ik naar mezelf kijk en naar de collega's in mijn omgeving – defensief. We voelen ons aangevallen. Het is geen uitzondering, wanneer – vanuit een mengsel van verontwaardiging en verontrusting – de vraag aan de LHV wordt voorgelegd: kunnen jullie niets doen tegen dergelijke negatieve publiciteit? Jullie behartigen toch onze belangen? Ik laat die vragen even liggen, omdat zich een tweede impuls aandient, die overigens ook defensief is: zijn al die negatieve berichten wel juist? Ik probeer de publicaties kritisch te lezen, maar de kritiek is selectief; waar vind ik aanknopingspunten om het betoog, de onderzoeksmethode, de interpretatie van de gegevens of de onwelkome conclusies te weerleggen of te ontkrachten? Nood maakt vindingrijk en meestal lukt het wel om een zwakke schakel te vinden in één van de bovengenoemde elementen van zo'n negatieve publikatie. Intussen wat afgekoeld, realiseer ik me hoe selectief ik bezig ben; een onderzoek waarin positieve conclusies met betrekking tot de huisarts komen bovendien, krijgt van mij een geheel andere behandeling. Echt tevreden ben ik dan ook niet over mijn kritische slooparbeid, maar er ontstaat wel ruimte voor een volgende overweging.

Wie is de boodschapper? In veel gevallen is dat een onderzoeker die vanuit zijn specifieke deskundigheid zijn eigen maatlat legt langs het handelen van huisartsen. En hij constateert dat de huisarts onder de door hem gestelde norm blijft. Dat is niet verwonderlijk want de huisarts is, in tegenstelling tot de meeste onderzoekers, een generalist die een groot aantal activiteiten in zijn aanbieding heeft. Daaronder zijn er veel die ook voorkomen in de aanbieding van andere, doorgaans op het betrokken deelgebied gespecialiseerde hulpverleners. Soms wordt er ten onrechte

van uitgegaan dat het professioneel niveau waarop de generalist die activiteiten uitvoert gelijk moet zijn aan dat van de specialist. Met deze constatering is het verschijnsel van de negatieve onderzoeksuitkomsten weliswaar in belangrijke mate verklaard maar nog niet gewaardeerd. Daartoe zullen we nog een overweging verder moeten gaan.

Wat is de boodschap? Wanneer volgende maand een onderzoeker zou vaststellen dat huisartsen weinig kaas hebben gegeten van het verrichten van appendectomieën, zouden de media daar geen aandacht aan besteden. Dat de in de aanhef genoemde onderzoeksresultaten wel de aandacht hebben getrokken van de media heeft mijns inziens alles te maken met de onverwachte inhoud van de boodschap. Dat betekent dat de algemene verwachting in onze maatschappij is dat huisartsen wel goed kunnen omgaan met hypertensie, wel adequate hulp kunnen bieden bij seksuele problematiek, wel kritisch zijn met het voorschrijven van slaap- en kalmeringsmiddelen en ga zo maar door. Ik ben zo vrij deze overweging essentieel te noemen voor het verdere denken over het verschijnsel van de negatieve publiciteit.



Dat een zelfstandig beroepsbeoefenaar de schrik om het hart slaat, wanneer zijn handelen in negatieve zin over de tong gaat, is alleszins begrijpelijk. Dat hij primair de behoefte voelt de boze tongen tot zwijgen te brengen is invoelbaar. Dat laatste echter is onuitvoerbaar en ondoelmatig. Onuitvoerbaar omdat we in een geëmancipeerde maatschappij leven, waarin het handelen van huisartsen punt van onderzoek en discussie kan zijn zonder dat er sprake is van majesteitschennis. Ondoelmatig omdat wij, levend en werkend in zo'n geëmancipeerde samenleving, het niet kunnen stellen zonder feedback over de kwaliteit van ons werk.

De vraag van sommige leden was: kunnen jullie niets doen tegen dergelijke publiciteit? Het is zeker noodzakelijk om de publikaties waarom het hier gaat op hun inhoudelijke

merites te beoordelen. Soms valt er wel het één en ander af te dingen op de kwaliteit ervan en op de conclusies. In grote trekken doen we er echter beter aan de signalen serieus te nemen.

Wat wij het beste kunnen doen is: zorgen dat dergelijk onderzoek in de toekomst tot andere conclusies leidt. Dat brengt een ander soort verantwoordelijkheid mee dan die van de individuele beroepsbeoefenaar die zijn activiteiten zo lucratief mogelijk moet zien te slijten. We zullen niet alleen op individueel niveau kritisch naar onze eigen producten moeten kijken, maar ook op het niveau van de huisartsgroep en dat van de gehele beroepsgroep.

Wij hebben een Bassistakenpakket en een Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen. Het NHG ontwikkelt standaarden voor het verantwoord handelen van huisartsen. Door de UHI-en zijn en worden toetsings- en leermiddelen ontwikkeld. Aan een verbeterde regeling van de onkostenvergoeding voor nascholing wordt hard gewerkt. Aan instrumenten ontbreekt het ons niet.

Wat externe onderzoekers over ons werk kunnen ontdekken, dat kunnen we zelf ook; met behulp van onder andere intercollegiale toetsing. Inzicht in de zwakke kanten van ons functioneren is broodnodig als wij als beroepsgroep in het post-Dekker-tijdperk onze centrale positie willen behouden. Voor een verdere verlenging van de beroepsopleiding zullen we ons hard moeten blijven maken en de plicht tot deskundigheidsbevordering zullen we onszelf als beroepsgroep moeten opleggen.

Negatieve publiciteit is voor alles: een uitdaging.

A.M.C. van de Zandt, huisarts  
voorzitter LHV

**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.**

## ZUID-AFRIKA (1)

De brief van de heer Van Es, namens de Johannes Wier Stichting, in MC nr. 38/1988, blz. 1117, naar aanleiding van de beslissing van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis de samenwerking met het Tygerberg Ziekenhuis te Kaapstad voort te zetten, riep bij mij de volgende vragen en reacties op.

a. Men mag hopen en verwachten dat het onderzoek van beide bovengenoemde ziekenhuizen tot betere resultaten zal leiden voor borstkankerpatiënten in Nederland en Zuid-Afrika. Moet men op grond van bovengenoemde brief geloven dat de J. W. Stichting apartheidsbestrijding belangrijker vindt dan patiëntenwelzijn?

b. Na acht jaar werken in Zuidafrikaanse thuislanden is het mij niet duidelijk op welke regels en wetten die de gezondheidszorg ernstig zouden hebben getroffen de brieffschrijver doelt. Integendeel. Gratis behandeling van allerlei ziekten, zoals tuberculose (nog 40.000 tot 60.000 nieuwe gevallen per jaar), lepra (vrijwel uitgeroeid) en bilharzia. Een gering bedrag voor de hele ziekenhuisopname ( $R\ 2,50 = f\ 2,-$ ). Indien de nie-blanke afdeling van het Tygerberg ziekenhuis ook dit tarief hanteert, zou het mij niet verbazen als vele armlastige Zuidafrikaanse blanken (en daar zijn er veel van) daar wel behandeld zouden willen worden.

c. De omstandigheden in vele streken van Zuid-Afrika zijn apert niet ideaal en sommige regeringsmaatregelen maken het er niet beter op. Het grote probleem is evenwel, naast de wisselvallige regenval, de werkloosheid, en niet zozeer de apartheid. Het is niet voor niets dat er ruim 1 miljoen illegaal in Zuid-Afrika werkenden zijn, en dat er dagelijks tientallen dit land (voor hen het land van belofte) proberen binnen te dringen. Want in de omliggende landen is de situatie duidelijk slechter. Waarom niet daartegen geageerd? En waarom acties gesteund die de werkloosheid in Zuid-Afrika alleen kunnen doen toenemen?

d. Dat boycotdiscussie in Zuid-Afrika verboden is, hoor ik voor het eerst. Gezien de vrijheid van meningsuiting van de heren Boesak en Tutu, van wie de laatste zelfs openlijk om sancties tegen Zuid-Afrika heeft gevraagd, lijkt deze stelling niet houdbaar.

e. De boycot, door VN, WHO en Unesco, en zoals uit de brief blijkt ook door de J. W. Stichting gepropageerd, heeft waarschijnlijk wel succes. Een advertentie mijnerzijds in dit blad om artsen te werven voor het thuisland-ziekenhuis, waar ik tot augustus werkte, leverde naast enkele telefoontjes twee schriftelijke reacties op; één van beiden heeft al weer afgehaakt. Het CBS zegt dat er 1.700 werkloze artsen zijn in Nederland; gezien het geringe aantal reacties op de advertentie zijn die het

## BRIEVEN

dus of in de overgrote meerderheid eens met deze boycot, of bang voor de sociale repercussies. Nu loopt het betrokken ziekenhuis (400 bedden) dankzij de zwarte verpleegstaf ook zonder artsen redelijk, maar men moet niet straks de beschuldiging uitspreken dat de gezondheidszorg in Zuid-Afrika voor de zwarten afgescheept wordt, als men zelf alles in het werk stelt om het zo te krijgen. Als men de stelling aanhangt dat in artsloze ziekenhuizen meer patiënten doodgaan dan in met artsen bemande (wat is anders het nuttig effect van artsen), dan moet de conclusie zijn dat dit soort optreden tegen Zuid-Afrika tot extra doden leidt. Heeft men bij de bestrijding van de apartheid niet te veel de slachtoffers ervan uit het oog verloren? Het doel van de (inmiddels grotendeels achterhaalde) apartheid was, door een minimum aan contact tussen de volksgroepen vrijwing te voorkomen. Bestrijding van apartheid zou dus een maximum aan contact moeten nastreven. De intenties van de Johannes Wier Stichting zijn kennelijk anders gericht. Uit dit alles moge duidelijk zijn dat ik het (moedige) besluit van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis toejuich.

Heerlen, oktober 1988

V. H. Rutgers

## ZUID-AFRIKA (2)

Naar aanleiding van de publikatie van de brief van de Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg, Health Watch Group Southern Africa, in MC nr. 38/1988, blz. 1117, lijkt het de directie van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis juist dat de lezer kennis neemt van het antwoord dat aan genoemde stichting werd gezonden:

Wij hebben met enige verbazing kennis genomen van uw brief van 2 september jl., geschreven namens de Johannes Wier Stichting. Volgens uw brief gaat u af op krantenberichten. Dat lijkt ons een wankel basis voor zo'n felle aanval. In wetenschappelijke kring is het hoor en wederhoor gebruikelijk voor men een oordeel velt. Had u de moeite genomen kennis te nemen van ons standpunt vóór u ons publiekelijk aanviel, dan was uw brief wellicht niet geschreven. Uiteraard is het ons bekend dat de gezondheidszorg in Zuid-Afrika, evenals vele andere aspecten van het leven daar, ernstig wordt getroffen door de wetten en regels van de apartheid. Er is binnen het Antoni van Leeuwenhoekhuis ook geen enkel ver-

schil van mening over de verwerpelijkheid van apartheid. Daar gaat het echter niet om. Directie en ondernemingsraad verschillen op twee punten van mening: 1. Staat vast dat een wetenschappelijke boycot mensenrechten en gezondheidszorg in Zuid-Afrika ten goede zal komen? 2. Waar het antwoord op vraag 1 in wetenschappelijke kring op zijn minst omstrede is, dient een directie dan dwingende richtlijnen voor stafleden op te stellen? Het is ons onbegrijpelijk, dat u meent aan de intensieve discussie over punt 1 voorbij te kunnen gaan met een beroep op meerderheidsresoluties van politieke organisaties als VN, Unesco en WHO. Sinds wanneer richten serieuze onderzoekers zich op politieke uitspraken van politieke organisaties in plaats van argumenten te wegen? Wie een poging doet na te denken in deze emotionele kwestie, zou tenminste de volgende overwegingen in de beschouwing dienen te betrekken:

a. Een wetenschappelijke boycot is niet te vergelijken met een boycot op economisch of sportgebied. Bij een economische boycot kan men nog hopen dat Botha c.s. meer worden getroffen dan de zwarte bevolking. Sport is nutteloos en kan voor propaganda worden misbruikt. Het prestige, verbonden aan wetenschappelijke uitwisseling, is echter gering, terwijl de nadelen van een wetenschappelijke boycot groot zijn: isolatie en achterstand zullen leiden tot een directe verslechtering van gezondheidszorg, kennis en opleiding. Dat de regering Botha daar meer onder zou lijden dan de zwarte bevolking lijkt ons een illusie en u blijft in gebreke daar ook maar één argument voor aan te voeren. Wij kennen geen enkele analyse waarin wordt aangetoond dat een wetenschappelijke boycot ooit ten goede is gekomen aan onderdrukten; integendeel. Wij hebben boycotts meegemaakt, gericht tegen Franco, tegen Griekse kolonels, tegen de Argentijnse junta, tegen het Russische regime. Iedere keer bleek na afloop, in gesprekken met onderzoekers uit de betrokken landen, hoe gekwetst deze waren door dit soort boycotacties. Onder een repressief regime te moeten leven is één ding, maar daarvoor ook nog te worden gestraft doordat je meer bevoorrechte collega's elders je boycotten, dat is werkelijk onverdragelijk. Uiteraard betekent dit niet dat gerichte acties die tot doel hebben collegae die in het nauw zijn gebracht bij te staan, geen zin zouden hebben. Dat is echter iets heel anders dan een boycot die iedereen raakt.

b. Een internationale wedstrijd meer of minder maakt niets uit. De wetenschap is echter in essentie een mondiale aangelegenheid, waaraan iedereen bij moet kunnen dragen en waarvan een ieder moet kunnen profiteren. Wetenschap streeft naar algemeen geldende uitspraken, voor iedereen toetsbaar, door iedereen te kritiseren. Wie daaraan tornt, door een deel

van de mensheid buiten te sluiten, tornt aan een grondrecht en tast de wetenschap in de kern aan. Uiteraard weten wij dat de toegang tot wetenschappelijke kennis voor de zwarte bevolking in Afrika (en voor een groot deel van de mensheid) volstrekt onvoldoende is. Dat is echter geen rechtvaardiging om de beperkte mogelijkheden die er nu nog zijn ook maar met een boycot af te sluiten.

c. De wereld is vol landen waarin politieke en humanitaire toestanden heersen die voor ons onacceptabel zijn. Rassendiscriminatie, al of niet in de wet vastgelegd, is wijdverspreid. Repressie van ethnische minderheden of vrouwen is meer regel dan uitzondering. Moeten al deze landen buiten de wetenschappelijke gemeenschap worden gesloten? Wie kan bewijzen dat Zuid-Afrika 'erger' is dan sommige andere Afrikaanse landen, of dan Israël, Iran, Chili of Sovjet-Rusland? Aangezien die grens niet objectief te trekken valt, heeft de International Council of Scientific Unions (ICSU) zich in de afgelopen decennia met succes verzet tegen iedere poging de vrije uitwisseling van wetenschappelijke gegevens en onderzoekers te blokkeren. Dit standpunt wordt gesteund door alle wetenschappelijke verenigingen in de wereld, waarvan de ICSU immers de overkoepelende organisatie is. Men zal zwaarwegende argumenten moeten aanvoeren om van dit standpunt af te wijken. Die argumenten zijn niet aangevoerd door onze OR en zij ontbreken ook in uw brief.

d. Wetenschap is in essentie subversief, omdat alles ter discussie wordt gesteld. Ieder repressief regime staat daarom argwanend tegenover de serieuze wetenschap en zal pogen het wetenschappelijk bedrijf ondergeschikt te maken aan de lokale ideologie. Een wetenschappelijke isolatie die het gevolg is van een boycot speelt een repressief regime daarom alleen maar in de kaart. Wat lokaal tijdelijk kan lukken, de rechtvaardiging van een apartheidsideologie, het verplicht opleggen van de leer van Lysenko, zal internationaal onherroepelijk worden ontmaskerd. Juist internationale contacten zijn daarom essentieel als tegenwicht tegen lokale repressie.

Ik hoop dat u hieruit duidelijk zal zijn dat de houding van de directie van het Antoni van Leeuwenhoekhuis in deze kwestie niet voortkomt uit een onvermogen de verwerpelijke gevolgen van de apartheid in hun volle omvang te begrijpen. Ons standpunt berust mede op de, zorgvuldig overwogen, mening dat globale wetenschappelijke boycotts meer kwaad dan goed doen, een mening die steun vindt in het standpunt van de wetenschappelijke gemeenschap, zoals verwoord door de ICSU. Op twee punten in uw brief wil ik tot slot nog ingaan: In de eerste plaats hebben wij ons bijzonder gestoten aan de op één na laatste alinea van uw brief. Men zou hierin makkelijk een poging kunnen zien tot chantage. Wij hopen dat dit niet zo bedoeld is. In de tweede plaats heeft het ons bevreemd dat u schrijft namens een stichting met twee bestuursleden die zelf representanten zijn van instellingen die participeren in EORTC-werkgroepen (evenals alle andere Nederlandse kankercen-

tra). Dit laat wel zien dat ons standpunt (tegen apartheid maar ook tegen wetenschappelijke boycotts) zeer wel met de doelstellingen van uw stichting is te verenigen.

Amsterdam, oktober 1988

Namens de directie van het Nederlands Kanker Instituut,  
Prof. Dr. P. Borst, voorzitter

## ZUID-AFRIKA (3)

In MC nr. 38/1988, blz. 1117, lees ik het ingezonden stuk van collega Van Es over zijn protest tegen samenwerking met Zuid-Afrika. De beslissing van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis om door te gaan met zijn samenwerking met het Tygerberg ziekenhuis in Kaapstad, Zuid-Afrika, in het belang van een goed wetenschappelijk opgesteld project is alleen maar toe te juichen. Uit vele contacten die ik met Zuid-Afrika heb gehad, onder meer ook met artsen die daar in een duidelijk ontwikkelingsproject werkzaam waren, is mij gebleken dat men meer bereikt door contactoverleg en samenwerking dan door het luid op afstand schreeuwen over boycot en dergelijke. Het argument dat de internationale organisaties oproepen om ook op wetenschappelijk terrein Zuid-Afrika te boycotten doet al helemaal lachwekkend aan, als men ziet op welke wijze het stemgedrag en de moties binnen dit soort organisaties ook over andere zaken tot stand zijn gekomen. Het geeft geen pas ze allemaal toe te juichen als beslissing wanneer het over Zuid-Afrika gaat en dan weer afstand te moeten nemen of er niet over te praten als het om andere zaken gaat.

Het ware te hopen dat meer mensen met gezond verstand een invloed zouden aanwenden om in Zuid-Afrika een verandering tot stand te brengen, dan het alleen maar luid op afstand om boycot schreeuwen.

Roosendaal, oktober 1988  
Dr. M. Th. C. Speeckaert,  
orthopaedisch chirurg

## Naschrift

Aangezien de discussie over de samenwerking tussen het Antoni van Leeuwenhoek Huis en het Tygerberg Ziekenhuis in Cape Town in Zuid-Afrika al uitgebreid in de pers en over de radio in Nederland en in de pers in Zuid-Afrika is belicht, ligt een openbaar kennis geven van ons standpunt voor de hand. In deze discussie wordt ook het Koningin Wilhelmina Fonds genoemd, zowel in Nederland als in Zuid-Afrika; er is van chantage dus geen sprake. Er blijkt gelukkig binnen het Antoni van Leeuwenhoek Huis geen twijfel te bestaan over de verwerpelijkheid van apartheid en de uitwerking daarvan op de gezondheidszorg. De op

rassenscheiding gebaseerde beheersstructuren voor de gezondheidszorg versterken de tegenstellingen tussen de verschillende ethnische groepen. De kunstmatige creatie van aparte woonoorden en zogenoemde thuislanden, waarnaar vele duizenden zwarten zijn gedeporteerd, heeft desastreuze gevolgen voor de gezondheidszorg. Binnen de context van de apartheid en de repressie vindt het wetenschappelijk onderzoek plaats, waaraan voorwaarden als een juiste patiëntselectie, randomisatie, 'informed consent' en garantie voor gelijkwaardige toegankelijkheid van zorg zijn verbonden. Het is evident dat ook de wetenschappelijk onderzoeker binnen de maatschappelijke context is geplaatst.

De essentiële vraag, of een wetenschappelijke boycot mensenrechten en gezondheidszorg in Zuid-Afrika ten goede zal komen, kan het best vanuit het Zuidafrikaanse perspectief worden beoordeeld. Collega's in Zuid-Afrika die zich uitspreken tegen apartheid en zich inzetten voor de bescherming van mensenrechten en de begeleiding van slachtoffers van mensenrechtenschendingen hebben zich verenigd in de National Medical and Dental Association (NAMDA). Naast praktiserende artsen en tandartsen omvat deze vereniging ook veel universitaire en andere wetenschappelijke onderzoekers. Deze collega's zijn voorstander van een wetenschappelijke en academische boycot en van selectieve steun aan projecten en organisaties die bijdragen aan beëindiging van de apartheid en slachtoffers van de repressie steunen. Als geen ander zullen deze collega's zich realiseren wat een boycot en het isolement, ook voor hen, inhouden. Toch acht men de beroepsverantwoordelijkheid inzake mensenrechten groter dan de wens wetenschappelijk internationaal aansluiting te vinden.

Een ander argument is, dat wetenschappelijke internationale contacten als doorbreking van het isolement wel degelijk door de Zuidafrikaanse autoriteiten worden gebruikt. Het propageren van boycotts is onder de huidige 'State of Emergency' dan ook verboden. Daarnaast heeft men binnen de South African Medical and Dental Council stellingname vóór een boycot veroordeeld onder bedreiging met disciplinaire maatregelen.

Wat de Johannes Wier Stichting vraagt, is in feite een verwoording van een nadrukkelijk verzoek van vele bezorgde Zuidafrikaanse collega's. Dat instellingen waaraan bestuursleden van de Johannes Wier Stichting zijn verbonden ook participeren in EORTC-werkgroepen, is niet strijdig met het gehoor geven aan de oproep die Zuidafrikaanse collega's vanuit hun beroepsverantwoordelijkheid inzake mensenrechten en gezondheidszorg richten aan hun buitenlandse collega's.

Amersfoort, oktober 1988  
A. van Es, voorzitter  
Johannes Wier Stichting  
voor Mensenrechten en Gezondheidszorg  
Health Watch Group Southern Africa



## Vrouwenhulpverlening

# Genees-wijze vrouwen, vrouwengenees-wijze

## Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen viert 55-jarig bestaan

Onder vrouwenhulpverlening verstaan wij die vorm van hulpverlening waarbij klachten en problemen van vrouwen in verband worden gebracht met hun maatschappelijke positie en de socialisatie als vrouw. Doel van deze hulpverlening is vrouwen bewust te maken van dit verband en hun enerzijds inzicht te geven in het conflict dat bestaat tussen de eisen die de maatschappij aan hen stelt en hun eigen eisen en behoeften en hen anderzijds te helpen een manier te vinden om dit conflict te hanteren en er verandering in te brengen. Uit deze omschrijving blijkt dat de visie in de vrouwenhulpverlening aanzienlijk verder strekt dan een louter vrouwvriendelijke instelling.

### WAAROM DIT ONDERWERP?

De VNVA maakt zich sterk voor de positie van vrouwen in de gezondheidszorg, zowel hulpverlenend als hulpvragend. De afgelopen jaren heeft de belangenbehartiging van vrouwelijke artsen veel aandacht gevraagd. In 1983 is het 50-jarig bestaan van de vereniging dan ook gevierd met een congres, getiteld: 'De dokter, dat ben ik'. Er is echter binnen de VNVA toenemend aandacht voor de hulpvragen van vrouwen in de gezondheidszorg. Veel leden van de vereniging voelen zich aangesproken door de kritiek van veel vrouwen op de reguliere hulpverlening. Bovendien voelen zij als vrouwen evenzeer dat de zwakkere positie van vrouwen in onze maatschappij tot seksisme, ongewenste intimiteiten en verkrachting kan leiden.

Achteraf gezien werd de kiem voor het congres al in 1986 gelegd, toen de VNVA werd uitgenodigd in overleg te treden met het ministerie van WVC over het door de projectgroep Vrouwenhulpverlening uitgebrachte deelrapport 'Vrouwenhulpverlening in de huisartsenpraktijk\*'. Doel van het overleg was het zoe-

### Carien Dagnelie

*Toen in maart 1987 de viering van het 55-jarig bestaan van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) ter sprake kwam, was een onderwerp voor het lustrumcongres al snel gevonden: ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in de vrouwenbeweging maken de tijd rijp voor een congres over de vrouwengezondheidszorg c.q. vrouwenhulpverlening.*

ken van mogelijkheden om de aanbevelingen uit dit rapport concreet te maken. De VNVA verkreeg hierbij als het ware een brugfunctie tussen de vrouwenhulpverlening en de 'reguliere' gezondheidszorg.

De VNVA-werkgroep Vrouwenhulpverlening kwam hieruit voort en kreeg gaandeweg meer contact met deskundigen binnen de vrouwenhulpverlening. Dezen hadden zelf ook behoefte aan contact met de reguliere hulpverlening. Tot dan toe was het contact met de beroepsgroep echter niet erg soepel verlopen. Door onterechte beeldvorming over vrouwenhulpverleensters als 'mannenhaters en dolle mina's' hadden artsen geen contact gezocht.

Het contact met de vrouwenhulpverleningsdeskundigen leidde tot het zoeken naar mogelijkheden om een aantal inmiddels gerijpte methodieken en benaderingswijzen uit de vrouwenhulpverlening meer bekendheid te geven. Ook onder vrouwelijke artsen blijkt er van deze ideeën niet zoveel bekend te zijn, hetgeen mede te verklaren is door het te kort schieten van de medische opleiding in dit opzicht: sporadisch worden aan dit onderwerp enkele colleges gewijd.

Bij het organiseren van het congres, dat op 1 oktober jl. in Apeldoorn is gehouden, is een (nadere) kennismaking met de vrouwenhulpverlening in ruime zin uitgangspunt geweest. Allereerst wilden we aan bod laten komen hoe en waarom de vrouwenhulpverlening is ontstaan; ver-

volgens moesten enerzijds de zo kenmerkende zelfhulpgroepen een plaats krijgen, terwijl anderzijds we ook praktische handvatten wilden aanreiken voor de eigen praktijksituatie; het eerste was onder meer te vinden in themagroepen over eet- en medicijnverslaving, het tweede bijvoorbeeld in de themagroep over psychosociale klachten bij vrouwen, die gezien de belangstelling voorziet in een behoefte. Ook een zeer kenmerkend onderdeel van de vrouwenhulpverleningsmethodieken, het lijfwerk, kreeg een plaats, als tegenwicht voor de veranderlijke inspanning. Een uitgebreid overzicht van initiatieven bood voorts de informatiemarkt.

### BRUGFUNCTIE

De toepassing van de nieuw opgedane ideeën en attitude in de eigen praktische beroepsuitoefening zal een van de resultaten van deze dag kunnen zijn. Daarnaast is echter stimulerend nodig van wetenschappelijk onderzoek op al de genoemde terreinen, zowel binnen de vrouwenhulpverlening als binnen de reguliere zorg. De centra voor vrouwenstudies hebben daartoe slechts beperkte mogelijkheden; daarom zou ook op andere plaatsen binnen en buiten de universiteiten meer onderzoek op dit terrein moeten worden gedaan.

Vrouwelijke artsen kunnen wellicht een brugfunctie vervullen in het overdragen van attitude en methodieken. Maar daar schuilt meteen een addertje onder het gras: de vrouwelijke artsen verantwoordelijk te stellen voor een goede zorg voor vrouwen. Aan ons dan ook de taak onze mannelijke collega's te inspireren en te overtuigen van deze nieuwe visie. Vrouwenhulpverlening is immers evenzeer een taak voor mannen als voor vrouwen. Tenslotte: wij hebben te maken met een overheidsbeleid dat gericht is op integratie van de vrouwenhulpverlening in de reguliere kanalen van de gezondheidszorg binnen enkele jaren. Of dit dient plaats te vinden, op welke wijze en op welke termijn, is momenteel onderwerp van, vaak heftige, discussie. Dat de

\* De projectgroep Vrouwenhulpverlening was in 1983 ingesteld door het ministerie van Sociale zaken en werkgelegenheid met als doel de overheid te adviseren over de integratie van vrouwenhulpverlening binnen de reguliere gezondheidszorg c.q. hulpverlening.

VNVA zich in deze discussie wil men-

gratie zou de nog jonge ervaring en deskundigheid, verworven binnen de vrouwenhulpverlening verdrukt kunnen worden in de reguliere gezondheidszorg. De congrescommissie heeft als motto gekozen: 'Genees-wijze vrouwen, vrouwen-genees-wijze'. Zij heeft zich daarbij laten inspireren door de 'eigen-wijsheid van de vrouwenhulpverlening', waarbij zij uit dit veld genees-wijze vrouwen heeft uitgenodigd in contact te treden met genees-wijze vrouwen uit het 'reguliere' veld. Wij hopen dat het initiatief tot dit congres zal uitgroeien tot een 'vrouwen-genees-wijze' en dat de geneeswijze wijzer wordt. □

Carien Dagnelie, huisarts, fungeerde als congresvoorzitter.

## Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA)

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) werd opgericht in 1933. Zij behartigt de materiële en ideële belangen van vrouwelijke artsen en wil de positie van vrouwen in medische beroepen versterken. De VNVA werkt op landelijk en regionaal niveau en telt acht afdelingen. Ze is aangesloten bij de Medical Women's International Association.

De VNVA ziet voor zichzelf drie functies weggelegd: die van vakbond, vakvereniging en netwerk. In haar functie van vakbond streeft de VNVA naar gelijke arbeidsmogelijkheden en een gelijke rechtspositie voor vrouwelijke en mannelijke artsen. Zij werkt aan het bestrijden van directe en indirecte discriminatie op grond van geslacht, alsook aan het doorbreken van structuren die een gelijkwaardig functioneren van vrouwen en mannen binnen de gezondheidszorg in de weg staan. Tot haar doelstellingen behoort onder andere het stimuleren van een quoteringsregeling bij de opleidingen tot specialist, het normaliseren van werktijden, het scheppen van de mogelijkheid van deeltijdfuncties, gelijke financiële regelingen met betrekking tot pensioen en verzekering, en een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen in bestuurs- en beleidscolleges in de gezondheidszorg.

De VNVA telt inmiddels ruim 1.500 leden.

Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), p/a Mw. J. H. H. Zeeuw-Rood, Weth. H. H. Korteboslaan 61c, 7461 PJ Rijssen.

## Vrouwenhulpverlening

# Gezondheidszorg en de strijd tussen de seksen in historisch perspectief

## MODELLEN

Wanneer we het over macht tussen artsen en patiënten hebben, en zeker als het over macht tussen artsen en vrouwen gaat, doemt meestal het beeld op van, aan de ene kant een kwaadwillende onderdrukker en aan de andere kant een weerloos slachtoffer, waarbij de eerstgenoemde stevast een man en soms ook een arts is, en de laatstgenoemde altijd een vrouw en soms een patiënt. Het is het gangbare beeld dat we aantreffen in de medische sociologie voor zover die over artsen en patiënten gaat en in de feministische literatuur waar het de verhouding tussen mannen en vrouwen betreft. Ik zal deze manier om naar macht te kijken het *slachtoffermodel* van macht en onderdrukking noemen. Nu zal ik niet zeggen

## Kathy Davis

*Ik wil het hebben over macht: macht tussen artsen en patiënten, macht tussen de seksen, maar vooral waar die twee 'machten' samengaan. Over de verschillende manieren om naar macht te kijken en wat daarvan de voor- en nadelen kunnen zijn, gaat mijn verhaal.*

*model zal noemen. Volgens dit model is macht niet alleen een zaak van machthebbers en onderdrukte machtelozen, maar ook van strijd. Sterker nog, die strijd is zelfs het belangrijkste kenmerk van macht.*

*Wanneer wij de problemen willen begrijpen waarmee vrouwen in de gezond-*

*omdat het naar nieuwe mogelijkheden verwijst. Ik zal nu proberen dit duidelijk te maken.*

Wanneer we aan macht denken, denken we gewoonlijk aan *machtsongelijkheid*. We zien de wereld verdeeld in 'haves' en 'have-nots', machthebbers en machtelozen aan weerszijden van een diepe kloof. We zien zulke machtsongelijkheid overal om ons heen.

Kijken we naar de gezondheidszorg, dan lijkt duidelijk wie de 'haves' en wie de 'have-nots', wie de machthebbers en wie de machtelozen zijn. In de medische wereld treffen wij vrouwen in hoofdzaak aan in de lagere regionen als schoonmaakster, verpleegster, gezinsverzorgster of verloskundige, terwijl vrouwen duidelijk zijn ondervertegenwoordigd als



een deeltijdbaan zonder uitzicht op promotie, en moeten kiezen tussen kinderen of carrière. Allemaal problemen waar ruim een eeuw geleden Aletta Jacobs ook mee te maken had.

Voor vrouwen als patiënten ziet het er nog minder rooskleurig uit. Hoewel wij als patiënten verre in de meerderheid zijn, is de geneeskundige verzorging die wij genieten grotendeels in handen van mannelijke artsen. De feministische kritiek op de gezondheidszorg heeft keer op keer, en uittrenturen, laten zien hoe de meest voorkomende problemen die vrouwen met hun gezondheid hebben, niet serieus worden genomen. Dit geldt zowel voor de medische praktijk als voor het medisch onderzoek. Waar blijft bijvoorbeeld het definitieve antwoord op ons oudste – wat heet – gezondheidsprobleem: een voorbehoedmiddel dat veilig en onschadelijk is en ook nog prettig in het gebruik? Verder kunnen vrouwen nauwelijks kinderen krijgen zonder aan alle mogelijke technologische procédés te worden onderworpen. En, last but not least, natuurlijk, de gebruikelijke beledigingen, moralistische opmerkingen en het paternalisme waarvan de meeste consultants stijfstaan.

In de medische sector gaat macht niet alleen gepaard met sekse, maar is macht ook verbonden aan de medische professie zelf. Want, zoals we weten: kennis is macht, en dat geldt wel bij uitstek voor medische kennis. De medische macht heerst aan de top van de piramide van verzorgende beroepen. Macht speelt op elk niveau van de medische wetenschapsbeoefening, tot in de spreekkamer van de arts. Het grote wetenschappelijke prestige van medische kennis geeft de arts een machtspositie tegenover zijn patiënt.

Overigens, wat macht betreft, zitten vrouwelijke artsen in een moeilijk pakket. Is een vrouwelijke arts machthebber of is zij als vrouw zelf onderdrukt en deelt zij het lot van haar vrouwelijke patiënte?

Als je machtsongelijkheid tussen de seksen of tussen hulpverleners en cliënten vanuit het slachtoffermodel bekijkt, zijn er twee mogelijke oplossingen voor de problemen van vrouwen in de gezondheidszorg. Voor zover medische macht voortvloeit uit de macht van de medische kennis, zouden oplossingen vooral in een mentaliteitsverandering bij de machthebbers moeten worden gezocht. Medici zouden – wellicht via een cursus vrouwenhulpverlening – moeten worden

overgehaald, of zo nodig worden gedwongen, om hun macht, dat is hun kennis, met de patiënte te delen of er op z'n minst geen misbruik meer van te maken. En voor zover macht voortvloeit uit machtsongelijkheid tussen de seksen, zou het probleem eenvoudig worden opgelost door – bijvoorbeeld via positieve actie – meer vrouwen toe te laten tot de medische stand. Dit laatste in de hoop dat vrouwen het – je zou haast zeggen – 'van nature' beter zullen doen.

Vanuit het slachtoffermodel bekeken, ligt het probleem steeds bij de hulpverlener. Derhalve dient ook dáár de oplossing te worden gezocht, met het gevolg dat de patiënte uit het beeld verdwijnt. Het slachtoffermodel is echter niet de enige manier om naar macht te kijken. Om dit te illustreren nu eerst een paar voorbeelden uit de geschiedenis.

#### HISTORISCH PERSPECTIEF

In hun boek 'Voor haar eigen bestwil' laten Barbara Ehrenreich en Deirdre English zien hoe de geneeskunde is ontstaan als een mannelijke machtsgreep. Eerst beschrijven zij hoe door de heksenvervolgving vrouwen met geweld werden verdreven van die terreinen van geneeskunde welke zij van oudsher beheersten. Vervolgens laten zij zien hoe mannelijke medici gaandeweg hun geneeskunst als koopwaar aan de vrouw brachten. Wat oorspronkelijk in de handen van vrouwen had gelegen, werd door medische professionalisering als een zaak van mannelijke deskundigen beschouwd. De geschiedenis van de vroedvrouw is daarvan een treurig voorbeeld.

Eind 17e eeuw begonnen mannen zich met verloskunde bezig te houden. Tot dan toe hadden uitsluitend vrouwen toegang tot de kraamkamer gehad. Maar nu begon de medische wetenschap de bevaling voor zich op te eisen. De praktische kennis van vroedvrouwen werd geringachtend afgedaan als 'bakerpraat'. De medische technologie deed haar intrede in de vorm van de verlostang, waarvan het gebruik strikt was voorbehouden aan de heren medici. Ook het feit dat studeren voor vrouwen ongezond was – het zou de baarmoeder doen verschrompelen – werd als argument gebruikt om vrouwen niet tot de verloskunde toe te laten. Maar ook hier gaven zij zich niet zonder slag of stoot gewonnen. Vrouwen bleven vechten om tot de opleiding tot verloskundige te worden toegelaten. Vroedvrouwen gingen van deur tot deur

om hun diensten aan de vrouw te brengen. Hun strijd die nu al eeuwen voortduurt, is nog altijd niet gestreden, hoewel het er nu naar uitziet dat – althans in Nederland – een *modus vivendi* gevonden is.

Ook de geschiedenis van de vrouwelijke patiënte wordt gekenmerkt door een strijd om de macht. Hetzelfde kan overigens worden gezegd van vrouwelijke artsen die er meer recentelijk in zijn geslaagd het medisch bolwerk binnen te dringen. Met de professionalisering van de gezondheidszorg gingen medici steeds verder in hun ideologische bemoeienis met het leven van vrouwen. De vrouw werd zelfs het prototype van de patiënt. Ehrenreich en English laten uitgebreid zien hoe een hele schare van mannelijke deskundigen – artsen, psychiaters, pedagogen, huishoudkundigen – vrouwen voor haar eigen bestwil gaan voorschrijven hoe zij zich behoren te gedragen als huisvrouw, moeder, echtgenote en minnares. Zij beriepen zich op het gezag van de medische wetenschap en een zich stormachtig ontwikkelende 'psychologie van de vrouw' (een vergelijkbare 'psychologie van de man' laat nog altijd op zich wachten). Theorieën van de vrouw als 'het zwakke geslacht' dienden ter rechtvaardiging van een reeks van ongemakkelijke, vaak niet ongevaarlijke, medische ingrepen en adviezen.

Neem bijvoorbeeld de bedrust. Vrouwen werden geacht zich te sparen ten behoeve van de voortplanting. Vandaar dat zij bij het minste teken van menstruatie terstond het bed moesten houden, en dat telkens totdat zij toe waren aan de 'overgang' – op zich ook weer een kras voorbeeld van medische ideologie. Menstruatiestoornissen meende men te kunnen genezen door bloedzuigers op de schaamlippen te poten of, als ook dat niet hielp, op de baarmoederhals, al kon het gebeuren dat er eens een in een baarmoeder verdwaalde. Psychische problemen van vrouwen werden vaak chirurgisch behandeld; zo werden eierstokken bij bosjes verwijderd tegen zelfmoordneigingen, achtervolgingswaan, eetverslaving, seksuele activiteit of dwarsliggen. Natuurlijk kwamen vrouwen hiertegen in opstand, zelfs al gebeurde dat op de meest vreemdsoortige manieren. Sommige vrouwen dreven de zaak op de spits door niet meer uit bed te komen en in staking te gaan als huisvrouw en minnares. Ook hysterie werd een regelrechte rage. Meer doeltreffend was het verzet van vrouwen die zich invochten in de

universiteit of zich in de vrouwenbeweging organiseerden: de eerste golf van feminisme was een feit.

Samenvattend kan worden gezegd dat de geschiedenis laat zien dat vrouwen zich zeker niet als makke schapen uit de gezondheidszorg hebben laten drijven en dat zij evenmin de nieuwe medische ideologie niet alleen maar voor zoete koek hebben geslikt. Dat het strijdmodel dat hieruit naar voren komt vruchtbaarder is dan het slachtoffermodel, wanneer wij willen begrijpen hoe macht werkt, wil ik hierna illustreren aan de hand van mijn eigen onderzoek naar de machtsverhouding tussen mannelijke huisartsen en vrouwelijke patiënten.

## MACHT ONDERZOCHT

In mijn boek 'Power Under the Microscope' heb ik een aantal consulten tot in de kleinste details geanalyseerd.

Uitgaande van het slachtoffermodel, is de macht in handen van de arts. Wie schetst mijn verbazing, toen ik moest constateren dat de artsen in mijn onderzoek zonder uitzondering buitengewoon vriendelijk en meelevend bleken te zijn. Macht – mijn onderzoeksobject – was ver te zoeken. De voor huisartsen verplichte training in sociale vaardigheden leek aan deze heren wel te zijn besteed. Vertwijfeld vroeg ik me af of ik naar een andere baan moest solliciteren. Alvorens sollicitatiebrieven te gaan schrijven, besloot ik nog één keer, maar goed te kijken, nu vanuit het strijdmodel.

Wanneer je vanuit het strijdmodel, dat uitgaat van de patiënte, naar het verloop van medische consulten kijkt, dan zie je dat patiënten er vaak op verrassende, subtiele manieren in slagen hun stempel te drukken op de situatie in de spreekkamer van de arts. Men moet zich daar geen al te dramatische voorstelling van maken, het gaat maar om heel gewone alledaagse dingen. Bijvoorbeeld: door een vriendelijk maar beslist 'ja, maar' laten zij merken dat zij het niet met de arts eens zijn. Door te zwijgen na een betuttelend grapje of door haar punt te blijven herhalen als een tik in een plaat, trachten zij te onderstrepen dat haar problemen serieus zijn en dat zij zelf desondanks toch geen hopeloze gevallen zijn. Maar het meest verrassend vond ik, hoe zij door uitgebreid te klagen erkenning proberen te krijgen voor haar eigen definitie van wat aan de hand is. Zo zien we dat de meeste patiënten alles behalve weerloze slachtoffers zijn. Integendeel: zij zijn voortdu-

rend aan het vechten, niet alleen om hulp voor hun klachten te krijgen, maar ook om sympathie en respect af te dwingen voor hun persoon.

Als je met deze wetenschap nogmaals, maar nu vanuit het strijdmodel, naar de artsen kijkt, dan zie je dat ook dokters op hun beurt met hun eigen machteloosheid te kampen hebben. Geen wonder natuurlijk, geconfronteerd als zij worden met tal van problemen – zoals klachten waarvoor medisch gesproken geen oplossing is, chronische ziektes, stress, of gewoon werkloosheid, zorg voor het gezin, relatieproblemen, en eenzaamheid. Eigenlijk zouden zij moeten toegeven dat zij met lege handen staan. Maar meestal zie je dat zij proberen er het beste van te maken. Dan gaat het ineens over een psychosociale klacht – 'Een beetje zenuwachtig, mevrouw?' – waarvoor de pasklare oplossing zoals bekend het 'pilletje' is, waarvan er weer – toegegeven: met de nodige schuldgevoelens – jaarlijks enkele miljoenen worden voorgeschreven. En als ook dat niet mocht baten, blijft er altijd nog de mogelijkheid de klacht weg te wuiven met een 'Ach, dat valt wel mee, mevrouw'. Als hij maar niet hoeft toe te geven dat hij er geen raad mee weet, want dat zou zijn machtspositie te zeer ondermijnen. Zo hebben ook 'machteloze' artsen altijd nog het laatste woord, en – zo zou je vanuit het strijdmodel van macht kunnen zeggen – winnen zij op punten, maar moeite kost het wel.

## CONCLUSIES

Vanuit het strijdmodel bekeken, is het proces minstens zo belangrijk als het resultaat. Alleen zo kan ik tot een aantal conclusies komen die, denk ik, interessant kunnen zijn voor wie is begaan met de verbetering van de positie van vrouwen in de gezondheidszorg, conclusies met betrekking tot wat vrouwen als patiënten willen, waarvoor zij zich inzetten en waar het allemaal mis kan gaan.

Pas als je ziet waarvoor patiënten strijden, wordt duidelijk dat oplossingen voor problemen die vrouwen in de gezondheidszorg ervaren niet altijd door medici kunnen of moeten worden geboden. Vaak zijn artsen gewoon niet bij machte iets voor de vrouw te doen. In dat geval kunnen zij beter niets dan iets doen. (Ik denk overigens dat dit ook voor vrouwelijke artsen geldt.) Voor patiënten die behalve medische hulp ook aandacht, sympathie, zorgzaamheid en respect willen, rijst de vraag of zij niet beter hun heil bij anderen kunnen zoe-

ken, bijvoorbeeld bij de buurvrouw of een vriendin – iets wat overigens niet altijd tot de mogelijkheden behoort.

Met name voor de vrouwengeneeswijze en geneeswijze vrouwen heeft dit gevolgen. Aan de ene kant betekent het dat zij net als haar mannelijke collega's haar beperkingen als professionele hulpverleners dienen te kennen. Aan de andere kant betekent het ook dat zij meer oog moeten hebben voor haar niet-professionele mogelijkheden om hulp te bieden aan haar zusters in de strijd.

Tot slot: de strijd tussen de seksen wordt al eeuwen gestreden en zal voorlopig nog wel even doorgaan. En al trekken vrouwen vaak aan het kortste eind, belangrijk is dat zij niet bij de pakken neerzitten, maar doorgaan. Ook als wij ons bezighouden met vrouwen in de gezondheidszorg, moeten wij hun strijd niet uit het oog verliezen door ons te fixeren op hun machteloosheid en de oplossing uitsluitend van de hulpverlener te verwachten. Artsen met de nodige sociale vaardigheden zijn misschien aardiger – en dat kan zeker geen kwaad – maar het probleem van de machtsongelijkheid wordt er niet mee opgelost. Sterker nog, de kans is groot dat, met een empathisch sausje overgoten, machtsongelijkheid wordt verhuld en (bovendien) wordt verdoezeld dat de arts niets heeft begrepen van, of in ieder geval niets heeft kunnen doen aan, de problemen van de vrouw. Het strijdmodel van macht zal ons begrip voor de problemen van vrouwen als patiëntes of als werkenden in de gezondheidszorg niet alleen verruimen, maar ons ook laten zien in welke richting wij moeten blijven zoeken naar alternatieven, naar mogelijkheden die meer recht doen aan onze ervaringen als vrouw. □

Kathy Davis, klinisch psychologe, was werkzaam bij het eerste project 'Vrouwenstudies' binnen de Faculteit der Geneeskunde aan de Vrije Universiteit en de vakgroep Vrouwenstudies aan de Rijksuniversiteit Leiden. Thans is zij verbonden aan de vakgroep Ontwikkeling en Organisatie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

## Vrouwenhulpverlening

# De herovering van het lijf

## Vrouwenhulpverlening in het perspectief van de historische relatie tussen geneeskunde en vrouwelijke patiënten

N. J. Nicolai

### Beelden

Hoewel we ons dit niet altijd realiseren, is de opkomst van de 19e-eeuwse geneeskunde als georganiseerde, professionele bezigheid sterk verweven met de geschiedenis van de vrouw als patiënt. De 'vrouwelijke patiënt' zou men kunnen opvatten als het object bij uitstek waarop de artsen hun wetenschappelijke nieuwsgierigheid richtten. Natuurlijk bestonden er ook vóór de 19e eeuw patiënten van het vrouwelijk geslacht, maar sekse en geslachtsidentiteit speelden niet zo'n overheersende rol<sup>1</sup>.

Sommige takken van de geneeskunde danken hun bestaansrecht aan de vrouw-als-patiënt, zoals gynaecologie en verloskunde. Andere vinden hierin de basis van hun wetenschappelijke theorievorming, zoals de psychiatrie en psychoanalyse. Charcot bijvoorbeeld, grondlegger van de moderne dynamische psychiatrie, demonstreerde op zijn beroemde voordrachten in Salpêtrière het bestaan van een gedissocieerd bewustzijn aan... vrouwen<sup>2</sup>. Ditzelfde gold voor Janet, Bernheim en andere beroemde geneeskundigen van die tijd. Vrouwen waren ook de patiënten wier geschiedenis, symptomatologie of opmerkingen Freud tot zijn ontdekkingen inspireerden. Anna O., Breuers beroemde patiënte, gaf niet alleen een naam aan het psychoanalytisch proces (de 'talking cure') maar leidde door haar verliefdheid op haar behandelaar tot de ontwikkeling van het begrip 'overdracht'. Deze lijst voorbeelden kan moeiteloos worden aangevuld.

### DE VROUW ALS PATIËNT

In het concept 'vrouw-als-patiënt' spelen de beelden die in de 19e eeuw over vrouwen bestonden een grote rol. Ook in takken van de geneeskunde waarbij de rol van de geslachtsidentiteit niet direct op de voorgrond lijkt te staan, speelt de tweedeling mannelijk-vrouwelijk op het terrein van wetenschappelijke theorema's of op het terrein van behandeling en bejegening een rol.

Grofweg kan men in de 19e-eeuwse beeldvorming over vrouwen een tweetal clusters onderscheiden.

Het ene cluster verwijst naar de 'natuurlijke' staat van vrouwen en omvat karakteristieken als emotionaliteit, gepassioneertheid, zinnelijkheid en lichamelijkeheid. In dat laatste spelen opvattingen over de vrouwelijke seksualiteit een grote rol. Het 'raadsel' van de vrouwelijke seksualiteit prikkelde niet alleen de beelding van kunstenaars, maar ook die van wetenschappers. Veel vrouwelijke kwalen werden, zoals bekend, geweten aan een tekort of overmaat van de werking van seksuele organen. Ongetwijfeld is het bekendste voorbeeld hiervan het begrip 'hysterie'; minder bekend is dat ook benauwdheid, duizeligheid en functiestoornissen van de blaas werden behandeld door bijvoorbeeld de cervix te cauteriseren of de ovaria te verwijderen. Onze voorvaders werden in sterke mate beheerst door het conflict tussen natuur en cultuur. In deze strijd om beheer en beheersing was het vrouwelijk lichaam eveneens een 'terra incognita', dat ontdekt, ontgonnen en geciviliseerd diende te worden. Het andere cluster wordt gevormd door kenmerken die verwijzen naar het goede, het zuivere, het ongerepte van vrouwen. Opvallend is in dit cluster de afwezigheid van geslachtelijkheid: de term 'de engelachtigheid van vrouwen' verwijst niet alleen naar het karakter. Duidelijk is dit in het overbekende beeld van de maagd of madonna. Minder duidelijk is dit echter in het beeld van de matrone of oude wijze vrouw, die na de menopauze, de hormonale stormen te boven komend, een zekere invloed en macht kan laten gelden.

De bovengescreven clusters van beelden oefenen nog steeds hun werking uit

op de wijze waarop de gezondheidszorg met vrouwen omgaat; zij het dat dit door moderne attributen en door het gebrek aan historische distantie meer wordt verhuld.

### De invloed van beelden

De vraag is wat vrouwen zelf met deze beelden hebben gedaan. Zijn zij de willoze slachtoffers geweest van een medische macht die hen controleerde en klein hield, zoals sommige theoretici ons willen doen geloven<sup>3</sup>, of is de moderne medische wetenschap de verlosser van vrouwen, zoals Shorter beweert<sup>4</sup>?

De waarheid ligt ook in dit geval ergens in het midden. Vrouwen hebben op verschillende momenten in de historie op verschillende manieren gereageerd op wat hen aan beelden en waarheden werd voorgeschoteld. Soms pleegden zij opzettelijk verzet, zoals blijkt uit het vasthouden aan sommige gewoontes die medici tot bijgeloof bestempelden. Soms was het verzet lijdelijk, zoals het aannemen van de rol van invalide. Er zijn voorbeelden van een volledige indentificatie met het beeld van de 'vrouw-als-patiënt', zoals blijkt uit de geschiedenis van Blanche Wittman. Deze jonge vrouw was een van Charcots beroemdste patiënten. Zij leed aan wat wij nu een meer-voudige persoonlijkheid noemen en was in hypnose gemakkelijk tot een van haar drie 'staten' te brengen. Zij liet een kaartje drukken met daarop: 'première patiënte de M. Charcot'. Op middellange termijn leverde haar identificatie haar veel op: roem, een gevoel van eigenwaarde en een zekere vorm van erkenning.

Ook heden ten dage zien wij dat vrouwen een 'coalitie' sluiten met medici: in ruil voor erkenning en behandeling identificeren zij zich met een bepaald cultureel beeld van de vrouw-als-patiënt. Voorbeelden zijn de nieuwe 'vrouwen-ziektes': het premenstrueel spanningsyndroom, de postnatale depressie en in mindere mate het climacterium.

## VROUWENGESONDHEIDSZORG

Zo'n 'samenwerking tot wederzijds voordeel' van vrouwen en medici is op zich niet kwalijk, maar het blijft een feit dat het concept 'vrouw-als-patiënt' onveranderd wordt gedeeld. Pas in de jaren '70 ontstond in het feminisme een beweging die dit concept aan de kaak stelde. Dit is de vrouwengezondheidszorg of vrouwenhulpverlening. Essentieel voor deze beweging is geweest dat zij ontstond uit een zelfhulpprincipe. De patriarchale autoriteit van het medisch denkmodel werd niet aangevochten of bestreden, er werd voornamelijk geprobeerd een nieuw gezondheidsparadigma te ontwikkelen: nieuwe ideeën over ziekte, over cycli, over de relatie lichaam/geest, over de relatie omgeving (in de breedste zin)-individu. Op zich is geen van deze ideeën totaal nieuw; de vrouwenhulpverlening heeft leentjebuurt gespeeld bij diverse filosofieën en politieke stromingen.

Het is niet voor niets dat in de vrouwenhulpverlening een sterke holistische of spirituele stroming aanwezig is. Nieuw is echter dat de politieke implicaties van het sekse-geslachtssysteem (dat wil zeggen de betekenis van de machtsverschillen) expliciet in het hulpverleningsmodel werden ingebed.

Men kan alle initiatieven en ontwikkelingen binnen de vrouwengezondheidszorg een plaats geven binnen een assenstelsel, waarbij aandacht voor machtsaspecten één as vormt, filosofische opvat-

tingen over de relatie lichaam/geest/omgeving een andere is en de derde as wordt gevormd door opvattingen over de sociale en culturele bepaaldheid van 'vrouwelijkheid' ('gender' als sociale constructie).

## VROUWELIJKE ARTSEN

Het meest bijzondere aan het betrekkelijke nieuwe fenomeen 'vrouwengezondheidszorg' is dat het is ontstaan *buiten* de gezondheidszorg. Dit is niet alleen een motie van wantrouwen jegens de reguliere gezondheidszorg en haar praktijken, hoewel het wel vaak zo wordt beleefd, het geeft ook aan dat voor de ontwikkeling van nieuwe denkwijzen en praktijken een zekere afstand noodzakelijk was. Dit betekent dat integratie, om het even of deze inhoudelijk, financieel of organisatorisch is, zal leiden tot verlies. Een verlies van de frisse kijk, het onbekommerde lef of de gerechtvaardigde woede, die bijvoorbeeld hebben geleid tot de signalering van en de uitstekende hulpverlening aan vrouwen die slachtoffer werden van seksueel geweld.

Het is niet voor niets dat vrouwelijke artsen nooit behoorden tot de grootste voorvechters van een basale verandering van de gezondheidszorg. Van oudsher zijn vrouwelijke artsen actief op allerlei terrein: van het bestrijden van sociale misstanden tot het strijden voor vrede. Zelden of nooit hebben zij de ruimte gekregen om kritisch te staan ten aanzien van de filosofische en methodologische

grondslagen van het medisch denken. Dit kan ook niet worden verwacht, zolang vrouwen het recht op opleiding en werk nog steeds moeten bevechten.

Ondanks het stijgend percentage vrouwelijke medisch studenten is er immers nog steeds sprake van een relatief selectief toelatingsbeleid bij assistentschappen en vestigingen. En voor zover sprake is van een gelijke vertegenwoordiging in opleidingsplaatsen, dan blijkt nog steeds dat de meeste opleiders en bazen mannen zijn, zodat het aanbeveling verdient niet al te openlijk een kritische houding aan te nemen. Zolang er buiten de traditionele gezondheidszorg een levendige, sterke vrouwengezondheidsbeweging bestaat, kunnen wij als vrouwelijke artsen ons laten inspireren, moed laten inblazen en steunen op de lange weg die wij nog door de instituties hebben te gaan. □

### Literatuur

1. Shorter E. Geschiedenis van het vrouwelijk lichaam. Baarn: Ambo, 1984.
- Gay P. 'The bourgeois experience'. Victoria to Freud. Education of the senses. Oxford: Oxford University Press, 1984.
2. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious. New York: Basic Books, 1970.
- Baart J, Bransen E. 'Waar eens de baarmoeder raasde'. Wetenschappelijke waarheid en medische theorievorming. *Lover* 1986; 1: 126-35.
- Ehrenreich B, English D. 'For her own good', 150 years of the expert advice to women. London: Pluto press, 1973.

*Nelleke Nikolai*, arts-psychotherapeut, in het laatste jaar van de opleiding tot psychiater, is lid van het collectief 'Tante Sjaan' in Rotterdam. Zij volgde Henny Verhagen op als voorzitter van de projectgroep Vrouwenhulpverlening van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

## Vrouwenhulpverlening

# ‘Durch Mitleid wissend’

## De VNVA vroeger en nu

*Het thema 'Geneeswijze vrouwen voor betere geneeswijzen voor vrouwen' sluit aan bij de vraag die ik ooit, inmiddels al weer vele jaren geleden, als uitgangspunt nam bij mijn speurtocht naar vrouwelijke artsen in het verleden: 'Hebben vrouwelijke artsen de medische wetenschap en de medische beroepsuitoefening beïnvloed ten gunste van vrouwen?'*

### Mineke Bosch

Opvallend is het eind 19e-eeuwse internationaal te noemen verschijnsel van de emancipatieroman, waarin onveranderlijk een vrouwelijke arts het voorbeeld geeft van engelachtig, haast bovenaards

idealisme. Men kan daarbij denken aan Corona van Oven in 'Hilda van Suylenburg'<sup>1</sup>, of aan de Russische heldin uit de roman van Chernyshevskii: 'Wat te doen?'<sup>2</sup>. Dit gevoegd bij mijn eigen ervaring als feministische wetenschapster en mijn actieve deelname aan het wetenschapsdebat dat vanuit vrouwenstudies werd geëntameerd, deed mij me afvragen

Durch Mitleid wissend! Kennen jullie een enkel werk waar het mooie woord van Wagner zoo goed op past als op dat van de doctores? De mooie bedoel ik natuurlijk, die 't niet als baantje, maar zoo als Corona, als een prachtige taak opvat.<sup>1</sup>

of het idealisme dat alle pioniersters in de medische wereld had bezielde ook de navolgers had beïnvloed en, als dat zo was, of dat idealisme ook had geleid tot kritische standpunten ten aanzien van het medisch-wetenschappelijk denken en handelen, met name waar het vrouwen betrof.

Het zwaartepunt van het onderzoek kwam echter geheel anders te liggen, zoals ook blijkt uit het artikel dat ik in 1982 heb gepubliceerd<sup>3</sup>. Onder invloed van het binnen vrouwenstudies op dat moment gehanteerde onderdrukingsparadigma – kort weergegeven: de vrouw is eeuwig en altijd onderdrukt geweest door de man en de opgave van vrouwenstudies is dat universele verschijnsel in al zijn verschillende verschijningsvormen te beschrijven – toonde ik aan dat het medische bolwerk, enkele uitzonderingen daargelaten, hermetisch gesloten was gebleven. Vrouwelijke artsen opereerden slechts in de marge van het beroep. Zij hadden zich aangepast aan de heersende norm: de man is arts, de vrouw is moeder, en ze hadden zich laten afschepen met 'typische vrouwenbanen': schoolarts, lerares gezondheidszorg, consultatiebureau-arts en dergelijke. Het antwoord op de eerste vraag moest dan ook luiden: nee, de vrouwelijke artsen waren zo 'machteloos' gebleven dat van enige invloed op het medische denken en handelen geen sprake kon zijn geweest; als zij al bijzondere belangstelling hadden getoond voor vrouwen, dan kwam dat doordat zij daartoe welhaast waren gedwongen door de regel dat vrouwelijke artsen aanvankelijk slechts vrouwen en kinderen mochten behandelen. Toch was er twijfel, een twijfel die de deur openzette naar andere interpretatiemogelijkheden. Zo bleef daar de herinnering aan twee voorgangsters, Aletta Jacobs en Catharine van Tussenbroek, van wie overduidelijk was dat het idealisme dat hen bezielde had geleid tot standpunten die sterk afweken van die van het merendeel van de mannelijke medici, ja, daar soms lijnrecht tegenover stonden, en die we kunnen terugvinden in huidige standpunten binnen vrouwenstudies<sup>4</sup>.

#### ALETTA JACOBS

Het pleidooi van Aletta Jacobs voor anti-conceptie, haar opvattingen inzake de reglementering van prostitutie en haar actie voor het zitten van winkelmeisjes (zij ging er in tegenstelling tot vele gezaghebbenden vakgenoten vanuit dat gynaecologische problemen niet het onont-

koombaar lot van alle vrouwen zijn) brachten haar in conflict met meer dan één collega.

Minder bekend is misschien hoe zij in 1897 een voorlichtingsboek uitbracht, getiteld: 'De Vrouw, haar bouw en haar inwendige organen' (met beweegbare platen!). Bedoeld als demystificatie van het vrouwelijk 'geslacht' in een tijd waarin hierover veel gefantaseerd en verhuuld werd, is het rechtstreeks te vergelijken met uitgaven als 'Je lichaam je leven. Lijfboek voor vrouwen', en 'Voor ons zelf', die in de jaren '70 een zelfde functie hebben vervuld. Een tijdgenote en vriendin van Aletta Jacobs, de sociaal feministe en schrijfster Hélène Mercier, waardeerde het ook als zodanig, getuige de brief die zij Aletta schreef: 'Lieve Alet, Hartelijk dank voor je mij zo heel welkome boekengeschenk én om het v.d.S. én om de inhoud, die mij bepaald interesseert. Ik weet eigenlijk niet zo héél precies het rechte van mijn body af. En al komt dit er nu voor iemand die naar de zestig loopt, niet erg meer op aan, toch is een mensch nooit te oud om te leren en wil ik toch graag eens weten hoe het met mijn zusteren in alle fasen van haar leven daarbinnen gesitueerd is.'

#### CATHARINE VAN TUSSENBROEK

Evenals bij Aletta Jacobs, was ook het idealisme van Catharine van Tussenbroek zichtbaar in haar opvattingen op medisch gebied. Ook in haar loopbaan stonden vrouwen en de vrouwelijke patiënt centraal. Dit bewijzen niet alleen haar artikelen over (rationele) vrouwenkleding, maar ook bijvoorbeeld een stelling over de rechtvaardiging van lichte narcose bij bevallingen.

In het boek dat Catharine van Tussenbroek heeft geschreven over de geschiedenis van de aseptische verloskunde in Nederland is een pleidooi voor de vroedvrouw, in het belang van de kraamvrouw (dus eigenlijk in het belang van beiden!), onmiskenbaar. Tegen alle heersende opvattingen in bewijst ze dat vroedvrouwen kwalitatief beter werk leverden dan artsen, waar het de percentages doodgeboren kinderen en de sterftecijfers van kraamvrouwen betreft. Ze formuleert naar aanleiding van de door haar verzamelde cijfers enkele vragen die beslist radicaal te noemen zijn<sup>6</sup>: 'Zou het mogelijk zijn dat een teveel van – niet streng geïndiceerde – operatieve hulp in de hand van artsen het leven der kinderen minder veilig doet zijn, of heeft Schulze gelijk, die het ook elders gecon-

stateerde surplus van kindersterfte in de praktijk der geneeskundigen afhankelijk maakt van het feit, dat de vroedvrouw als regel geduldig bij de barende blijft zitten, en de medicus meent, dat hij zijn plicht gedaan heeft op het ogenblik dat het spant?' Uit alles blijkt haar voorkeur voor een terughoudende rol van de medicus en het belang van preventie.

Het mooiste voorbeeld van hoe Catharine van Tussenbroek haar medische visie inzet ten bate van de vrouw(elijke patiënt) blijft de klinkende openingsrede die zij hield voor de Nationale Tentoonstelling voor Vrouwenarbeid in 1898. In deze rede, getiteld: 'Over het gebrek aan levensenergie bij onze jonge vrouwen en meisjes', keerde zij het standaardbeeld in de medische wetenschap ten aanzien van vrouwen radicaal om. Terwijl elke medicus in die dagen overtuigd was van de onontkoombare invloed die het 'sexuele leven' (lees: haar menstruatiecyclus, alsook zwangerschap en overgang) uitoefent op de psyche van de vrouw (het tekort aan levensenergie bij vrouwen c.q. de hysterische vrouw zouden eigenlijk meer 'normale' dan 'pathologische' verschijnselen zijn) draaide Catharine van Tussenbroek de gangbare redenering eenvoudig om. Volgens haar had het tekort aan levensenergie een *psychische*, geen *lichamelijke* oorzaak. Via een boeiende bespreking, waaruit bijvoorbeeld blijkt dat zij in het fietsen een eerste aanzet zag om jonge meisjes uit hun fysieke malaise te halen, kwam ze tot vijf heldere conclusies<sup>7</sup>:

1. Het tekort aan levensenergie bij onze jonge vrouwen en meisjes is van psychische, en niet van somatische aard.
2. Het heeft zijn diepste grond in ontevredenheid met een bestaan waarin strenge plicht ontbreekt, en een door eerlijke inspanning te bereiken einddoel wordt gemist.
3. Het neemt toe door het besef van nutteloosheid en economische afhankelijkheid, en voert ten slotte tot lichamelijke invaliditeit.
4. De oorzaak der ziekte is hoofdzakelijk gelegen in een verkeerde opvoeding: bepaaldelijk in de tot leugen en economische afhankelijkheid voerende opleiding tot het huwelijk.
5. Bij de tegenwoordige inrichting der maatschappij kan het geneesmiddel slechts in één richting worden gezocht: degelijke vakopleiding, die de vrouw in staat stelt te leven van zelfverdiend brood.'

Catharine van Tussenbroeks bemoeie-

nissen met het Nationaal Bureau voor Vrouwenarbeid – zij zat jarenlang in het bestuur van deze instelling – zouden in het licht van bovenstaande redenering preventief medisch beleidswerk kunnen worden genoemd<sup>8</sup>. Aletta Jacobs en Catharine van Tussenbroek hadden met elkaar gemeen, dat zij heersende medische opvattingen over vrouwen en vrouwenbelangen aanvochten. Dat betekent echter niet dat zij het altijd met elkaar eens waren. Zo was Catherine van Tussenbroek fel tegen anticonceptie. Of we deze opvatting kunnen afdoen met 'sentimentele woorden stellen in plaats van nuchtere fysiologische beschouwing', zoals Treub het uitdrukte, betwijfel ik. Catharine van Tussenbroek verzette zich ook tegen de opvatting die in gynaecologenkring gemeengoed was: sterilisatie van de vrouw, wanneer haar gezondheid gevaar liep bij zwangerschap. Vrouwen steriliseren in plaats van haar echtgenoten vond ze eenzijdig kiezen voor het 'huwelijksrecht van de man'. Het hoeft geen betoog dat ze tegen dit recht en de

zogenaamde 'huwelijksplicht van de vrouw' was. Catharine van Tussenbroek heeft waarschijnlijk, eerder dan wie ook, erkend dat anticonceptie alléén, dat wil zeggen zonder radicale veranderingen in de seksuele moraal, geen oplossing bood voor zelfbeschikking van vrouwen op seksueel gebied.

\*\*

Het opvoeren van grote heldinnen uit het verleden is misschien inspirerend, maar op zich niet voldoende overtuigend ter beantwoording van de vraag of geneeswijze vrouwen in het verleden vrouwen-geneeswijzen hebben ontwikkeld. Soms zelfs werkt het averechts: dan worden heldinnen tot uitzonderingen op de regel, een regel die in dit geval bij voorbaat zou bevestigen dat geneeswijze vrouwen zich *niet* zouden hebben bekommerd om vrouwengeneeswijzen. Ik denk dat de geschiedenis te complex is om welke vraag dan ook met een simpel 'ja' of 'nee' te kunnen beantwoorden. □

#### Noten

1. Goekoop-de Jong van Beek en Donk, Hilda van Suylenburg. 1e druk, Amsterdam, 1898.
2. N. Chernyshevskii, Chto Delat?, werd in 1862 gepubliceerd. Mariia Bokova, één van de eerste vrouwelijke artsen in Rusland, stond model voor de feministische hoofdpersoon Vera Pavlova. (Zie: Barbara Alpern Engel, Women medical students in Russia, 1872-1882. Reformers or rebels? Journal of Social History 1978/1979 nr. 3.)
3. Mineke Bosch, 'Blauwkousen en hobbezakken in een witte jas. De eerste vrouwelijke artsen in Nederland, 1872-1913'. Derde Jaarboek voor vrouwengeschiedenis, Nijmegen, SUN, 1982.
4. Zie voor informatie over Aletta Jacobs en Catharine van Tussenbroek onder anderen E. Pereira-d'Oliveira. Vrouwen feministen die genezen wisten. Over de vrouwelijke arts in Nederland, Amsterdam, 1973.
5. Brief van Hélène Mercier aan Aletta Jacobs, ongedateerd (Amsterdam, 1897). Collectie Aletta Jacobs, IIAV.
6. Catharine van Tussenbroek, De ontwikkeling van de aseptische verloskunde in Nederland. Haarlem, 1911.
7. Catharine van Tussenbroek, Het tekort aan levensenergie bij onze jonge vrouwen en meisjes. In: Nationale Tentoonstelling van vrouwenarbeid. Besprekingen over de vakopleiding voor vrouwen, 11-14 juli 1898. Amsterdam 1899, 37-8.
8. In 'Catharine van Tussenbroek (1852-1925), een feministische medica', Negende Jaarboek voor vrouwengeschiedenis, Nijmegen, SUN, 1988, gaat Lidy Schoon dieper op de ideeën van Catharine van Tussenbroek in.

*Mineke Bosch*, historica, werkt aan een proefschrift over de geschiedenis van academische vrouwen in Nederland.

## Vrouwenhulpverlening

# Waarom congresseren vrouwelijke artsen over vrouwenhulpverlening?

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) behartigt specifiek de belangen van vrouwelijke artsen, zowel ideëel als materieel, en betreft hierin ook andere vrouwelijke werknemers in de gezondheidszorg en haar cliënten. Een groeiend bewustzijn van een eigen identiteit tekent zich af. Door persoonlijke groei, individueel en als groep, brengen vrouwen elkaar tot nog niet eerder gebruikte mogelijkheden, waardoor zich veranderingen kunnen gaan voltrekken in transformerende zin. Het huidige beleid van de VNVA omvat drie functies:

- een *vakbondsfunctie*, gericht op rechtspositie en arbeidsvoorwaarden en het elimineren van ongelijkheid en discriminatie binnen de beroepsopleiding en -uitoefening;
- een *netwerkfunctie*, die mogelijkheden geeft tot samenwerken met andere ver-

## Dr. Riet Ansink-Schipper

enigingen van vrouwen en andere beroepsgroepen waarin beide seksen zijn vertegenwoordigd, om een plaats in de medische wereld te veroveren of te verstevigen;  
– een *vakverenigingsfunctie*, waarin de aspecten van de beroepsuitoefening van de vrouwelijke arts en haar visie op de (ontwikkelingen in de) gezondheidszorg worden belicht: gezondheidszorgstructuren, medisch-ethische vraagstukken, vrouwenstudies, de vrouwenhulpverlening.

Het ontstaan van en de vele ontwikkelingen binnen vrouwenhulpverlening zijn een indicatie dat de traditionele hulpverlening niet die zorg heeft kunnen bieden

waar vrouwen recht op en behoefte aan hebben. Dat geldt voor de gezondheidszorg die werd verleend door mannen én vrouwen. Op veel klachten, berustend op een andere, vaak ondergeschikte maatschappelijke positie van vrouwen, was geen antwoord. Er werd veelal onvoldoende beroep op persoonlijke kwaliteiten gedaan, de vrouw was eraan gewend zich weg te cijferen. Zij moest worden geholpen om strategieën te ontwikkelen om meer zeggenschap en verantwoordelijkheid voor zichzelf te krijgen. Het brede veld van de vrouwenhulpverlening strekt zich uit tot de lichamelijke gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Op vele plaatsen in Nederland ontstonden organisaties, gericht op thema's als mishandeling, seksueel geweld, verslaving, transculturele problemen, (aanstaand) moederschap en ouder wor-

den. In de vorm van telefonische hulpdiensten en in praatgroepen kunnen vrouwen gedachten uitwisselen met vrouwen met een soortgelijk probleem dat zich atypisch is gaan vertalen. Wie begrijpt de zorgen van een vrouw na een baarmoederverwijdering beter dan een vrouw die dezelfde operatie heeft ondergaan? Aandacht hiervoor en een juiste benadering, zonder te veel ingrijpen, vragen om een attitudeverandering van de behandelend arts. Dit hoort binnen de geneeskundige opleiding te worden gerealiseerd. Zo zouden in het curriculum van huisartsenopleidingen colleges over vrouwenhulpverlening moeten worden opgenomen. Wanneer in een zorgvuldig afgenomen anamnese specifiek vrouwelijke klachten naar voren komen, kan samenwerking van de arts met (een) medewerker(s) van de vrouwenhulpverle-

ning met eigen deskundigheid, leiden tot een medische zorg die beter is afgestemd op vrouwen.

\*\*

Met het oog op een medische zorg die beter is afgestemd op vrouwen wilde de VNVA bij haar 55-jarig bestaan, behalve aan ontwikkelingen in vele andere velden, speciale aandacht geven aan de vrouwenhulpverlening. Wij hopen dat ons jubileumcongres hierover kan bijdragen tot de plaatsbepaling van de vrouwenhulpverlening als zelfstandige vorm van hulpverlening binnen de gezondheidszorg waarmee vrouwelijke en mannelijke artsen kunnen samenwerken: hulpverlening in de gezondheidszorg is een taak en verantwoordelijkheid van

vrouwen én mannen. Het welslagen van de overdracht van de visie van de vrouwenhulpverlening zal daarnaast voor een groot deel afhangen van een structurele, financiële zekerheid die het ministerie dat is belast met de zorg voor welzijn, volksgezondheid en cultuur zal bieden. In de voor ons liggende periode zal door overheidsmaatregelen veel binnen ons werkterrein veranderen. De VNVA zal zichtbaar mee willen sturen om te komen tot een gelijkwaardig functioneren van vrouwen en mannen. □

*Dr. Riet Ansink-Schipper, gehuwd en moeder van vier kinderen, is sedert 1986 zowel hoofd van het laboratorium voor medische microbiologie van het St. Lucasziekenhuis te Amsterdam als voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen.*

## M/V in de gezondheidszorg

# Man en/of vrouw, of niet?

*De op zich niets zeggende titel 'Man en/of vrouw, of niet?' doet mij mezelf veroorloven de gekleurde bril op te zetten van wat men een gedragsdeskundige noemt, met alle de werkelijkheid verkleurende interpretatie van dien. Tevens ben ik erfelijk belast met een vergrote lens waar het gaat om minderheden. Daar komt nog bij dat ik al meer dan vijftien jaar mijn hart verpand heb aan een vrouw die ook nog verpleeghuisarts is. Verwacht u dus geen wetenschappelijk betoog. Wel wil ik met die gekleurde bril, die vergrote lens en dat verpande hart kijken naar mijn ervaring met vrouwelijke huisartsen, opgedaan in de huisartsenopleiding en u deelgenoot maken van mijn ideeën over de betekenis van de vrouwelijke arts voor patiënten en collega's.*

Als huisarts en patiënt tegenover elkaar zitten zijn het alles behalve onbeschreven bladen. Beiden hebben in deze situatie een dikke rugzak op hun rug, ook al zijn ze zich dat meestal niet bewust. Beide rugzakken wil ik voor u uitpakken, ervan uitgaande dat de huisarts een vrouw is.

De vrouwelijke huisarts heeft in haar rugzak allereerst een zeer zwaar wegende *geschiedenis*. Vóór de 13e eeuw waren vrouwen autonome genezers voor het gewone volk, met name voor vrouwen en armen. Haar geneeskunst kenmerkte zich door een empirische wijze van doen, empirisch in de oorspronkelijke betekenis van 'uit ervaring geboren', een ervaring

## Drs. W. A. M. Alting von Geusau

ook die van geslacht op geslacht werd doorgegeven. Zij hadden een grote kennis van anatomie, van kruiden en van praktische verloskunde. Als vanaf de 13e eeuw de kerk de geneeskunde in Europa een plaats gunt aan de universiteiten, wordt deze slechts toegankelijk gemaakt voor mannen. Dan groeit er een door de kerk gecontroleerde medische praktijk, uitgeoefend door mannen en vooral bestemd voor de betere klassen. Vanaf de 14e eeuw ziet men de vrouwelijke genezers als gevaarlijke concurrenten en begint tegen hen een hetze, die vier eeuwen duurt en miljoenen vrouwen tot heks bestempelt en slachtoffer maakt; door de officiële autoriteiten van kerk of staat worden deze vrouwen volgens in een handboek beschreven procedures gemarteld en verbrand of opgehangen. In de 18e eeuw is dan voor vrouwen in de gezondheidszorg de verpleging in dienstbaarheid aan de arts nog over (zie: Barbare Ehrenreich en Deirde English, 'Witches, Midwives and Nurses. A history of Women Healers'). Dat het bloed kruipt waar het niet gaan kan, blijkt voor mij nog eens uit een prachtig boek uit 1924, getiteld: 'La femme médecin du foyer' ('De vrouw als arts van het gezin'), geschreven door Anna Fischer, docteur en médecine, waar in het voorwoord

door een mannelijk specialist een mannelijke auteur, Michelet, wordt aangehaald, die zegt: 'De gebreken van de vrouw komen van haar afhankelijkheid'. Ook al is in dit boek de functie van de vrouw als geneeskundige beperkt tot haar eigen gezin, het lijvige boekwerk zou een uitstekend handboek kunnen zijn voor de gezinsarts.

Als de vrouwelijke huisarts, en dus ook gezinsarts, nú daar zit is zij als het ware terug van eeuwen weggeweest en weer binnen, na eeuwen te zijn uitgesloten. Zij is nu dan wel opgeleid in wat ik even de mannelijke traditie van de geneeskunde wil noemen, technisch en gebaseerd op autoriteit. De geschiedenis in haar rugzak plaatst haar voor de innerlijke spanning tussen de vrouwelijke traditie van uit ervaring gevormd werken, dichtbij de gewone mensen, met het accent op het curatieve, het zorgende, én de technische benadering op gezagvolle afstand van mensen die diagnosticeert en therapieën voorschijft.

De tweede brok die de vrouwelijke huisarts achter de tafel in haar rugzak heeft is haar *culturele bepaaldheid*. In deze situatie ligt dan voor haar de nadruk allereerst op de moederlijke rol die de vrouw in onze cultuur verwacht wordt te vervullen, met een zorgende, voedende, de zwakke beschermende houding. Nu maakt dit vrouwbeeld in onze cultuur wel een ontwikkeling door, maar deze lijkt grotendeels beperkt tot de vrouwen die zich daar bewust mee bezighouden; die ontdekken de vrouw los



van haar rol in het gezin als de strijdlustige, zelfstandige, creatief-intelligente. De vrouwelijke huisarts voelt echter de moeite deze vrouwelijke elementen tot gelding te brengen. Vooral als zij het moederlijke en het zelfstandige beeld wil combineren, zelfstandig als arts functioneren, maar tegelijk mogelijkwerwijs zwanger en daarna moeder van kinderen, blijkt zij in de mannelijke artsenwereld nauwelijks acceptabel te zijn.

Het derde, tevens eerste wat er in de rugzak van de vrouwelijke huisarts zit is haar *persoonlijke identiteit*, de wijze waarop geschiedenis en cultuur hun stempel hebben gedrukt op haar persoon. Een intensief contact met enkele tientallen jonge vrouwelijke artsen brengt mij tot drie thema's: de druk om zich waar te maken, een onbegrensd en dikwijls negatief zelfbeeld, en agressie. Heel kort samengevat:

1. 'Waarom moet ik na zoveel jaren nog steeds bewijzen dat ik het wel kan?', schrijft een ervaren vrouwelijke huisarts bij het begin van supervisie. Het is de typisch vrouwelijke variant van de voor alle huisartsen geldende gezonde onzekerheid in dit vak. Vanuit geschiedenis en cultuur wordt van de vrouw verondersteld dat zij zich de technische aspecten van het vak niet eigen kan maken, en wel zo sterk dat zij geneigd is het zelf te geloven tegen alle feitelijkheid in. Dit gaat gepaard met voortdurende angst, spanning en ongerustheid. Als medisch-technisch vakkundig arts voelt zij zich niet op haar kwaliteiten beoordeeld.

2. Wat het zelfbeeld betreft: de meeste vrouwelijke artsen komen uit traditionele gezinnen waarin moeder de kinderen opvoedt en vader veelal afwezig is, zo niet lichamelijk dan toch geestelijk. Daarom is er een sterke identificatie met de zorgende, dienstbare, alles voor anderen en weinig of niets voor zichzelf overhebbende moeder. Een duidelijke begrenzing van de persoon die zij moet halen uit het contact met de vader als de duidelijk andere mens is dan ook meestal slechts vaag aanwezig. Dat maakt dat zij slecht de grens kan trekken tussen wat van haar en wat van de ander is. In de praktijk voelt zij snel en doeltreffend aan wat er in anderen aan de hand is, maar is zij bij gebrek aan begrenzing moeilijk in staat daarvan afstand te nemen: haar zelfbeeld gaat op in de ander. Als zij dan bovendien steeds is aanvaard op wat zij voor anderen doet en niet op de eigen persoon die zij is, wordt haar zelfbeeld in grote mate afhankelijk van wat anderen vinden. De slotsom is dan snel negatief gekleurd.

3. Het valt mij op dat de vrouwelijke artsen met wie ik contact heb gehad allen wat ik noem driftmatig zeer begaafde vrouwen zijn: actief, vol energie, doorzettingsvermogen, sterke ogen, felle mensen. Hun is echter geleerd, en van hen wordt nog steeds verwacht, dat meisjes niet agressief zijn, dus wordt van hen geen directheid, geen confronterende houding verwacht. Zij hebben dan ook veel last van ingehouden en opgepote agressie, keren de boosheid tegen zichzelf, kruipen in hun schulp of zijn verlegen en terughoudend of werken zich

kapot. Het is maar gelukkig, dat zij gezond genoeg zijn om er, soms na een korte bezinning op hun persoonlijke situatie, toch lekker bij te zitten als de patiënt binnenkomt.

Ook de patiënt heeft een en ander in zijn of haar rugzak, voordat hij of zij de klacht presenteert.

Ook hier is er een brok *geschiedenis*, dat hij of zij onbewust meedraagt. Eerst ging een patiënt al heel gauw dood: als de ziekte echt ernstig was, werd iemand niet veel ouder dan 40. Voor kwalen en ziekten had men de vrouwelijke genezers en de heiligen; de rijken hadden de dokters met hun magische riten. Bij de opkomst van de geneeskunde als een eigen discipline komt er voor de patiënt een periode van totale afhankelijkheid van 'meneer de dokter', in onze tijd gevolgd door de houding van de consument. Langzaam en moeizaam ontwikkelt zich een mentaliteit van medeverantwoordelijkheid en inspraak.

De tweede brok in de rugzak van de patiënt is de *cultuur* die de verwachting van de patiënt bepaalt. De patiënt verwacht een man van gezag; als er een vrouw zit aan de andere kant van het bureau, dan is dat een assistente of een verpleegster: de echte dokter komt nog.

Het derde element in de rugzak van de patiënt is van *persoonlijke aard*. Vrouwen zullen op een vrouwelijke arts anders reageren dan mannen. De ervaring die iemand met zijn of haar eigen moeder heeft kan gemakkelijk, zij het onbewust, op de vrouwelijke arts worden overgedragen. Dit zal te meer spelen daar voor de meeste patiënten, mannen zowel als vrouwen, de moeder de overheersende figuur was in hun eigen gezin.

Zo zitten ze dan tegenover elkaar met hun rugzakjes, de vrouwelijke arts en de patiënt. De rugzak van de eerste lijkt veel zwaarder geladen dan de ander, al heeft de patiënt, gebiologeerd als hij of zij doorgaans is door de klacht, dat niet in de gaten. De vraag is nu: is er in het consult dat dan volgt een typisch kenmerk te vinden dat komt op rekening van het feit dat hier een vrouwelijke arts zit? Omdat ik zelf slechts een vermoeden heb van het antwoord op die vraag – ik heb zelf sinds enkele jaren een vrouwelijke huisarts – vroeg ik aan een tachtigtal patiënten in twee groepspraktijken waar één vrouwelijke arts werkt, alsook aan ongeveer 25 huisartsen, de meesten nog in opleiding, of er typische kenmerken zijn voor de relatie vrouwelijke huisarts-patiënt. Men zegt namelijk dat vrouwelijke artsen fijngerueliger zijn, meer op details gericht, dichter bij de mensen en gemoedelijker, minder zakelijk, meer op de hoogte van babies en kinderopvoeding; ook zegt men dat vrouwelijke artsen prettiger zijn voor vrouwen, vooral waar het typische vrouwenzaken betreft, zoals gynaecologisch onderzoek en problemen rond de vrouwelijke seksualiteit.

Het overgrote merendeel van de mensen die ik ernaar heb gevraagd, zegt dat het eigenlijk helemaal niets uitmaakt of er een man zit of een vrouw. Maar heel weinig vrouwen hebben graag voor zichzelf een vrouwelijke arts waar het 'vrouwenzaken' betreft. De meeste mannen én vrouwen vinden wel dat anderen dan zij

zelf de kans moeten hebben daarvoor een vrouw te kiezen, maar voor henzelf hoeft dat niet. Een paar vrouwen zeggen bij hun mannelijke huisarts te willen blijven, maar voor 'borsten en vagina' even binnen te wippen bij de vrouwelijke huisarts.

Ook al is deze meningspeiling geen onderzoek, ze versterkt mijn *stelling*:

– Er bestaan geen typische kenmerken voor de relatie tussen vrouwelijke huisarts en patiënt; wel is het van belang dat in de huisarts – of deze nu man is of vrouw – ook vrouwelijke eigenschappen zijn geïntegreerd.

Ten overvloede: onder 'vrouwelijke eigenschappen' versta ik: het dicht bij de patiënt staan, zorgvuldigheid in dubbele zin, fijngevoeligheid, zin voor het detail en voor de gewone dingen van het leven, en een typisch vrouwelijke vorm van slagvaardigheid. Deze eigenschappen zouden geïntegreerd moeten zijn met de mannelijke, waarvoor dan termen staan als: technisch vakkundig, logisch en zakelijk werkend, ordenend en leidend, afstand bewarend.

Nu behoeven wij ons over de aanwezigheid van de mannelijke kleur in de arts-patiëntrelatie niet zoveel zorgen te maken. Waar mannen overheersen, overheerst ook de mannelijke stijl. Vandaar mijn tweede *stelling*:

– Om de vrouwelijke stijl in de relatie tussen arts en patiënt voldoende kans te geven dient in iedere groepspraktijk, associatie of waarnemingsgroep minstens één vrouwelijke arts aanwezig te zijn, die zich niet aanpast aan de eenzijdig mannelijke stijl.

In mijn meningspeiling werd deze opvatting door bijna alle patiënten gedeeld en ook door de vrouwelijke artsen, maar slechts door de helft van de mannelijke artsen. Ik zou ter ondersteuning van deze gedachte vanuit de praktijk van de huisartsenopleiding willen opmerken, dat zowel in de leergroepen als in de trainings- en supervisiegroepen de aanwezigheid van minstens twee vrouwelijke artsen noodzakelijk moet worden geacht, ook al is dat nu nog niet haalbaar: het blijkt dat de stijl van de communicatie onder elkaar en over de patiënten er op slag door verandert. Aanvankelijke bezwaren bij huisartsopleiders tegen vrouwelijke arts-assistenten (hun vrouw zou er moeite mee hebben, de patiënten zouden het al te leuk vinden) blijken in de praktijk als sneeuw voor de zon weg te smelten.

Naarmate het artsenberoep maatschappelijk verder devalueert zullen wel meer vrouwen zich melden voor de geneeskundestudie. Nu al is het bijna fifty-fifty. Maar er zijn redenen van gezonde gezondheidszorg, van *visie* op het werk van de huisarts, die het noodzakelijk maken dat in de huisartsenwereld zelf ter zake een beleid wordt ontwikkeld. Om de gezondheidszorg in de eerste lijn gezond te maken, mogen vrouwelijke artsen gerust strijdlustiger zijn in huisartsenland en het beeld laten zien van de strijdlustige Amazone, zonder een mannenhatende Artemis of een jaloerse Hera te zijn. □

Drs. W. A. M. Alting von Geusau is werkzaam op het Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut.

## Terminale zorg

# De kankerpatiënt in het verpleeghuis

Nederland kent in ronde cijfers 340 verpleeghuizen met 44.000 plaatsen, en wel 24.000 in de somatische en 20.000 in de psychogeriatrische huizen of afdelingen.

In de somatische sector worden jaarlijks 21.000 patiënten opgenomen, van wie 12% met als eerste diagnose een maligniteit en nog eens 10% met als bijkomende diagnose een maligniteit. In de psychogeriatrische sector worden jaarlijks 7.000 patiënten opgenomen, van wie 0,5% met als eerste diagnose een maligniteit en met in 2% als bijkomende diagnose een maligniteit. Op de somatische afdelingen overlijden aan alle diagnoses 10.000 patiënten per jaar en in de psychogeriatric 5.500<sup>1</sup>. Een arts werkzaam in de somatische huizen of afdelingen, bij een bezetting van 1 full-time arts op 100 patiënten, neemt dus gemiddeld 11 patiënten op met een maligniteit als hoofddiagnose en nog eens 9 patiënten met een maligniteit als bijdiagnose.

Een psychogeriatrisch werkzame verpleeghuisarts ziet een maligniteit zelden. De getallen zijn relatief klein en gezien de verscheidenheid aan maligniteiten zal een verpleeghuisarts meer ervaring krijgen met enkele vormen van kanker, zoals borstkanker en longkanker. In het verleden van terminale zorg, zowel wat betreft de symptomatische behandeling als de begeleiding krijgt hij veel meer ervaring: een somatische full-time in het verpleeghuis werkzame arts staat ruim 40 keer per jaar aan een sterfbed, een psychogeriatrisch arts 28 keer. In verpleeghuizen met meer dan één arts doen deze artsen, doordat zij elkaars patiënten meemaken, nog een grotere ervaring op. In dit artikel zullen de zelfde punten als in het eerste gedeelte van deze serie over terminale zorg: 'Facetten van de huisartsenzorg voor kankerpatiënten' aan de orde komen<sup>2</sup>.

## DE KANKERPATIËNT

De kankerpatiënt in het verpleeghuis, met als hoofddiagnose een maligniteit, verschilt van de patiënt in de huisartspraktijk. De patiënt wordt eerst in een laat stadium van zijn ziekte opgenomen. De opname in een verpleeghuis geschiedt vrijwel altijd om verpleegkundige redenen. Patiënten die veel verpleegkun-

J. J. M. Michels

dige hulp en toezicht nodig hebben zullen relatief eerder en meer in het verpleeghuis komen, zoals patiënten met longtumoren, hersentumoren en patiënten met pijn, decubitus of verwardheden. Behalve de verpleegbehoefte spelen bij een opname vaak sociale factoren een rol; de patiënten zijn over het algemeen ouder, zij staan vaker alleen of hebben verstoorde relaties met hun huisgenoten en zij komen meer uit de zwakkere milieus.

Patiënten met als bijdiagnose kanker worden opgenomen in verband met de verschijnselen van hun primaire ziekte. Zij zijn in dezen te vergelijken met opgenomen patiënten bij wie een maligniteit wordt ontdekt, omdat bij beide categorieën de patiënt niet op de hoogte is van deze erbij komende diagnose. De maligniteit is dan in het begin een complicerende aandoening, in het verdere verloop kan zij wel eens de belangrijkste worden. In de psychogeriatric blijft meestal toch het dementiële beeld het beleid bepalen.

## HET VERPLEEGHUIS

Het verpleeghuis biedt een medische behandeling op niet-specialistisch niveau, fysiotherapie, ergotherapie en logotherapie, en dat alles in een aan de patiënt aangepast tempo. Daarnaast een continue verpleegkundige hulp, die er bovendien sterk op is gericht de patiënt zelfstandig te houden. De combinatie van continue medische, paramedische en verpleegkundige hulp maakt behandelingen mogelijk die thuis moeilijk te realiseren zijn.

Pastorale bijstand is vrijwel altijd en hulp van een psycholoog nogal eens aanwezig.

Tenslotte, en voor vele patiënten nog het belangrijkste, is er een leefmilieu dat helemaal is gericht op en is aangepast aan ernstig zieke en gehandicapte mensen: zij kunnen zich hier vrij bewegen, aan allerlei activiteiten deelnemen en profiteren van de vele ontspanningsmogelijkheden. Vooral voor patiënten voor wie veel te vroeg de ziekenhuiszaal al een sterfka-

mer of het eigen huis al een sterfhuis is geworden, kan het verpleeghuis een ware ervaring bieden.

## DE VOORLICHTING

De patiënt heeft voor hij wordt opgenomen reeds een lange ziektegeschiedenis, vaak een lange lijdensgeschiedenis, achter de rug. Hij is vrijwel altijd op de hoogte van de aard van zijn ziekte en de levensbedreiging die daarvan uitgaat. In het verwerkingsproces is hij meestal een heel eind gevorderd. Nogal eens wil hij er niet verder meer over praten en ontstaat er een stilzwijgende verstandhouding dienaangaande tussen patiënt en arts. Twee onderwerpen wil de patiënt wél bespreken: ten eerste, hoe het toch zo ver is kunnen komen; ten tweede, hoe het verloop zal zijn.

De verpleeghuisarts, die de patiënt eerst nu ziet, heeft in ieder geval geen diagnose gemist of deze te laat gesteld, noch heeft hij part of deel gehad aan de tot nu, duidelijk met weinig succes, toegepaste behandeling. Hij kan onpartijdig, objectief en deskundig samen met de patiënt de ziektegeschiedenis overzien. Hij moet er zich voor hoeden als verdediger van de stand op te treden; hij moet veeleer als deskundig klankbord functioneren. Het is opmerkelijk hoe reëel de meeste mensen zijn en hoe zij zelf hun oorspronkelijk negatieve mening over de behandelaars corrigeren, indien zij er eens uitvoerig over kunnen praten; dit bevordert enorm het vertrouwen.

De meeste patiënten hebben onuitsproken angsten voor het nog komende lijden; zij kennen meestal wel iemand uit hun kennissenkring die, naar de steeds dramatischer wordende verhalen, ontstellend heeft moeten lijden. Voorlichting geven over het komende verloop en de maatregelen die ter verlichting van de situatie kunnen worden genomen, is van groot belang. De arts kan zich niet verschuilen achter de stelling dat niemand in de toekomst kan kijken.

Het slecht-nieuwsgesprek bij patiënten die met een bijdiagnose kanker zijn opgenomen of bij wie tijdens de opname een kanker wordt ontdekt kent bijna nooit die dramatiek welke de huisarts ontmoet. De huisarts heeft te maken met een patiënt

die in het volle leven staat en nu plotseling vitaal wordt bedreigd, de verpleeghuisarts heeft in deze gevallen te maken met een patiënt die het zelfstandige leven al achter zich heeft en in wezen voor een nieuwe complicatie staat in zijn ziekteproces. Toch kan ook voor een verpleeghuispatiënt een levensbedreiging een enorme schok betekenen.

## HOUDING PERSONEEL

Het verpleeghuis is een samenleving van patiënt, personeel, medepatiënten en bezoekers. De onderlinge relaties zijn meestal oppervlakkig. De patiënten laten nauwelijks iets van hun gevoelens blijken. Het ontbreken van privacy leidt ertoe, dat als men iets aan iemand vertelt, dit gauw gemeengoed wordt. Men tracht zijn privacy in de gemeenschap te behouden. Dit geldt niet alleen voor de patiënten onderling, maar ook tegenover het personeel: als de patiënt één personeelslid iets toevertrouwt loopt hij het risico dat het via teambesprekingen of overdrachtrapporten aan alle personeelsleden bekend wordt.

Het personeel kan moeilijk afzonderlijke relaties aangaan, iedereen is in principe gelijk. Deze problematiek, eigen aan de totale institutie die het verpleeghuis is, leidt vaak tot spanningen<sup>3,4</sup>. De patiënt wil en heeft recht op een persoonlijke en intieme benadering; ieder personeelslid wil dit geven, maar het systeem laat het niet toe. Dit schept bijzondere verplichtingen voor degenen die min of meer als eenling in de organisatie kunnen functioneren: de afdelingsarts, de pastor, de hoofdzuster, soms een ervaren ziekenverzorgster. De houding van deze personen is van eminent belang. Als zij kiezen voor werken in teamverband, ook wat persoonlijke zaken betreft, komt de patiënt in het gedrang. Hij of zij moet, en daarvoor heb je het vertrouwen van de andere personeelsleden nodig, met één patiënt alleen op pad kunnen gaan.

Met het terminaal ziek-zijn is het verpleeghuis vertrouwd. De dood komt hier meestal aan het eind van een lang ziekbed en op hoge leeftijd. Daarmee heeft de dood veel van zijn verschrikkingen verloren. Toch blijft een overlijden voor iedereen een enorme gebeurtenis. Het betekent vaak voor de verzorgende een persoonlijk verlies; dit merkt men het best als er enige patiënten kort na elkaar op een afdeling overlijden: dit blijkt dan te zwaar te zijn.

De houding tegenover ziekte en dood van het personeel is van groot belang. Zij

moet naar de individuele patiënt worden vertaald. De keuze van de patiënt en de waardering van de familie laten duidelijk zien wie de goede hulpverleners zijn.

## MEDISCHE HULP

In medisch-technisch opzicht heeft de verpleeghuisarts een ongeveer gelijke kennis en in sommige handelingen een grotere vaardigheid dan de huisarts. De verschillen in ervaring tussen huisarts en verpleeghuisarts zijn groot. De verpleeghuisarts heeft een geringere diagnostische ervaring, de meeste patiënten komen met de diagnose binnen. Van de modernere, vaak patiëntvriendelijke, diagnostische technieken dient hij zich nadrukkelijk op de hoogte te stellen. Hij heeft mogelijk meer ervaring in de bijwerkingen van bestralingen en cytostatica en de gevolgen van operaties. Daarbij moet de verpleeghuisarts zich er bewust van blijven dat hij alleen die patiënten ziet bij wie het niet goed is gegaan, dus een negatieve selectie. Wat de behandeling betreft heeft de verpleeghuisarts meer mogelijkheden dan de huisarts: intraveneuze voeding, epidurale pijnbestrijding, zuurstoftoediening, ascitespunctie, snelle aanpassing van medicatie.

Bij een multidisciplinaire behandeling is het verstaan van de klacht niet altijd eenvoudig. De patiënt klaagt naar de mogelijkheden van de hulpverlener toe: een zelfde complex van onlustgevoelens wordt de arts als pijn, de verpleging als moeheid en de psycholoog als angst aangeboden. De belangrijkste klachten die men in het verpleeghuis ontmoet betreffen: moeheid en uitputting, ongemakken van de houding, pijn, benauwdheid, hiken, hoesten, misselijkheid en braken, jeuk, transpiratie, slikken, heesheid en niet verstaan worden, diarree, obstipatie, incontinentie, dorst en een droge mond, slapeloosheid, sufheid en vergeetachtigheid, onzekerheid, angst en het niet kunnen aanvaarden van de ziekte. De klachten worden veroorzaakt door het kankerproces zelf, de bijkomende ziekten en niet in de laatste plaats de medicatie. De continue observatie in het verpleeghuis maakt een analyse van de klachten mogelijk.

In de palliatie heeft het verpleeghuis vele mogelijkheden door het samenwerken en altijd aanwezig zijn van arts, verpleegkundige, paramedici en andere hulpverleners. De specialist is gewoonlijk gemakkelijk in te schakelen of te consulteren. De afleiding die patiënt kan worden

geboden – bijvoorbeeld een dyspnoïsche patiënt in het eindstadium van longkanker met een elektrische rolstoel de tuin in laten rijden – is van onschatbare waarde.

## SAMENWERKING

De samenwerking van vele *professionele hulpverleners*, één van de kenmerken van het verpleeghuis, is tevens zijn kracht. In de samenwerking kunnen moeilijkheden ontstaan door grote verschillen in kennis en ervaring tussen de personeelsleden onderling, bijvoorbeeld een zeer ervaren, behoudende, oudere verpleegkundige en een pas afgestudeerde, al te enthousiaste, jonge arts. Deskundigheid op het eigen vakgebied, een groot onderling vertrouwen, waardering voor elkaar en het aanvaarden van de leiding zijn de basisvoorwaarden voor een goede samenwerking. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor behandeling en beleid ligt bij de verpleeghuisarts. De samenwerking met de niet direct bij de behandeling betrokken personen, directieleden, opleidingsfunctionarissen, vraagt in verband met de vergaande bureaucratisering toenemend aandacht en tijd.

De samenwerking met *huisarts en wijkverpleging* komt, behalve in de dagverpleging, af en toe aan de orde als een patiënt voor één of enkele dagen naar huis wil gaan en eventueel bij patiënten die willen worden ontslagen om thuis te sterven; dit laatst komt uiterst zelden voor.

*Vrijwilligers* kunnen een essentiële rol spelen. Veelal zullen de eerste contacten van de vrijwilliger met de patiënt van dienstverlenende aard zijn: boodschappen doen, mee uit nemen, een spelletje doen. Deze contacten leiden vaak tot persoonlijke gesprekken, waarbij de positie van de vrijwilliger, los van het verpleeghuis, specifieke mogelijkheden biedt. De patiënt kan vrijuit praten. De vrijwilliger ondersteunt of vervangt zo de familie en vrienden.

Vele ongeneeslijke patiënten hadden of hebben, vaak op aandrang van de familie, contacten met *alternatieve genezers*. De ervaringen zijn uiteraard slecht, anders waren zij niet in het verpleeghuis terechtgekomen. In de structuur van het verpleeghuis past de inschakeling van alternatieve genezers nauwelijks. Net als bij de huisartsen blijft het inschakelen van alternatieve genezers een omstreden onderwerp. In hoeverre verpleeghuisartsen zelf alternatieve geneeswijzen toepassen is niet bekend.

## DE FAMILIE

De familie van de patiënt speelt een grote rol, soms door volledig afwezig te zijn, soms in negatieve zin doordat de relaties zijn verstoord, meestal doordat de familie een grote betrokkenheid toont. Voor de familie geldt meestal de grote geruststelling dat het betrokken familielid goed wordt verzorgd. De belasting van het regelmatig bezoeken van het verpleeghuis kan voor de familie – het betreft vaak oude, zelf hulpbehoevende partners – zeer groot zijn. De opvang en de begeleiding van de familie worden tot de wezenlijke taken van het verpleeghuis gerekend. Bij de directe familieleden treft men nogal eens schuldgevoelens aan: zij hebben de patiënt 'afgeschoven'; dit is vaak juist het geval bij diegenen die tot dan toe onvoorstelbaar veel voor hun familielid hebben gedaan.

De begeleiding van de familie houdt op bij het overlijden van de patiënt. Immers, daarna komt de familie niet meer in het verpleeghuis. Van het rouwproces is het verpleeghuis geen getuige. In de laatste brief naar de huisarts dient de verpleeghuisarts zijn bevindingen met de familie over te dragen.

## DE VRAAG OM EUTHANASIE

De discussies in Nederland over euthanasie raken het verpleeghuis. Het beleid met betrekking hiertoe berust niet alleen bij de artsen, maar ook bij de andere medewerkers en niet in de laatste plaats bij de besturen. Voor- en tegenstanders komt men ook in de verpleeghuizen tegen. Veelal zijn de meningen eerder gevormd door de discussies buiten het verpleeghuis dan door ervaringen daarbinnen.

De vraag om actieve euthanasie komt – zo mag men verwachten – in het verpleeghuis niet veel voor. Het verpleeghuis kan vrijwel altijd het lichamenlijk lijden dragelijk maken en voor de geestelijke nood kan redelijk steun worden geboden. De zin van het leven wordt meer bepaald door de beleving van alledag dan door het maatschappelijk verleden van de patiënt. Familie en buitenwereld kunnen zich dat vaak niet voorstellen. Hun eigen huiver en afschuw voor het verpleeghuis, het ongeneeslijk ziek-zijn en zeker het dementeren, projecteren zij op de patiënt in het verpleeghuis: 'Ik moet er niet aan denken, dat mij zo iets kan overkomen. Dus moet het voor de patiënt die dat wel is overkomen, een verschrikking zijn'. Niet patiënten met een

vraag om euthanasie, dus levensbeëindiging op hun uitdrukkelijk verzoek, geven de emotionele problemen, maar veeleer de familie, die dit ziek-zijn niet aankan. Een zeer moeilijk dilemma vormen de in blijvend coma verkerende patiënten. De uitzichtloze verzorging van de patiënt en de begeleiding van de familie is zwaar. Men beroept zich telkens op het ondragelijke lijden, dat de patiënt nooit zou hebben gewild, en men kan verstandelijk niet accepteren dat het kenmerk van een coma is dat de patiënt buiten bewustzijn is, geen lijden ervaart en dus niet lijdt. Het verpleeghuis is gelukkig met het verdwijnen van de term 'passieve euthanasie'. Het niet toepassen van alle beschikbare mogelijkheden, het staken van zinloos geworden behandelingen en het risico's, ook vitale risico's, nemen bij het verlichten van lichamenlijk lijden, is altijd als een onderdeel van goed medisch handelen beschouwd.

## CONCLUSIES

Het verpleeghuis is uitstekend in staat patiënten met kanker hulp te bieden, indien hun thuis om praktische of technische redenen geen zorg kan worden gegeven. Hoewel aan een opname veel bezaren zijn verbonden, biedt het verpleeghuis, ook mentaal, mogelijkheden die thuis niet zijn te realiseren. Voor

verreweg de meeste patiënten betekent een opname in een verpleeghuis, afgemeten aan de situatie waarin zij op dat moment hebben verkeerd, een verbetering. Eenmaal opgenomen, wil de patiënt zowel als zijn of haar familie de vroegere situatie nog wel eens idealiseren. Onderzoek naar (facetten van) de verpleeghuisgeneeskunde voor kankerpatiënten ontbreekt. Hier wreekt zich de achterstand van de verpleeghuisgeneeskunde ten opzichte van de huisartseneeskunde, het niet aanwezig zijn van een eigen wetenschappelijk instituut en het ontbreken van een opleiding tot verpleeghuisarts. □

### Literatuur

1. SIVIS Jaarboek 1985.
2. Cuisinier MCJ, Venrooij MH van, Eijk JThM van. Facetten van de huisartsenzorg voor kankerpatiënten. *J t/m 7. Medisch Contact* 1988; 43: 1059-62, 1092-4, 1126-9, 1168-70, 1215-8, 1247-9, 1273-5.
3. Goffman E. Totale instituties. Universitaire Pers Rotterdam/Standaard Wetenschappelijke Uitgeverij, 1957.
4. Michels JJM. Relaties in de totale institutie: het verpleeghuis. In: Amstelhof. Hedendaagse verpleeghuiszorg in een historische omgeving. Amsterdam: Amstelhof, 1987.

Prof. J. J. M. Michels is bijzonder hoogleraar in de verpleeghuisgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen.

## Subsidie Catharine van Tussenbroekfonds

Het bestuur van de Stichting Doctor Catharine van Tussenbroek stelt in 1989 subsidie beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek of studie van Nederlandse vrouwen of vrouwelijke Nederlandse ingezetenen. In aanmerking kunnen komen:

1. vrouwen die zijn afgestudeerd aan een instelling voor wetenschappelijk onderwijs of aan een instelling voor hoger beroepsonderwijs en die hun opleiding voortzetten aan een instelling voor wetenschappelijk onderwijs. De subsidie bedraagt maximaal f 2.500,—. Geen subsidie wordt toegekend: voor aanschaf van apparatuur of boeken; voor kosten van levensonderhoud in Nederland; voor vertaalkosten; voor vermenigvuldigen van verslagen of rapporten; voor een reeds gestart of voltooid project;
2. vrouwelijke studenten aan een instelling voor wetenschappelijk onderwijs, die hun studie bijna hebben voltooid, en wel:
  - a. studenten die een onderdeel van hun studie doen aan een buitenlandse instelling voor we-

tenschappelijk onderwijs kan een bijdrage in de reiskosten naar de plaats van bestemming worden toegekend, als zij kunnen aantonen dat de overige kosten grotendeels zijn gedekt door subsidie van een Nederlandse of buitenlandse instelling; aanvragen moeten vóór het vertrek naar het buitenland worden ingediend; b. studenten die met goed gevolg een leer-, afstudeer-, scriptie-, etc. onderzoek of stage in het buitenland hebben uitgevoerd; aanvragen moeten, voorzien van een kort verslag, worden ingediend binnen zes maanden na het voltooiën van het buitenlandse deel van het onderzoek.

Alle aanvragen moeten, op speciaal daarvoor bestemde formulieren vóór 15 februari 1989 worden ingediend bij het secretariaat van het fonds, Jerfaasplantsoen 12, 6721 HC Bennekom. Aanvraagformulieren en nadere inlichtingen zijn, uitsluitend op schriftelijk verzoek en met vermelding of het een afgestudeerde of een doctoraalstudente betreft, bij het secretariaat verkrijgbaar.



## Dagboek van een waarnemer

### 3: Per ambulance of niet?

Zaterdagochtend, 08.00 uur.

'Met Clingendael. Ik bel u voor mijn moeder, mevrouw Clingendael van de Trompetweg 3. Kunt u misschien even langskomen bij mijn moeder, want ze is benauwd. Ze is om half vijf uit haar bed gekomen en ze is ook erg moe.' Dat wil ik geloven.

'Hoe oud is uw moeder?'

'85 jaar, dokter'.

'Bent u bij haar?'

'Ja.'

Ik ben vele malen uitgerukt, nadat ik door ongeruste kinderen, die zelf niet bij de ouders waren gaan kijken, op pad was gestuurd.

'Ik kom meteen, meneer Clingendael'.

Navragen naar eventuele bestaande ziekten kan best ter plaatse, evenals informeren naar het medicijngebruik. Als het duidelijk is dat ik een visite moet rijden, houd ik het telefoongesprek meestal kort. Anders denkt de patiënt dat je niet wilt komen. Het is mij gebleken dat het heel lastig is duidelijk te maken dat ik met meer informatie beter beslagen ten ijs kom. Onderweg prakkizeer ik over de differentiële diagnose: pneumonie, bronchitis, decompensatio cordis, pneu, astma – een aardig rijtje, dat niet langer wordt, want ik ben er al.

Ik tref een vriendelijke dame van 85 jaar aan, haar zoon en schoondochter en kleinkind. Mevrouw Clingendael is inderdaad benauwd. Ze is om half vijf wakker geworden en kon het toen in bed niet meer uithouden. Sedertdien zit ze aan tafel. Om 07.30 uur heeft ze haar zoon gebeld.

Op mijn vraag of ze bekend is met hart- of longziekten, antwoordt ze dat ze een infarct heeft gehad, tien jaar geleden. Ze slikt daar nog pilletjes voor. De medicijnpotjes staan op een rijtje op de tafel. Lanoxine® – 1 dd 1 tablet; Lasix® – 1 dd 1; Mogadon® vesp. 1. Mevrouw is nog van voor het Persantin-tijdperk en ze slikt kennelijk ook geen antistollingsprepa-

raat. Maar zoals gezegd, benauwd is ze wel. Ze heeft geen koorts, hoest niet, geeft geen sputum op, slaapt met twee kussens en is wel eens vaker wat benauwd wakker geworden, maar dan ging het vanzelf weer over. Longklachten heeft zij dus eigenlijk niet.

Bij lichamelijk onderzoek hoor ik vochtige rhonchi basaal beiderzijds. De bloeddruk is 160/100, de pols 100, regulair en equaal. Er is een klein beetje oedeem aan de benen. Niet overduidelijk. Ik houd het op decompensatio cordis. De pomp faalt. Hoe leg je dat uit? 'Het hart moet te hard pompen en er blijft nu wat vocht in de longen staan. Dat deel van de longen ventileert dus niet mee. Nu moet u wat extra vocht kwijt en dan is de zaak in de regel weer in orde. Maar dat moet wel in het ziekenhuis gebeuren. Daar kunnen ze bijhouden hoeveel vocht eruit gaat en hoeveel erin gaat en daar de medicijnen op regelen. Ik ga u dus naar het ziekenhuis sturen, als u dat goed vindt.' 'En als ik het niet goed vind?' Er speelt een schalks lachje om haar mond. 'Moeder, u moet verstandig zijn, als de dokter dit nu het beste vindt', valt de zoon in. 'Zie je wel,' ga ik op haar lach in, 'als we hier meeste stemmen gelden doen, win ik. Maar u mag 't zelf zeggen, want u bent zelf baas over uw eigen lijf.' 'Natuurlijk ga ik wel. Niet graag, maar als jullie 't allemaal zó graag willen.' Ik ben verbaasd over de humor van deze vrouw, die toch echt ziek is. 'Hoe gaat ze erheen, dokter?', vraagt de zoon. 'Hebt u vervoer?' 'Jawel, de auto staat beneden.' Ik heb gezien dat er een traplift in het huis is, het ziekenhuis is vijf minuten rijden. 'Durft u het aan haar zelf te brengen?' 'Ja hoor, onze dochter gaat mee en die werkt op de hartbewaking in dat ziekenhuis. Die weet ook de weg.' 'Prima. Ik zal het ziekenhuis wel bellen dat ze eraan komt. Mevrouw Clingendael, heel veel sterkte daar. Laat u niet kisten, hè? Tot ziens!'

Ik ga naar de praktijk om op te bellen. Het is even zoeken voor ik niet de zuster, maar de dienstdoende assistent aan de telefoon heb. Ik

vertel het verhaal en verzoek om evaluatie van klachten van decompensatio cordis. 'Ze komt eraan', deel ik mee. 'Ze is al onderweg met haar zoon.' 'Niet per ambulance?', klinkt het heel verbaasd. 'Nee, per auto.' 'Dat is heel onverantwoordelijk, collega', krijg ik te horen. 'Er kunnen levensbedreigende ritmestoornissen optreden bij decompensatio cordis, en wie reanimeert er dan? Patiënten met decompensatio cordis dienen in een ambulance te worden vervoerd, waar adequate hulp kan worden geboden bij calamiteiten.' Dat heeft hij vast en zeker gisteravond uit zijn hoofd geleerd. Het werkt als de rode lap op de stier. Ik heb op zaterdagmorgen, na een nacht waarin ik mijn bed nauwelijks heb gezien, geen zin in een klinische les. 'Zullen we het erop houden, collega, dat ik patiënte heb gezien en bij machte en bevoegd ben de situatie ter plaatse te beoordelen? Trouwens, hoe lang doet een ambulance er in dit dorp over om van de standplaats naar het bejaardenhuis te rijden en dan naar jullie?' Dat weet collega niet. 'Tot ziens', zeg ik dan maar.

's Avonds verneem ik dat mevrouw Clingendael enkele liters vocht lichter is en het prima maakt. 'Dus geen ritmestoornissen?', kan ik niet nalaten te zeggen. 'Ik blijf bij mijn mening, dat het mijn taak als arts-assistent in de cardiologie is u erop te wijzen dat u een dergelijke patiënt per ambulance dient te laten vervoeren.' Ik wist niet dat je anno 1988 als waarnemer dergelijke verhalen ex cathedra nog moest aanhoren.

Marie-José Molledans

# Tien jaar Integraal Kankercentrum Noord

## WAT ER VOORAFGING

In 1973 lanceerde het Universitair Kankercentrum (UKC) te Groningen een beleidsplan met ideeën voor een betere spreiding van kennis op het gebied van de oncologie over de drie noordelijke provincies. Vanaf zijn oprichting in 1952 had het UKC zich voornamelijk bemoeid met het beoordelen van wetenschappelijke projecten en het indienen daarvan bij het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF). De in het beleidsplan verwoorde ideeën werden geconcretiseerd in een project onder de naam 'Noordelijk Oncologisch Beleidscentrum' (NOB), dat werd gefinancierd door het KWF en zijn activiteiten in oktober 1974 startte. In alle ziekenhuizen werden oncologiecommissies ingesteld, die maandelijks oncologiebesprekingen organiseerden. Op beperkte schaal werden consulentschappen ingesteld. Eveneens werd begonnen met het ontwikkelen van protocollen; met het oog daarop werden werkgroepen gevormd, bestaande uit specialisten van verschillende disciplines uit algemene en academische ziekenhuizen. Praktisch alle ziekenhuizen in de regio en de betrokken afdelingen van het Academisch Ziekenhuis Groningen waren hierin vertegenwoordigd.

Bovendien werd een overkoepelend regionaal medisch staforgaan (medische adviesraad) gevormd ten behoeve van de oncologie, onder meer ter beoordeling en introductie van de ontwikkelde protocollen als algemeen geaccepteerde behandelingsrichtlijnen. Als eerste protocol kwam in 1976 een protocol ovariumcarcinoom tot stand. In die beginfase werd ook een reeks voordrachten over diverse tumorsoorten georganiseerd; de tekst van die voordrachten is later in boekvorm uitgebracht<sup>1</sup>.

Het in 1974 als project gestarte NOB bleek een succes. Toen in 1977 naar aanleiding van het 'Nationaal Werkplan Kankerbestrijding' van overheidswege het voorstel werd gedaan een netwerk van integrale kankercentra op te richten, vormde de oprichting van een dergelijk centrum in het noorden van Nederland geen probleem. Op 15 juni 1978 werd het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN) opgericht; in dit centrum werden gebundeld: het UKC Groningen, de Stichting Kankercentrum Friesland (SKF) en het NOB.

Drs. J. R. B. Polee  
in samenwerking met  
Dr. R. Ubbens

## HET BEGIN

Het IKN functioneerde als overkoepelend orgaan. Besloten werd dat, onder de vlag van het IKN, het NOB onder leiding bleef van de medisch directeur-coördinator, terwijl het UKC en het SKF als zelfstandige organisaties met een eigen bestuur en eigen vertegenwoordigingen binnen het IKN-bestuur bleven bestaan. Als basis voor de toekomst werd begonnen met een systeem van consulentschappen. Er verschenen diverse beleidsnotities en een aantal publikaties in Medisch Contact<sup>2,4</sup>. Op initiatief van de, toen nog, vier integrale kankercentra: Amsterdam, Rotterdam, Leiden en Groningen, kwam een landelijk overlegorgaan, het LOK, tot stand. Medio 1981 kwam na langdurig overleg met de ziektekostenverzekeraars een structureel gezonde financiering tot stand en kon met wezenlijke uitbouw van de activiteiten worden begonnen.

## DE UITBOUW

Vanaf medio 1981 kwamen de ontwikkelingen in een versnellingsfase.

– Vier teams van consulenten, tenminste bestaande uit een chirurg, internist en radiotherapeut en in een aantal ziekenhuizen aangevuld met een uroloog, een gynaecoloog en een haematoloog, bezochten maandelijks de ziekenhuizen volgens een vast rooster. Verslaglegging van dit overleg vond telkenmale plaats en werd na bespreking in een wekelijkse plenaire zitting tussen medisch directeur en alle consulenten naar alle bij het overleg betrokken specialisten in de regio verzonden. Over de consultdiensten werd tussentijds gerapporteerd in 1981 en in 1983.

– Een grote reeks behandelingsrichtlijnen werd met 10 werkgroepen tot stand gebracht, thans in totaal voor 42 tumorsoorten.

– Gefinancierd door het KWF, kregen ook voorlichtingsaspecten de aandacht en vervolgens ook de psychosociale zorg (taakstelling WVC 1984). Er werd een informatie- en documentatiecentrum ingericht. In samenwerking met de werk-

groep Borstamputatie kwam het spreekuur over borstprothesen tot stand.

– Er verscheen een regionaal bulletin. Dit IKN-nieuwsblad wordt 3× per jaar in een oplage van 2.800 exemplaren verspreid onder specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, ziekenhuisdirecties en maatschappelijke dienstverleners.

– Na- en bijscholing kregen vorm en inhoud (minisymposia, regionale bijeenkomsten).

– Er kwam een financieel door het KWF ondersteund datamanagement voor goedgekeurde onderzoekprojecten.

– Er kon een ook in landelijk opzicht relevant cursusboek 'Oncologie voor Gezins- en Bejaardenverzorgenden' worden samengesteld.

– Door middel van het inzetten van zowel materiaal als personeel werd deelgenomen aan de start en de uitbouw van een cursus 'Oncologie voor verpleegkundigen'.

– Er werden voorbereidingen getroffen voor de opzet van een regionale en landelijke kankerregistratie. Als basis voor regionale ontwikkelingen diende het bestek 'Kankerregistratie in Nederland' (1984)<sup>5</sup>.

– Een bijzondere gebeurtenis was het samenstellen van het boek 'Medische zorg voor de patiënt met kanker'<sup>6</sup>. Dit boek wordt onder andere gebruikt bij de opleiding van huisartsen.

– Een IKN-werkgroep ontwierp 'Richtlijnen voor het werken met en het toepassen van Cytostatica', die later werden bijgesteld in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Oost te Nijmegen (1986)<sup>7</sup>. Deze klapper, primair bestemd voor apothekers, specialisten en verpleegkundigen in de ziekenhuizen, heeft landelijke betekenis als referentiekader gekregen.

In 1983 sloot de regio Zwolle/Noord-West Overijssel zich aan bij het IKN. De bestaande activiteiten werden uitgebreid naar de ziekenhuizen in Zwolle, Kampen en Emmeloord.

De medische adviesraad (MAR) breidde zijn aandachtsvelden uit. Verschillende initiatieven, zoals het IKN-nieuwsblad, de organisatie van bijscholing en bepaalde publikaties, vonden in de MAR hun oorsprong.

Landelijk vonden vele activiteiten plaats binnen het LOK en andere organisaties. In samenwerking met de directies van andere centra verschenen notities over

criteria voor consultdiensten en voortgezette opleiding, na- en bijscholing. In Medisch Contact en het Tijdschrift Kanker verschenen publikaties over consultatieve diensten en over protocolaire geneeskunde in de oncologie<sup>8,9</sup>, alsmede over de Integrale Kankercentra als zodanig<sup>10</sup>. De kankerregistratie kreeg gestalte. Eerst ontwikkeld in Friesland als proefgebied, kreeg ze stapsgewijs vorm en inhoud. In overleg met oncologiecommissies, stafbesturen en directies van ziekenhuizen kon deze registratie door een zorgvuldige aanpak in alle ziekenhuizen in de regio van start gaan. In dit kader is een team van registratiemedewerkers en part-time registratieartsen werkzaam, alsmede een informaticus-stafmedewerker. Voor de kankerregistratie wordt intensief samengewerkt met de integrale kankercentra in Amsterdam en Leiden, onder de noemer IKWAN. Een principebesluit werd genomen voor functionele samenwerking met het IKZ/SOOZ (Integraal Kankercentrum Zuid, Samenwerking Overleg Oncologie in de Ziekenhuizen) in Eindhoven, omvattend het gebied Zuid-Oost-Brabant/Noord- en Midden-Limburg. Binnen het IKN is gekozen voor een gedecentraliseerde opbouw, met een coördinatiepunt in Groningen en werkstations in Leeuwarden en Zwolle. In 1987 werden in totaal circa 3.800 nieuwe patiënten met kanker geregistreerd.

Huisartsen worden meer bij de activiteiten van het IKN betrokken. Ten behoeve van het opstellen van richtlijnen voor een beperkt aantal tumorsoorten met speciale aandacht voor de preklinische en postklinische fase heeft een kleine groep huisartsen haar visie op de taak van de huisarts met betrekking tot kankerpatiënten onder woorden gebracht. Vraagstukken betreffende bevolkingsonderzoek op borstkanker en baarmoederhalskanker vragen aandacht en tijd. Voor de opbouw van de benodigde organisatie wordt samengewerkt met de sinds kort bestaande basisgezondheidsdiensten. Wetenschappelijk onderzoek bleef het terrein van het UKC, als onderdeel van het IKN. Het UKC-bestuur heeft een coördinerende en adviserende functie in het Facultair Onderzoeksgebied (FOG) Oncologie, dat in 1983 werd ingesteld in het kader van de eerste TVC-operatie. Meer dan vroeger worden nut en noodzaak ingezien van een hechte samenwerking tussen onderzoekers uit verschillende disciplines die zich met kankeronder-

## Integraal Kankercentrum Noord: enige kwantitatieve gegevens

De IKN-regio omvat omstreeks 2 miljoen inwoners en 23 ziekenhuizen in de provincies Groningen, Friesland, Drenthe alsmede de regio's Noord-Overijssel, Noord-West-Veluwe, Noordoostpolder, alsmede één universiteit. Het aantal eerste opnames van patiënten met kanker, met uitzondering van die in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) en het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), bedroeg in 1985 in de regio van het IKN: 5.851, in 1986: 5.718; onderverdeling:

	1985	1986
provincie Groningen .....	2.312	2.100
provincie Drenthe .....	1.279	1.238
provincie Friesland .....	1.111	1.153
Noord-Overijssel/		
Noord-West-Veluwe/NOP .....	1.149	1.227
totaal aantal opnames AZG .....	3.171	3.244
totaal aantal opnames MCL .....	1.914	1.429
totaal aantal opnames AZG + MCL .....	5.085	4.673
totaal aantal opnames regio IKN (excl. AZG/MCL) .....	11.650	11.358
aantal behandelingsrichtlijnen .....	42	
aantal tumorwerkgroepen .....	12 *	
aantal consulenten .....	25	
aantal patiënten dat in regionaal overleg werd besproken .....	2.300 à 2.500	
aantal besproken hematologiepatiënten .....	462	
assistentie bij gynaecologische operaties in de regio .....	100 x	

\* (180 deelnemende specialisten)

zoek bezighouden. Het onderzoekprogramma omvat twee clusters met elk twee thema's: biologie, in het bijzonder van solide tumoren (oncogenese, resistentie) en experimentele klinische oncologie (diagnostiek, therapie). Onlangs verscheen het beleidsplan IKN voor de komende jaren<sup>11</sup>.

## SITUATIE ANNO 1988

- Het systeem van consultdiensten fungeert in volle omvang, met vier teams van consulenten in alle ziekenhuizen op maandelijks basis.
- Er bestaat een apart circuit voor overleg op het terrein van de hematologie, in de meeste ziekenhuizen met een frequentie van éénmaal per vier weken. In het jaar 1987 werden in totaal 462 patiënten langs deze weg besproken.
- Consulent-gynaecologen assisteren op verzoek van de gynaecologen bij operaties in praktisch alle ziekenhuizen bij patiënten met ovariumcarcinoom; het betreft circa 100 patiënten per jaar.
- Een beperkt consulentenschap neuro-

oncologie fungeert thans (werkgroepen, ontwikkeling protocollen ruggemergscompressie en hersentumoren).

- Een consulentenschap pijnbestrijding is in opbouw.
- De kankerregistratie is operationeel in alle ziekenhuizen binnen de regio van het IKN.
- De activiteiten op het terrein van de voorlichting en de psychosociale zorg vertonen een snelle groei.
- Aan de opstelling van een werkplan voor bevolkingsonderzoek op borstkanker wordt gewerkt.
- Er bestaat in toenemende mate samenwerking op program-onderdelen tussen twee of meer integrale kankercentra.

## TOT SLOT

Met enige trots kan het Integraal Kankercentrum Noord zijn 10-jarig jubileum vieren. In tien jaar tijd is een complexe organisatie opgebouwd. In die tien jaar is de zorg voor kankerpatiënten sterk verbeterd. □

## Literatuur

1. Oncologische voordrachten oktober 1974/april 1976. NOB.
2. Polee JRB, Terpstra S, Maats ChJ. Integraal Kankercentrum Noord-Nederland. Medisch Contact 1979; 34: 49-54.
3. Polee JRB, Terpstra S, Maats ChJ. Basisfilosofie organisatie Integraal Kankercentrum Noord-Nederland. Medisch Contact 1979; 34: 623-9.
4. Polee JRB, Terpstra S, Maats ChJ. Een systeem van consulentenschappen voor volwassen oncologische patiënten. Medisch Contact 1979; 34: 646-8.
5. Kankerregistratie in Nederland. LOK, oktober 1984.
6. Szabó BG, Ploeg E van der, Brand ES. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1984.
7. Werkgroep Cytostatica van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland en het Integraal Kankercentrum Oost-Groningen/Nijmegen (red). Richtlijnen voor het werken met en het toepassen van cytostatica. Februari 1984.
8. Polee JRB. Medisch consultatieve diensten in de oncologie. Medisch Contact 1983; 38: 496-79.
9. Polee JRB. Protocolaire geneeskunde in de oncologie. Medisch Contact 1983; 38: 533-4.
10. Polee JRB. Integrale Kankercentra. Medisch Contact 1985; 40: 1499-1501.
11. 'Op weg naar 1992'. Beleidsplan IKN. Oktober 1987.

Drs. J. R. B. Polee, internist, is medisch directeur van het Integraal Kankercentrum Noord  
Dr. R. Ubbens, radioloog, is oud-voorzitter van het Universitair Kankercentrum te Groningen.



# De opleiding van de doktersassistente

## Hoe wordt de verplichte stage aangepakt?

Behalve de 501 doktersassistenten die in 1987 aan de door de KNMG erkende instituten hun opleiding voltooiden, hebben in dat jaar 513 doktersassistenten hun diploma behaald aan de 26 scholen voor middelbaar dienstverlenend en gezondheidszorg onderwijs (MDGO). In totaal waren er dus 1.014 doktersassistenten die in dat jaar trachtten een plaats te veroveren in het werkveld. In dit artikel willen wij het niet hebben over dit weinig florissante kwantitatieve aspect, maar willen wij onze aandacht vooral richten op een kwalitatief aspect, namelijk de tijdens de opleiding verplichte stages. Reeds eerder heeft een van ons verslag gedaan van een enquête onder alle huisartsen in Nederland over de te verwachten consequenties van deze stages<sup>1</sup>.

### STAGES

In het kort komt de opbouw van de stages tijdens de opleiding tot doktersassistente op het volgende neer: Bij de door de KNMG erkende instituten is een stage van drie maanden hele dagen of zes maanden halve dagen verplicht. De meeste van deze stages worden doorgebracht bij een huisarts of in een situatie die daarmee is te vergelijken. Bij de driejarige MDGO-opleiding is de verplichte stage van 135 dagen verdeeld in een beroepsoriënterende stage, een beroepsvoorbereidende stage en een beroepsopleidende stage.

Uiteraard dient de stage te worden gelopen in werkvelden waarin de toekomstige beroepsbeoefenaar ook emplooi zal vinden. Naar schatting vindt 40% werk bij een huisarts, 40% bij een polikliniek en 20% elders, voornamelijk bij (bedrijfs)-geneeskundige diensten. De beroepsopleidende stage wordt daarom meestal voor 50% (20 dagen) bij de huisarts en voor 50% op een polikliniek gelopen. Deze stages vallen meestal in het derde leerjaar. De beroepsvoorbereidende stages in dezelfde werkvelden gaan eraan vooraf (meestal in het tweede jaar), terwijl er in het eerste en tweede jaar gelegenheid is om kennis te maken met het werk in een (bedrijfs)geneeskundige en/of gezondheidsdienst, zoals een basisgezondheidsdienst (beroepsoriënterende stage).

H. Brunt,  
Dr. R. S. ten Cate en  
Dr. J. de Haan

*Opleidingsinstituten en MDGO-scholen hebben vorig jaar ruim duizend doktersassistenten afgeleverd. Een belangrijk onderdeel van hun studie is de verplichte stage. Hoe wordt die aangepakt? Anders gesteld: kan ik er wat aan doen?*

### PARTICIPEREND LEREN

De Stichting voor Leerplanontwikkeling (SLO) heeft een publikatie uitgegeven met de titel: 'Participerend leren en moduleren in het MBO'<sup>2</sup>. Met 'moduleren' wordt bedoeld: het tijdens de opleiding aanbieden van modules, dat zijn in de tijd begrensde stukken onderwijs, gericht op een bepaald onderwerp. Met 'participeren' wordt bedoeld op de integratie van de activiteiten binnen de school (modules) met die buiten de school (stage). Het leren op school en het leren tijdens de stage moeten in harmonie gebeuren. Het zou ideaal zijn als het onderwijsleerplan en het stagewerkplan zodanig op elkaar zouden zijn afgesteld, dat de leerling zich in een kort tijdsbestek modulegewijs – zowel in de school als op het stageadres – aan bepaalde onderwerpen zou kunnen wijden. Helaas is dit moeilijk te realiseren. Het werk op het stageadres gaat immers zijn dagelijkse gang en kan moeilijk worden afgestemd op dat wat de leerling zojuist in de lessen heeft geleerd. Uiteraard kan hier wel zoveel mogelijk rekening mee worden gehouden en kan de leerling de doelstellingen waaraan in de lessen aandacht is besteed op langere termijn in de praktijk proberen te verwezenlijken. Een en ander vereist echter een nauwe samenwerking van school en stageverlenend werkveld; dit geldt zowel voor de stage bij de huisarts als voor die op de polikliniek.

Recent heeft Renckens bij 17 ziekenhuizen uit de regio Nijmegen – in het kader van het Landelijk project Participerend

Leren – een onderzoek gedaan naar de activiteiten van doktersassistenten op de poliklinieken<sup>3</sup>. Hij signaleert dat een van de knelpunten van het beroepsonderwijs de aansluitingsproblematiek tussen onderwijs en beroepspraktijk is.

Hier ligt een uitdaging voor de mensen in het werkveld, zowel voor de huisartsen als voor de hoofden van poliklinieken en directeurs van (bedrijfs)geneeskundige diensten en gezondheidsdiensten. Wanneer het werkveld wil beschikken over goed opgeleide en op de praktijk gerichte doktersassistenten, zal het de hand in eigen boezem moeten steken en actief moeten meewerken aan de stages. Een stageopbouw van één of twee dagen per week blijkt veel huisartsen af te schrikken, omdat er dan geen sprake is van enige continuïteit in de werksfeer<sup>1</sup>. Een groot voordeel van een stage van twee dagen per week is echter de mogelijkheid van directe reflectie wanneer de leerling weer op school is. Hoewel in het participerend leren een dergelijke stageopbouw de voorkeur verdient boven blokstages, dient er rekening gehouden te worden met het praktijkveld en de mogelijkheden daar.

De scholen beginnen nu ervaring op te doen met de wensen van het werkveld en de meeste huisartsen, hoofden van poliklinieken en directeurs van (bedrijfs)geneeskundige en gezondheidsdiensten zijn in de loop van de afgelopen jaren benaderd door de stagedocenten. Uiteraard zijn er factoren die belemmerend werken bij het nemen van een stagiaire. Bij huisartsen zijn dat ruimtegebrek, de aanwezigheid van een arts-assistent, een te kleine praktijkomvang en een geringe bereidheid van een doktersassistente om als stagementor op te treden. Hier staat tegenover dat er ook doktersassistenten zijn die het als een onderdeel van hun taak beschouwen aan de opleiding mee te doen. Hoewel er op de poliklinieken vaak verschillende categorieën stagiaires (verpleegkundigen, verzorgenden, etc.) aanwezig zijn, biedt de polikliniek voldoende stage mogelijkheden voor doktersassistenten.

Wij menen dat er genoeg redenen zijn voor huisartsen en hoofden van poliklinieken die nog niet met stagiaires van het

MDGO-AG werken, om dit toch in overweging te nemen. Wat het eigenbelang betreft: men verzekert zich van een toekomstige generatie goed opgeleide assistenten. Maar er is meer. Voor de eigen doktersassiste(n) is het optreden als stagementor niet alleen een uitdaging, maar ook een leerzame ervaring. Zij blijft via de stagiaire betrokken bij het onderwijsveld en kan via het stagewerkplan ook invloed uitoefenen op dit onderwijs. Er zijn regelmatig contacten tussen de stageleraar van de school en de stagementor, waarbij wordt nagegaan hoe de aansluiting van het leren binnen de school en de stage het beste tot stand kan komen. Door het intensiveren van deze contacten kan een aanzet worden gegeven tot een echte vorm van participatief leren als beschreven in het project dat momenteel in Nijmegen wordt opgezet<sup>4</sup>. Voorbeelden van een dergelijke samenwerking tussen school en werkveld werden eerder beschreven in een drietal artikelen in dit blad<sup>5</sup>.

*Wij hopen dat huisartsen, hoofden van poliklinieken en directeuren van (bedrijfs)geneeskundige en gezondheidsdiensten die tot nu toe stagiaire-dokters-assistenten in hun praktijk of instelling hebben gehad, door dit artikel worden gestimuleerd om mee te denken bij het verder ontwikkelen van het participatief leren. Voor diegenen die nog niet met stagiaires werken hopen we dat dit artikel hen motiveert om een stagiaire op te nemen in hun werkkruis.* □

*H. Brunt is werkzaam als hoofd van de polikliniek van het ziekenhuis De Heel te Zaandam.*

*Dr. R. S. ten Cate is voorzitter van de Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD) en vertegenwoordiger voor de KNMG in de Landelijke Examen Commissie MDGO-AG.*

*Dr. J. de Haan is huisarts te Wolvega en medewerker van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen, plaatsvervangend lid namens de LHV in de PCD en plaatsvervangend vertegenwoordiger voor de KNMG in de LEC-AG.*

#### Literatuur

1. Cate RS ten. Stageplaatsen voor doktersassistenten. Medisch Contact 1982; 37:213-20.
2. Anoniem. Participatief leren en moduleren in het MBO Enschede: Stichting voor leerplan ontwikkeling (SLO), 1987.
3. Renckens J. Een analyse van de beroepspraktijk van de doktersassistent werkzaam in de polikliniek, Nijmegen: Vakgroep Onderwijskunde Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
4. Schoolwerkplan Participatief Leren. Nijmegen: Katholieke School voor Beroepsonderwijs 'Marga Klompé': 1988.
5. Bolhuis-Poorvliet GA van, Cate RS ten, Narinx-van Bers T. Opleiding doktersassistenten. Medisch Contact 1982; 37:891-4, 922-4, 968-9.

De adressen van de scholen en de instituten kunt u opvragen bij de Permanente Commissie Doktersassistenten van de KNMG, Lomalaan 103 te Utrecht, tel. 030-823911.

Dr. P. W. Helleman, Dr. E. H. de Nooij, Drs. M. A. M. Overbeek, Dr. J. W. N. Akkerman en Dr. H. K. Nieuwenhuis. *Hematologie*. Heron-reeks, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen, 1987. 374 blz. ISBN 90 313 0733 4. Prijs: f 75,—.

'Hematologie' is een leerboek in de Heron-reeks, bestemd voor medisch analisten in opleiding. De inhoud van dit boek is samengesteld uit drie delen, te weten: hematomorfologie en hemocytometrie, bloedgroepen en transfusie en hemostase en trombose. Het gedeelte over hematomorfologie en hemocytometrie beslaat in het boek circa zestig procent van de totale inhoud. De teksten zijn goed afgestemd op de doelgroep. Terecht wordt veel aandacht geschonken aan foutdiscussies en kwaliteitsbewaking. De onderdelen betreffende de bloedgroepserologie en stolling zijn uitstekend geschreven. De lay-out en de illustraties zijn zeer verzorgd en didactisch goed. De hoofdstukken worden, zoals ook in de vorige versies van dit boek, afgesloten met een aantal opgaven, hetgeen het bestuderen van de stof zal vergemakkelijken.

Het onderdeel morfologie en cytometrie roept hier en daar vragen op. De aandacht voor de cytochemische kleuringen is wat aan de magere kant en over het beenmerguitstrijkje zelf wordt geheel niet gerept. Ook ontbreekt een beschrijving van frequent toegepaste celscheidings technieken in het hematologisch laboratorium. De beschrijving van de kliniek is uiteraard beperkt maar soms zijn de gehanteerde begrippen wat ouderwets (bijvoorbeeld pancytopenie), terwijl anno 1987 zeker het be-



grip myelodysplastisch syndroom kort had moeten worden toegelicht. Opmerkelijk is dat dit onderdeel van het boek ook wordt misbruikt als introductie van nieuwe terminologieën en ongebruikelijke eenheden. Zo wordt onder andere voorgesteld in het vervolg niet meer te spreken van BSE maar van BME als

het gaat om de bezinkingssnelheid van erythrocyten. BME moet dan staan voor 'de maat voor het bezinken van de erythrocyten'. Celconcentraties worden (weliswaar met tekst en uitleg) aangegeven in G/l (M/l of T/l) in plaats van 10<sup>9</sup>/l (10<sup>9</sup>/l of 10<sup>12</sup>/l).

Ondanks deze kleine aanmerkingen is 'Hematologie' in alle opzichten een uitstekend leerboek. Het is een boek waaruit medisch analisten met veel plezier kunnen studeren en dat zeker zal stimuleren tot verdere naslag.

Dr. R. S. G. Holdrinet

## 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.*

## Auscultatie: aardigheid of vaardigheid?

Dat auscultatie een doeltreffend middel kan zijn voor het aan het ziekbed diagnostiseren van systolisch geruis, hebben Lembo en de zijnen onlangs afdoend aangetoond<sup>1</sup>. Bij een groep van vijftig patiënten met uiteenlopende hartafwijkingen werd langs deze weg een hoge mate van nauwkeurigheid bereikt. Over de waarde van auscultatie vinden we praktisch niets meer in de medische vakliteratuur en de belangstelling voor dit onderwerp bij praktiserende en aankomende artsen is ook vrijwel nihil. De onderzoeken van Lembo c.s. duiden erop dat deze aloude techniek aan een grondige herwaardering toe is. Is auscultatie iets om een uitstervend clubje artsen oude stijl te laten doen om ze bezig te houden, een aardigheidje, of moeten we het propageren als een waardevol onderdeel van ons diagnostisch instrumentarium?

Er zijn verschillende redenen waarom de belangstelling voor het lichamelijk onderzoek (en de anamnese) bij het diagnostiseren van hartaandoeningen steeds verder terugloopt. De jongste diagnostische methoden, zoals de scintigrafie, de echocardiografie en de (tegenwoordig ook tweedimensionale of kleuren-) Doppler-echocardiografie en de nucleaire magnetische resonantie, methoden waarbij van steeds verfijndere apparatuur gebruik wordt gemaakt, bieden het onmiskenbare voordeel dat ze nauwkeuriger en objectiever zijn en dat anatomische en fysiologische details er grafisch mee kunnen worden weergegeven. Bij de geweldige hoeveelheid informatie die deze technieken opleveren, lijken de verwarrende signalen die via de ste-

thoscoop zijn te beluisteren mager af te steken. Dat men zo'n haast maakt om nieuwere technieken aan te leren en toe te passen en de traditionele methoden van diagnostisering aan het ziekbed te laten voor wat ze zijn, wordt nog versterkt door het feit dat diagnostiek met behulp van moderne apparatuur redelijk wordt vergoed, wat niet kan worden gezegd van het anamnestic en lichamelijk onderzoek; het is begrijpelijk dat dergelijke marktmechanismen van invloed zijn op de keuzes die artsen in dit verband maken.

Toch zijn er ook argumenten die ervoor pleiten het ausculteren, een diagnostische methode die kan worden gezien als een toonbeeld van zogeheeten cognitieve techniek ten behoeve van anamnese en lichamelijk onderzoek, als vaste – en dus ook aan te leren – vaardigheid van artsen te behouden. Het fysieke contact tussen patiënt en arts tijdens het lichamelijk onderzoek (en de anamnese) biedt patiënten een door hen hoog aangeslagen gelegenheid om uiting te geven aan de achterliggende redenen voor hun gang naar de huisarts. Dit therapeutische aspect van de diagnostische procedure gaat verloren als de patiënt in plaats van een gesprek een stapeltje aanvragen voor dure laboratoriumtests krijgt, die al dan niet relevant zijn voor de aandoening in kwestie. Bovendien is het zo, dat de informatie die het eerste contact tussen arts en patiënt (inclusief auscultatie) oplevert de arts in staat stelt een subtieler en rendabeler gebruik te maken van de technologische procedures die hij vervolgens wellicht nuttig acht.

Wanneer een patiënt met 'atypische' pijn op de borst de door Lembo en collega's beschreven bewegingen uitvoert, kan een verandering in de sterkte van het systolisch uitdrijvingsgeruis of van het laat-systolische geruis bijvoorbeeld wijzen op een prolaps van de mitralisklep; een echocardiogram kan die diagnose dan bevestigen en, in de meeste gevallen, verdere tests overbodig maken. Het tegenovergestelde: een verwijzing voor hart-catheterisatie en coronaire angiografie, zou zowel onnodig als kostbaar en pijnlijk zijn. Over het algemeen levert het auscultatoor identificeren van valvulaire lesies en verschillende typen aangeboren misvormingen nuttige kwalitatieve informatie op, terwijl men kwantitatieve informatie in de regel verkrijgt door middel van Doppler-echocardiografie en hartcatheterisatie.

Binnen het wetenschappelijk onderzoek naar de fysiologische basis van harttonen en hartgeruisen (souffles) laat men de empirische interpretatie van fysieke signalen geleidelijk varen, nu het inzicht in de valvulaire en musculaire verschijnselen die deze akoestische signalen veroorzaken toeneemt<sup>2,3</sup>. Door middel van gecombineerde M-modus echocardiografische en fonocardiografische onderzoeken is met een grote mate van nauwkeurigheid aangetoond dat bepaalde valvulaire en akoestische verschijnselen gelijktijdig optreden, bijvoorbeeld het sluiten van de atrioventriculaire kleppen en de twee voor naamste elementen van de eerste harttoon. Evenzo kan worden aangetoond dat het sluiten van de aortaklep

en dat van de pulmonalisklep exact samenvalt met de beide componenten van de tweede harttoon en dat ejectie- en openklikgeluiden ook werkelijk samenvallen met het einde van de opengaande beweging van de semilunaire slippen en de atrioventriculaire kleppen in de vroege systole respectievelijk de vroege diastole<sup>2,4</sup>. Deze geluiden worden dus aantoonbaar teweeggebracht door de werking van de kleppen.

Nog gecompliceerder is de genese van de derde harttoon, een tandentergend fysiek signaal, dat bij een kenmerkend gezonde jonge patiënt wordt beschouwd als een teken dat alles goed is met diens hart, maar bij een patiënt die duidelijk ziek is als een verschijnsel dat duidt op een slechte prognose. Het kenmerk dat deze twee typen patiënten met elkaar gemeen hebben is een plotselinge stagnatie van de bloedtoevoer vanuit de hartbasis (mitralisklep) naar de apex, op het moment dat de hartkamer zijn maximale distensie heeft bereikt<sup>5-7</sup>. Deze harttoon is dus duidelijk te horen als het volume en de snelheid van het instromende bloed groter worden, zoals bij jonge mensen of patiënten met mitralisregurgitatie. Bij patiënten met congestieve cardiomyopathie is er sprake van een hartkamer die in het begin van de diastolische fase gedilateerd is en onder een betrekkelijk hoge druk functioneert; bij het opengaan van de mitralisklep kan zelfs de instroming van een zeer sterk gereduceerd bloedvolume in transversale richting geen meetbare distensie van de hartkamer teweegbrengen, maar de botsing van het instromende bloed op het apicale gebied van de hartkamer leidt (evenals bij de andere voorbeelden) tot een plotselinge buitenwaartse versnelling, die abrupt eindigt bij het bereiken van de maximale distensie, hetgeen resulteert in een hoorbare trilling<sup>7</sup>.

Het zou naïef zijn te veronderstellen dat het reproduceerbaar samengaan in tijd van deze mechanische en akoestische verschijnselen de waar-

genomen geluiden volledig verklaart: bij het analyseren van trillingen die afkomstig zijn van intracardiale structuren en die zich voortplanten naar de wand van de thorax moet immers ook rekening worden gehouden met omgevend vocht en omliggend spierweefsel<sup>8</sup>. Zo hebben Smith c.s. aangetoond dat een aanhoudende trilling, opgewekt in het hart van een hond, tijdens de samentrekking van het hart in systole vrijwel zonder vervorming aan de thoraxwand wordt doorgegeven, maar niet te horen is en niet kan worden geregistreerd tijdens het ontspannen van de hartmusculatuur in diastole<sup>9</sup>. Omgekeerd plant een trilling zich juist in de diastolische fase voort, wanneer er sprake is van aangespannen hartmusculatuur en dilatatie van het hart, zoals bij zuurstofgebrek gebeurt. Dergelijke onverwachte variaties in de wijze waarop harttonen zich, al naar gelang de fase van de hartcyclus en in een gesimuleerd ziektestadium, voortplanten, moeten van invloed zijn op onze interpretatie van auscultatoire verschijnselen.

De Doppler-methode lijkt een ideale manier om de herkomst van hartgeruisen te onderzoeken. Deze methode richt zich immers op de bloedstroomsnelheid, een essentieel element in het ontstaan van hartgeruis. Dopplersignaal en hartgeruis zijn echter niet synoniem met elkaar. Met de Doppler-methode is het mogelijk een klinisch onbetekenende regurgitatie op te sporen terwijl er geen hartgeruis te horen is. Omgekeerd zijn in sommige gevallen souffles hoorbaar zonder dat er een lek in het Doppler-echocardiogram wordt gevonden, omdat de arts niet in staat is de transducer op de juiste wijze in de as van de bloedstroom te plaatsen.

Tegenwoordig is het bon ton om denigrerend te spreken over auscultatie. Dit zou echter wel eens tot gevolg kunnen hebben dat we binnenkort opgescheept zitten met een hele generatie jonge artsen die geen vertrouwen heeft in haar diagnostisch kunnen

aan het ziekbed. Als de uitslag van niet-invasief laboratoriumonderzoek luidt dat er blijkens het kleuren-Doppler-echocardiogram sprake is van een lekkende klep, terwijl zij zelf geen hartgeruis kunnen horen bij de patiënt, zullen zij dit eerder toeschrijven aan hun eigen onhandigheid dan aan een falende laboratoriummethode. Akasaka en collega's hebben gewezen op de gevaren die kunnen schuilen in een dergelijke overwaarding van laboratoriumuitslagen<sup>10</sup>; zij constateerden dat, wanneer er Doppler-apparatuur werd ingezet, de incidentie van lekkende kleppen met de leeftijd van de betrokkenen bleek toe te nemen; dit terwijl er geen enkele andere aanwijzing was die duidde op het bestaan van klinische afwijkingen.

Bij seriële observaties van een patiënt is het – zelfs in een welvaartsstaat – niet mogelijk dure technologische onderzoeken zo vaak te herhalen als wellicht nodig zou zijn om een veranderende klinische situatie te kunnen volgen. Vakkundige observaties aan het ziekbed kunnen echter veranderingen aan het licht brengen, die vervolgens met andere methoden kunnen worden gedocumenteerd, voor zover dat nodig mocht zijn.

In ontwikkelingslanden (dat wil zeggen in het grootste deel van de wereld) bestaat de bevolking voor het merendeel uit jonge mensen en vormen reumatische klepgebreken het belangrijkste cardiologische probleem – een uitgelezen kans voor diagnostiek aan het ziekbed. Jonge artsen uit deze landen komen naar de Verenigde Staten om zich verder te bekwamen in de cardiologie en merken dan vaak dat niemand belangstelling heeft voor auscultatie. In plaats daarvan leren ze alles over technieken die veel te duur zijn om te worden toegepast in hun land van herkomst, waardoor de kans groot is dat zij uiteindelijk gefrustreerd en met het gevoel niet te hebben geleerd wat ze hadden moeten leren naar huis terugkeren. Het is onze plicht deze artsen te onderrich-

ten in simpele, kosteneffectieve methoden die zij voor hun toekomstige patiënten kunnen gebruiken. Tot slot wil ik nog opmerken dat het mijns inziens enorm veel voldoening geeft om bij een patiënt te gaan zitten die je nooit eerder hebt gezien en er op basis van observaties die uitsluitend berusten op verbale communicatie en lichamelijk onderzoek proberen achter te komen wat die patiënt mankeert, zo hij of zij al wat mankeert. In een tijd waarin veel artsen hun kinde-

ren een medicijnenstudie ontraden omdat zijzelf in hun vak geen voldoening meer vinden zou een eerherstel voor de auscultatie wel eens aanzienlijk kunnen bijdragen aan de zo noodzakelijke arbeidsvreugde.

Craig E. Should auscultation be rehabilitated? *N Engl J Med* 1988; 318: 1611-3.

## Een nieuwe kijk op vetzucht

Er lijkt geen einde te komen aan de tegenstrijdige uitspraken over vetzucht (obesitas) bij de mens. Hier volgen er een paar: vetzucht komt door een stoornis in de stofwisseling; nee, het is niets anders dan een onbetuugde zucht naar genot, dat men ontleent aan eten. Het is erfelijk bepaald; nee, het komt van te veel eten en te weinig bewegen. Je kunt er wat aan doen door een wezenlijke verandering van leefpatroon; nee, praktisch geen enkele behandeling blijkt na vijf jaar succes te hebben opgeleverd. Sommige feiten vallen echter niet te ontkennen. De wetten van de thermodynamica zijn net zo goed van toepassing op mensen met vetzucht als op de rest van de schepping. Een overmatige opslag van energie in het vetweefsel (wat een redelijke omschrijving is van obesitas) is altijd het gevolg van een verstoorde balans tussen de hoeveelheid opgenomen voedsel en het calorieverbruik. De oxydatie van opgeslagen energie bij de mens beantwoordt evenzeer aan de wetten van de natuur als de verbranding van hout of steenkool. De meeste mensen, of ze nu mager of dik zijn, blijven tijden lang op een

zelfde lichaamsgewicht. Dit betekent dat de verandering in de opgeslagen energie bij hen in de regel nihil is, met andere woorden dat de hoeveelheid energie die zij in de vorm van voedsel opnemen in evenwicht is met de hoeveelheid energie die zij verbruiken. Dit is op zich een opmerkelijke constatering. Een aanhoudende kleine schommeling in de energiebalans zou leiden tot een grote toe- of afname in de hoeveelheid opgeslagen vet. De meesten van ons zullen zich niet realiseren dat zij hun voedselopname en hun lichamelijke activiteiten zo precies regelen dat de hoeveelheid energie die zij opslaan jaren achtereen constant blijft. Anderzijds zijn er grote verschillen in de hoeveelheid voedsel die mensen tot zich nemen. Op feestdagen of tijdens korte ziekteperiodes verandert het consumptiepatroon bijvoorbeeld aanzienlijk. Extreme veranderingen in het energieverbruik komen, behalve bij mensen die bijzondere sportprestaties leveren, bijna niet voor. Omdat een grote hoeveelheid opgeslagen energie hét kenmerk van obesitas is en omdat de voedselconsumptie kan worden gereguleerd, denkt

men vaak dat het bij vetzucht simpelweg gaat om een eetprobleem en dat het energieverbruik nauwelijks of geen rol speelt bij de energiebalans. Als we kijken naar de warmteproductie bij personen met een stabiele obesitas, dan blijkt dat deze niet veel verschilt van de warmteproductie bij personen die niet aan obesitas lijden. Onderzoeken naar het basaal metabolisme (de stofwisselingsnelheid in rusttoestand) wijzen uit dat de hoeveelheid warmte die per eenheid schraal lichaamsgewicht ('lean body mass' of 'fat free-mass') wordt geproduceerd bij mensen mét en zonder vetzucht in wezen even groot is<sup>1</sup>. Verder blijven ook zwaarlijvige mensen meestal redelijk op gewicht. De energieopname moet dus gelijk zijn aan het energieverbruik. En omdat het energieverbruik praktisch normaal is, moet de energieopname dat ook zijn. Allemaal waarnemingen die niet stroken met de opvatting dat vetzucht een eetprobleem moet zijn: een ongeremde zucht naar voedsel, niet meer. Mensen met vetzucht eten, op de lange termijn gezien, niet veel meer per eenheid schraal lichaamsgewicht dan mensen die geen last hebben van zwaarlijvigheid. Hoewel iemands lichaamsgewicht alleen constant kan blijven als hij evenveel energie opneemt als hij verbruikt, kunnen energieopname en -verbruik wel na elkaar veranderen, en dat is wat er bij sommige zwaarlijvige personen gebeurt als ze afvallen. Wie ooit zwaarlijvig is geweest, heeft vaak minder calorieën nodig om zijn lichaamsgewicht op peil te houden dan iemand die nooit zo dik is geweest<sup>2</sup>. Energieopname en energieverbruik liggen bij hen op hetzelfde niveau; alleen is dat niveau lager dan bij mensen die nooit dik zijn geweest. Het is alsof de 'motor' stationair draait in een lagere versnelling, terwijl brandstoftoevoer en energieproductie gelijk blijven. Deze toestand duurt vaak maar kort, omdat de energieopname en het energieverbruik bij het bereiken van een nieuw

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

lichaamsgewicht weer op een 'normaal' niveau komen. In twee zeer interessante artikelen is uitvoerig op dit soort relaties tussen thermogenese (warmteproductie) en vetophoping ingegaan.

Ravussin en zijn collega's hebben zich van verfijnde onderzoekstechnieken bediend om de thermogenese bij mensen te meten. Door gebruik te maken van een speciale kamer waarin het zuurstofverbruik en de koolzuurproductie 24 uur lang konden worden geregistreerd, slaagden zij erin het energieverbruik met een hoge mate van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid te kwantificeren. Dankzij het werk van deze onderzoekers beschikken we nu over feitelijke aanwijzingen dat de stofwisselingssnelheid in rusttoestand per eenheid schraal lichaamsgewicht bij mensen met vetzucht ongeveer even groot is als bij mensen zonder vetzucht. In sommige families, al dan niet met veel dikke mensen, is de stofwisselingssnelheid echter bijzonder laag. Al eerder hebben genoemde onderzoekers aangetoond dat het basaal metabolisme inderdaad een 'familietrek' is<sup>3</sup>. Daarbij stelden zij zich een belangrijke vraag, namelijk: komt in families met een bepaald basaal metabolisme ook meer vetzucht voor?

In een nieuwe publikatie beantwoorden de onderzoekers deze laatste vraag bevestigend<sup>4</sup>. Bij proefpersonen met een laag 24-uurs energieverbruik bleek in de loop van twee jaar het risico van een aanzienlijke gewichtstoename (meer dan 7,5 kg) tot het viervoudige te zijn gestegen. Wanneer de gewichtstoename werd geanalyseerd en werd vergeleken met het geobserveerde tekort aan warmteproductie, bleek de daling van de energieopname (stofwisseling) niet voldoende te zijn om de toename van de hoeveelheid opgeslagen energie (gewicht) te verklaren. Waarschijnlijk werd het bereiken van een nieuw gewichtsniveau tijdens die twee jaar mede bevorderd door een hogere voedselopname. Op de een of andere

manier werd de geringe energieproductie 'gecorrigeerd' door de obesitas, die het gevolg was van een verhoogde voedselopname als reactie op de initiële daling van de energieproductie. Samen met haar collega's heeft Roberts soortgelijke waarnemingen gedaan in een volledig andere experimentele setting<sup>5</sup>. Deze onderzoekers bestudeerden de snelheid van de energieproductie bij kinderen van zwaarlijvige en van magere moeders, toen die kinderen drie dagen oud waren en toen ze drie maanden oud waren. Bij de proefpersoonjes werden postprandiaal langs indirecte weg calorimetrische waarden bepaald. Het instrument met de grootste precisie was echter een speciale methode om het energieverbruik te meten. De baby's kregen met deuterium en <sup>18</sup>O, twee stabiele isotopen, gelabeld water te drinken. Door te bestuderen hoeveel isotopen gedurende een periode van zeven dagen in de urine konden worden aangetroffen, kon een nauwkeurige berekening worden gemaakt van het totale energiegebruik. Toen de kinderen drie maanden oud waren, was het niet mogelijk de nakomelingen van zwaarlijvige moeders en die van magere moeders van elkaar te onderscheiden op grond van de Quetelet-index of de dikte van de huidplooien. Bij de baby's die later te zwaar zouden worden was echter al wel sprake van een duidelijk lager totaal energieverbruik: bij de baby's die later te dik werden was het energieverbruik op de leeftijd van drie maanden bijna 21% lager. De onderzoekers schrijven dit verschil toe aan een verminderde lichamelijke activiteit. De verhouding tussen de stofwisselingssnelheid in rusttoestand en het energieverbruik als gevolg van lichamelijke activiteit kan bij baby's echter niet zo nauwkeurig worden bepaald als we wel zouden willen. De proefpersonen die meewerkten aan het onderzoek van Ravussin waren Indianen uit het zuidwesten van de Verenigde Staten met een zeer hoge incidentie van zowel obesitas als

diabetes. In deze populatie lijdt bijna tweederde van de vrouwen en ongeveer de helft van de mannen aan zwaarlijvigheid. De allertreurigste jongste geschiedenis van deze autochtone Amerikanen is er een van aanhoudende hongersnood als gevolg van weinig regenval en watertekorten, een plaag die duurde van 1880 tot de jaren dertig van deze eeuw (persoonlijke mededeling P. Bennet). Heeft de erfelijke eigenschap van een lage energieproductie met een verhoogde vetophoping als bijverschijnsel ertoe bijgedragen dat deze opmerkelijke groep mensen betere overlevenskansen had? Gaat dit ook op voor de voorouders van zwaarlijvige moeders? Hebben we hier te maken met een 'economisch' genotype dat door de vooruitgang schadelijk is geworden?<sup>6</sup>

Bestudering van de wijze waarop de regulering van de thermogenese in het genoom is verankerd geniet een hoge prioriteit binnen de obesitasresearch. Desbetreffende onderzoeken hebben de interessante bevinding opgeleverd dat de thermogenese een belangrijke rol speelt bij de ontwikkeling (zij het niet bij de instandhouding) van vetzucht. Als we meer zouden weten over de moleculaire genetica van thermogene defecten bij zwaarlijvige mensen en dieren, zouden we beter begrijpen waarom een initieel stadium van geringe energieproductie zo vaak lijkt te resulteren in 'zelfbehandeling': lees: een verhoogde voedselconsumptie, en dus in de onontkoombare ontwikkeling van obesitas.

Hirsch J, Leibel RL. New light on obesity. *N Engl J Med* 1988; 318: 509-10.

De bij deze artikelen behorende literatuurlijsten kunnen bij de redactie worden opgevraagd.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege:

# Richtlijnen intercollegiale informatie zijn er niet voor niets

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door de geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid voor de provincies B, kantoorhoudende te N, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te N van 27 september 1986, waarbij dat college op de klacht van P, wonende te L, tegen S, huisarts, wonende te D, de klacht, voor zover zij de onderdelen 1, 2 en 3 betreft, gegrond heeft verklaard, doch ter zake aan de arts geen maatregel heeft opgelegd, en voor zover zij betreft de onderdelen 4 en 6 heeft afgewezen, en voorts klager niet ontvankelijk heeft verklaard in onderdeel 5 van de klacht.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de stukken van de behandeling in eerste aanleg, te weten:

- het op 12 december 1985 door de secretaris van het Medisch Tuchtcollege te U ontvangen, als klaagschrift aan te merken, afschrift van een brief d.d. 8 december 1985 van klager aan R, arts te F, met bijlagen, alsmede brieven (met bijlagen) van klager aan voormelde secretaris van 14 december 1985, 22 december 1985, 20 januari 1986 en 18 maart 1986, en voorts aan die secretaris toegezonden afschriften van brieven aan anderen;

- de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te U van 19 februari 1986, waarbij onder meer de klacht, voor zover betrekking hebbende op thans verweerder in hoger beroep, is verworpen naar het Medisch Tuchtcollege te N;

- het verweerschrift van de arts, gedateerd 7 mei 1986, en de brief van de arts van 20 mei 1986;

- het proces-verbaal van de behandeling in eerste aanleg ter terechtzitting van het Medisch Tuchtcollege te N van 17 september 1986 en de beslissing waarvan hoger beroep.

2. Appellant, hierna ook te noemen: de inspecteur, is van deze beslissing tijdig in hoger beroep gekomen bij beroepschrift van 27 oktober 1986, waarin de gronden voor het hoger beroep zijn aangevoerd.

De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend, waarbij hij tevens het zijnerzijds tegen de beslissing ingestelde hoger beroep heeft ingetrokken.

3. De zaak is behandeld ter terechtzitting van het Centraal College van 24 september 1987. Daar waren tegenwoordig Dr. A, appellant, namens wie Mr. W, inspecteur van de Volksgezondheid in algemene dienst, het woord heeft gevoerd, alsmede de arts tegen wie de klacht is gericht, bijgestaan door Mr. J, advocaat te Q.

4. In de bestreden beslissing heeft het college in eerste aanleg de feiten die aanleiding hebben gegeven tot de klacht, als volgt samengevat:

'Klager heeft in 1976 en in 1979 levensverzekeringen gesloten bij Z Levensverzekering

Maatschappij NV (verder te noemen: Z), gevestigd te F. Op de polis was een zogeheten arbeidsongeschiktheidsclausule geplaatst, die inhield, dat klager bij arbeidsongeschiktheid vrijgesteld werd van premiebetaling. Medio 1985 heeft klager zich tot Z gewend met het verzoek hem wegens arbeidsongeschiktheid vrij te stellen van premiebetaling. Z heeft klager verzocht in verband met het onderzoek naar de mate van arbeidsongeschiktheid zich te wenden tot verweerder, die dit soort onderzoeken meer verricht en lid is van de KNMG. Verweerder heeft klager op 17 juli 1985 aan een keuring onderworpen. Aan het eind daarvan heeft verweerder klager een verklaring laten tekenen van de volgende strekking: 'Hierbij verklaart ondergetekende, dhr. P geen bezwaar te hebben tegen het feit dat er omtrent zijn persoon medische inlichtingen worden ingewonnen bij de (destijds) behandelend huisarts c.q. specialist. Dit naar aanleiding van verzoek tot premievrijstelling (Z verzekering).' Verweerder heeft toen telefonisch contact gehad met klagers huisarts E, arts te L. Hij heeft hem van de verklaring van klager op de hoogte gesteld, waarna de heer E hem klagers gehele medische dossier ter inzage heeft opgezonden. Verweerder heeft de zijns inziens van belang zijnde stukken gecopieerd en aan de verzekeringsgeneeskundige/medisch adviseur van Z, R, toegezonden met de aantekening dat deze die stukken kon behouden. Een en ander gebeurde bij brief van verweerder van 26 augustus 1985, waarvan de inhoud ook klager bekend is en die hier als herhaald en ingevoegd geldt. Bij brief van 6 september 1985 van R is klager meegedeeld, dat Z zou worden geadviseerd zijn verzoek om vrijstelling van premiebetaling af te wijzen, aangezien hij in de door hem bij aanvang van de verzekering ondertekende gezondheidsverklaring geen melding had gemaakt van een depressie, waaraan hij had geleden.'

Het Centraal College verenigt zich met deze samenvatting, waartegen ook partijen in hoger beroep geen bezwaren kenbaar hebben gemaakt.

De in deze samenvatting genoemde brief van 26 augustus 1985 luidt, voor zover van belang, als volgt: 'Op 17 juli zag ik op mijn controle-sprekkuur bovenvermelde verzekerde. Reden van zijn bezoek was een verzoek tot premievrijstelling wegens arbeidsongeschiktheid. Verzekerde meende arbeidsongeschiktheid te zijn op grond van cervicale spendylarthrose en een psychische aandoening. Van verzekerde begreep ik dat hij sedert ± 1980 onder behandeling is van de zenuwarts, O, psychiater te V. Er zou allerlei psychische problemen zijn in de zin van aanpassingsmoeilijkheden. Van verzekerde zelf kreeg ik weinig inlichtingen, maar hij deelde mij mede dat ik contact zou kunnen opnemen met collega

O, zijn behandelend psychiater. Verder was hij in het verleden bij collega K, reumatoloog te Q, geweest wegens neklachten. Met toestemming van verzekerde heb ik inlichtingen ingewonnen bij zijn huisarts en ik kreeg zijn niet geringe medisch dossier ter inzage. Ik heb hieruit de m.i. relevante correspondentie gecopieerd en deze kunt u behouden. Verder wil ik nog vermelden dat ik tijdens het telefonisch overleg met collega E, huisarts van verzekerde, van deze de indruk kreeg dat de klachten van verzekerde niet reëel waren.'

5. De klacht, zoals zakelijk weergegeven in de bestreden beslissing, luidt als volgt: 1. Verweerder had geen recht het vertrouwelijk medisch dossier van klager te kopiëren en naar de heer R van de Z te F te zenden. Dit druist in tegen alle ethische beginselen. 2. Hij heeft onjuiste feiten en feiten die absoluut niet ter zake zijn, vermeld in zijn rapport. Bijvoorbeeld: '1980 onder behandeling geweest van de zenuwarts, Dr. O', in plaats van 1984. Hij heeft de Z op een dwaalspoor gebracht en klager in diskrediet gebracht. Zijn rapport deugt niet. 3. Hij had geen recht de heer R van de Z toestemming te geven de privé-documenten uit klagers dossier te behouden. 4. Klagers huisarts en hijzelf voelen zich door verweerder bedrogen. 5. Klager vordert een bedrag van f 25.000 bij wijze van vergoeding voor de door hem geleden ellende. 6. Verweerder heeft klager niet alleen in diskrediet gebracht, maar hem ook een financiële strop bezorgd.

6. Ambtshalve overweegt het Centraal College dat de beslissing waarvan hoger beroep niet strookt met het systeem van de ingevolge de Medische Tuchtwet te geven eindbeslissingen, zoals dit systeem volgt uit het Reglement Medisch Tuchtrecht. Dit systeem is immers aldus dat naar aanleiding van een ingediende klacht drie eindbeslissingen mogelijk zijn: 1. niet-ontvankelijkverklaring van de klager; 2. afwijzing van de klacht; 3. oplegging van een maatregel.

Het is derhalve niet juist en in strijd met de wettelijke bepalingen een beslissing te geven die naast elkaar een gegrondverklaring van de klacht, een afwijzing van de klacht en een niet-ontvankelijkverklaring van klager inhoudt, zoals in het onderhavige geval is geschied. Daaraan doet niet af dat de evengenoemde beslissingen zijn gegeven naar aanleiding van verschillende onderdelen van de klacht. In het onderhavige geval is immers kennelijk sprake van één klacht die is onderbouwd met een beroep op verschillende feiten en omstandigheden. De klacht dient dan als één geheel te worden beoordeeld, waarbij de onderscheiden onderdelen van de klacht zoveel mogelijk in hun onderlinge samenhang moeten worden beschouwd. In dit verband merkt het Centraal College nog op dat het niet in alle gevallen waarin een klager een aantal samenhangende



bezwaren heeft aangevoerd, zonder meer duidelijk is of en op welke wijze de klacht in min of meer zelfstandige en afgeronde onderdelen kan worden gesplitst. Indien bepaalde gedeelten van de klacht wel en andere gedeelten niet gegrond zijn, dient dat uit de rechtsoverwegingen te blijken en niet uit het dictum. Zou het mogelijk zijn afzonderlijke beslissingen te geven op verschillende onderdelen van een klacht, dan zou in een geval waarin sommige onderdelen ongegrond en andere gegrond zijn bevonden en deswege een maatregel is opgelegd, gemakkelijk het misverstand kunnen rijzen dat de klager, in strijd met het systeem van het medisch tuchtrecht, de ongegrond bevonden onderdelen van de klacht ter toetsing aan het Centraal College zou kunnen voorleggen.

7. Het Centraal College zal in de eerste plaats de grief van procedurele aard van de inspecteur behandelen, welke hierop neerkomt dat de beslissing van het college in eerste aanleg, voor zover inhoudende gegrondverklaring van de klacht zonder oplegging van een maatregel in strijd is met het systeem van de Medische Tuchtwet. Deze grief is gegrond.

Het Centraal College heeft in een vaste rechtspraak het thans wederom door het college in eerste aanleg ingenomen standpunt van de hand gewezen. De in dit verband van belang zijnde overwegingen kunnen als volgt worden samengevat: Gegrondverklaring van een klacht zonder oplegging van een maatregel zou neerkomen op een, voor het strafrecht uitdrukkelijk in de wet neergelegde, vorm van 'schuldigverklaring zonder oplegging van straf', welke mogelijkheid echter in de Medische Tuchtwet niet is voorzien en in het ontwerp van Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg uitdrukkelijk wordt uitgesloten.

Dat het standpunt van het college in eerste aanleg strijdig is met het systeem van het medisch tuchtrecht, volgt ook uit de artikelen 70 en 81 van het Reglement Medisch Tuchtrecht: dat standpunt zou immers tot het weinig aannemelijke gevolg leiden dat er een categorie beslissingen zou bestaan waarvan het minst genomen onduidelijk is of en, zo ja, voor wie daarvan hoger beroep zou openstaan. Indien een medisch tuchtcollege tot uitdrukking wenst te brengen dat een arts of een andere aan het medisch tuchtrecht onderworpen persoon onjuist heeft gehandeld, maar termen aanwezig acht ter zake geen maatregel op te leggen, kan het in de overwegingen van de beslissing daarvan doen blijken in andere bewoordingen dan die gebezigd in de artikelen 1, 2, 3 en 3a van de Medische Tuchtwet, derhalve zonder de gedraging te kwalificeren als een handeling die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt, waarbij dan in het dictum een ongegrondverklaring van de klacht dient te worden neergelegd.

De in de bestreden beslissing neergelegde opvatting van het Medisch Tuchtcollege te N, dat uit de beschikking van de Hoge Raad van 7 februari 1986, NJ 1986, 791, TvGr 1986, p. 170, volgt dat gegrondverklaring van een klacht zonder oplegging van een maatregel in een geval als het onderhavige wél mogelijk is, kan niet als juist worden aanvaard. In die beschik-

king ging het immers om de vraag welke gevolgen voor de behandeling van een medische tuchtzaak moeten worden gehecht aan overschrijding van de redelijke termijn, bedoeld in artikel 6 van het Europese Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. Voor dat geval heeft de Hoge Raad, na afweging van de betrokken belangen, geoordeeld dat overschrijding van de 'redelijke termijn' niet aan verdere behandeling van de zaak in de weg staat, met dien verstande dat niet alsnog aan de betrokken arts een maatregel kan worden opgelegd. Noch uit deze beslissing, noch uit de motivering daarvan valt echter af te leiden dat nu ook in het algemeen, ook buiten een geval waarin het Europese Verdrag wegens overschrijding van de 'redelijke termijn' daartoe noopt, gegrondverklaring van een klacht zonder oplegging van een maatregel als mogelijkheid moet worden aanvaard.

8. Omtrent de klacht zelf overweegt het Centraal College het navolgende:

De door klager ter gelegenheid van het onderzoek door de arts op 17 juli 1985 ondertekende verklaring, waarbij hij toestemming gaf tot het inwinnen van inlichtingen bij zijn huisarts, is in algemene bewoordingen gesteld; de vraagstelling is daarin onvoldoende duidelijk omschreven.

Voorts is niet komen vast te staan, of de arts aan de huisarts van klager gerichte vragen heeft gesteld, waarbij het Centraal College opmerkte dat, nu er geen sprake was van grote spoedeisendheid, een schriftelijk verzoek om inlichtingen of tenminste een schriftelijke bevestiging van het mondelinge verzoek de voorkeur zou hebben verdiend. In verband met een en ander kan evenmin komen vast te staan of de toezending van het gehele medische dossier van klager door diens huisarts een adequate reactie op het verzoek van de arts is geweest. Wat hier evenwel van zij, de arts heeft onjuist gehandeld door de naar zijn oordeel relevante stukken te kopiëren en deze aan de medisch adviseur van de Z, R, toe te zenden met de mededeling dat deze die stukken kan behouden. In plaats daarvan had hij de uit de verkregen inlichtingen blijkende gegevens samen met de resultaten van zijn eigen onderzoek in zijn rapportage aan de medisch adviseur van de Z behoren te verwerken.

Uit het voorgaande volgt dat de arts in een aantal opzichten in strijd heeft gehandeld met de geldende richtlijnen van intercollegiale informatie, zoals neergelegd in het zogeheten Groene Boekje ('Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen, Intercollegiale Informatie, Medische Informatie' van de KNMG). Ter terechtzitting in hoger beroep heeft de arts verklaard, dat hij dat wel in huis had, maar het (nog) onvoldoende had bestudeerd.

9. Ten aanzien van het rapport dat de arts heeft opgesteld naar aanleiding van de keuring van klager op 17 juli 1985 en dat is neergelegd in de brief d.d. 26 augustus 1985 van de arts aan de medisch adviseur van de Z, is het Centraal College met het college in eerste aanleg van oordeel dat dit rapport de door dat

college vermelde gebreken vertoont – te weten, dat het geen of weinig anamnestiche gegevens bevat, noch gegevens verkregen door eigen onderzoek van de arts en dat voorgelegde vraag niet wordt beantwoord – en derhalve niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

10. Bij keuringen als deze, die in opdracht van een verzekeringsmaatschappij worden verricht, is een arts min of meer op commercieel gebied werkzaam. Dit brengt echter niet mee dat de arts, die ook steeds voor ogen dient te houden welke betekenis de keuring heeft en welke gevolgen aan het resultaat daarvan voor de betrokkene kunnen zijn verbonden, jégens de te keuren persoon een geringere mate van zorgvuldigheid zou behoeven te betrachten. Dat in het onderhavige geval de vraagstelling van de Z vaag en weinig geconcretiseerd was, doet daaraan, zoals het college in eerste aanleg terecht heeft opgemerkt, niet af.

11. Uit hetgeen het Centraal College in het voorgaande omtrent de klacht heeft overwogen volgt, dat de arts bij de keuring en de rapportage daaromtrent in zodanige mate te kort is geschoten dat hij zich naar het oordeel van het Centraal College schuldig heeft gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen, zodat de klacht gegrond is en een maatregel dient te volgen. Gelet op de omstandigheden van het geval, waarbij het Centraal College in het bijzonder nog in aanmerking neemt dat aannemelijk is dat klager zelf bij het onderzoek terughoudend was met het geven van inlichtingen, acht het Centraal College de lichtste maatregel, die van waarschuwing, op zijn plaats.

12. Naast hetgeen hiervoor aan de orde is gekomen, houdt de klacht geen bezwaren tegen de arts in, doch slechts een verzoek waaromtrent de medische tuchtcolleges geen oordeel kunnen geven. In zoverre behoeft de klacht geen bespreking.

13. Om redenen aan het algemeen belang ontleend acht het Centraal College bekendmaking van deze beslissing, met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet, op de hierna aan te geven wijze geboden.

14. Het Centraal Medisch Tuchtcollege: rechtdoende in hoger beroep: vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep; en opnieuw rechtdoende: verklaart de klacht gegrond in voege als hiervoor overwogen;

Legt de arts te dier zake de maatregel van waarschuwing op. □

## SRC

## Jaarverslag 1987

**Inleiding**

Evenals in het daaraan voorafgaande jaar moest ook in 1987 afscheid worden genomen van een functionaris van de Specialisten Registratie Commissie (SRC), in casu de secretaris Dr. H. Fermin, die daarvoor reeds vele jaren als vertegenwoordiger van het specialisme keel-neus-oorheelkunde in de SRC zitting had. Dr. Fermin heeft de secretarisfunctie gedurende vijf jaar met grote inzet en nauwkeurigheid vervuld. In de plenovergadering van de SRC dd. 27-3-1987 werd hem daarvoor door de voorzitters van SRC, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) alsmede de secretaris van het Centraal College (CC) in lovende bewoordingen dank betuigd. Zijn taak werd vanaf 1 april overgenomen door Dr. J. A. van Wijk, die tevoren als afgevaardigde van de Nederlandse Vereniging voor Urologie van de SRC deel uitmaakte en bovendien reeds een aantal jaren lid van de Commissie van Uitvoering (CvU) en vice-voorzitter was.

Begin 1987 verscheen de geschiedschrijving van de SRC, waarmee de vroegere secretaris van de SRC, Dr. L. P. H. J. de Vink, na zijn terugtreden was begonnen en die hij in de loop van 1986 voltooide. Enkele maanden daarna is hij helaas overleden.

Het jaar 1987 overziende kan worden opgemerkt dat daarin de discussie over het automatiseringsproces en de voorbereidingen voor de start van de 'herregistratie' (juister is te spreken over periodieke verlenging van de registratie) een grote plaats innamen, helaas zonder dat dit in het verslagjaar tot een afronding is gekomen. Verwezen wordt naar het hoofdstuk 'Diversen' waar op deze onderwerpen nader wordt ingegaan.

Een ander belangrijk onderwerp van langdurig zowel intern als extern beraad was het beroep dat geheel aan het einde van de daarvoor gestelde termijn (drie maanden) werd ingesteld tegen een in de plenovergadering van 28-11-1986 genomen beslissing om een reeds jaren bestaande opleiding niet te verlengen. Deze beslissing die – naar het zich op grond van het uitgebreide en overduidelijke visitatierapport liet aanzien – niet anders had kunnen luiden werd niettemin aangevochten en uiteindelijk door de Commissie van Beroep (CvB) op formele gronden vernietigd. Wel was de CvB het met de SRC eens dat de geconstateerde en niet betwiste conflictsituatie voor de opleiding een duidelijke belemmering betekende.

Bij deze beroepszaak heeft onder meer een rol gespeeld dat de vigerende en sterk verouderde opleidingseisen een onvoldoende basis bieden om de geconstateerde tekortkomingen op adequate wijze te formuleren. Op het ontbreken van actuele aan nieuwe ontwikkelingen aangepaste eisen voor een aantal specialismen, hetgeen niet alleen bij de kwaliteitsbeoordeling van opleidingen, maar ook bij de beoordeling van opleidingsschema's van individuele assistent-geneeskundigen een ernstige belemmering is, wordt verderop in het jaarverslag nader ingegaan.

**Samenstelling SRC**

In 1987 traden de volgende mutaties op:

Cardiologie: Prof. Dr. A. C. Arntzenius werd als plaatsvervangend vertegenwoordiger opgevolgd door Prof. Dr. J. P. Roos.

Gastro-enterologie: de vertegenwoordiger Prof. Dr. O. J. ten Thije werd opgevolgd door de plaatsvervangend vertegenwoordiger Dr. L. P. Bos; als plaatsvervangend vertegenwoordiger werd aangewezen Drs. K. Huibregtse.

Klinische genetica: als vertegenwoordiger tot de SRC trad toe Prof. Dr. G. P. J. A. Anders.

Medische microbiologie: Prof. Dr. G. C. J. van der Ploeg werd als plaatsvervangend vertegenwoordiger opgevolgd door Dr. A. Jansz.

Orthopaedie: de vertegenwoordiger Dr. B. E. E. M. J. Veraart en plaatsvervangend vertegenwoordiger Drs. W. J. Hefting werden opgevolgd door respectievelijk Drs. R. J. Sanders en Drs. H. M. Berntsen.

Plastische chirurgie: de vertegenwoordiger Drs. W. H. van der Wel en plaatsvervangend vertegenwoordiger Prof. Dr. D. B. de Jong werden opgevolgd door respectievelijk Drs. E. Boekhoff en Drs. J. M. Vaandrager.

Urologie: de vertegenwoordiger Dr. J. A. van Wijk en de plaatsvervangend vertegenwoordiger Prof. Dr. H. J. de Voogt werden opgevolgd door respectievelijk Prof. Dr. R. A. Janknegt en Dr. H. J. A. Mensink.

Allen die in de loop van 1987 de SRC verlieten worden op deze plaats nogmaals hartelijk bedankt voor hun bijdrage aan en inzet voor het werk van de SRC.

**Samenstelling Commissie van Uitvoering**

Doordat Dr. van Wijk per 1-4-1987 tot secretaris van de SRC werd benoemd moest in zijn functie van vice-voorzitter en lid van de Commissie van Uitvoering worden voorzien. Als vice-voorzitter werd benoemd Prof. Dr. N. F. Th. Arts en als lid van de Commissie van Uitvoering: Prof. Dr. F. T. Bosman.

**Plenovergaderingen**

De SRC kwam evenals vorige jaren zes maal bijeen. Aan een dezer vergaderingen ging een beleidsvergadering vooraf, waaraan ook door vertegenwoordigers van de plenaire visitatiecommissies werd deelgenomen. In deze beleidsvergadering werd van gedachten gewisseld over de volgende onderwerpen: het obductiepercentage als een van de criteria voor de kwaliteitsbeoordeling van de opleiding, de beoordeling/visitatie van opleidingen die een samenwerkingsverband zijn aangegaan, het eventueel horen van oud-assistenten door de visitatiecommissie ad hoc en het eventueel laten meetellen van werkzaamheden als agnio met toepassing van Besluit nr. 3-1975 van het Centraal College (CC).

In de plenovergaderingen kwamen in totaal 13 verzoeken om inschrijving in het register van erkende specialisten aan de orde, te weten:

- negen keer een verzoek om registratie als specialist klinische genetica met toepassing van art. 4 van Besluit nr. 5-1986 van het CC jo. art. 1018 lid 2 van het Huishoudelijk Reglement (HR) van de KNMG;
- een keer een verzoek om registratie als specialist nucleaire geneeskunde met toepassing van art. 4 van Besluit nr. 3-1983 van het CC jo. art. 1018 lid 2 van het HR;
- een keer een verzoek om registratie als specialist nucleaire geneeskunde met toepassing van art. 1018 lid 1 van het HR;
- een keer een verzoek om registratie als specialist nucleaire geneeskunde met toepassing van art. 12 van Besluit nr. 2-1982 van het CC jo. art. 1018 lid 1 van het HR;
- een keer een verzoek om registratie als specialist klinische geriatrie met toepassing van art. 4 van Besluit nr. 4-1982 van het CC jo. art. 1018 lid 2 van het HR.

Met uitzondering van de onder d en e genoemde verzoeken kon de SRC met deze aanvragen akkoord gaan. Het CC, overeenkomstig art. 1019 lid 5 van het HR hierover gehoord, bleek zich aan de desbetreffende beslissingen te kunnen conformeren.

In de plenovergaderingen werd voorts 156 maal over een visitatierapport en 53 maal over een rapportage beraadslaagd. In totaal moest elf keer de beslissing over een visitatierapport en vier keer over een rapportage worden aangehouden. Met uitzondering van twee visitatierapporten en drie rapportages kon de besluitvorming nog in 1987 worden afgerond.

## OFFICIEEL

Hierna volgt een globaal overzicht van de over visitatierapporten genomen beslissingen.

## 1a. Verlenging van bestaande opleidingen

– voor minder dan 5 jaar	20*
– voor 5 jaar (+ rapportage)	74**
	—
	94

\* een keer geschiedde dit op grond van een uitspraak van de Commissie van Beroep; een keer betrof dit een B-opleiding nadat besloten was de gevraagde A-opleidingsbevoegdheid niet te verlenen.

\*\* een keer betrof dit een B-opleiding, nadat besloten was de aanvraag voor een A-opleiding niet te honoreren (het verzoek om heroverweging van de beslissing kon niet meer in 1987 worden afgerond).

b. Niet verlengd: vier, waarvan een opleiding waarin sinds vele jaren geen assistent-geneeskundigen meer waren opgeleid.

## 2a. Erkenning van nieuwe opleidingen resp. nieuwe opleiders in bestaande opleidingen

	totaal	nieuwe opleiding	nieuwe opleider
– voor minder dan 5 jaar	24	3	21
– voor 5 jaar			
(+ rapportage)	8	—	8
	32	3	29
b. Niet verleend:	5	—	5

De belangrijkste tekortkomingen die hetzij tot een erkenning voor korter dan vijf jaar, hetzij tot niet verlenen of verlengen van een opleiding aanleiding gaven waren: onvoldoende opleidingsactiviteiten (besprekingen, theoretische scholing, wetenschappelijk werk), onvoldoende begeleiding van de assistent-geneeskundigen, gebrekkige samenwerking binnen de opleidersstaf, onvoldoende mogelijkheden voor de assistent-geneeskundigen om klinische en/of poliklinische ervaring op te doen, geen/onvoldoende organisatiestructuur van de opleiding.

In een aantal gevallen bleek het advies van de plenaire visitatiecommissie in belangrijke mate te zijn gebaseerd op nog niet van kracht zijnde opleidingseisen voor het betrokken specialisme en kon de SRC, die haar beslissingen met inachtneming van de vigerende eisen dient te nemen, niet alle kritische kanttekeningen van de visitatiecommissie overnemen, ook al was zij het inhoudelijk daarmee eens.

Veelal betrof dat specialismen, waarvoor al geruime tijd geleden door het CC nieuwe opleidingseisen zijn vastgesteld, maar die wegens de verlenging van de opleidingsduur nog niet aan de KNMG en de minister van Onderwijs en Wetenschappen waren toegezonden, omdat het 'groene licht' voor deze verlengingen nog niet is gegeven. Waar de vigerende eisen dikwijls van vele jaren geleden dateren en inmiddels in een aantal opzichten sterk zijn verouderd, is het ontbreken van up to date gebrachte opleidingseisen een ernstige belemmering voor een adequate beoordeling van de kwaliteit van de opleiding. Bovendien wordt daardoor de besluitvorming in hoge mate vertraagd. Immers wanneer het oordeel van de SRC wezenlijk afwijkt van het advies van de plenaire visitatiecommissie moet een uitspraak worden aangehouden, teneinde eerst met de plenaire visitatiecommissie te overleggen.

Andere onderwerpen waarover door de SRC in pleno werd beraadslaagd waren: nieuwe opleidingseisen heelkunde, het concept-erkenningsbesluit klinische neurofysiologie, het jaarverslag en assistentenbestand, de jaarverslagen van plenaire visitatiecommissies, een reglement van orde voor de SRC (dit werd in de vergadering van 11 september 1987 vastgesteld) en een gewijzigd evaluatieformulier (zie hierna).

## Vergaderingen CvU

De CvU heeft in 1987 negentien keer vergaderd. In een aantal vergaderingen werden gesprekken gevoerd met opleiders en andere belanghebbenden bij de opleiding op grond van de beslissing van de plenovergadering naar aanleiding van uitgebrachte visitatierapporten. Aan deze gesprekken werd ook deelgenomen door de vertegenwoordiger of plaatsvervangend vertegenwoordiger van het betrokken specialisme in de SRC en in vrijwel alle gevallen ook door een delegatie van de visitatiecommissie. Voorts werd enkele malen overlegd met een delegatie van een plenaire visitatiecommissie/concilium over o.a. problemen bij de interpretatie/uitvoering van de opleidingseisen.

Naar aanleiding van een uitspraak van de Commissie van Beroep (zie hierna), die niet alleen bij de SRC maar ook bij de betreffende plenaire visitatiecommissie een aantal vragen had opgeroepen, vond in december 1987 een informeel overleg plaats met de secretaris van de Commissie van Beroep.

In de CvU-vergaderingen werd voorts over vele andere onderwerpen beraadslaagd, zoals:

- opleidingsschemata van individuele assistent-geneeskundigen (70×);
- reglement Toetsen Oogheelkunde;
- experimentele deeltijdopleiding verloskunde/gynaecologie in het Academisch Ziekenhuis Groningen (onder bepaalde voorwaarden zouden twee assistent-geneeskundigen de opleiding in een zogenaamde duobaan kunnen volgen; deze opleiding zou voor 50% per dag patiëntgebonden werkzaamheden en voor 25% andere opleidingsactiviteiten omvatten; de opleidingsduur zal daarmee 6,7 jaar gaan bedragen; uitsluitend maatschappelijke redenen kunnen aanleiding zijn om tot de deeltijdopleiding te worden toegelaten; over het verloop van een dergelijke opleiding zal regelmatig aan de SRC moeten worden gerapporteerd);
- problematiek bij beëindiging van de opleiding op grond van een negatief judicium;
- relevante passages uit het rapport van de Commissie Dekker;
- hoe te handelen als op het evaluatieformulier duidelijke kritiek op (onderdelen van) de betreffende opleiding wordt gegeven;
- 'herregistratie procedure';
- concept-begroting 1989.

Een herhaaldelijk terugkerend onderwerp van discussie was voorts de automatisering.

## Contact met het CC

Afgezien van de frequente informele contacten op bureauniveau en van de deelname door de secretaris van de SRC aan vergaderingen van het CC en door de secretaris van het CC aan de plenovergaderingen van de SRC, vond in 1987 twee keer een presidiumoverleg plaats. Daarin werd beraadslaagd over de klinische neurofysiologie als zelfstandig specialisme, de experimentele deeltijdopleiding verloskunde/gynaecologie in het Academisch Ziekenhuis Groningen (waarmee van de zijde van het CC akkoord werd gegaan), vervroegde invoering van bepaalde artikelen van de standaardseisen (met name die over de te volgen procedure na een negatieve beoordeling), consequenties van een eventuele vijftig-urige werkweek, visitaties van samenwerkende opleidingen, obductiepercentage als criterium bij de beoordeling van een opleiding.

## Contact met de Landelijke Specialisten Vereniging

Begin 1987 vond een bestuurlijk overleg plaats tussen SRC, LSV en KNMG over de opvolging van Dr. Fermin, waarbij ook enkele andere onderwerpen aan de orde kwamen. Voor het overige waren er informele contacten op bureauniveau.

### Contact met de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen (LVAG)

Op 2-3-1987 vond weer een vergadering van de Contact Commissie CC-SRC-LVAG plaats. Daarin werd het concept voor een gewijzigd c.q. vereenvoudigd evaluatieformulier besproken en werd voorts beraadslaagd over de invoering van verplichte toetsen, verkapte verlenging van opleidingen via werkzaamheden als assistent-geneeskundige niet in opleiding (agnio) en de opleiding in een vijftig-urige werkweek.

### Europese contacten

Door de directeur kon in 1987 slechts worden deelgenomen aan een vergadering van de Conférence Internationale des Ordres. Wel waren er met 'zusterorganisaties' in ander EG-lidstaten verscheidene telefonische en schriftelijke contacten over individuele opleidingen en erkenningen van specialisten-'diploma's'. Zo is er sinds geruime tijd een afspraak met de Bundesärztekammer in Keulen, dat deze bij de SRC verifieert of een Nederlands ziekenhuis, waarin een assistent-geneeskundige werkzaamheden heeft verricht die hij wil laten meetellen voor zijn opleiding in de Bundesrepublik Deutschland, erkend is als opleidingsinrichting.

### Bureau SRC

Voor het bureau van de SRC was 1987 een 'bewogen' jaar. Naast enkele heugelijke gebeurtenissen (driemaal een huwelijk) waren er ook enkele minder prettige: de chef de bureau was wegens ziekte zes maanden uitgeschakeld en een andere medewerkster moest – eveneens wegens ziekte – medio 1987 lange tijd verzuimen. Een andere medewerkster ging medio 1987 met zwangerschapsverlof en keerde niet terug; deze vacature werd per 1-12-1987 opgevuld. Als gevolg van bovengenoemde omstandigheden moest in de vakantieperiode enkele malen kortdurend een uitzendkracht worden ingeschakeld. Ondanks de verminderde bezetting ontstond door de grote inzet van allen geen achterstand in de werkzaamheden. Een woord van dank daarvoor is dan ook zeker op zijn plaats in dit jaarverslag.

Er werden ook in het afgelopen jaar weer vele bezoekers op het bureau ontvangen. In de meeste gevallen (circa 36) waren dat assistent-geneeskundigen die in verband met problemen bij hun opleiding of registratie voor een gesprek met de secretaris kwamen, waarbij incidenteel ook de vertegenwoordiger van het betreffende specialisme in de SRC aanwezig was. Voorts werden in 1987 circa twintig buitenlandse artsen/specialisten voor informatieve gesprekken ontvangen.

Enkele malen vond, veelal in aanwezigheid van de vertegenwoordiger van het desbetreffende specialisme, een gesprek met een opleider plaats naar aanleiding van een beslissing van de plenovergadering; daarnaast werden met opleiders ook nog informatieve gesprekken over opleidingsaangelegenheden gevoerd. Naar aanleiding van een door de SRC, genomen beslissing werd vier keer door een opleider het visitatierapport op het bureau ingezien.

### Taaltest Nederlands

Door de ziekte resp. het overlijden van Dr. de Vink, die tot medio 1986 gecommiteerde bij de taaltesten was, is deze taak in 1987 overgenomen door de voormalig secretaris van de SRC Dr. D. Wolvius en het voormalig lid van de SRC en de CvU Dr. A. F. M. van der Reep, die elkaar in onderling overleg afwisselen. Voorts werd de vervangster van een der in 1986 door ziekte uitgevallen examinatoren in 1987 door een andere examinatrice opgevolgd. In het verslagjaar werd vijf keer de taaltest Nederlands afgenomen. Het aantal kandidaten dat bij het eerste examen slaagde, bedroeg tien (van wie vier voor de eerste twee onderdelen); het aantal geslaagden bij herkansing was twee (van wie een voor de eerste twee onderdelen); tien kandidaten werden afgewezen (twee bij herkansing).

### Bemiddelingen en beroepszaken

#### 1. Bemiddeling/Tussenkomst

In 1987 vond tweemaal een bemiddelingsprocedure ex art. A. 16 van de algemene eisen plaats (een verzoek daartoe dateerde van eind 1986, maar kon in dat jaar niet meer worden uitgevoerd). In een geval (inwendige geneeskunde) adviseerde de Bemiddelingscommissie en vervolgens de CvU, de opleiding voor het betreffende specialisme niet voort te zetten en eventueel voor een ander specialisme te kiezen. De betrokken assistent-geneeskundige is inmiddels in opleiding voor een deelspecialisme. In het tweede geval (psychiatrie) adviseerde de Bemiddelingscommissie wegens de persoonlijke omstandigheden van de assistent-geneeskundige vooralsnog van verdere opleiding af te zien. Ook dit advies werd door de CvU overgenomen en door de assistent-geneeskundige opgevolgd.

Door vier assistent-geneeskundigen werd een verzoek om tussenkomst ex art. A.18 van de algemene eisen gedaan. In drie gevallen gelukte het met hulp van de vertegenwoordiger c.q. het concilium van het betreffende specialisme een andere opleider bereid te vinden de assistent-geneeskundige gedurende een bepaalde periode voor een tweede beoordeling op te leiden. In een geval besloot de assistent-geneeskundige (die reeds als specialist was ingeschreven) daarvan geen gebruik te maken en ter plaatse als agnio werkzaam te blijven om zich later als specialist met meer ervaring te kunnen vestigen.

In een ander geval moest de beoordelingsperiode, die overigens niet gunstig verliep, in verband met zwangerschap worden afgebroken. In het derde geval is de beoordelingsstage met gunstig gevolg afgerond en kon de assistent-geneeskundige de opleiding in de oorspronkelijke opleidingsinrichting voortzetten. In een geval is het tot op heden vooral om financiële redenen niet gelukt een 'tweede' opleider te vinden. Met name deze casus was aanleiding om met het CC te beraadslagen over vervroegde inwerkingtreding van het hoofdstuk 'Bemiddeling' van de standardeisen. Dit overleg kon in 1987 nog niet worden afgerond.

Naast de hiervoor genoemde bemiddelings- en tussenkomstzaken vond in 1987 enkele malen met medeweten van de SRC tussen opleidingsinrichtingen een uitwisseling plaats van assistent-geneeskundigen die van de eerste opleider een onvoldoende beoordeling hadden gekregen.

#### 2. Beroepszaken

In het verslagjaar kwamen twee beroepszaken aan de orde. Een daarvan was een na de voorgeschreven beroepstermijn ingesteld beroep tegen de in de plenovergadering van 5-9-1986 genomen afwijzende beslissing op een verzoek om inschrijving als specialist klinische geriatrie met toepassing van art. 4 van Besluit nr. 4-1982 subsidiair het verzoek om inschrijving met toepassing van art. 1018 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement. Tot op heden is nog geen formele uitspraak van de Commissie van Beroep (CvB) ontvangen. Het andere beroep werd ingesteld tegen de beslissing van de SRC dd. 23-11-1986 om een bestaande opleiding niet opnieuw te erkennen. De CvB oordeelde – samengevat – dat onvoldoende 'hard' was gemaakt dat de opleiding door de in het visitatierapport genoemde omstandigheden wordt belemmerd op een zodanige wijze dat dit tot beëindiging van de opleiding zou moeten leiden. De CvB besloot dat de SRC de opleidingsbevoegdheid voor beperkte tijd diende te verlengen, onverminderd haar bevoegdheid om daarbij voorwaarden te stellen, zwaarwegende adviezen te geven of aanbevelingen te doen. Naar aanleiding van deze casus vonden – afgezien van het reeds gereleveerde informele overleg met de secretaris van de CvB – evaluatiegesprekken plaats binnen de CvU en vervolgens van de CvU met een delegatie van de betrokken plenaire visitatiecommissie, die tot bepaalde procedureafspraken hebben geleid.

**Inschrijving**

1. *Opleidingsregister:* in 1987 werden 420 assistent-geneeskundigen in het opleidingsregister ingeschreven (tien van hen waren reeds als specialist inwendige geneeskunde geregistreerd). In 1986 waren dat er 465, in de daaraan voorafgaande jaren bedroeg dit aantal gemiddeld 475.

2. *Register van erkende specialisten:* in 1987 werden totaal 475 specialisten ingeschreven, t.w. 385 mannen en 90 vrouwen (in 1986 waren deze getallen resp. 528, 441 en 87). Van dit aantal werden 16 met toepassing van de EG-richtlijnen geregistreerd (in 1986 was dat 32); in 9 gevallen betrof dit een Nederlandse arts die de specialistenopleiding in een andere lidstaat had gevolgd (in 1986 waren dat er 11, in 1985: 4, in 1984: 5, in 1983: 10 en in 1982: 2).

Voor verdere details wordt naar de bijlage bij dit jaarverslag verwezen.

**Diversen**

1. Zoals hiervoor reeds is vermeld werd na vooroverleg met het CC en de LVAG door de plenovergadering besloten tot invoeren van een vereenvoudigd evaluatieformulier dat bovendien qua vraagstelling beter was toegesneden op voor de opleiding essentiële aspecten. In de nieuwe standaardeisen is bepaald dat dit formulier jaarlijks door de assistent-geneeskundigen in opleiding moet worden ingevuld (en door de betreffende opleider voor gezien moet worden ondertekend) en aan de SRC moet worden teruggezonden (tot nu toe bestaat deze verplichting niet). Ofschoon deze eisen nog niet van kracht zijn geworden werd op de assistent-geneeskundigen een klemmend beroep gedaan het formulier in het vervolg aan het einde van het kalenderjaar in te vullen en aan de SRC te retourneren. Aan deze oproep werd in groten getale gevolg gegeven. Naar aanleiding van de ontvangen reacties werd in de CvU beraadslaagd over de te volgen procedure, indien op de formulieren kritiek op bepaalde aspecten van de opleiding werd geuit.

2. Naar aanleiding van de op 28-11-1986 met vertegenwoordigers van de plenaire visitatiecommissies gehouden beleidsvergadering werd begin 1987 aan alle wetenschappelijke verenigingen gevraagd de SRC mede te delen hoe de thans in alle opleidingseisen opgenomen bepaling dient te worden geïnterpreteerd dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding tenminste eenmaal een wetenschappelijke voordracht moet houden en/of een wetenschappelijk artikel moet hebben gepubliceerd over een onderwerp zijn/haar specialisme betreffende. De reden hiervan was dat tijdens genoemde beleidsvergadering was gebleken dat om praktische redenen niet binnen alle specialismen strikt aan genoemde eis kon worden voldaan (in het bijzonder bleek dat het geval voor wat betreft het houden van een voordracht voor de betrokken wetenschappelijke vereniging). Uit de discussie in de beleidsvergadering alsook uit de reacties van de wetenschappelijke verenigingen (op een na hebben alle gereageerd) bleek dat voor een aantal specialismen de betreffende opleidingseis strikt dient te worden geïnterpreteerd, terwijl andere daaraan een wat genuanceerder uitleg geven. Wel werd de eis gesteld dat de wetenschappelijke voordracht voor een ruimer forum dan alleen de staf van de eigen opleidingsinrichting diende te worden gehouden en dat het wetenschappelijk artikel voor publikatie moet zijn geaccepteerd. Deze reacties bieden de SRC een duidelijk handvat bij de beoordeling van verzoeken om inschrijving als specialist. Op basis daarvan moest dan ook reeds een aantal malen worden besloten dat de inschrijving nog niet kon worden geëffectueerd.

**3. Automatisering**

Zoals reeds vermeld in de inleiding was de automatisering veelvuldig onderwerp van discussie. Door het hoofdbestuur van de KNMG werd op 3-3-1987 besloten een commissie van deskundigen in te

stellen voor automatisering van de administratie van de bureaus van de KNMG, maatschappelijke verenigingen en registratiecommissies, rekening houdende met de bestaande situaties en de acute knelpunten daarin.

In de Commissie Automatisering hebben zitting namens de KNMG: J. Diepersloot en K. Theunissen; namens de LHV: C. R. J. Laffr  e en S. Buijs; namens de LAD/LVSG: Mw. P. Swenker, M. van Leeuwen en H. A. van den Haak; een vertegenwoordiging van de LSV; namens de registratiecommissies: H. G. Bessem en J. A. van Wijk.

De commissie is in totaal vier keer bijeen geweest; er bleken al gauw controversen te bestaan over centraal en decentraal werken. Wel was men van mening dat onderlinge gegevens moeten kunnen worden uitgewisseld.

Gelet op de gerezen problemen werd besloten de totale inventarisatie van de wensen van de verschillende belanghebbenden alsmede het reeds in het vorige jaarverslag genoemde rapport van het organisatie-adviesbureau Verlinden/Wezeman toe te zenden aan een viertal organisatie-softwarebureaus met het verzoek een offerte uit te brengen voor de werkzaamheden die noodzakelijk zijn om het globale informatieplan te detailleren en daarbij een kostenopgave te verstrekken aan het vervolgproject tot en met de uitvoering. Alle bedrijven wensten echter eerst een voorstudie te maken. De commissie is van mening dat eerst intern duidelijk moet worden welke gebruikers wensen te participeren in het te ontwikkelen automatiseringssysteem en onder welke condities, alvorens de opdracht aan een der vier bedrijven te geven. De grootte van de financiële investering zal pas duidelijk worden na een voorstudie van de verschillende eisen van de gebruikers.

Door de SRC werden de eisen als volgt naar voren gebracht: de gegevens betreffende naam, adres en woonplaats van alle in Nederland geregistreerde medische specialisten dienen up-to-date te zijn; de gegevens betreffende opleiding, werkzaamheden, wetenschappelijke activiteiten etc. dienen door het bureau van de SRC te kunnen worden verwerkt en gemuteerd om daarna weer te worden opgeslagen (centraal of decentraal); de eventuele aanpassing van het gekozen softwarepakket dient op verzoek van de SRC direct met de beheerder te worden doorgesproken c.q. uitgevoerd; de kosten voor gebruik van een eventueel centrale opslag van gegevens dienen in goed overleg te worden berekend; het bureau van de SRC dient tenminste vijf eindstations tot zijn beschikking te krijgen, die zowel kunnen worden gebruikt voor verwerking van teksten als voor datagegevens.

Tijdens deze voorbereiding tot automatisering binnen de SRC werd in samenspraak met de door de KNMG aangetrokken heer E. Bies (stage-student HEAO) een definitiestudie en informatieplanning opgesteld. Deze studie is in het verslagjaar nog niet afgerond.

Een P.C. Olivetti M28 met Canon laserprinter werd aangeschaft om als tekstverwerker te gebruiken en tevens te kunnen dienen voor een spoedig in te voeren 'herregistratie' van medische specialisten. Deze herregistratie kan met een eenvoudig softwarepakket automatisch worden verwerkt indien de NAW-gegevens up-to-date kunnen worden verstrekt. Indien uiteindelijk de door de KNMG geïnitieerde automatisering in alle geledingen is doorgevoerd zal deze kleine opslag van gegevens in het dan bekende systeem moeten worden geconverteerd.

Het hoofdbestuur van de KNMG zal een beslissing nemen welk softwarebedrijf de opdracht krijgt voor een voorstudie waarbij wordt vermeld dat Pandata de voorkeur van de commissie heeft. De hoop wordt uitgesproken dat de automatisering van de registratie van medisch specialisten en artsen in opleiding in 1989 is geëffectueerd.

4. Ook de 'herregistratieprocedure' was meermalen onderwerp van beraadslaging. Aangezien het Huishoudelijk Reglement van de KNMG tot op heden geen bepaling bevat op basis waarvan tot de voorgenomen periodieke verlenging van de registratie kan



## Ingeschreven specialisten 1987

Specialisme	totaal aantal ingeschreven specialisten	waarvan vrouwel. special.	waarvan buiten EEG-verband ingeschr.	waarvan in EEG- verband ingeschr.	subdifferen- tiatie EEG- landen	Ned. arts met opleiding in EEG-land	subdifferen- tiatie EEG- landen	EEG-artsdipl. en opleiding in Nederland
allergologie	1	1	-	-	-	-	-	-
anesthesiologie	51	8	2	2	1× Engeland 1× België	3	3× Duitsland	-
cardiologie	22	1	-	2	1× Engeland 1× Italië	-	-	1× België
cardiopulmonale chirurgie	4	-	-	-	-	-	-	-
dermatologie	11	4	-	-	-	-	-	-
gastro-enterologie	3	1	-	-	-	-	-	-
heelkunde	19	-	-	2	1× Griekenland 1× België	2	2× Duitsland	1× België
inwendige geneeskunde	57	9	1	-	-	-	-	1× Duitsland
keel-neus-oorheelkunde	14	-	-	-	-	-	-	-
kindergeneeskunde	28	16	-	-	-	-	-	-
klinische chemie	1	1	-	-	-	-	-	-
klinische genetica	14	4	2	-	-	-	-	-
klinische geriatrie	1	-	-	-	-	-	-	-
longziekten en tuberc.	13	2	-	-	-	-	-	-
medische microbiologie	5	2	-	-	-	-	-	-
microchirurgie	1	-	-	-	-	1	1× Duitsland	-
neurologie	24	5	-	-	-	-	-	-
(aant.klin.neurofys.)	21	2	-	-	-	-	-	-
nucleaire geneeskunde	1	-	-	-	-	-	-	-
oogheelkunde	21	5	-	2	2× België	1	1× Duitsland	-
orthopedie	10	-	-	-	-	-	-	-
pathologische anatomie	11	1	-	2	1× Engeland 1× België	-	-	1× België
plastische chirurgie	5	-	1	1	1× Engeland	-	-	-
psychiatrie	73	24	-	4	4× België	-	-	1× België
radiodiagnostiek	31	-	-	1	1× België	1	1× Duitsland	1× België
radiotherapie	3	-	-	-	-	-	-	-
reumatologie	4	2	-	-	-	-	-	-
revalidatiegeneeskunde	8	-	-	-	-	-	-	-
urologie	12	-	-	-	-	-	-	-
verloskunde en gynaec.	26	4	-	-	-	1	1× Duitsland	-
zenuw- en zielsziekten	1	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	475	90	6	16	4× Engeland 10× België 1× Griekenland 1× Italië	9	9× Duitsland	5× België 1× Duitsland

worden overgegaan, noch een bepaling die het mogelijk maakt daaraan kosten te verbinden, werd aan de KNMG verzocht hierin te voorzien en werd voorts een voorstel gedaan voor de aan de periodieke verlenging te verbinden kosten. Eind 1987 werd – naar aanleiding van een desbetreffend verzoek van de zijde der KNMG – een wijziging van het Huisoudelijk Reglement voorbereid. Voorts werd binnen de CvU enkele malen uitgebreid beraadslaagd over de wijze waarop uitvoering zou moeten worden gegeven aan de 'herregistratieprocedure'. Besloten werd onder meer de wetenschappelijke verenigingen hiervoor nogmaals te benaderen en hen te vragen de reeds eerder vastgestelde criteria op enkele onderdelen nog wat nader te precisieren.

##### 5. Meervoudige registratie

Op verzoek van het presidium van de KNMG werd op 30-9-1986 een vergadering belegd om de problematiek van de dubbele registratie te bespreken, mede met het oog op de toekomstige Wet BIG waarin de mogelijkheid wordt geboden de titel te behouden als wordt voldaan aan kwaliteitseisen zoals gesteld door de verschillende beroepsgroepen. Voor behoud van de titel door invoeren van periodieke 'herregistratie' van medische specialisten bleek de SRC in principe 30-50% klinische en poliklinische werkzaamheden – al naar gelang de groep waartoe het specialisme behoort – te beschouwen als 'regelmatig uitoefenen van het specialisme'.

Nu deed zich de vraag voor of deze minimumeisen voor 'herregistratie', die eveneens door de Huisarts Registratie Commissie (HRC) en de Sociaal-Genoegkundigen Registratie Commissie (SGRC) zijn vastgesteld, aanleiding zijn om opnieuw de mogelijk-

heid van registratie in meer dan een register nader te beschouwen. Hiertoe werd een Werkgroep Meervoudige Registratie samengesteld waarin vertegenwoordigd zijn:

voor de KNMG: Mw. M. L. van Weert-Waltman (lid), J. C. F. M. Aghina (plv. lid), Dr. H. Roelink (plv. lid);

voor de HRC: N. A. Meursing (lid), L. G. Oltmans (plv. lid);

voor de SRC: Dr. J. A. van Wijk (lid), Dr. J. Boevé (plv. lid);

voor de SGRC: Th. W. J. Derksen (lid), M. Hefting (plv. lid);

voor de Colleges: Mw. Mr. H. A. van Andel (lid).

De eerste vergadering kwam bijeen op 14 mei 1987 en daarna zijn nog twee vergaderingen gevolgd.

Voor de SRC relevante combinaties voor meervoudige registratie zijn uitvoerig besproken; men kwam uiteindelijk tot de conclusie dat ieder specialisme zijn eigen attitude heeft en daardoor inschrijving in meer dan een register niet gewenst is; toch lijkt de combinatie sociaal-geneeskundige/specialist in zeer bijzondere omstandigheden mogelijk als deze combinatie door de respectievelijke wetenschappelijke verenigingen wordt gedoogd. Steeds werd door de vertegenwoordiger van de SRC naar voren gebracht dat ieder specialisme een dieptewerking heeft in de voor dat specialisme specifieke problematiek en daardoor het gelijktijdig uitoefenen van twee of meer beroepen altijd kwaliteitsvermindering zal betekenen. Zeker in deze tijd van ruime voorziening in medische beroepsbeoefenaars is een meervoudige registratie onacceptabel.

Omdat waarschijnlijk in de toekomst registratie zal plaatsvinden van verpleeghuisartsen werd de combinatie verpleeghuisarts/specialist nog besproken. Vele voorbeelden van mogelijke omstandig-

## OFFICIEEL

heden passeerden de revue doch opnieuw werd door de vertegenwoordiger van de SRC een vraagteken gezet bij een dergelijke combinatie. De verpleegden behoren tot een zeer specifieke bevolkingsgroep en ook hiervoor geldt een andere attitude van de arts dan voor een specialist; niet kon worden ontkennd dat er zich uitzonderlijke situaties kunnen voordoen waarbij de mogelijkheid van een dubbele registratie wordt beoordeeld door de betreffende wetenschappelijke verenigingen.

Hoewel nog niet alle combinaties werden besproken, kwam men geleidelijk aan tot de nog niet uitgesproken conclusie dat in wezen meervoudige registratie voor alle combinaties ongewenst is, omdat ieder vak de noodzakelijke diepgang moet hebben.

6. Begin 1987 moest de plenovergadering van de SRC een oordeel uitspreken over een opleiding naar aanleiding van het rapport betreffende een tussentijdse visitatie, waartoe – in overleg met de plenaire visitatiecommissie – naar aanleiding van ontvangen klachten van stafleden was besloten. De SRC besloot conform het advies van de plenaire visitatiecommissie de betreffende opleiding voor een jaar te handhaven onder de voorwaarde dat binnen die periode een einde zou komen aan de geconstateerde conflictueuze situatie binnen de staf die voor de opleiding een ernstige bedreiging vormde. Aangezien de SRC uitsluitend de kwaliteit van een opleiding dient te beoordelen en zich niet kan mengen in bestaande conflicten, werd in de brieven aan opleider en oplei-

dingsinrichting waarin de beslissing werd medegedeeld niet aangegeven – zoals de plenaire visitatiecommissie had voorgesteld – op welke wijze aan deze bedreigende situatie een einde moest worden gemaakt. Deze opstelling heeft vervolgens tot uitgebreide correspondentie en vele mondelinge gesprekken met opleider, stafleden en plenaire visitatiecommissie aanleiding gegeven. Dit was mede het gevolg van het feit dat enkele stafleden die gerechtelijke procedures tegen opleider en opleidingsinrichting hadden aangespannen de SRC confronteerden met kopieën van de notulen van de plenovergadering waarin genoemde beslissing was genomen en met het letterlijk overgetypte visitatieverslag, stukken die – zoals bekend is – vertrouwelijk zijn. Helaas is het niet gelukt het 'lek' op te sporen. Op deze plaats mag er daarom op worden gewezen dat de agenda met bijbehorende stukken voor de plenovergaderingen van de SRC alsmede de notulen van deze vergaderingen vertrouwelijk zijn. Ditzelfde geldt voor visitatierapporten met dien verstande dat nadat de SRC een beslissing heeft genomen de opleider en andere belanghebbenden bij de opleiding na inwilliging van een schriftelijk verzoek, daartoe op het bureau van de SRC het rapport kunnen komen inzien.

Dr. J. A. van Wijk, secretaris

Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur

## UIT DE VERENIGINGEN

KNMG

## Symposium Geneeskundestudenten Groningen

*'Een brok in de keel, een zenuw op de maag'*

'Wrijven helpt niet, rennies ook niet'. Misselijkheid, opgeblazen gevoel, brandend maagzuur. Over deze en andere bovenbuikklachten gaat het symposium dat op vrijdag 4 november door de symposiumcommissie van de Stichting Panacea (studentenorganisatie van de geneeskundefaculteit Groningen) wordt georganiseerd.

Dertien sprekers zullen een zo compleet mogelijk beeld trachten te geven van de gastro-enterologie door vanuit verschillende medische disciplines de specifieke aspecten van de bovenbuik te belichten. Onderwerpen die onder meer ter sprake komen: huisartsproblematiek, de behandeling van lichamelijke en psychische

maagklachten en het vóórkomen van bepaalde klachten bij kinderen, bejaarden, zwangeren en mensen met een bepaald voedingspatroon.

Het symposium vindt plaats op vrijdag 4 november van 13.30 tot 20.30 uur in de collegezaal Verloskunde van het Academisch Ziekenhuis Groningen (ingangnummer 38). Entree f 5,— voor Panacealeden, f 7,50 voor studenten en f 10,— voor overige belangstellenden.

Nadere inlichtingen: G. J. Blom, tel. 050-145839/182104; I. A. de Boer, tel. 050-145228; R. E. Dekens, tel. 050-140070 en K. van de Linde, tel. 050-186076 of de Stichting Panacea, tel. 050-632802/03.

KNMG

Kandidaten hoofdbestuur *Rectificatie*

In Medisch Contact nr. 41/1988 is op bladzijde 1231 een publikatie afgedrukt met betrekking tot de kandidaatstelling voor het KNMG-hoofdbestuur per 1 januari 1989. Daarin zijn helaas enkele storende fouten geslopen.

Ten eerste hebben zich zeven kandidaten voor vijf vacatures gesteld, in plaats van zoals de kop vermeld drie vacatures. De inleiding bij deze tekst herhaalt de fout consequent. Hier had uiteraard moeten staan: vijf leden van het hoofdbestuur treden eind van dit jaar reglementair af, te weten de leden Blom, Cense, Van Weert-Waltman, Voorhoeve en Funk.

In de hierna volgende cursieve tekst, laatste alinea, worden bij de functionele spreiding de twee sociaal geneeskundigen niet genoemd. Samen met de wel genoemde functies levert dit het tiental nog zittende HB-leden op. Deze toevoeging heeft geen consequenties voor de leeftijdsopbouw en landelijke spreiding van het tiental nog zittende HB-leden.

Op blz. 1232 is bij Mw. C. A. E. Wobbes-Lunsing geheel foutief vermeld, dat zij huisarts in opleiding is; dit moet zijn: verpleeghuisarts te Malden.