

MEDISCH CONTACT

nummer 15 – 11 april 1980 – 35e jaargang

Redactioneel

■ Filosofisch-ethisch beschouwd is het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap van de ministers Ginjaar en De Ruiter onaanvaardbaar. Abortus provocatus tot de achtste week na de bevruchting van de eicel is moreel en juridisch zonder meer toelaatbaar, abortus provocatus na die achtste week slechts op medische, euthanatische en psychiatrische indicatie (in welke gevallen de stem van de vrouw de doorslag geeft). Aldus Drs. L. C. Fretz, wetenschappelijk hoofdmedewerker filosofie aan de TH Delft, in zijn bijdrage 'Abortus en euthanasie filosofisch-ethisch beschouwd'.

■ De situatie waarin wij al voorschrijvend en al recepten ontvangend zijn beland is ongewenst. We dienen gezamenlijk als bevolking te bezien hoe we verder willen en hoe dat kan worden bewerkstelligd. Aldus Dr. I. Ph. L. Koperberg, adviserend geneeskundige van het Ziekenfonds Rijnstreek te Velp, die in dit kader om te beginnen een overstapje suggereert: van 'rationele medicamenteuze therapie' naar 'realistische medicamenteuze therapie'.



■ Marthe Bouvy, arts en lid van de medische beroepsgroep van Amnesty International afdeling Nederland, legt in een slotartikel van de AI-serie in MC de verbinding tussen het ontstaan van dit tijdschrift en de huidige activiteiten van Amnesty International. Die organisatie telt momenteel 200.000 leden, van wie 3.500 artsen: 40.000 in Nederland, van wie 100 artsen.

■ Dr. H. A. M. Ruhe, rustend huisarts te Hilvarenbeek, zwaait de scepter over het historisch museum 'De Schorsmolen' aldaar. Hij verhaalt in dit nummer over museum en collectie, met name over de afdeling 'de dorpsdokter van vroeger', een afdeling die best nog wel aanvulling behoeft.

Inhoud

Brieven
blz. 446

Abortus en euthanasie filosofisch-ethisch beschouwd
door Drs. L. C. Fretz
blz. 449

Voorschrijven



door Dr. I. Ph. L. Koperberg
blz. 454

Artsenverzet toen – arts en verzet nu?
door Marthe Bouvy
blz. 457

Uitspraak Raad van Beroep:
Klacht tegen huisartsen over inconcollegiaal optreden gegrond
blz. 459

De dorpsdokter van vroeger
door Dr. H. A. M. Ruhe
blz. 462

Samenwerking hulpverleners
blz. 468

Interdisciplinaire samenwerking en organisatie
door Ir. G. R. Visser
blz. 468

OFFICIEEL
blz. 473

Inhoudsopgave officieel



**Plaatsing van brieven in deze rubriek
houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.
De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.**

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. 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.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter
Dr. J. A. Stoop, secretaris
(J. M. Kemperstraat 5, Utrecht)
E. Iwema Bakker
Dr. R. A. de Melker
Dr. P. van Rosevelt

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
R. A. te Velde, redacteur
Mw. G. W. Valkenburg, redactrice
Mw. W. G. Juffermans, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname f 91,60 (inclusief BTW); overige landen f 163,50.

Administratie: Tijl Periodieken BV,
Texelstraat 80, 1180 AS Amstelveen, postbus 737, telefoon 020-434346.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Media BV, Laan van Kronenburg 14, 1180 AJ, Amstelveen, postbus 384, telefoon 020-433851, telex 15230.

Oplage: 22.500 exemplaren

Druk: Koninklijke Tijl BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

**MEDISCH
CONTACT** © 1980

GOODWILL

In het artikel van de heer Brouwer over goodwill en overnameprijs van huisartsenpraktijken (MC nr. 8/1980, blz. 248) is een rekenfout (of een zetfout?) geslopen. In voetnoot 5 staat met betrekking tot de 'overwinst': 'De contante waarde hiervan is

$$\frac{f\ 20.000}{0,08} = f\ 25.000,-'$$

Dit moet zijn: f 250.000,-.

Overigens moet het ons van het hart, dat we liever hadden gezien dat de heer Brouwer een voorbeeld had gekozen dat qua cijfers enig verband zou houden met de realiteit van een overname van een huisartsenpraktijk. De tijd dat voor f 20.000,- overwinst een goodwill van een kwart miljoen (!) zou gelden zal wel nooit aanbreken. Gelukkig maar . . .

Rotterdam, 18 maart 1980

J. H. Beijer, directeur Stichting Artsenbelang

Naschrift

Het doet mij genoegen, dat de Stichting Artsenbelang mijn artikel zo nauwkeurig heeft doorgenomen en dat zij, afgezien van een zetfout in een voetnoot, de inhoud van het gestelde onderschrijft.

Heiloo, 26 maart 1980

W. J. C. Brouwer

EIGEN BIJDRAGEN FYSIOTHERAPIE

Zoals u wellicht weet, heeft de regering het nodig geacht patiënten voor een aantal voorzieningen in de gezondheidszorg te laten bijbetalen, zoals bij kraamzorg, taxivervoer en fysiotherapie. Ten aanzien van de fysiotherapeutische behandelingen zijn per 1 april 1980 de volgende maatregelen getroffen:

- De aanspraak op de verstrekking fysiotherapie wordt beperkt in die zin dat per zitting (gedurende een serie zittingen) naast de oefenen/of massagetherapie ten hoogste één applicatie (= toepassingsvorm van fysische therapie in engere zin) ten laste van de ziekenfondsverzekering kan worden gebracht, met dien verstande dat gedurende een totale behandeling (= één of meer series zittingen in het kader van dezelfde aandoening) maximaal slechts twaalf aldus gecombineerde behandelingsvormen kunnen worden gegeven.
- Indien de behandeling uitsluitend uit applicaties (behandeling met een apparaat) bestaat

kan in het kader van een totale behandeling slechts één applicatie per zitting ten laste van de ziekenfondsverzekering worden gebracht.

- Op een gecombineerde behandeling kan eerst opnieuw aanspraak worden gemaakt, indien sinds de beëindiging van de in het kader van een totale behandeling laatst toegestane serie zittingen van geheel of gedeeltelijk per zitting gecombineerde behandelingsvormen gedurende tenminste negentig dagen geen fysiotherapie in welke vorm dan ook is verstrekt. De genoemde periode van negentig dagen geldt alleen voor behandeling van dezelfde aandoening als die waarop de eerder toegestane totale behandeling betrekking had.

Niettegenstaande onze herhaalde pogingen om deze maatregelen ongedaan te maken, heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid gemeend te moeten blijven bij haar standpunt, dat fysiotherapeutische applicaties een marginaal effect zouden hebben.

De NVVF is van mening, dat het belang van de patiënten het meest gediend is indien zij op dezelfde wijze worden behandeld als dit tot nu toe gebruikelijk is geweest. Wij zullen dan ook onze leden adviseren die behandelingen te blijven geven welke in overleg worden voorgescreven.

Ridderkerk, 20 maart 1980

Namens het bestuur van de
Nederlandse Vereniging van
Vrijgevestigde Fysiotherapeuten
Lieke van Hoof, secretaris

Varia

Economie gezondheidszorg - Het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de RU Leiden organiseert van 8-11 september 1980 in Leiden een congres over de economie van de gezondheidszorg. In aanvulling op een eerder in deze kolommen verschenen bericht (MC nr. 28/1979, blz. 886) kan nu een overzicht worden geboden van de in september te presenteren papers: 'Economic aspects of the role of government' (Henry J. Aaron, The Brookings Institution, VS); 'The behavior of health-care agents' (Alain G. Enthoven, Stanford University, VS); 'The structure of the health-care market' (Robert G. Evans, University of British Columbia, Canada); 'Demand analysis' (Joseph P. Newhouse, The Rand Corporation, VS); 'Some idiosyncrasies of the Dutch health care system' (Theo de Vries, Ziekenfonds 'Ziekenzorg', Nederland); 'Health indices' (Alan H. Williams, University of York, Engeland). Anthony J. Culyer, Institute of Social and Economic Research, University of York, Engeland, zal een overzichtspaper presenteren waarop een pa-

Selectie van patiënten

Over het selecteren van patiënten bij schaarste van behandel mogelijkheden spraken juristen, artsen en een enkele patiënt tijdens de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht. Voor de jurist is het vraagstuk van de selectie betrekkelijk simpel. Er is een fundamentele gelijkwaardigheid van mensen. Differentiatie is niet mogelijk. Resteert in geval van tekort aan middelen slechts één ding: dobbelen. Het is de vraag of selectie nodig is. Indien de medische professie efficiënt zou werken was er geen tekort aan middelen; dan zou iedereen kunnen worden geholpen. Het is wel noodzakelijk dat bij 'advanced medical care' meer rekening wordt gehouden met een kosten-effectiviteitsanalyse.

Het is typerend voor de gezondheidszorg dat bij de selectie van patiënten deze laatsen geen inbreng hebben. Er wordt over en zonder de patiënt beslist. Selectie, zo werd gesteld, zal eerst dan aan de orde komen wanneer op macro- en op micro-niveau beslissingen zijn genomen waarbij de consument in de gezondheidszorg is betrokken en daarvoor medeverantwoordelijk is: Eerst dan zal de consument enig begrip kunnen opbrengen voor een selectie op micro-niveau. Uiteraard kwam er ook een ethicus aan het woord. Deze besprak de prioriteitstelling en maakte duidelijk dat daarvoor enerzijds principiële en anderzijds politiek-pragmatische argumenten kunnen worden aangevoerd.

Tijdens de discussie werd door velen opgemerkt, dat selectie weliswaar kan worden verzacht door efficiënt puur sociaal-economische gronden. Duidelijk werd gesteld dat men in de medische wereld niet kan uitgaan van fundamentele gelijkwaardig-

heid. Het is bijvoorbeeld niet verantwoord iedereen, ongeacht zijn of haar leeftijd, te dialyseren. Als casuïstiek werd meegedeeld dat een bepaald behandelteam de patiënt liever niet inlicht over de te hanteren criteria; bij verschil van mening binnen het team beslist de meerderheid.

Er werd voor gepleit bij de selectie rekening te houden met de levensgewoonten van de patiënt. Een zware roker of drinker krijgt een lagere prioriteit dan een matige roker of drinker. Hiertegen kwam protest. Immers, zelfbeschikking houdt het recht in zichzelf ziek te maken.

Tenslotte werd onder de aanwezigen ter vergadering een peiling gehouden naar aanleiding van een aantal vragen. Een van de vragen luidde: is het, uitgaande van het principe van werken maar altijd nodig zal blijven. Wat betreft de criteria: alleen de medicus kan deze op puur medische gronden vaststellen en op grond daarvan selecteren. In de praktijk

wordt er regelmatig geselecteerd op de gelijkheid van mensen, de onwenselijkheid een waarde-oordeel over mensen te geven en de gegeven schaarse middelen, niettemin in beginsel aanvaardbaar dat bij de selectie van patiënten criteria worden gehanteerd? Een grote meerderheid van de aanwezigen stemde vóór.

Op de vraag of bij een selectiebeslissing appel moet openstaan bij een gemengde commissie, dat wil zeggen van medici en anderen, stemden evenveel vóór als blanco. Men zou van juristen de opvatting verwachten dat bij een beslissing waarbij leven of dood gemoeid zijn altijd hoger beroep mogelijk moet zijn. Zo'n groot aantal blanco stemmers bewijst wellicht dat er wat betreft selectie van patiënten nog heel wat voetangels en klemmen, in zelfs onoplosbare problemen zijn. Het was daarom een goede zaak dit onderwerp op een jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht aan de orde te stellen. ■

Arts en verzet

Marthe Bouvy van de medische beroepsgroep binnen de Nederlandse afdeling van Amnesty International wijst op een parallel tussen het artsenverzet hier in de jaren '40-'45 en het verzet van artsen in een aantal dictatoriaal geregeerde landen nu (blz. 457).

Zowel toen als nu ging het om de vrijheid in de beroepsuitoefening. Zowel toen als nu was het een kleine groep die voorging. Zowel toen als nu waren er 'foute' artsen.

Toen was het vlakbij en bedreigend. Nu is het meestal ver van ons bed. Maar de zaak is er niet minder belangrijk om. ■



neldiscussie over onderzoekprioriteiten volgt. Voorts zullen in drie parallele sessies 24 researchpapers worden gepresenteerd. Een selectie van de papers zal in boekvorm worden uitgegeven; een aantal papers van econometrisch belang zal worden opgenomen in een speciale uitgave van de *Annals of Applied Econometrics*. Inschrijfgeld: f 265,— (inclusief drie lunches, koffie en thee gedurende de pauzes, het grootste gedeelte van het sociale programma en een exemplaar van het boek). Verdere informatie en voorlopig programma: Wereldcongres Gezondheidseconomie, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, Hugo de Grootstraat 32, 2311 XK Leiden, tel. 071-149641, toestel 451/358.

Farmacochemiedag – Op donderdag 17 april 1980 organiseren de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Sectie Farmacochemie van de Koninklijke Nederlandse Chemische Vereniging in de Jaarbeurs te Utrecht een congres over: 'Barrières en geneesmiddelenwerking'. Begonnen zal worden met een algemeen overzicht over biomembranen, dat wordt gevolgd door een toelichting op vijf specifieke barrières (tractus digestivus, huid, placenta, hersenen, nieren). Inschrijfkosten: nihil, wel graag vooraf aanmelden (Congresbureau Farmacochemiedag, p/a KNMP, Alexanderstraat 11/Postbus 30460, 2500 GL, Den Haag). De lunch kan worden gereserveerd door overmaking van f 22,— op giro 9531 van de KNMP te Den Haag, onder vermelding van 'Farmacochemiedag'.

Geriatric – De Nederlandse Vereniging van Geriatric belegt op 18 april a.s. om 15.00 uur een ledenvergadering. Plaats: Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam. Onderwerp: 'Geriatric, een vak apart'. Inleider: C. van Proosdij, internist-geriatric Ziekenhuis Zonnestraal, Hilversum.

Ongelijk – Op 24 en 25 april a.s. viert de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) in de Stadsschouwburg in Arnhem haar 50-jarig bestaan met een congres over 'Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg'. Op donderdag 24 april ligt het accent op resultaten van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein; op vrijdag 25 april zal worden gediscussieerd over de betekenis van ongelijkheid voor de praktijk van de sociale gezondheidszorg. Het congres is ook toegankelijk voor niet-leden van de ANVSG. Het inschrijfgeld voor het wetenschappelijk programma op beide dagen bedraagt f 80,—. Inschrijfformulieren en nadere inlichtingen zijn verkrijgbaar bij de VVV Arnhem, Postbus 552, 6800 AN Arnhem, tel. 085-452921.

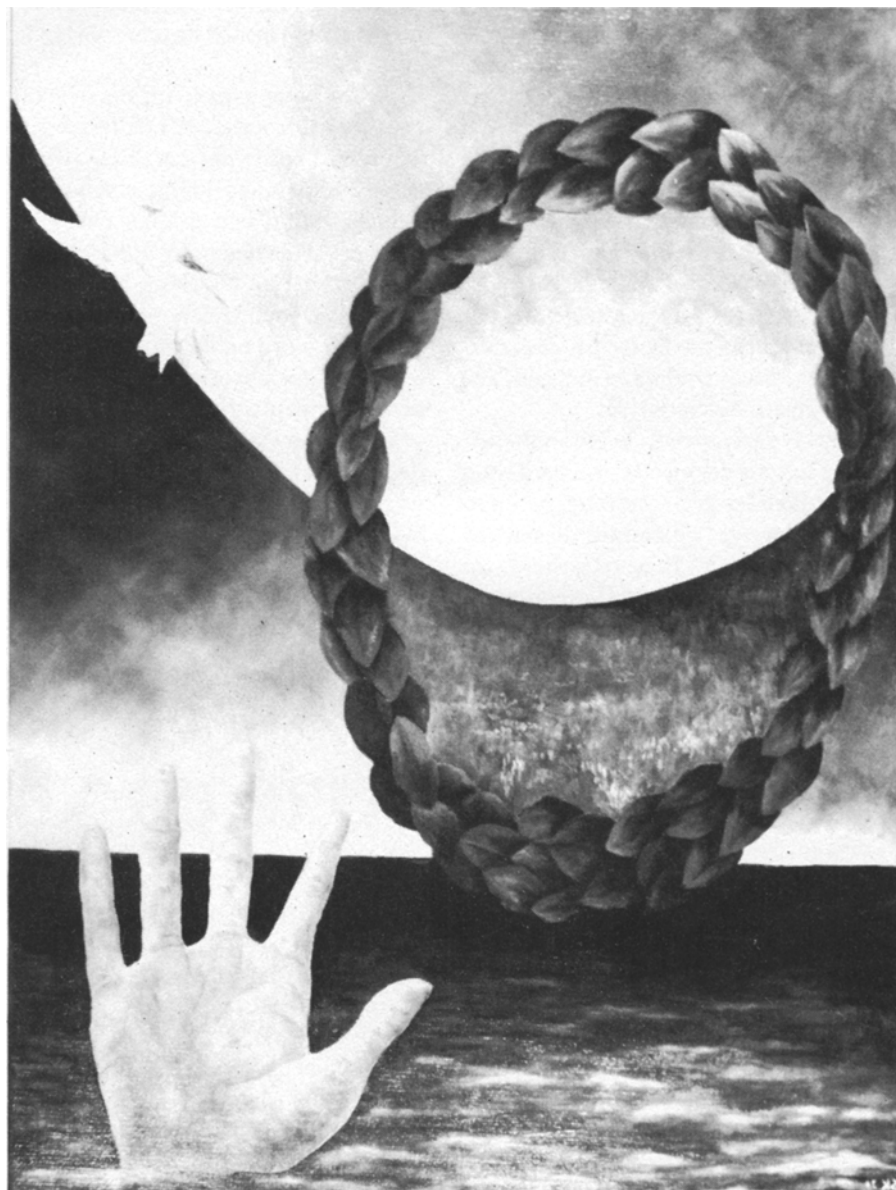
Medica-Montreux – In Montreux (Zwitserland) vindt van 28 juli-8 augustus 1980 het '7. Internationaler Seminar-Kongress für Ärztliche Fortbildung' plaats. Meer daarover weet het Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik E.V., Postfach 71, 7000 Stuttgart 70 (Degerloch).

Pincet en penseel

Expositie Groningen/Sneek (12*)

'Waarheen' van S. L. A. M. v.d. Kolk, Nijmegen (60/80 olieverf)

Foto: J. Veenstra, Groningen



* zie MC nr. 3/1980, blz. 82



Abortus en euthanasie filosofisch-ethisch beschouwd

Filosofisch-ethisch beschouwd is het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap van de ministers Ginjaar en De Ruiter onaanvaardbaar. Abortus provocatus tot de achtste week na de bevruchting van de eikel is moreel en juridisch zonder meer toelaatbaar, abortus provocatus na die achtste week slechts op medische, euthanatische en psychiatrische indicatie (in welke gevallen de stem van de vrouw de doorslag geeft). Aldus Drs. L. C. Fretz, wetenschappelijk hoofdmedewerker filosofie, speciaal belast met onderwijs in de filosofische ethiek, aan de TH Delft, die eerst de probleemgebieden van abortus en euthanasie vergelijkt.

In de zeventiger jaren werd in de meeste Westeuropese landen verwoed gediscussieerd over het vraagstuk van de ethische toelaatbaarheid van abortus provocatus. In de meeste van die landen is inmiddels een nieuwe wet aangenomen, waarmee de mogelijkheden van een abortus provocatus zonder strafrechtelijke gevolgen aanzienlijk zijn verruimd. In Nederland zijn in diezelfde jaren eveneens herhaaldelijk pogingen ondernomen, zowel van regeringszijde als op initiatief van het parlement, om tot een dusdanige wetswijziging te komen dat daarmee bepaalde reeds bestaande abortuspraktijken zouden worden gelegaliseerd. Al deze pogingen zijn tot nu toe mislukt. Via krant, radio en televisie heeft men uitvoerig kennis kunnen nemen van de argumenten van voor- en tegenstanders van een vrijere abortuswetgeving. De verschillende levensbeschouwelijke posities werden daarbij breed uitgemeten en de emoties waren niet van de lucht.

Hier zijn wij slechts geïnteresseerd in die aspecten van de problematiek waarbij de *filosofische ethiek* in het geding is¹. Op de vraag of een abortus op euthanatische indicatie ethisch geoorloofd is, wordt hier niet ingegaan. Evenmin komt de abortus op strikt medische respectievelijk psychiatrische indicatie hier aan de

orde. Wij beperken ons tot het vraagstuk van de abortus op psycho-sociale respectievelijk *sociale indicatie*. De oorzaak van deze beperking ligt geenszins in de overtuiging dat de morele aspecten bij eerstgenoemde vormen van abortus te verwaarlozen zouden zijn. Gekozen is voor een analyse van het vraagstuk van de abortus op sociale indicatie, omdat daarin zeer geprononceerd het morele dilemma tot uitdrukking komt of, en zo ja, wanneer menselijk leven opzettelijk mag worden beëindigd indien door deze daad het geluk of welzijn van één of meer anderen wordt bevorderd.

Kortom, het probleem van een keuze tussen een utilistische en een meer Kantiaanse ethiek, respectievelijk van de ontoereikendheid van beide posities, kan aan de hand van deze casus worden concreetiseerd². Bovendien zal kunnen blijken, dat het concept 'menselijk leven' naast een strikt biologische en medische ook nog een eigen ethische betekenis heeft, die de basis dient te zijn van de juridische betekenis. De vraag is derhalve van belang of de ethische betekenis van 'menselijk leven' kan worden vastgelegd of dat dit concept vanwege zijn emotionele lading dikwijls als pseudo-concept (vgl. Ayer) moet worden beschouwd³. Tenslotte zal blijken dat bij een eventueel vastleggen van deze ethische betekenis wetenschappelijke inzichten een doorslaggevende functie hebben, waarmee de aannemelijkheid toeneemt van de stelling dat het normatieve en feitelijke domein veel meer in elkaar overlopen dan men veelal vermoedt (vgl. Stevenson)⁴.

Abortus en euthanasie: overeenkomst en verschil

De overeenkomst tussen het abortusvraagstuk en de euthanasieproblematiek is evident. In beide gevallen staat ter discussie of en wanneer menselijk leven opzettelijk mag worden beëindigd. Het principiële verschil tussen beide probleemgebieden echter is gelegen in het doel waartoe dit leven worden beëindigd, althans wanneer men de term 'euthanasie' slechts van toepassing acht op die gevallen waarin menselijk leven wordt

beëindigd in het belang van degene zelf wiens leven wordt beëindigd (bijvoorbeeld langdurig ondragelijk lijden). Wanneer men onder euthanasie ook verstaat het beëindigen van andermans leven op sociale indicatie (biologische inferioriteit, te hoge behandelingskosten, te wei-

1. Dit artikel is een enigszins aangepaste versie van een paragraaf uit het boek 'Ethiek als wetenschap', dat de auteur momenteel voorbereidt en dat rond september van dit jaar zal verschijnen bij uitgeverij Boom te Meppel.

Genoemde paragraaf maakt deel uit van het hoofdstuk 'Toegepaste ethiek' waarin wordt gepoogd de mogelijke relevantie te laten zien van filosofisch-ethische analyses voor de verheldering van actuele maatschappelijke problemen. Na onder andere een hoofdstuk over normatieve ethiek (waarin uiteenzettingen te vinden zijn over het Engelse utilisme en de plichtethiek van Kant) en een hoofdstuk over meta-ethiek (met onder meer semantische analyses van het morele taalgebruik) onderwerpt de auteur het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap aan een kritische analyse.

2. De utilistische positie wordt door Jeremy Bentham gekarakteriseerd als de overtuiging dat 'the supreme good is the greatest happiness of the greatest number', terwijl Kant de categorische imperatief onder andere formuleerde in het volgende gebod: 'Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als in der jedes anderen zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchst'.

3. Ayer kan worden beschouwd als een belangrijke vertegenwoordiger van het zogenaamde emotivisme, één van de drie stromingen in de Angelsaksische meta-ethiek. Ayer was van mening dat een consensus in morele discussies slechts mogelijk was als overeenstemming over *feiten*. Een verschillende *waardering* van de feiten daarentegen was er zijns inziens de oorzaak van dat mensen uiteindelijk met elkaar van mening blijven verschillen. Een beïnvloeding van de wijze waarop standen van zaken worden gewaardeerd, geschiedt zijns inziens met behulp van zogenaamde pseudo-concepten, dat wil zeggen met behulp van begrippen zonder enige empirische relevantie en uitsluitend ertoe bestemd de houdingen ('attitudes') tegenover standen van zaken te beïnvloeden.

4. Stevensons uiteenzettingen over intrinsieke en extrinsieke waarde en hun onderlinge verbondenheid leiden tot analoge resultaten als waarvoor de moderne wetenschapstheorie ons plaatst.

nig beschikbare bedden, transplantatiedoeleinden) valt dit verschil weg en vertonen beide vraagstukken in die zin een grote mate van overeenkomst dat men in beide gevallen voor de beslissing staat of, en zo ja wanneer, een leven mag worden geofferd ter wille van dat van één of meer anderen. In Nederland is over het algemeen sprake van een redelijke mate van consensus. Euthanasie in het belang van betrokkene zelf acht men over het algemeen wel, euthanasie in het belang van anderen niet toelaatbaar.

Wanneer men het bovenstaande in aanmerking neemt, kan echter wel vervolgens worden verdedigd, dat hiermee de analogie tussen beide probleemvelden is uitgeput. Immers, bij abortus is sprake van beëindiging van *ongeboren* menselijk leven, terwijl in het geval van euthanasie menselijk leven meestal *na* de geboorte (en dikwijls eerst in de ouderdomsfase) in het geding is. Hoewel onderscheid in leven vóór en ná de geboorte in biologisch-medische zin zinvol is, blijft de vraag of dit verschil eveneens een ethische en juridische geldigheid bezit. Concreet geformuleerd: *dient er wel of geen onderscheid te worden gemaakt in (rechts)bescherming van menselijk leven vóór en ná de geboorte?* Kantiaans gevraagd: is menselijk leven alleen na de geboorte of ook daarvoor tevens doel op zichzelf?

Euthanasie in het belang van betrokkene zelf wordt in ons land steeds meer als moreel aanvaardbaar beschouwd. Niet alleen ontvangt een patiënt ter verlichting van ondragelijk en ongeneeslijk lijden middelen die zijn pijn verlichten en het stervensproces versnellen, ook is de discussie weer open over de toelaatbaarheid van euthanasie op pasgeborenen die met zulk ernstige afwijkingen ter wereld komen dat het leven op de duur voor hen ondragelijk zou worden.

De discussie over de toelaatbaarheid van euthanasie in het belang van anderen dan betrokkene zelf heeft de laatste jaren aan diepgang gewonnen. Was de morele verwerpelijkheid van deze reden voor euthanasie in een aantal gevallen evident (Nazi-praktijken, beëindiging van pijn en lijden omdat de familie het niet meer verdraagt), door confrontatie met patiënten in een diep en irreversibel coma alsook tengevolge van de toenemende technische mogelijkheden van orgaantransplantatie werd men voor ogenschijnlijk onoplosbare morele dilemma's geplaatst. In het laatste nu is verandering gekomen naarmate men meer overeenstemming wist te bereiken over de ver-

schillende betekenissen van 'menselijk leven'. Deze consensus is niet in de laatste plaats te danken aan de geschriften van Van Till.

Naast een strikt biologische betekenis van 'menselijk leven' (als aanduiding van bijvoorbeeld cellevens met bepaalde eigenschappen) en een strikt medische betekenis van dezelfde term (als aanduiding van bijvoorbeeld een geïntegreerd functionerend menselijk organisme zonder enigerlei hersenfunctie) wordt nu allengs tevens een medisch-juridische betekenis erkend. Deze drie verschillende betekenissen corresponderen met drie verschillende betekenissen van de term 'dood'. Volgens de huidige opvattingen is er in medisch-juridische zin sprake van menselijk leven, zolang nog enigerlei hersenfunctie in het menselijk organisme aanwezig is. Een mens is derhalve in medisch-juridische zin dood, indien er geen sprake is van enigerlei hersenfunctie en de mogelijkheid van hernieuwde hersenfunctie nihil is. Een menselijk organisme dat in medisch-juridische zin dood is, verdient derhalve niet meer rechtsbescherming dan welke andere vorm van menselijk leven in strikt biologisch-medische zin dan ook. Concreet betekent dit bijvoorbeeld, dat het in Nederland medisch-juridisch aanvaardbaar wordt geacht indien een levensverlengende behandeling wordt gestaakt bij een patiënt, wiens hersenfunctie geheel en voorgoed is geëindigd.

Daarmee komt plaats vrij voor anderen die een behandeling behoeven. Tevens ontstaat daardoor (uiteraard onder inachtneming van de daarvoor voorts nog geldende voorschriften) de mogelijkheid voor orgaantransplantatie.

Op grond van de hierboven geschetste ontwikkeling lijkt het juist te concluderen, dat euthanasie in het belang van anderen hier in Nederland in het algemeen wordt afgewezen. Immers, op basis van het ontwikkelde medisch-juridisch criterium heeft het geen zin meer van euthanasie te spreken in het geval van de hersendode patiënt, aangezien deze juist op basis van dit criterium reeds dood is, terwijl euthanasie vanuit overwegingen van maatschappelijke onbruikbaarheid (Nazi-Duitsland) of vanuit valse emoties (het is zo zielig voor de familie) evident verwerpelijk is.

Medisch-juridisch criterium als medisch-ethisch criterium

Resteert de vraag of het ontwikkelde medisch-juridische criterium tevens als me-

disch-ethisch criterium dienst kan doen. Deze vraag klemmt te meer omdat het recht in de zedelijkheid dient te zijn verankerd en niet omgekeerd.

Met opzet wordt hier gekozen voor de term '*medisch-ethisch*' en niet voor '*ethisch*' zonder meer. Dit geschiedt vanuit de overtuiging dat, wanneer wetenschappelijke rationaliteit zonder ethisch engagement leeg is, tevens evenzeer geldt dat een ethische stellingname zonder wetenschappelijk inzicht blind is.⁵ Wellicht geldt voor één hoogste ethische norm dat deze in *formele* zin tijdsafhankelijk is, voor de concrete toepassing van zulk een norm in het veld van maatschappelijke beslissingen geldt dat deze *inhoudelijk* eerst gestalte krijgt indien deze wordt gevoed met de feitelijke inzichten waarover men op een bepaald ogenblik in de geschiedenis beschikt⁶. Anders geformuleerd: indien menselijk leven altijd en overal nooit uitsluitend middel behoort te zijn maar tevens ook doel op zichzelf, het antwoord op de filosofisch-antropologische vraag wat als menselijk leven moet worden beschouwd is afhankelijk van de stand van onze (wetenschappelijke) kennis. Wanneer Kant 'menselijkheid' ('Menschheit') terecht karakteriseerde als het vermogen om de werkelijkheid teleologisch te structureren, vandaag weten wij met zekerheid dat enigerlei vorm van hersenfunctie noodzakelijke voorwaarde is voor dit vermogen. Wanneer deze noodzakelijke voorwaarde niet is vervuld en tevens met zekerheid kan worden vastgesteld dat dit ook nimmer het geval zal zijn, dan is de ►

5. De Engelse filosoof G. J. Warnock karakteriseert in zijn: 'The Object of Morality' de menselijke grondconditie als een fundamenteel tekort. Dit tekort vat hij samen onder vijf rubrieken: beperkte hulpbronnen, beperkte informatie, beperkte intelligentie, beperkte rationaliteit en beperkte sympathie. Ten aanzien van de eerste drie meent hij, dat men met behulp van wetenschap en techniek veel kan verbeteren. Ten aanzien van de laatste twee is hij somberder gestemd. Op de vraag of beperkte rationaliteit meer fundamenteel is dan beperkte sympathie antwoordt hij, dat hij geneigd is beperkte sympathie als het meest fundamentele tekort te beschouwen. Wij daarentegen zijn ervan overtuigd, dat de vraag verkeerd is gesteld en dat in de moderne wetenschapsbeoefening rationaliteit en sympathie ten onrechte van elkaar zijn losgemaakt.

6. De categorische imperatief van Kant (zie noot 2) is van zuiver *formele* orde. Bij de concrete toepassing is men op de (wetenschappelijke) ervaring aangewezen.

conclusie onvermijdelijk dat in filosofisch-antropologische zin niet meer van menselijk leven kan worden gesproken en dat deze vorm van leven dus geen doel op zichzelf meer is en derhalve aan andere doeleinden (bijvoorbeeld ander menselijk leven) ondergeschikt mag worden gemaakt.

Met opzet hebben wij het nu allengs aanvaarde medisch-juridische doodscriterium op zijn houdbaarheid als medisch-ethische norm getoetst door het te confronteren met het meer rigide Kantiaanse beginsel. Nu het deze test heeft doorstaan is toetsing aan het utilistisch beginsel min of meer overbodig. Immers, indien bepaalde vormen van menselijk leven in biologisch-medische zin geen menselijk leven in wijsgerig-antropologische zin blijken te zijn en op die grond aan externe doeleinden dienstbaar mogen worden gemaakt, dan is a fortiori waar dat beëindiging van deze vorm van leven bijdraagt tot 'het grootste geluk van het grootste aantal mensen'.

Wetsontwerp-Ginjaar/De Ruiter geanalyseerd

Wanneer men na bovenstaande beschouwingen terugkeert naar de eerder geformuleerde vraag of er in ethische zin een onderscheid dient te worden gemaakt in (rechts)bescherming van menselijk leven vóór en ná de geboorte, dan ligt het voor de hand bij een poging tot beantwoording daarvan in ieder geval de meest recente ontwikkeling in de Nederlandse wetgeving terzake in de discussie te betrekken. Uitgangspunt van de hieronder volgende analyse is dan ook het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap, zoals dat in februari 1979 door de ministers Ginjaar en De Ruiter is aangeboden aan de Tweede Kamer.

Alvorens dit wetsontwerp te toetsen aan de etische kernvraag over een eventueel kwalitatief onderscheid tussen menselijk leven vóór en ná de geboorte, volgt eerst een korte samenvatting van de *belangrijkste punten* uit het ontwerp:

1. Zwangerschapsafbreking tot aan de twintigste week is, ongeacht de indicatiestelling, niet langer strafbaar, indien deze niet alleen plaatsvindt met goedvinden van de vrouw die de vrucht draagt, maar tevens
2. plaatsvindt in een daartoe aangewezen ziekenhuis en niet in een kliniek, indien de vrucht ouder is dan dertien weken, en wanneer
3. deze niet plaatsvindt eerder dan vijf dagen nadat de vrouw haar wens tot beëindiging van de zwangerschap heeft kenbaar gemaakt en niet dan nadat een gesprek heeft plaatsgevon-

den tussen enkele deskundigen en de betrokken vrouw, waarin het voornemen van laatstgenoemde kritisch wordt getoetst en alternatieve oplossingen worden overwogen, zulks ter garantie van een zorgvuldige besluitvorming inzake beëindiging van ongeboren menselijk leven.

Het is hier niet de plaats deze voorstellen te toetsen op andere dan filosofisch-ethische criteria. Een kritische analyse daarvan op praktische uitvoerbaarheid, politieke haalbaarheid, juridische correctheid, bestuurlijke doorzichtigheid en dergelijke is uiteraard broodnodig. Voor een concreet voorbeeld van zulk een analyse wordt hier verwezen naar de standpuntbepaling van Stimezo Nederland van april 1979 ('Beter geen wet dan deze'). Hier echter gaat het uitsluitend om de vraag of, en zo ja, wanneer en onder welke voorwaarden beëindiging van ongeboren menselijk leven als ethisch geoorloofd kan worden beschouwd.

Met betrekking tot deze vraag zijn twee passages uit de Inleiding (§1) van de Memorie van Toelichting op het wetsontwerp voor ons van belang. Daar leest men: 'De bescherming die de wet moet bieden aan ongeboren menselijk leven – een bescherming die in de bestaande situatie niet naar behoren kan worden gerealiseerd – hebben wij in het ontwerp willen bereiken door waarborgen te geven voor een procedure, die moet leiden tot een zorgvuldige besluitvorming in concrete gevallen.' En even verderop: 'Het normatieve karakter van het wetsontwerp komt dus niet primair tot uitdrukking in een stelsel van moeilijk of niet te controleren geboden en verboden van algemene inhoud, maar in een complex van voorzieningen die een zorgvuldige besluitvorming, voorafgaande aan een eventuele zwangerschapsafbreking, moeten waarborgen.'

Wanneer men deze passages in *stellingen* vertaalt, dan staat hier:

- A. Ongeboren 'menselijk leven' moet door de wet worden beschermd.
- B. Deze bescherming kan niet naar behoren worden gegeven.
- C. Omdat ongeboren menselijk leven enerzijds dient te worden beschermd (zie A) en omdat deze bescherming anderzijds niet *naar behoren* kan worden verleend (zie B), dient deze bescherming zich minstens uit te strekken tot het scheppen van mogelijkheden voor een zorgvuldige overweging van de vraag of ongeboren menselijk leven in een concreet geval wel of niet mag worden beëindigd.

Op grond van eerder gegeven argumenten bezien wij de consequenties van deze drie stellingen nu uitsluitend in het licht van de zogenaamde sociale indicatie.

Wanneer een vrouw na een zorgvuldige afweging in de zin der wet tot het besluit komt dat het menselijk leven dat zij draagt mag worden beëindigd ter wille van het geluk of welzijn van haarzelf en/of anderen, dan rust op de wetgever niet langer de plicht dit leven nog te beschermen. Is deze conclusie ethisch consequent? Het komt ons voor van niet. Immers, indien (A) onvoorwaardelijk geldt dan kan de beslissing over dood of leven van een ongeborene nooit een zuiver individueel-ethische aangelegenheid zijn. Anders geformuleerd: indien de individuele vrouw beslist, dan kan deze beslissing nooit een sociaal-ethische aangelegenheid zijn.⁷

Twintig weken-grens

In dit verband is het van belang erop te wijzen, dat de wetgever in het ontwerp uiteindelijk kiest voor een sociaal-ethische aanpak van de abortusproblematiek. Immers in artikel II, sub A, wordt gesteld, dat onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven wordt begrepen: 'het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven'. In de Memorie van Toelichting wordt dit nader geconcretiseerd in de zogenaamde Twintig weken-grens. Afgezien van het feit dat deze grens in het licht van de nieuwste wetenschappelijke mogelijkheden en daarop gebaseerde toekomstverwachtingen volstrekt willekeurig lijkt, moet worden vastgesteld dat de vrouw na twintig weken ineens geen individuele beslissingsbevoegdheid meer wordt toegekend en de wetgever zich weer verplicht ziet de ongeborene te beschermen.

Op grond van boven gesignaleerde inconsistentie ligt de vraag voor de hand in hoeverre deze zou kunnen worden opgeheven. Als mogelijke oplossingen komen in aanmerking het elimineren van ofwel stelling A ofwel van de individuele beslissingsbevoegdheid van de vrouw. Voor- ►

7. Aan de abortusproblematiek kan ons inziens worden aangetoond, dat het onderscheid tussen individuele en sociale ethiek, zoals dat in leerboeken over de ethiek veelal wordt gemaakt, niet langer houdbaar is.

alsnog echter lijkt daarvoor geen dwingende ethische grond aanwezig. Immers, een dwingend *ethisch* criterium voor een kwalitatief verschil tussen menselijk leven vóór en ná de geboorte ontbreekt nog steeds, terwijl een zekere individuele beslissingsbevoegdheid juist het karakter uitmaakt van elk moreel dilemma. Ten aanzien van dit laatste dient wel te worden opgemerkt, dat het *juiste* gebruik daarvan nooit kan worden afgedwongen via wettelijk vastgelegde procedures. Afgezien van de *praktische* bezwaren die hier tegenin kunnen worden gebracht (welke in de Stimezo-standpuntbepaling zo helder worden verwoord), is evenzeer waar dat het *moreel* juist hanteren van een individueel recht uiteindelijk een strikt persoonlijke daad is, waarvan de mate van integriteit mede afhangt van de vrijheid waarin deze kan worden gesteld. Het komt ons dan ook onjuist, om niet te zeggen immoreel, voor wanneer de overheid een vrouw die in morele nood verkeert confronteert met de algemene norm (bescherming van ongeboren leven) waarvan deze overheid zelf toegeeft (zie stelling B) dat deze niet kan worden aangehouden. Ook op overwegingen van *ethische aard* ligt het derhalve voor de hand het in het wetsontwerp dwingend voorgeschreven gesprek tussen de vrouw en de deskundigen, althans in de voorgestelde vorm, te verwerpen. In zoverre dit gesprek niet een strikt voorlichtend karakter heeft, dat wil zeggen in zoverre het gesprek sterk normatieve aspecten vertoont, dient de vrouw derhalve volledig vrij te zijn dit wel of niet aan te gaan.

Hierboven werd een poging gedaan stelling C niet te verwerpen, maar te repareren. Wellicht nog urgenter is een reparatie van stelling A. Hierin immers wordt de term 'ongeboren menselijk leven' in een zeer algemene zin gebezigd. Het moet niet uitgesloten worden geacht dat de tegenstelling tussen norm (stelling A) en feit (stelling B) mede of geheel een gevolg is van een dubbelzinnig gebruik van de term: 'ongeboren menselijk leven'. Wat moet men hieronder verstaan: ongeboren celleven, ongeboren orgaanleven, een ongeboren geïntegreerd functionerend organisme of nog iets anders? Kortom, wat ontbreekt is een nauwkeuriger vastlegging van de deelterm 'menselijk'. Men ziet dat zich hier, evenals in de eerder besproken euthanasieproblematiek, de behoefte manifesteert aan een medisch-juridisch criterium bij de beoordeling van de vraag: wat is ongeboren menselijk leven? Het staat geenszins a priori

vast, dat bij het zoeken naar zulk een criterium dezelfde weg zou moeten worden gevolgd als bij de euthanasieproblematiek. Immers, de deelterm 'ongeboren' compliceert de betekenis van 'menselijk leven' in hoge mate. Niettemin is het de moeite waard het toch eens op deze manier te proberen om vervolgens te kijken welke bezwaren daartegen kunnen worden aangevoerd.

Acht wekengrens

In ons land heeft de eerdergenoemde Mevr. Dr. H. A. H. van Till op verschillende plaatsen, maar het meest expliciet in haar artikel 'Rechtsbescherming van menselijk leven' ervoor gepleit, dat bij de beantwoording van de vraag: 'Wat is menselijk leven in medisch-juridische zin?', niet alleen ná maar ook vóór de geboorte, 'hersenfunctie' als doorslaggevend criterium zou worden beschouwd. Op basis van neurologische en embryologische gegevens komt zij tot de conclusie, dat de voor hersenfunctie noodzakelijke structuren bij het embryo niet vóór de achtste week na de conceptie aanwezig zijn. Haar voorstel nu luidt, wanneer 'enigerlei hersenfunctie' als beslissend criterium voor het eind van het menselijk leven medisch-juridisch aanvaardbaar is, ditzelfde criterium eveneens op het begin daarvan van toepassing te doen zijn. Met betrekking tot de abortusproblematiek zou dit dan betekenen, dat abortus vóór de achtste week ongeacht de indicatiestelling wettelijk toelaatbaar zou zijn, omdat er vóór de achtste week geen sprake zou zijn van 'menselijk leven' in medisch-juridische zin, zodat dit leven nog geen rechtsbescherming uitsluitend ter wille van dit leven zelf behoeft.

Wanneer men het door Van Till voorgestelde criterium op zijn ethische houdbaarheid toetst, stuit men op wijsgerig-antropologische moeilijkheden. Alvorens hierop in te gaan is het echter belangrijk er op te wijzen dat, indien men bij de wettelijke regeling van de achtwekengrens zou uitgaan, op grond van de ons over 1977 bekende onderzoeksgegevens reeds 63,8% van de in Nederland verrichte zwangerschapsbeëindigingen legaal zou geschieden.⁸

Tegen 'hersenfunctie' als criterium op grond waarvan men bij ongeboren menselijk leven wel of niet van menselijk leven in medisch-juridische zin zou mogen spreken, kunnen minstens de twee volgende wijsgerig-antropologische bezwaren worden aangevoerd:

1. Een duidelijk aanwijsbare grens (bijvoorbeeld een bepaald aantal weken) waardoor helder gemarkeerd zou zijn wanneer wel of niet van hersenfunctie mogelijkerwijs sprake is, kan niet worden getrokken. Er is hier, evenmin als bij de overgang van anorganisch naar organisch, sprake van een kwalitatieve sprong. De overgang voltrekt zich in een continu proces, zonder dat daarbij één moment zou kunnen worden geïsoleerd waarop ineens hersenfunctie het geval zou zijn.

2. In tegenstelling tot het einde van het menselijk leven, waarbij het wel of niet aanwezig zijn van hersenfunctie niet alleen kan worden gemeten maar tevens kan worden vastgesteld of deze ooit nog het geval zal zijn, is bij het embryonale menselijk leven hersenfunctie in potentie aanwezig. Het wezen (de *essentie*) van de mens in filosofische zin wordt nu juist gekarakteriseerd door wat hij in potentie is en niet door de toevallige verschijningsvorm (*existentie*) waarin hij zich op een bepaald ogenblik actualiseert.

Hier tegenover plaatsen wij de volgende overwegingen.

ad 1. Hoewel genoemde grens inderdaad vloeiend is, is deze toch aanzienlijk minder willekeurig dan de twintig wekengrens die in het wetsvoorstel wordt aangehouden. Eerder werd reeds opgemerkt, dat op grond van wetenschappelijke inzichten mag worden verwacht dat de grens van levensvatbaarheid buiten het moederlichaam in de toekomst aanzienlijk lager zal zijn⁹. Op grond van re-

8. In haar artikel uit 1973: 'Rechtsbescherming van menselijk leven' wijst Van Till erop (p. 577), dat het niet uitgesloten moet worden geacht dat de grens voor 'psychisch functioneren' wellicht hoger moet worden gesteld, misschien zelfs tot vijftien weken (zie ook haar noot 23). Wanneer 'psychisch functioneren' als criterium voor 'menselijk leven' in juridische zin zou worden gehanteerd, zou dit op grond van de over 1977 beschikbare gegevens in de Nederlandse situatie betekenen dat méér dan 92% van alle zwangerschapsbeëindigingen zou zijn gelegaliseerd.

9. Zie hiervoor Wikler, p. 58. Wikler stelt, dat naarmate deze grens lager wordt tevens het morele dilemma concreter wordt of men wel of niet gehouden is de nog levende geaborteerde foetus in leven te houden. Pikant is in dit verband zijn stelling, dat voorstanders van abortus hun positie graag verdedigen met argumenten welke tevens kunnen worden gehanteerd om een levensverlengende behandeling van de geaborteerde foetus te bepleiten.

cente onderzoeken lijkt vooralsnog de acht weken-grens een toelaatbare limiet waaronder in ieder geval hersenfunctie niet mogelijk is. In het licht van nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen zal deze wellicht in de toekomst kunnen worden verruimd. Wanneer men al een wetswijziging overweegt is het ons inziens een kwestie van prudent beleid om bij het nemen van limieten ruimte te laten voor versoepeling en niet het risico te nemen dat men later tot stringenter normstelling moet terugkeren.¹⁰

ad 2. Tegenover de opvatting dat de essentie van de mens voorafgaat aan zijn existentie (een Aristotelisch-scholastiek gezichtspunt) staat de existentialistische visie (het meest duidelijk vertolkt door J. P. Sartre) dat het wezen van de mens een fictie is en dat bij elke individuele mens zijn concrete achtereenvolgende verschijningsvormen zijn *individuele* wezen bepalen ('l'existence précède l'essence'¹¹). Wij kiezen liever voor een wijsgerige antropologie die niet op onbewezen metafysische vooronderstellingen berust, maar aan plausibiliteit wint naarmate de wetenschappen onze inzichten in het verschijnsel mens vergroten.

Onaanvaardbaar

Op grond van onze analyse komen wij tot de volgende conclusie: afgezien van allerlei niet-filosofische bezwaren is het huidige wetsvoorstel voor ons moreel onaanvaardbaar. Indien men op korte termijn tot wetswijziging zou overgaan – over de noodzaak of wenselijkheid daarvan wordt hier geen uitspraak gedaan – geven wij de onderstaande *uitgangspunten* in overweging:

1. De term 'abortus op sociale indicatie' versluiert een moreel dilemma en dient uit overwegingen van zindelijk denken niet meer te worden gebezigd.
2. Abortus provocatus tot de achtste week na de bevruchting van de eicel (verruimingsmogelijkheden daargelaten) is moreel en juridisch zonder meer toelaatbaar.
3. Abortus provocatus na die achtste week (verruimingsmogelijkheden daargelaten) is slechts op medische, euthana-

tische¹² en psychiatrische indicatie toelaatbaar.

4. Medische, euthanatische en psychiatrische indicatiestelling geschiedt door medische deskundigen in overleg met de vrouw die zwangerschapsafbreking wenst.

5. Bij de onder (4) bedoelde indicatiestelling heeft de vrouw een doorslaggevende stem. Dit impliceert dat, hoewel de vrouw na de achtste week tot indicatiestelling gehouden is, zij zelf toch uiteindelijk individueel beslist. Door middel van de indicatiestelling wordt aldus van een individuele beslissing aan de samenleving verantwoording afgelegd.

6. Het onder (4) bedoelde overleg dient per definitie geen normatief maar slechts een informatief karakter te hebben. ■

Literatuur

G. M. van Asperen, Abortus in filosofisch perspectief. In: *VIC-berichten*, 1978, 44.

A. J. Ayer, Language, Truth and Logic. Harmondsworth, 1974 (1^e druk 1936). Daaruit hoofdstuk VI: 'Critique of Ethics and Theology'.

Beter geen wet dan deze; bezwaren van Stimezo Nederland tegen het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap 15475 (Ginjaar/De Ruiter), april 1979.

J. de Bruijn, Geschiedenis van de abortus in Nederland. Amsterdam 1979.

Eindrapport van de Commissie Orgaantransplantatie van het Nederlandsche Rode Kruis. Mei 1971.

R. Eisler, Kant-Lexikon, Hildesheim 1964.

Philippa Foot, 'The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect'. In: *Moral Problems*. New-York 1975, pp. 59-70.

H. Galjaard, speuren in de moederschoot. In: *Geschonden genen*, Stichting Biowetenschappen en Maatschappij, aug. 1973, pp. 39-51.

H. Galjaard en H. C. S. Wallenburg, Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen. In: *De voortplanting van de mens*. Leerboek voor Obstetrie en Gynaecologie, Bussum 1973, pp. 88-108.

Immanuel Kant, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.

Evert Ketting, Van misdrijf tot hulpverlening; een analyse van de maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland. Alphen a/d Rijn/Brussel 1978.

Evert Ketting en Paul Schnabel, De abortus-hulpverlening in 1977; Verslag van de permanente registratie van cliënten uit Nederland en de naburige landen. Stimezo-onderzoek 78-2.

John Stuart Mill, Utilitarianism (including Mill's 'On Liberty' and 'Essay on Bentham' and selections from the writings of Jeremy Bentham and John Austin). Ed. Mary Warnock, Londen 1974.

Ontwerp van Wet Afbreking Zwangerschap. Staatsuitgeverij, Den Haag 1979.

John Plamenatz, The English Utilitarians. Oxford 1966.

J. F. Rang, Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven; kritische kanttekeningen bij een belangwekkend proefschrift. In: *Soteria*, 1971, 11/12.

J. P. Sartre, L'Être et le Néant. Parijs 1943.

Paul Sporken, Ethiek en gezondheidszorg. Baarn 1977.

Leslie Stephen, The English Utilitarians. Londen 1900 (3 dln).

Charles L. Stevenson, Ethics and Language. New Haven 1972. Daaruit hoofdstuk VIII: 'Intrinsic and Extrinsic Value' (1^e druk 1944).

H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven. Deventer 1970.

H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Rechtsbescherming van menselijk leven (Jus constituendum). *Ned. Juristenblad* 1973, 19, pp. 565-585.

H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Abortus en actieve euthanasie. *Ned. Juristenblad* 1975, 16, pp. 505-514.

H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Doodsdiagnostiek ten aanzien van irreversibel comateuze beademde patiënten; enkele conclusies uit een literatuuronderzoek. *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 12, 1975, pp. 453-464.

Kees Waagmeester, naar onderzoek met nog levende abortus-foetussen. (Gesprek met de gynaecoloog Dr. A. C. Drogendijk). *Herformd Nederland* 22 december 1979.

G. J. Warnock, The Object of Morality. Londen 1971.

Daniel J. Wikler, Ought we to try to save aborted fetuses? In: *Ethics*, vol. 90, no. 1 (oktober 1979) pp. 58-65.

10. Zoals onlangs in Engeland is gebeurd.

11. Cf. J. P. Sartre: 'L'Être et le Néant', Introduction.

12. Voor het begrip 'euthanatische indicatie' voor abortus, zie Van Till 1975.



Voorschrijven

De situatie waarin wij al voorschrijven en al recepten ontvangend zijn beland is ongewenst. We dienen gezamenlijk als bevolking te bezien hoe we verder willen en hoe dat kan worden bewerkstelligd. Aldus Dr. I. Ph. L. Koperberg, adviserend geneeskundige van het Ziekenfonds Rijnstreek te Velp, die in dit kader om te beginnen een overstapje suggereert: van 'rationele medicamenteuze therapie' naar 'realistische medicamenteuze therapie'.

Naar het voorschrijfgedrag – welke term ik prefereer boven het woord 'voorschrijfgewoonten' daar het laatste op een (voor)oordeel kan duiden – is vooral onderzoek gedaan in de Verenigde Staten en Engeland¹⁻¹². In Nederland werden recentelijk van diverse kanten gegevens gepubliceerd over het geneesmiddelengebruik¹³⁻¹⁷. In veel landen bestaat een continue registratie van wat artsen voorschrijven; in Engeland met zijn National Health System, maar ook in Denemarken¹⁸, en verder natuurlijk ook in Nederland.

Verschillen tussen artsen

Uit al deze onderzoeken en uit de geregistreerde gegevens komen na bestudering ervan steeds weer bepaalde patronen te voorschijn. Zo blijken er wat betreft het voorschrijven altijd grote verschillen tussen artsen te bestaan. Deze verschillen zijn van kwalitatieve of kwantitatieve aard. Nader onderzoek heeft aangetoond dat de opmerkelijke verschillen in voorschrijfgedrag tussen geneeskundigen groter zijn dan mag worden verwacht op grond van de verschillen in aangeboden morbiditeit^{15, 19-21}.

Waardoor deze verschillen kunnen worden verklaard is niet geheel duidelijk. Niettemin is van de belangrijkste oorzaken wel een globaal overzicht te geven. Daarbij kan aan drie categorieën oorzaken worden gedacht: een categorie van factoren met betrekking tot de patiënt, één met betrekking tot de arts en één met betrekking tot externe factoren²². Bij de eerste categorie is te denken aan de leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten en aan sociaal-economische fac-

toren als inkomen en opleidingsniveau. Bij de tweede categorie kan worden gedacht aan de plaats waar de arts is gevestigd, zijn praktijkervaring en zijn houding ten opzichte van nascholing. Bij de laatste categorie spelen factoren een rol als het verzekeringssysteem, de afstand tot een ziekenhuis, de aan- of afwezigheid van een apotheek en de farmaceutische reclame.

In het algemeen hangen deze oorzakelijke factoren overigens op een vrij complexe wijze onderling samen; soms is één factor duidelijk als de belangrijkste aan te wijzen, veel vaker echter dragen alle factoren een klein beetje bij aan het totale verschil.

Er wordt wel eens gedacht, en ook gezegd en geschreven, dat de activiteiten van fabrikanten van geneesmiddelen een vraag hebben gecreëerd, die groter is dan de actuele behoefte²³. Zó groot zou de ijver van de farmaceutische industrie zijn, dat er wel eens spottend wordt gezegd: 'Ze hebben weer een nieuw geneesmiddel gefabriceerd, maar ze weten er nog geen passende ziekte bij'. Niettemin ontvangen vrijwel alle geneeskundige periodieken maar al te graag het geld dat zij vragen voor het beschikbaar stellen van ruimte voor geneesmiddelenreclame.

Wat betreft de 'factor arts' kan nog worden gewezen op de uiterst moeilijke kwestie van het diagnostisch-therapeutisch proces. De meervoudige betekenis van de klachten, die vaak somatisch worden gepresenteerd, laat zich niet zonder meer ontrafelen²⁴. Het gevolg hiervan is dat verschillende artsen bij overeenkomstige gevallen (maar ook bij hetzelfde geval, bijvoorbeeld 'geprogrammeerde patiënten') niet noodzakelijkerwijs uitkomen op dezelfde diagnose. Deze verschillen zijn nog groter op het gebied van de behandeling, inclusief de farmacotherapie. Ook wat Bremer²⁵ zegt, leidt tot deze gevolgtrekking. Hij stelt dat een groot deel van de aan de huisarts gepresenteerde klachten niet leidt tot klinisch duidelijke beelden, waardoor de huisarts zich van een zogenaamde waarschijnlijkheidsdiagnostiek moet bedienen. Met andere woorden, het aantal onzekerheden en imponderabilia is wellicht nergens zo groot als in de geneeskunde – en dat maakt de onzekerheden van de werkers in de gezondheidszorg juist zo groot. Ze zijn dan ook vaak makkelijk te 'vangen' voor veelbelovende behandelingen.

Verder kan worden gewezen op wat Illich²⁶ heeft genoemd 'medicalising of society'. Het oplossen van problemen door middel van alleen (psycho)farmaca is even irrationeel als het helpen van verslaafden aan hard drugs met uitsluitend het opsporen en onschadelijk maken van de smokkelwegen en -benden. Maar intussen handhaaft de medische stand zijn werkwijze, en behoudt daardoor zijn 'macht en grote inkomen', aldus Illich.

Ongewenste situatie

Vruchtbaarder dan het zoeken naar 'de schuldigen' lijkt het, ons bewust te worden van de situatie waarin we zijn terechtgekomen door de recente technologische en maatschappelijke ontwikkelingen. Laat ons erkennen dat de situatie waarin we geraakt zijn ongewenst is; velen schrijven dit openlijk²⁷. Wij dragen als bevolking daarvoor de gezamenlijke verantwoordelijkheid en we dienen gezamenlijk – waarbij organisaties de voortrekkers moeten zijn – na te gaan hoe we nu verder willen en hoe we dat dan kunnen bewerkstelligen.

Het feit dat artsen inzicht in de situatie hebben is op zich niet voldoende om de koers te wijzigen. Dit heb ik de laatste tijd ervaren in gesprekken over deze kwestie met zowel arts-assistenten als huisartsopleiders in het kader van de beroepsopleiding tot huisarts.

De volgende gevoelens, gedachten en inzichten werden geventileerd:

- Wij zijn 'van nature' tegen het gebruik van geneesmiddelen bij een groot deel van de aan ons gepresenteerde klachten, met name bij slaapstoornissen, psychosociale problemen en stress, en rug- en hoofdpijnklachten, maar we komen er niet onderuit: we móeten wel iets voorschrijven.

- Wij voelen ons vaak onmachtig om het tij te keren, omdat er zoveel tegenstrijdige belangen en opvattingen bestaan.

- Veel patiënten stellen zich bewust afhankelijk op.

- De hulpvragende legt oneigenlijke problemen aan ons voor en verwacht van ons de oplossing met een pilletje of tabletje in plaats van zelf de oplossing te zoeken.

- Het ontbreekt aan alternatieven, als wij het geneesmiddel niet willen gebruiken.

- Het ontbreekt aan technieken en man-

kracht om de hulpvragende te leren zijn eigen problemen op te lossen.

– Bij eigen verantwoordelijkheid hoort ook de eigen beslissingsbevoegdheid van de hulpvragende, bijvoorbeeld om toch een slaapmiddel te willen gebruiken (evenals dat geldt voor het roken, drinken, autorijden, etc.).

– Wij moeten oppassen niet van het ene paternalisme in het andere te vervallen: waarom bepalen wij dat iemand niet langdurig slaapmiddelen mag gebruiken?

Uit deze ontboezemingen spreekt een stuk *onmacht*; maar ten dele ook *onvrede* met de rol die de arts opgedrongen krijgt en niet weet te hanteren.

Verbeteringen

Toch zullen wij, door gezamenlijke inspanning, verandering moeten brengen in het voorschrijfgedrag. Wij zullen deze verandering echter niet kunnen bereiken los van enerzijds verandering in de structuur van de gezondheidszorg en anderzijds verandering in de instelling van hulpverlener en hulpvrager²⁸.

Door onderzoek dat gericht is op het verkrijgen van inzicht in de achtergronden van het voorschrijfgedrag van artsen, zal eveneens een bijdrage kunnen worden geleverd aan de tot stand te brengen veranderingen. Een dergelijke bijdrage is recentelijk onder andere geleverd door Samuels Brusse en anderen²². Dat de honderd à honderdvijftig miljoen recepten die per jaar in Nederland worden geschreven²⁹ een rijke bron van mogelijkheden vormen, zal wel niemand willen ontkennen. Inmiddels hoeven wij niet bij de pakken neer te zitten: we moeten proberen kleine en zo mogelijk ook grote verbeteringen tot stand te brengen.

Een van de eerste veranderingen die zouden kunnen worden aangebracht is overstappen van een 'rationele' naar wat wel genoemd wordt een 'realistische' medicamenteuze therapie²⁷. Bij een dergelijke therapie dient men te beseffen dat voorschrijven van geneesmiddelen niet hetzelfde is als behandelen. De hulpvragende is daarbij mede verantwoordelijk voor zijn eigen 'gezondheidmaking', zij het ook vaak in samenwerking met de arts. Dat hierbij de klinische en klinisch-farmacologische kennis en vaardigheid worden gecombineerd met inzicht in de sociale en psychologische context van mensen en met een grote eigen verantwoordelijkheid van de hulpvragende, biedt een gezond uitgangspunt.

Van de arts mag een adequate kennis van

ziekten worden gevraagd en een behoorlijke kennis van de klinisch-farmacologische aspecten van geneesmiddelen. Meer dan op dit moment zal hij bekend moeten zijn met andere vormen van hulpverlening dan de algemeen gebruikelijke; tevens zal hij zijn deskundigheid op het gebied van voorlichting moeten vergroten. In het licht van 'de nog steeds toeneemende snelheid waarmee de (wetenschappelijke) kennis veroudert'³⁰ is de vraag hoe de arts deze kennis moet verwerven niet zo eenvoudig te beantwoorden. Hier ligt een belangrijke taak voor de universitaire opleiders in de geneeskunde, en ook voor het post-academisch onderwijs: 'De huidige opleiding lijkt van de misvatting uit te gaan dat feitenkennis het (toekomstige) handelen van de arts grotendeels zal bepalen', aldus de nota 'De medische basisopleiding' van het Interfacultair Overleg van de leerstoelhouders huisartsgeneeskunde. Het lijkt zeer onwaarschijnlijk, dat onderwijs in de chemie gecombineerd met dat in de farmacologie een goed voorschrijfgedrag zal bewerkstelligen. Rationele factoren vormen slechts een klein gedeelte van de factoren die het medisch handelen bepalen. Maar ook andere instanties, zoals de overheid²⁸, de belangenverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen, zullen hun steentje moeten bijdragen.

Dat met hetgeen in het voorafgaande is gezegd slechts een tip van de sluier is opgelicht, spreekt voor zichzelf. Moge de lezer het volgende als boodschap overhouden: we zijn op de verkeerde weg, maar bijsturen is nog mogelijk, al zal dat veel inspanning vergen. ■

Het bovenstaande artikel staat ook in: 'Holland naar de horizon; huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief', een bundel opstellen aangeboden aan C. P. Bruins, arts, bij diens afscheid als directeur van het Nederlands Huisartsen Genootschap en aldaar (Mariahoek 4/Postbus 2570, 3500 GN Utrecht, tel. 030-319946, postgiro 394072) à f 35,— per exemplaar exclusief verzendkosten verkrijgbaar.

Literatuur

1. Dannel, K. & A. Cartwright, *Medicinetakers, prescribers and hoarders*, Routledge & Kegan Paul, Londen 1972.
2. Dunlop, D., A survey of prescriptions. *British Med. J.* (1952) 292-295, en *British Med. J.*, (1953) 694-697.

3. Martin, J. P., *Social Aspects of prescribing*. Heinemann, Londen 1957.

4. Lee, J. A. H., Prescribing and other aspects of general practice in three towns. *Proc. R. Soc. Med.* 57 (1964) 1041-1043.

5. Lee, J. A. H., Primary medical care. *Millbank Mem. Fund. Quart.* 43 (1965) 285-290.

6. Bain, D. J. & A. J. Haines, A year's study of drugprescribing in general practice using computer-assisted records. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 25 (1975) 41-48.

7. Skegg, D. C. G., R. Doll & J. Perry, Use of medicines in general practice. *British Med. J.* (1977) 1561.

8. Stolley, P. D., M. H. Becker, L. Lasagna, a.o., The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Medical Care* 10 (1972) 17-28.

9. Becker, M. H., P. D. Stolley, L. Lasagna a.o., Correlates of physicians' prescribing behavior. *Inquiry* 9 (1972) 30-42.

10. Becker, M. H., P. D. Stolley, L. Lasagna, Differential education concerning therapeutics and resultant physician prescribing patterns. *J. Med. Educ.* 47 (1972) 118.

11. Howie, J. G. R., Clinical judgement and antibiotic use in general practice. *British Med. J.* (1976) 1061-1064.

12. Maronde, R. F., a.o., Physician prescribing practices, a computer based study. *Am. J. Hosp. Pharm.* 26 (1979) 566-573.

13. Honhoff, B., *Sociale farmacotherapie in Twente*. Diss. Utrecht, 1977.

14. Jessen, J. L., *Medische consumptie*. Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen, 1974.

15. Lamberts, H. en N. L. Wolgast, Huisarts en voorschrijfgedrag. *Huisarts en Wetenschap* 18 (1975) 321.

16. Lamberts, H. en N. L. Wolgast, Huisarts en voorschrijfgedrag. *Medisch Contact* 33 (1978) 1167.

17. Haaijer-Ruskamp, F. M., De directe invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur. *Medisch Contact* 33 (1978) 1073.

18. Baksaas-Aasen, J., e.a., *Drugbase Statistics Norsk Medisinal Depot Oslo*.

19. Maronde, R. F., a.o., A study of prescribing patterns. *Medical Care* 5 (1971) 383.

20. Stolley, P. D. and L. Lasagna, Prescribing patterns of physicians. *J. Chron. Disease* 22 (1969) 395.

21. Joyce, C. R. B., J. M. Last & M. Weatherall, Personal factors as a cause of differences in prescribing by general practitioners. *Brit. J. of Prev. and Soc. Med.* 22 (1968) 170.

22. Samuels Brusse, F. en F. M. Bertens, Outpatient prescribing in a Dutch sickfund region, 1974/1975. Paper by WHO Drug Utilisation Research Group, Reykjavik 1978 (ongepubliceerd; zie *Pharmaceutisch Weekblad* 11: (1979) 385).

23. Selection of essential drugs. Report of the WHO Expert Committee, World Health Organisation, Genève 1977, WHO Technical Report Series (1977) 615.

24. Smits, A. J., J. Th. M. van Eyk, R. Grol, F. J. A. Huygen, G. van Mierlo en H. Mokkink, Preventie van somatische fixatie II. *Huisarts en Wetenschap* 21 (1978) 366.

25. Bremer, G. J., Over diagnose, huisartsdiagnostiek en diagnostiek in het eerste echelon. *Huisarts en Wetenschap* 15 (1972) 1.

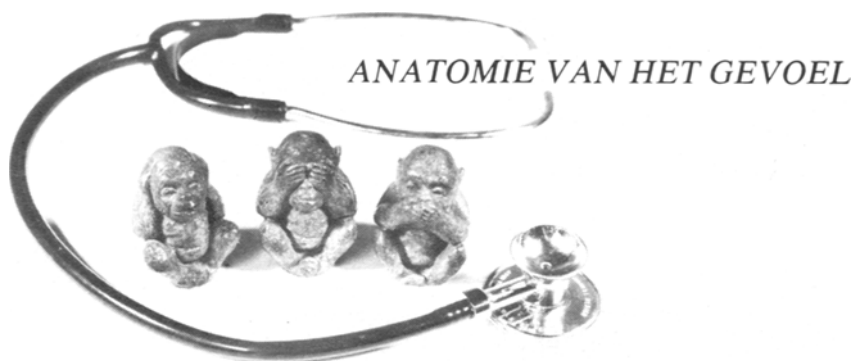
26. Illich, I., Grenzen aan de geneeskunde. Het Wereldvenster, Baarn 1978.

27. Frølund, F., Better prescribing. *Brit. Med. J.* (1978) 741.

28. Laurijssens, J., Samenwerking in de eerste lijn en structurele belemmeringen. *Huisarts en Wetenschap* 22 (1979) 62.

29. Merkus, F. W. H. M., Het voorschrijven van geneesmiddelen. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1978.

30. Duursma, S. A., J. E. van Buuren en R. Voorneman-Hammelburg, Postacademisch onderwijs geneeskunde II. *Medisch Contact* 33 (1978) 1323.



DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT gebundeld verkrijgbaar. Prijs: f 10,—, over te maken op gironummer 58083 van de KNMG te Utrecht (vermelden: 'Dagboek').

Praktijk perikelen

Particuliere discriminatie

Huisartspraktijk in grote stad, binnenkomend telefoontje: 'Dokter, kunt U niet even langskomen? Mijn man is sinds vier weken onder behandeling van het alcoholontwenningencentrum en gebruikt refusalttabletjes. Nee, hij drinkt niet meer, maar hij doet zo vreemd. Ik weet niet meer wat ik met hem aanmoet. Ja, komt U . . . We zijn particulier! Ter plekke tref ik een vriendelijke, licht geagiteerde maar wel coöperatieve wat oudere man aan, die ik nog niet eerder heb gezien, die volledig gedesoriënteerd is in tijd en beleving en plaats. Zijn oudere vrouw kan de nu 36 uur durende situatie duidelijk niet aan en dringt aan op opname. Daar ik mij bij haar gedachtengang kan aansluiten dat thuisbehandeling ook mijn krachten te boven gaat, beloof ik een en ander te regelen.

A. Telefonische inlichtingen gevraagd aan het alcoholontwenningencentrum. Nee, twee dagen geleden hebben we nog een gesprek gehad. Er was toen niets aan de hand.

B. Overleg met de eerste hulp van een ziekenhuis met psychiatrische opnamefaciliteit. 'Presentatie aan dienstdoend psychiater? Nee, dat heeft geen zin, want wij hebben geen bed. Het spijt me.'

C. Crisiscentrum, verbonden aan genoemd ziekenhuis. 'Nee, patiënt kan niet door ons worden gezien, dat kan alleen via de EH.' 'Ja maar, etc. (zie boven). 'Ah, zit het zo. Wel, belt U dan met de rijdende psychiater van de GG en GD.' 'Nee meneer, dat kan niet want die rijdt alleen voor ziekenfondsverzekerden en niet voor particulier verzekerden.' 'Tja, sorry hoor, maar dan kan ik U ook niet helpen. Eh. . . dag, dokter.'

D. Via de protier van hetzelfde ziekenhuis getracht zelf de dienstdoende psychiater te pakken te krijgen voor advies. 'Ach, wat jammer, dokter. We zoeken hem zelf al een poosje, maar kunnen hem niet te pakken krijgen. Belt U later nog eens.'

Ik ben nu vijf kwartier aan het bellen en mijn wachtkamer puilt uit zijn voegen. Ten einde raad bel ik een ambulance, laat patiënt ophalen met het verzoek hem 'af te geven' aan de EH van voornoemd ziekenhuis. Dit gebeurt en de man wordt opgenomen op de psychiatrische afdeling waar men geen bedden meer had.

Wij schrijven 7 februari 1980. Het is de tweede particuliere psychiatrische patiënt in dit nog jonge jaar. En in de tien voorgaande jaren was het niet anders . . . Hoe lang nog?

Korte door artsen geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Amnesty International

Artsenverzet toen Arts en verzet nu?

Marthe Bouvy, arts en lid van de medische beroepsgroep van Amnesty International afdeling Nederland, legt in bijgaand slotartikel van de AI-serie in Medisch Contact de verbinding tussen het ontstaan van dit tijdschrift en de huidige activiteiten van Amnesty International. Die organisatie telt momenteel 200.000 leden, van wie 3.500 artsen; 40.000 in Nederland, van wie 100 artsen.

In 1979 is in dit tijdschrift een aantal artikelen verschenen over het werk dat wij als artsen binnen Amnesty International verrichten¹. Wij zijn verheugd dat we hieraan bekendheid hebben kunnen geven, juist in de kolommen van Medisch Contact. Er blijkt een lijn te trekken tussen de ontstaansgeschiedenis van dit tijdschrift en onze huidige activiteiten. Dit verband, dat in een vorig artikel² al even werd aangestipt, wil ik hier verder uitwerken.

In 1946 gaf de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de naam Medisch Contact aan haar officiële orgaan, als eerbetoon aan het georganiseerde artsenverzet in de jaren 1940-1945 in Nederland. Deze illegale organisatie werd 'Het Medisch Contact' genoemd, en al gauw afgekort tot 'het MC'. Motieven voor dit verzet waren velerlei; ze kunnen samengevat worden als volgt: men bood een principieel verzet tegen principieel onjuiste maatregelen van een bezettende mogendheid. Of, zoals enkele van de formuleringen op de eerste landelijke conferentie van het MC luiden: 'Wij zijn solidair met het Nederlandse Volk, de Nederlandse arbeiders, en de Nederlandse kerken; wij wensen onaantastbaarheid van het medisch beroepsgeheim en andere kostbare tradities van de Nederlandse medische stand.'

Ik breng enkele feiten uit deze periode in herinnering³.

Artsenverzet tijdens de tweede wereldoorlog

In 1941 liet het hoofdbestuur van de KNMG in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde weten dat het de leider van het Medisch Front, een afdeling van de NSB, binnen haar gelederen had moeten toelaten. Tegelijkertijd waren er twaalf beleidspunten aanvaard. Deze punten omvatten naast reorganisatie van de gezondheidszorg zaken met een zuiver politieke bedoeling, zoals invoering van een Artsenkamer, waardoor de ideeën van de NSB in de medische wereld konden worden doorgevoerd; bovendien bevatten zij maatregelen die een beroepsverbod voor joodse artsen inhielden.

Dit leidde ertoe dat zeer veel artsen hun lidmaatschap van de Maatschappij opzegden. In verschillende delen van het land kwamen artsen tot het besef dat een georganiseerde vorm van verzet noodzaak werd. Zo gebeurde het dat op 24 augustus 1941 de collegae Eeftinck Schattenkerk, Brutel de la Rivière en Roorda in het Stationskoffiehuis te Zutphen bijeenkwamen om een plan op te stellen voor de organisatie van het artsenverzet. Het bestond gedurende de verdere oorlogsjaren uit een landelijke kerngroep van tien à vijftien personen, die via districtsvoormannen en groepsvoormannen in contact stonden met de periferie. In de kerngroep werd op wekelijkse bijeenkomsten het beleid bepaald; via een estafettesysteem gaf men berichten door aan al de leden. Zo was het mogelijk dat diverse malen door een massaal protestschrijven – 80 à 90% van alle artsen was bij het MC aangesloten – onderdrukkende maatregelen werden voorkómen of ingetrokken: een Artsenkamer heeft nooit gefunctioneerd, de meerderheid der ziekenfondsen bleef zelfstandig, artsen werden niet in Duitsland te werk gesteld, de verplichting tot het geven van inlichtingen over patiënten met schot- of steekwonden werd genegerd, het verichten van keuringen voor de 'Arbeits-einsatz' op grote schaal geweigerd, wegvoeren van joden waar mogelijk tegengegaan.

Een nuttig wapen in de strijd was het steunfonds dat het MC oprichtte. Men kon het beschouwen als een soort verzekering. Iedere arts die bij de organisatie was aangesloten moest een vast bedrag per maand betalen. Wanneer een arts financieel schade leed ten gevolge van acties in het kader van het artsenverzet, werd aan hem/haar of het desbetreffende gezin een uitkering gewaarborgd. Zo wist elke arts die in conflict kwam met de bezetter zich niet alleen moreel maar ook materieel gesteund.

Verzet tegen een overmacht roept represaillemaatregelen op. Ik noem enkele voorbeelden uit de jaren '40-'45. Kort na de oprichting van het Medisch Contact werden vier leden van de kerngroep gevangen genomen en enige maanden in hechtenis gehouden. Vele artsen verloren hun werk door ontslag. Talloze artsen zijn in de loop van de oorlogsjaren gearresteerd. Als redenen hiervoor golden zoal: het weigeren inlichtingen te verstrekken over patiënten aan de Sicherheitspolizei of de Duitse overheid, het weigeren aan jodenvervolging mee te werken, onvoorzichtig optreden tegen de Duitsers, het trachten vrijstelling van wachtlopen te verkrijgen voor patiënten. Midden 1944 werd dit aantal zó groot, dat de bezettende macht zich genoodzaakt zag nu en dan artsen vrij te laten omdat er een ontworping van de gezondheidszorg dreigde. Vele artsen riskeerden door hun optreden hun leven, ettelijke artsen hebben zich opgeofferd. Eén voorbeeld: in september 1944 werd een Arnhemse huisarts gefusilleerd wegens het geven van hulp aan gewonde Engelse parachutisten.

Arts en verzet nu

Ook tegenwoordig zijn er artsen die een principieel verzet bieden tegen principieel onjuiste, onrechtvaardige maatregelen, die zich solidair voelen met hun volk, die opkomen voor de medisch-ethische verworvenheden van hun beroep. Nu doel ik niet op de huidige toestand in Nederland. Hier functioneert een democratie, de situatie is niet vergelijkbaar ►

met die van onderdrukking tijdens de tweede wereldoorlog. Ik wil niet zeggen dat in dit land nu geen onrecht zou voorkomen, maar dit verder uitwerken past niet in het kader van dit artikel⁴.

Waar ik op doel zijn de artsen in verschillende delen van de wereld die zich verzetten tegen onrecht en onderdrukking waaraan mensen in hun nabije omgeving blootstaan. Ik noem een aantal voorbeelden, enkele kwamen al in vorige artikelen uit deze serie ter sprake.

Sinds in 1976 in *Argentinië* een militaire dictatuur werd ingesteld, vormen de artsen van dat land een bedreigde groep. Redenen hiervoor: gratis hulp verlenen aan armen wordt als een subversieve daad beschouwd, ondanks de slechte medische voorzieningen; hetzelfde geldt voor het verlenen van medische hulp aan mensen die kritiek hebben geuit op de militaire regering (alleen al het schrijven van een recept kan reden tot arrestatie zijn). Bovendien maakt het bestaan van medische organisaties de artsen verdacht, omdat door de militairen elke niet-militaire organisatiestructuur als potentiële bedreiging wordt gezien. Vele artsen zijn dan ook sinds 1976 gearresteerd, gevangen, of verdwenen⁵.

Voor het buurland *Uruguay* geldt hetzelfde: vele artsen zitten in de gevangenis, zijn gemarteld, of hebben hun land moeten ontvluchten.

Zoals bekend gebruiken de machthebbers in de *Sovjet-Unie* en *Roemenië* psychiatrische inrichtingen om er politiek andersdenkenden op te sluiten. De psychiater S. Gloezman, die in 1972 verklaarde dat generaal Grigorenko ten onrechte als psychotisch was bestempeld, werd daarom veroordeeld en is nog steeds verbannen. Marina Vojchanskaja, eveneens psychiater, werkte in de Psychiatrische Kliniek no. III te Leningrad. In 1974 ijverde zij voor het ontslag van enkele patiënten die zij geestelijk normaal bevond maar die wegens hun opvattingen staatsgevaarlijk werden geacht (Ivanov, Ponomaryov, en Fainberg). Sindsdien werd het werk haar ernstig bemoeilijkt door leden van de KGB. In 1975 kreeg zij toestemming naar Israël te emigreren, haar 9-jarige zoon mocht echter niet mee, ofschoon hij bij haar echtscheiding aan haar was toegewezen. Een ander voorbeeld is dat van de Oekraïense arts Mykola Plakhotnyuk⁶. Zijn vriend, een wiskundige, was gedwongen opgenomen in een psychiatrische kliniek wegens het leveren van kritiek op schending van de mensenrechten in de Oekraïne.

In 1972 protesteerde Plakhotnyuk hiertegen in een open brief. Dit leidde tot zijn arrestatie en gedwongen opname in het Serbski Instituut voor Forensische Psychiatrie in Moskou. Daar stelde men de diagnose: 'Schizofreen met vervolgingswaan – bij tijden niet toerekeningsvatbaar!' Ruim een jaar geleden werd hij overgebracht naar een psychiatrische inrichting van het gewone type, in Smela. Men heeft hem te verstaan gegeven dat hij zeker niet vrijkomt vóór de Olympische Spelen van 1980.

Tot slot de lotgevallen van een arts uit *Columbia*⁷. German Bolaños Mejia, 30 jaar, is plattelandsarts. In Columbia heerst een ernstig tekort aan medische voorzieningen voor de boerenbevolking. Zelf schreef hij eens: 'Daar ik als arts nauw betrokken ben bij de noden van het volk sympathiseer ik met sociale veranderingen die gericht zijn op het algemeen welzijn, recht, vrijheid en vrede.' Hij richtte daarom in het dorp Quinchia, Risaralda, een medische coöperatie op, als alternatief voor de enige apotheek, die haar produkten tegen hoge prijzen verkocht. Later organiseerde hij een experimentele ambulante hulpverleningsdienst voor arme boeren, die niet in staat zijn een arts in de stad te bezoeken. Op 5 mei 1979 werd Bolaños gearresteerd. Hij zit opgesloten in de gevangenis van Manizales, Caldas. Hij wordt ervan beschuldigd een medische coöperatie te hebben opgericht samen met 'subversieve elementen'. Verder legt men hem ten laste dat hij medische hulp zou hebben verleend aan vermeende leden van guerrillabewegingen. Hij zit nog steeds in voorarrest, in afwachting van een proces voor de krijgsraad dat al verscheidene keren is uitgesteld.

Amnesty International, steun in het verzet

In het bovenstaande zijn enkele artsen beschreven van de velen die zelf slachtoffer zijn geworden van hun verzet tegen willekeur en sociaal onrecht. Allen protesteren zij tegen een vorm van schending van de mensenrechten. Ook Amnesty International zet zich hiervoor in. Haar doelstelling is, 'met aanwending van daarvoor passende middelen op te komen tegen schendingen van de mensenrechten, zoals die zijn vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, door de Verenigde Naties in 1948'⁸.

Van het artsenverzet in Nederland tijdens de tweede wereldoorlog kan wor-

den gezegd dat het massaal, goed georganiseerd en doeltreffend was. In deze tijd biedt Amnesty International ons de mogelijkheid collegae verspreid over de wereld in hun verzet te steunen, in de hoop dat ook hun verzet krachtig en effectief wordt.

Amnesty is zeker *geen organisatie van artsen alleen*; zij vormen een minderheid. Er zijn naar schatting 3.500 artsen actief, op een totaal van 200.000 leden. In Nederland zijn onder de 40.000 Amnesty-leden ongeveer 100 artsen als zodanig actief.

Het grootste deel van hen bestaat uit leden die alleen meewerken aan de zogenaamde *medische 'urgent actions'*; dit zijn schrijfacties met een spoedeisend karakter, voor zieke gevangenen die geen of onvoldoende medische hulp ontvangen. De overigen, een 25-tal, houden zich bezig met protesteren tegen al die situaties waar schending van de mensenrechten tevens schending van de medische beroepscode betekent. Zij vormen samen de *medische beroepsgroep*, die weer uit drie onderafdelingen bestaat. Allereerst de onderzoeksgroep: artsen die gemartelde vluchtelingen medisch onderzoeken, en hen waar mogelijk hulp en begeleiding bieden⁹. Dan is er de groep psychiaters en psychologen, met als voornaamste taak het meewerken aan acties die gericht zijn tegen misbruik van de psychiatrie. Als derde onderdeel is er de medische actiegroep; de leden hiervan houden zich bezig met grote schrijfacties (daar waar het gaat om groepen gevangenen die allen onvoldoende medische hulp krijgen, daar waar vele gevangenen aan eenzelfde doodsoorzaak blijken te overlijden), met publikaties, met bezinning op medisch-ethische problemen en met internationale acties tegen het martelen.

Amnesty International is momenteel een goed draaiende organisatie. Via het internationale secretariaat in Londen wordt een grote stroom informatie gecoördineerd en aan belanghebbende landelijke afdelingen doorgegeven. De artsen binnen Amnesty hebben eigen internationale contacten op jaarlijkse congressen en in werkgroepen¹⁰.

Dankzij al deze inspanningen is het mogelijk talloze mensen die worden onderdrukt moreel en soms ook financieel te steunen. In 'Wordt Vervolgd', het maandblad van Amnesty International in Nederland, staan geregeld getuigenissen van mensen die tijdens hun gevangenschap op de been werden gehouden door

het besef dat mensen in het buitenland daadwerkelijk waren begaan met hun lot. Vaak bleek hun situatie te verbeteren, nadat de gevangenisautoriteiten protestbrieven hadden ontvangen. Een feit is, dat de machthebbers in Oosteuropese landen gevoelig zijn voor publikaties in de Westerse pers. De psychiater Vjatsjeslav Bachmin¹¹, lid van een groep artsen die in de Sovjet-Unie zelf onderzoek doet naar misbruik van de psychiatrie, zegt het zo: 'De ervaring van onze commissie leert dat de strafpsychiatrie in de Sovjet-Unie publiciteit vreest, vooral publiciteit die collegae-psychiaters bereikt, aan wie men immers niet kan verwijten dat ze er door gebrek aan kennis niet over zouden kunnen oordelen.'

Er is voorlopig genoeg werk te doen! ■

Wie meer over Amnesty International wil weten, kan een informatiepakket aanvragen bij Diederik de Bruijn, secretariaatsmedewerker van Amnesty International afdeling Nederland, Postbus 61501, 1005 HM Amsterdam, tel. 020-847905, postgiro 454000.

Wie belangstelling heeft voor deelname aan de medische beroepsgroep kan hiervoor contact opnemen met Jan Fabels, huisarts te Enschede, tel. 053-312303, of met Marthe Bouvy, Amsterdam, tel. 020-188109.

U bent welkom.

Noten

1. Medisch Contact (1979) nr. 1, blz. 13; nr. 5, blz. 143; nr. 11, blz. 341; nr. 14, blz. 439; nr. 18, blz. 580; nr. 23, blz. 735; nr. 41, blz. 1332; nr. 45, blz. 1433; en nr. 49; blz. 1563.
2. H. Leliefeld, Amnesty International; internationale bezinning en activiteiten. Medisch Contact (1979) nr. 41, blz. 1332.
3. Bronnen voor de geschiedenis van het artsenverzet:
 - Dr. Ph. de Vries. MC, Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland. Tjeenk Willink en Zoon, Haarlem 1949.
 - Dr. L. de Jong. Het Koninkrijk der Nederlanden in de Tweede Wereldoorlog. Deel 6, blz. 700.
 - R. A. te Velde. Artsen in verzet. Medisch Contact (1971) nr. 1, blz. 21.

4. Wie dit wel verder uitwerkt is Te Velde, in een krachtig pleidooi aan het slot van het hierboven genoemde artikel.

5. M. Romijn. Schending van mensenrechten in Argentinië. Medisch Contact (1979) nr. 23, blz. 735.

6. The Chronicles of Current Events. 1968-1979. Amnesty International Publications. Londen.

7. Rubriek Brieven- en kaartenacties. Wordt Vervolgd, maandblad Amnesty, (1979), nummer 12.

8. Statuten, artikel 4. Amnesty International, afdeling Nederland.

9. J. Smeulers. Medisch onderzoek na martelingen I. Medisch Contact (1979) nr. 14, blz. 439.

N. Lachinsky, C. Warmenhoven, P. Batavier. Medisch onderzoek na martelingen II. Medisch Contact (1979) nr. 18, blz. 580.

10. R. Gorter, M. Bouvy. Internationale samenwerking van artsen tegen het martelen. Medisch Contact (1979) nr. 49, blz. 1563.

11. Brief van een Russische psychiater. Wordt Vervolgd, maandblad Amnesty (1980) nr. 1.

Uitspraak Raad van Beroep

Klacht tegen huisartsen over incollegiaal optreden gegrond

Samenvatting in de zaak RvB/KNMG 266/79/01

Klagers, huisartsen te A, verweten beklagden, huisartsen te B, dat dezen op zeker ogenblik een tweede spreekuur waren gaan houden te C, buiten hun eigen vestigingsplaats, zonder daarover tevoren overleg te hebben gepleegd met klagers en met het Afdelings- of PHV-bestuur, terwijl C mede behoorde tot het praktijkgebied van klagers. Klagers achtten dit in strijd met de medische ethiek en gedragsregels en waren van mening dat beklagden zich hadden schuldig gemaakt aan incollegiaal optreden. Beklaagden beriepen zich erop dat het openen van een tweede spreekuur te C noodzakelijk was, omdat te C veel nieuwbouw plaatsvond, in tegenstelling tot de omliggende plaatsen, waaronder B, en dat een belangrijk deel van hun praktijken zich naar C had verplaatst, dat mede tot hun praktijkgebied behoorde. Bovendien stelden zij dat het openen van het

tweede spreekuur te C noodzakelijk was voor de patiënten, die door gebrekkige voorzieningen van het openbaar vervoer bezwaarlijk naar hun spreekuur te B konden reizen.

Enkele jaren tevoren had er een gesprek plaatsgevonden tussen klagers en beklagden, respectievelijk hun voorgangers, en enkele maanden voordat het tweede spreekuur door beklagden werd geopend opnieuw. Daarbij was gesproken over een onderlinge afbakening van praktijkgebieden, zonder dat overeenstemming daaromtrent was bereikt. De districtsraad oordeelde de klacht gegrond, doch zag geen aanleiding om aan beklagden een maatregel op te leggen. De districtsraad overwoog daartoe, dat naar de algemeen binnen de Maatschappij heersende opvatting, het een arts niet toegestaan is om op meer dan één plaats spreekuur te houden, en dat slechts in

noodsituaties met betrekking tot de bereikbaarheid van de arts voor zijn patiënten op deze regel een uitzondering kon gelden.

Beklaagden kwamen van deze uitspraak in beroep. Naar hun oordeel had de districtsraad onvoldoende gewicht gehecht aan de omstandigheid, dat een belangrijk deel van hun praktijk zich naar C had verplaatst en dat zij de steun van het gemeentebestuur hadden. Voorts voerden zij aan dat de voorzitter van een der betrokken PHV's en hun collegae van de weekendregeling hadden ingestemd, en dat het oordeel van de districtsraad, dat naar de algemeen binnen de Maatschappij heersende opvatting het een arts niet is toegestaan op meer dan een plaats spreekuur te houden, niet juist was.

Klagers verweerden zich in beroep en ►

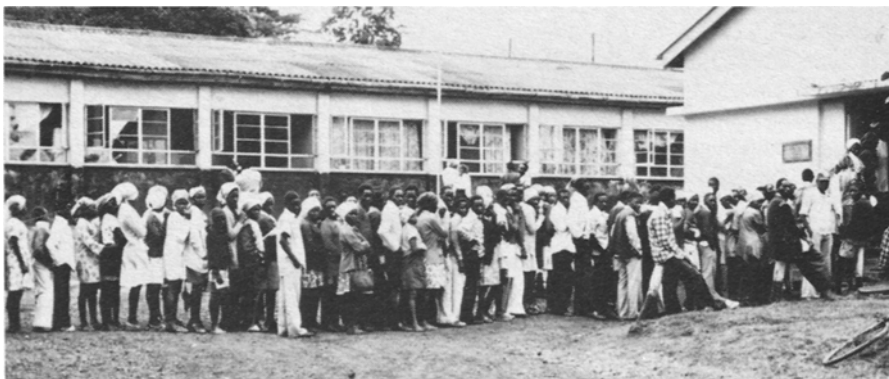
voerden daartoe aan dat C en het omliggende gebied steeds vrij gebied waren geweest voor hen zowel als voor beklagden, dat er geen enkele reden was om daarin verandering te brengen, dat beklagden door het door hen te C geopende spreekuur een ongerechtvaardigd voordeel verkregen boven klagers die ook patiënten hadden te C, dat beklagden over hun voornemen nimmer met klagers overleg hadden gepleegd, doch slechts kort tevoren klagers van hun voornemen in kennis hadden gesteld en dat van een noodsituatie geen sprake was.

Mede op grond van de verklaring van de als getuige gehoorde voorzitters van de beide betrokken PHV's en de als getuigedkundige gehoorde ondervoorzitter der LHV stelde de Raad van Beroep vast dat beklagden overleg hadden gepleegd met de voorzitter van een der betrokken PHV's en dat deze zijn toestemming had gegeven, doch dat beklagden geen overleg hadden gepleegd met de andere betrokken PHV en evenmin met beklagden, hetgeen de Raad onjuist achtte, temeer omdat beklagden reden konden hebben om aan te nemen dat zonder vooroverleg hun verstandhouding met klagers in gevaar zou komen.

De Raad verenigde zich met de opvatting van de getuige-deskundige, dat hetgeen in de KNMG-uitgave 'Medische Ethiek en Gedragsleer', 3e druk, op blz. 63 e.v. wordt vermeld met betrekking tot het houden van een tweede spreekuur, nog steeds als geldend moet worden beschouwd, ook al wordt daaromtrent in de recent verschenen KNMG-uitgave 'Gedragsregels voor Artsen' niets vermeld. Met de getuige-deskundige was de Raad van oordeel, dat bij het openen van een tweede spreekuur, indien dat de verhoudingen met collega's in gevaar kan brengen, steeds uiterste zorgvuldigheid geboden is.

Door na te laten die zorgvuldigheid te betrachten en overleg te plegen met klagers, hadden beklagden zich schuldig gemaakt aan incolligiaal optreden jegens klagers, zodat de klacht gegrond was. Anders dan de districtsraad, achtte de Raad voor dit oordeel niet van belang de vraag of het voornemen van beklagden en de uitvoering van dat voornemen al dan niet gerechtvaardigd was. Evenals de districtsraad, achtte de Raad geen termen aanwezig om aan beklagden een maatregel op te leggen.

De uitspraak van de districtsraad werd door de Raad van Beroep bekrachtigd, onder wijziging van de gronden. ■



Drie dagen Kerugoya Hospital, Kenia (3)

Als we tijdens de zaalvisite belanden bij een patiënte met een trombosebeen, meldt de hoofdzuster dat ze er ondanks verwoede pogingen nog steeds niet in is geslaagd heparine te krijgen. Zonder medicijnen rust houden en hopen dat het niet verergert.

Vervolgens komen we bij een patiënt met een uitgebreid carcinoom aan een der onderbenen, op basis van een chronische tropische zweer. De enige mogelijkheid is amputatie, doch ondanks het stinkende gezwel en alle uitleg dat het zich zal uitbreiden weigert ze de behandeling te ondergaan. Daarom is ze ontslagen om als poliklinisch patiënt met verband te worden behandeld, maar de familieleden, die wel van de noodzaak tot amputatie overtuigd zijn, weigeren haar ongeamputeerd mee te nemen. Al met al een tragische impasse, die nu al anderhalve maand duurt, terwijl ik om dit bed zit te springen. (Het klinkt cru, maar zo liggen de zaken hier.)

In het volgende bed ligt een zwaar ondervoede vrouw, die te zwak was om te lopen. Ze heeft een ook al niet zo levenskrachtige zuigeling aan de borst. Haar dieet bleek volkomen verkeerd te zijn; het bestond alleen uit koolhydraten. Dit leek ons echter geen voldoende verklaring voor haar algemene toestand. We hadden al een en ander aan onderzoek gedaan, maar zonder duidelijk resultaat. Op dit ogenblik komt een verpleegster met een eureka-uitdrukking op haar gezicht de laatste laboratoriumuitslag brengen, geschreven op een vodje papier: bij het derde sputum-onderzoek werden vier zuurvast staafjes per gezichtsveld gevonden. De diagnose is rond: tuberculose, dus onmiddellijk overplaatsen naar de 'tb-ward'. Het kind heeft geen BCG gehad; ik moet vanavond even nakijken hoe dit kind, dat een grote besmettingskans heeft, nu het best te behandelen is.

Vervolgens patiënten met cardiomyopathie, typhus abdominalis, glomerulonephritis, schistosomiasis (bilharzia) en amoebendysenterie. De patiënten met ernstig infectieuze ziekten, zoals tyfus en dysenterie, die geïsoleerd zouden moeten worden verpleegd, liggen samen in een hoekje van de 'ward' omdat we, behalve voor de tuberculosepatiënten, geen isolatie-'ward' hebben.

We hebben weer een uiteenlopend patiëntenbe-

stand. Gelukkig maken ze het allen vrij redelijk. De laatste patiënte geeft mij reden tot ongerustheid. Een meisje van 8 jaar, dat geraakt werd door de metalen punt van een 'jembe' (hak om de grond te bewerken). Er was een fractuur in de schedel ontstaan, waarbij botstukken in de hersenen waren gedrongen. Dit geheel was gaan ontsteken en zo was ze de vorige week, vijf dagen na het ongeval, het ziekenhuis binnengebracht. Ze was aan de rechterzijde verlamd, doordat precies het motorisch gedeelte van de hersenschors was beschadigd. Ik heb haar toen meteen geopereerd, het bot uit de hersenen verwijderd, pus en bloedstolsel gedraineerd en haar op een hoge dosis antibiotica gesteld. Ondanks het feit dat ze volledig bij bewustzijn is, is de verlamming gebleven; ik vrees dat ze ernstige restverschijnselen zal houden.

De operatiekamer laat weten, dat de patiënte voor curettage klaar is en dat de anesthesist, een der 'clinical officers', met de spuit in de aanslag zit.

Onder het curetteren vraagt Margret, een der OK-verpleegsters, mij waardoor ik zo bruin ben. Ik moet toegeven, dat ik een hoofd als een boei heb onder mijn witte OK-pet. In geuren en kleuren vertel ik, hoe wij het afgelopen weekend in het nationale park de Aberdares op drieduizend meter hoogte hebben gekampeerd, waarbij we 's avonds rond het kampvuur gezeten plotseling werden verrast door twee leeuwen, op ongeveer dertig meter van de tent. Leeuwen zijn in dat gebied zeldzaam, zodat dit wel het laatste was wat we verwachtten. Wij direct in de auto, waarin we op dringend aanraden van mijn vrouw Xandra ook maar hebben geslapen; dat bleek niet geheel onverstandig te zijn: om drie uur 's nachts kwamen de leeuwen weer brullend langs.

Na een aantal ah ah ah's en een gezicht van: daar moet je toch wel weer een stapelgekke 'mzungu' (witte man) voor zijn, vraagt Margret, die zeer religieus is: 'En heb je gebeden?', op een toon van: nu zal het ware geloof toch wel boven komen. Ik moest bekennen dat dat niet in mij opgekomen was, maar dat het mij beter leek eerst in de auto te gaan zitten. 'Ja, dat was ook wel verstandig, alhoewel bidden toch wel redding kan brengen'.

Hans de Bruijn

Geschiedenis der geneeskunde

De dorpsdokter van vroeger

Een historisch museum in Hilvarenbeek

Dr. H. A. M. Ruhe, rustend huisarts te Hilvarenbeek, zwaait de scepter over het historisch museum 'De Schorsmolen' aldaar. Bijgaand verhaalt hij over museum en collectie, met name over de afdeling 'de dorpsdokter van vroeger', een afdeling die best nog wel aanvulling behoeft.

Het historisch museum 'De Schorsmolen' te Hilvarenbeek tracht in zijn verzameling een beeld te geven van het doen en laten der mensen die vroeger in dat dorp en zijn naaste omgeving hebben geleefd. De oudste sporen van menselijke activiteit in dit stukje Nederland zijn ongeveer honderd eeuwen oud; ze zijn afkomstig van rendierjagers, die behoorden tot de Tjongercultuur. De collectie geeft een overzicht van alle daarop volgende platelandsculturen en eindigt in 1950, toen duidelijk werd dat het gedaan was met de ambachtelijke produktiewijze.

Ook aan de manier waarop vroeger de uitoefening der geneeskunst plaatsvond kwam rond 1950 een einde. Het platteland had toen nog een achterstand op de grote steden. Maar dat was na dat jaar afgelopen. Trouwens, het platteland zelf verdween toen ook. Zij die in die tijd in de kracht van hun leven waren, hebben daar veel moeite mee gehad. Niet allen zijn er in geslaagd daarvoor een oplossing te vinden. Het heeft niet veel gescheeld of het huisartsenberoep was toen verdwenen.

Ik ben in 1934 mijn huisartsloopbaan in Hilvarenbeek begonnen en heb er in de eerste tien jaren mijn ambacht uitgeoefend op een wijze die mij nu onvoorstelbaar ouderwets voorkomt. Dit heeft mij ertoe gebracht aan het museum, dat aan mijn hoede is toevertrouwd, een afdeling toe te voegen over 'de dorpsdokter van vroeger'. Dit is geen medisch-historische afdeling, en zeker geen concurrent voor het Rijksmuseum voor de geschiedenis der natuurwetenschappen te Leiden. Het wil geen beeld geven van de wetenschapsgeschiedenis, maar wel van de

mensen die op het platteland het doktersvak hebben uitgeoefend en van de wijze waarop hun patiënten dat hebben ondergaan.

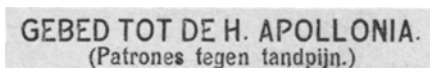
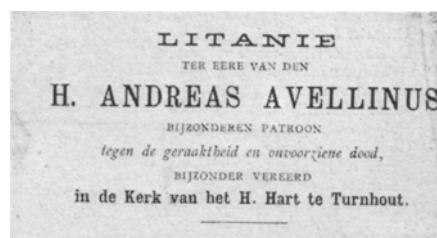
Het idee hierover een collectie samen te stellen is bij mij opgekomen toen ik omstreeks 1950 bestuurslid werd van de afdeling Tilburg en Omstreken van de KNMG. Ik kreeg toen de zorg voor het beheer van het afdelingsarchief, dat zo groot was dat niemand het meer in huis wilde hebben.

Collectie

Het archief bestond uit twee gedeelten. Het eerste deel omvatte de notulenboeken, die vanaf 1848 volledig aanwezig waren. Het tweede deel omvatte een hoeveelheid sigarenkistjes, margarinendozen, enz. waaruit van alles en nog wat te voorschijn is gekomen. Onder andere in 1958, toen de afdeling haar honderdjarig bestaan vierde, werd met behulp van materiaal uit deze verzameling een tentoon-

stelling samengesteld. Behalve wat in het archief zelf aanwezig was, konden toen allerlei zaken worden getoond die nog bij de bevolking van Tilburg en omgeving aanwezig waren – en dat was heel wat.

Wanneer men een dokterspraktijk overneemt, krijgt men er van alles bij dat vroeger belangrijk was maar voor een deel nu niet meer bruikbaar is, bijvoorbeeld de studieboeken van de scheidende collega, zijn correspondentie met collega's, verouderde instrumenten, op het platteland ook zijn apotheek met toebehoren. Zo ging het ook mij. Ik deed wat iedereen dan doet: sorteren en naar eigen inzicht ordenen. Maar één ding deed ik niet: ik gooide wat ik niet meer kon gebruiken niet weg, maar borg het op mijn (zeer ruime) zolder op. Er waren nog al wat dingen bij die mijn voorganger in zijn jonge jaren had aangeschaft. Maar ik heb daar nooit met hem over kunnen praten, want hij was al overleden bij mijn komst. Er waren dingen bij waarvan ik echt niet wist waarvoor ze dienden. Een zaag en een mes ►



Afbeeldingen 1, 2 en 4 (links), afbeelding 3 (boven). Bidprentjes.



Afbeeldingen 5, 6 en 7. Dokters uit Hilvarenbeek: J. D. van den Heuvel (linksboven), J. L. J. de Malte (rechts) en P. J. M. de Lang (linksonder).

bleken later een beenzaag en een amputatiemes te zijn geweest. Verder was er allerlei apparatuur om thuis fracturen te behandelen. Aan een spijker in de spreekkamer hing een veter van wel een meter lang waar ijzeren brilletjes aan geregen waren. Er waren hardrubber dilatatoria, een cranioclast, een perforatorium van Blot, injectiespuiten van glas en bakeliet en nog veel meer. Alleen is daar later nog al veel van verloren gegaan toen in het jaar 1944 de oorlog over mijn woonplaats ging en ik daarbij een flink stuk van mijn huis verspeelde.

Huisartsen in soorten

Wat mij later vooral opviel was het bijna onbeperkt vertrouwen dat de patiënten in mij stelden. Ook, dat ze veel verhalen wisten te vertellen over artsen uit het verleden, soms zelfs uit een ver verleden. De meeste mensen hier waren straatarm. Ze hadden geen gebrek aan eten, maar verder hadden ze niets. Een klein groepje notabelen daargelaten gingen ze dan ook alleen maar naar de dokter als ze geen raad meer wisten. Er was ook een soort sociale controle op op dit punt bestaande gebruiken. Geldgebrek was er ook oorzaak van dat men niet graag naar een ziekenhuis of een specialist ging. Zo-

doende werd toen op het platteland een soort geneeskunde beoefend die, ook toen, achterstond bij wat kon worden ge-

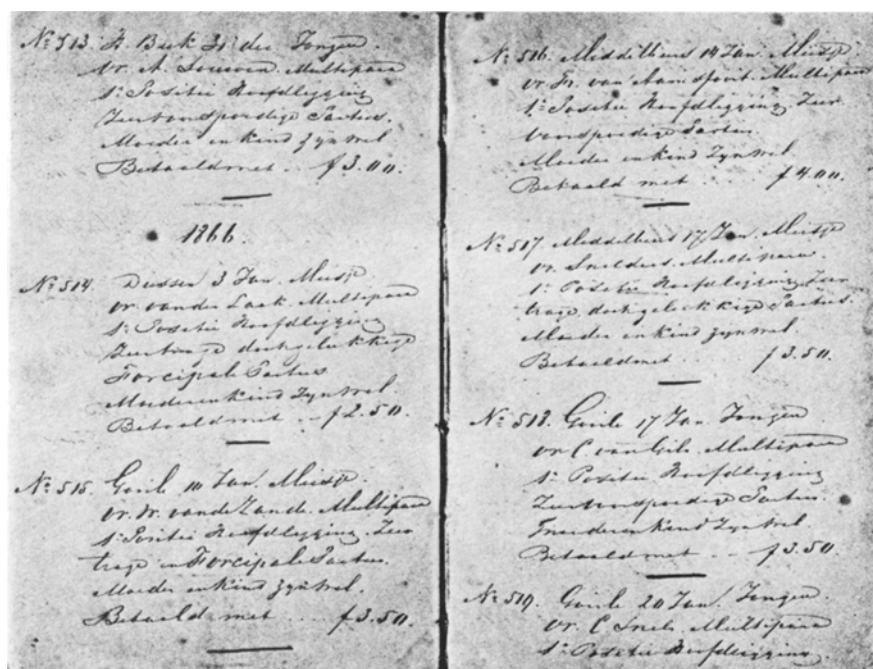
boden. Ik wil hier niet verder over uitweiden, maar het zal duidelijk zijn dat het functioneren van de dorpsdokter in belangrijke mate werd bepaald door de sociale omstandigheden waaronder hij het moest klaren.

Er kwamen toen drie soorten dokters voor, die elk op hun terrein soms enorm populair werden. De eerste soort, die het meest voorkwam, waren zij die zeer bedreven waren in chirurgie en verloskunde. Vervolgens waren er enkelen die een zo groot geestelijk overwicht op hun patiënten hadden dat er een bijna magische kracht van hen uitging; een bekend voorbeeld van deze soort was wijlen collega Wiegiersma te Deurne. De derde soort, tevens de meest zeldzame, bestond uit artsen die geen honorarium vroegen aan hun patiënten; tot deze laatste soort behoorde wijlen collega Baptist uit het stadje Megen, die op hoge leeftijd in 1969 overleed (de enige Nederlandse huisarts voor wie, voor zover mij bekend na zijn dood een standbeeld werd opgericht).

Noodhelpers

Van dit soort dingen, en natuurlijk ook van vele andere, wil de collectie van het Hilvarenbeeks Museum een beeld geven. Ik wil dat gaarne met enkele voorbeelden toelichten. Van zoveel mogelijk personen die als dorpsgeneeskundige

Afbeelding 8. Verloskundejournaal P. J. M. de Lang.



werkzaam waren worden dingen verzameld die op hun doen en laten betrekking hebben, maar ook van de wijze waarop men hun hulp zocht. Ik wil daar, voor zover in dit bestek mogelijk, gaarne iets over zeggen.

De dokters waren betrekkelijk duur. Ook was er veel wat ze niet konden. In Brabant nam men dan zijn toevlucht tot 'noodhelpers'. Ik laat van deze helpers plaatjes zien. De tekst op de afbeeldingen spreekt voor zich (elke kwaal had zijn eigen heilige, die als voorspreker bij de Almachtige werd aangeroepen): litanie ter ere van de Heilige Andreas Avellinus (afbeelding 1); gebeden tot de H. Blasius en de H. Apollonia (afbeelding 2); Sint Cornelis, paus en martelaar (afbeelding 3); en krachtig gebed tot de H. Clemens Maria Hofbauer (afbeelding 4).

Er waren natuurlijk nog veel meer uitingen van krachtig geloof, maar ook van bijgeloof, die nu tot het verleden behoren. Zo was hier vroeger een mannetje dat als de kinkhoest uitbrak mollen ving, ze levend de pootjes afsneed en die in een zakje naaide, dat om de hals van de patiëntjes werd gebonden. Een andere man kon pijn belezen. Hij stak zijn ene hand in een emmer water, terwijl hij met de andere hand over het pijnlijke lichaamsdeel streek. Dan begon hij hevig te zweten en moest de lijder een koperen cent op tafel leggen, en de pijn was weg. Gaf je meer dan een cent dan kwam de pijn prompt terug. Lelieblaadjes op zweren, water uit een stroompje op ontstoken ogen en speenkruid op aambeien waren overal in gebruik. In onze collectie bevindt zich ook het sprongbeentje van een haas dat een man gebruikte om zelf zijn hydrocele te punteren. Hij had de troicart van de dokter goed bekeken en nagemaakt. Toen hij er ook lotgenoten mee behandelde nam zijn arts het in beslag.

Een ander deel der collectie bestaat uit portretten van vroegere geneeskundigen en als ze rooms-katholiek waren ook hun doodsprentjes, te weten: A. A. de Lang, med. dr. te Hilvarenbeek (1773-1839); J. D. van den Heuvel (afbeelding 5); J. L. J. de Malte (afbeelding 6); en P. J. M. de Lang (afbeelding 7). De genoemde collega's gingen mij voor in het officium nobile. Hun nakomelingen wisten nog van alles over hen te vertellen.

De Lang Sr. was de zoon van een Hilvarenbeekse bierbrouwer. Hij had te Franeker gestudeerd en trouwde pas op latere leeftijd. Toen hij stierf was zijn zoon Piet pas 7 jaar oud. De familie wist toen een waarnemer te krijgen, die bijna twintig jaar bleef; dat was de heelmeeester Van



den Heuvel, die zich later wel in het praktijkkrayon mocht vestigen. Hoewel Hilvarenbeek toen nauwelijks tweeduizend inwoners telde waren er toch twee geneeskundigen; die verzorgden echter een zeer groot rayon, zowel in Nederland als in België. De andere collega was J. de Malte, een groot liefhebber van de jacht. Om een of andere reden ging De Lang Jr. niet naar de universiteit, maar leerde hij het vak van plattelandsheel- en -vroedmeester; dat duurde niet zo lang en vereiste geen vooropleiding. Van hem is nog het verloskundejournaal bewaard (dat was toen verplicht). Het loopt van 1858 tot 1884 (afbeelding 8). De Lang Jr. stierf kort na zijn hoogbejaarde collega in 1884; hij kwam tijdens zijn werk om door een ongeval: op een der zeer slechte landwegen brak de as van zijn rijtuig, hij kwam er onder terecht en vond de dood. Zijn opvolger was de eerste arts van het dorp; het was collega Scheidelaar (1853-1939). Deze praktiseerde van 1884 tot 1920. Afbeelding 9 toont hem terwijl hij (anno 1903) uitgelaten door zijn vrouw in het dokterskoetsje stapt. Op afbeelding 10 kunt u zien hoe in de jaren van de eerste wereldoorlog het koetsje langzamerhand in onbruik raakte. Vervolgens afbeelding 11: een foto uit 1956, genomen op de dag dat

Afbeeldingen 9 en 10 (links). Dokterskoetsje . . . exit; onder: advertentie van 31 maart 1915.

Afbeelding 11 (rechts). Afscheid dokter Baptist uit Megen.



dokter Baptist, de man die na zijn dood een standbeeld zou krijgen, de praktijk neerlegde.

Tot slot toon ik u iets zeer zeldzaams: een doktersrekening uit 1761 (afbeelding 12). De betrokken geneeskundige was werkzaam te Hilvarenbeek. De tekst luidt als volgt:

'Visiten gedaen door P. Davidts ten Dienste van de weduwe van Weltem, 1761'

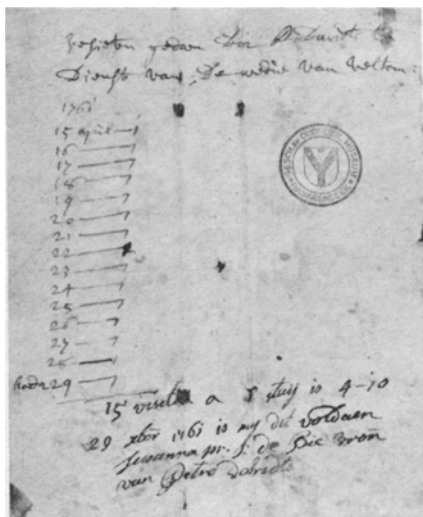
Daaronder de dagen in april van dat jaar dat de dokter was geweest. De laatste visite werd gebracht op 29 april, de dag dat de rekening werd geschreven. De patiënt wachtte met betalen tot het eind van het jaar. Onder op de nota schreef de echtgenote van de dokter het volgende: '15 visiten a 6 stuïj is 4-10

'29Xber (december dus) is mij dit voldaan 'Susanna M. J. de Bie vrouw van Petro Davidts'

★ ★ ★

Mocht een en ander uw belangstelling voor de verzameling van het Hilvarenbeekse museum hebben opgewekt, dan maak ik er u op attent dat het altijd mogelijk is die te komen bekijken. Ze wordt nog niet geëxposeerd, omdat ze nog in wording is.

Afbeelding 12. Doktersrekening van 29 april 1761.



Stellig zijn in oude doktershuizen en bij nazaten van dokters uit vroeger tijd nog allerlei dingen aanwezig die onze collectie kunnen completeren. Onze belangstelling gaat uiteindelijk uit naar alles wat herinnert aan het doen en laten van een artsensoort die niet meer bestaat: niet alleen foto's en biografieën, maar bijvoorbeeld ook alles wat in de oude apotheek ten plattelande werd gebruikt; verder alle denkbare boeken, publikaties, instrumenten alsook administratieve bescheiden. Lezers en lezeressen van dit verhaal die zelf vroeger in zo'n praktijk hebben gewerkt of er hun vader of grootvader in hebben zien werken weten wel wat ik bedoel. Ons museum is, zij het in beperkte mate, ook in staat om aan te kopen.

Wanneer iemand uwer ons hiermee zou willen helpen, gaarne contact: Dr. H. A. M. Ruhe, Vrijthof 28, 5081 CB Hilvarenbeek, tel. 04255-2558; des morgens voor 10 uur bijna altijd thuis.

Dit jaar wordt het

32ste Ledencongres van de KNMG

gehouden in

Amsterdam

op

donderdag 9 en vrijdag 10 oktober

in het

Internationaal Congrescentrum RAI

Het wetenschappelijk programma zal gewijd zijn aan

'Gezondheidszorg in de grote stad'

Dit thema zal in drie secties worden behandeld:

sociaal-geneeskundige aspecten
medisch-somatische aspecten
educatieve aspecten



**KNMG-Congres
1980
Amsterdam**

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1979

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1979 zijn inmiddels beschikbaar.

Deze stempelbanden MC 1979 I en MC 1979 II, wederom uitgevoerd in linnen met goudopdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1979'.



Aangepaste naaldbanden ▲

Uiteraard blijven beschikbaar de naaldbanden, waarin telkens 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de successievelijk binnenkomende nummers samenbundelen dan zal men over twee naaldbanden dienen te beschikken.

Ook deze naaldbanden kunnen worden besteld door overmaking van f 27,50 per stuk (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van: 'Naaldbanden MC'.

Samenwerking hulpverleners

Cijfers registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg

Nadat zij eerst enig getalsmatig inzicht hadden geboden in het doen en laten van de groepspraktijken en de gezondheidscentra in ons land – begin 1979 waren dat er respectievelijk 64 en 78; ze hielden haast 10% van al onze huisartsen aan het werk – zijn de medewerkers van het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg nu toegekomen aan een rapport over de samenwerking tussen hulpverleners in genoemde samenwerkingsverbanden. Huisartsen in gezondheidscentra blijken gemiddeld 16¾ uur per maand aan samenwerking te besteden, huisartsen in groepspraktijken gemiddeld 10¾ uur. De deelname van de diverse disciplines valt mee.

Aan het begin van 1979 telde ons land 64 groepspraktijken en 78 gezondheidscentra. Met elkaar 481 huisartsen, zijnde 9,2% van het totaal, werkten in zo'n samenwerkingsverband. Aldus een uitkomst van een tussentijds overzicht, dat werd samengesteld door medewerkers aan het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg. Het systeem is ondergebracht bij het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) te Utrecht en wordt gesubsidieerd door de ministeries van CRM (werd dat althans door dit ministerie tot augustus 1979) en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de LHV en de Ziekenfondsraad.

Tweemaal per jaar bellen medewerkers van het registratiesysteem contactpersonen in alle huisartsgroepspraktijken (dat wil zeggen vestigingen van drie of meer samenwerkende zelfstandige huisartsen onder één dak) en gezondheidscentra (dat wil zeggen vestigingen van minimaal één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werker in samenwerking in hetzelfde gebouw). Zij stellen dan een aantal vaste vragen, onder meer over mutaties in het hulpverleners- en patiëntenbestand; incidenteel stellen zij ook vragen over bijzondere onderwer-

pen, bijvoorbeeld – van belang in verband met wat volgt – de aard van het overleg tussen hulpverleners.

Tot dusver brachten projectleider Drs. J. van der Zee en de zijnen twee rapporten uit, getalsmatige overzichten die globaal de periode 1970-1978 bestrijken. Daarnaast verscheen kortelings een 'Tussentijds tabellenoverzicht samenwerkingsverbanden in de eerste lijn per 1 januari 1979'; van dit overzicht, dat is aangevuld met gegevens betreffende elk gezondheidscentrum apart, gegroepeerd per provincie, zijn de vijf 'grote' tabellen bij dit artikel afgedrukt.

De beide eerste rapporten uit het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg gingen nauwelijks in op de inhoud van de samenwerking: kenmerkend voor groepspraktijken en gezondheidscentra is eerder de gemeenschappelijke huisvesting dan de samenwerking, en van alle vormen en soorten van samenwerkingsverbanden tussen hulpverleners maken gemeenschappelijk gehuisveste vormen met een bepaalde samenstelling slechts een gering gedeelte uit.

Om echter niet geheel in 'steentjestelle-

rij' te verzeilen werd een derde rapport – 'Samenwerking tussen hulpverleners' – in zijn geheel gewijd aan samenwerking. Gekeken werd naar aard en frequentie van, en deelname aan het overleg – een studie over samenwerking als proces lag niet in de lijn van het project.

Dit derde rapport is opgebouwd rond de begrippen 'multidisciplinair overleg' = overleg waarbij vertegenwoordigers van tenminste drie disciplines zijn betrokken; 'interdisciplinair overleg' = overleg tussen vertegenwoordigers van twee disciplines; en 'monodisciplinair overleg' = onderling overleg tussen hulpverleners van dezelfde discipline. Onderscheiden worden: patiëntenoverleg, huishoudelijk/organisatorisch overleg, beleids- (voorbereidend) overleg en overleg over samenwerking en functioneren. Steeds werd alleen gekeken naar het gestructureerd en geformaliseerd overleg, dat wil zeggen overleg met vaste afspraken. Omdat met name bij de gezondheidscentra de huisarts meestal als informant optrad, hebben de ondervragers zich ten aanzien van het interdisciplinair overleg beperkt tot dat overleg waarbij huisartsen betrokken zijn en beschrijven zij voor wat het ►

Tabel 1. Aantal groepspraktijken en gezondheidscentra en daarin werkzame huisartsen (absoluut en als percentage van het totaal aantal huisartsen) per provincie.

	aantal groeps- praktijk- ken	aantal daarin werkza- me huis- artsen	als per- centage van het totaal aantal huis- artsen	aantal gezond- heids- centra	aantal daarin werkza- me huis- artsen	als per- centage van het totaal aantal huis- artsen
Groningen	2	9	3,9	1	4	1,7
Friesland	3	11	4,5	1	6	2,4
Drente	2	6	3,4	3	11	6,3
Overijssel	7	24	6,9	4	13	3,7
Gelderland	6	19	2,9	7	20	3,1
Utrecht	9	32	8,9	8	27	7,5
Noord-Holland	9	36	3,9	16	43	4,6
Zuid-Holland	7	23	2,0	16	68	6,0
Zeeland	–	–	–	1	3	2,1
Noord-Brabant	13	44	6,1	5	16	2,2
Limburg	6	20	5,0	9	26	6,5
Z.IJ.-polders	–	–	–	6	20	87,0
totaal	64	224	4,3	77	257	4,9

Afgezien van de Zuidelijke IJsselmeerpolders, is het percentage huisartsen dat in een groepspraktijk of gezondheidscentrum werkt het hoogst in de provincie Utrecht.

monodisciplinair overleg betreft ook alleen de huisarts.

Hoeveel tijd kost samenwerking?

De vraag die allen, de mensen van het beleid in het bijzonder, op de lippen zal branden is: hoeveel tijd kost dat nu extra? Die vraag kunnen de onderzoekers maar deels, en dan nog onder voorbehoud, beantwoorden. De (noodzakelijke) beperking tot het geformaliseerde overleg zorgde voor de grootste slag om de arm. Na dit te hebben vastgesteld, stellen de onderzoekers:

- huisartsen in gezondheidscentra besteden *gemiddeld* 16¼ uur per maand aan samenwerking.
Van deze uren gaat 53% zitten in multidisciplinair overleg, 13% in interdisciplinair overleg en 34% in monodisciplinair overleg;
- huisartsen in groepspraktijken besteden *gemiddeld* 10¼ uur per maand aan samenwerking.
Van deze uren gaat 13% zitten in multidisciplinair overleg, 25% in interdisciplinair overleg en 62% in monodisciplinair overleg.

Het gaat om tamelijk kunstmatig verkregen getallen ('gemiddeld'). Zo is er in 29 van de 78 gezondheidscentra geen interdisciplinair overleg. Aan de andere kant kennen alle gezondheidscentra op 2 na een (geformaliseerd) multidisciplinair overleg, dat echter weer in slechts 24 van

de 57 groepspraktijken voorkomt. Het is duidelijk, dat op grond van de gevonden gemiddelden geen conclusies met betrekking tot extra honoraria kunnen worden getrokken. Dat kan volgens de onderzoekers beter gebeuren naar aanleiding van de werkelijk aan samenwerking bestede tijd, eventueel gebonden aan een maximum. (De Ziekenfondsraad gaat uit van 15% oftewel 25 uur 'samenwerkingstijd'

Tabel 2. Verdeling van de disciplines over gezondheidscentra met vier of meer disciplines (N = 61).

hulpverleningssoort	aantal centra	in %
fysiotherapie	53	87
verloskunde	25	41
gezinsverzorging*	18	30
voedingsleer	9	15
tandheelkunde	18	30
bejaardenverzorging*	7	11
farmacie	14	23
psychologie	5	8
pedagogie	1	2
kraamverzorging*	1	2
sociaal raadsman	1	2
praktijk verpleegkunde	1	2
pastoraal werk	2	3
opbouwwerk	1	2

* Het betreft hier leidsters van respectievelijk gezins- en bejaarden- en kraamzorg, omdat alleen die deel uitmaken van de teams.

In 87% van de gevallen waarin naast de huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker nog één of meer andere hulpverleners aanwezig zijn, is een fysiotherapeut in het team te vinden. In totaal zijn 162 fysiotherapeuten in gezondheidscentra werkzaam. Hun aantal overtreft nog het aantal maatschappelijk werkers, dat per januari 1979 116 bedroeg. In de 77 gezondheidscentra zijn verder 202 wijkverpleegkundigen werkzaam.

per maand, maar die norm is behalve op het geformaliseerde overleg gebaseerd op 'overhead'-taken en extra's als wetenschappelijk onderzoek.)

Deelname aan overleg

Tegen het registreren van gezondheidscentra en groepspraktijken is wel ingebracht, dat gemeenschappelijke huisvesting niets zou zeggen over de mate van samenwerking tussen de diverse hulpverleners. Het is maar goed dat men zich daar in het Utrechtse niets van heeft aantrokken, want analyse van de verkre-

Tabel 3. Totale aantallen hulpverleners werkzaam in gezondheidscentra.

soorten hulpverleners	aantal 79/1
huisartsen	257
wijkverpleegkundigen	202
maatschappelijk werkers	116
fysiotherapeuten	162
verloskundigen	37
gezinsverzorgsters	26
tandartsen	30
overige hulpverleners	63

Tabel 4. Huisartsen in dienstverband in groepspraktijken en gezondheidscentra.

	gezondheidscentra	groepspraktijken
vrijberoep	74,3%	91,5%
dienstverband	25,7%	8,5%
totaal	100,0%	100,0%
N	257	224

Tabel 5. Aantal ziekenfondspatiënten, aantal particuliere patiënten en totaal aantal patiënten in gezondheidscentra en groepspraktijken.

aantal patiënten	groepspraktijken						gezondheidscentra					
	ziekenfonds		particulier		totaal		ziekenfonds		particulier		totaal	
	aantal prakt.	in %	aantal prakt.	in %	aantal prakt.	in %	aantal centra	in %	aantal centra	in %	aantal centra	in %
1- 1.000	1	2	6	9	1	2	4	5	25	32	2	3
1.001- 2.000	2	3	18	28	—	—	10	13	18	23	5	6
2.001- 3.000	3	5	27	42	—	—	15	19	19	24	6	8
3.001- 4.000	6	9	8	13	2	3	10	13	10	13	12	15
4.001- 5.000	6	9	1	2	4	6	8	10	2	3	11	14
5.001- 6.000	12	19	3	5	3	5	4	5	2	3	6	8
6.001- 7.000	13	20	—	—	8	13	5	6	1	1	2	3
7.001- 8.000	11	17	—	—	7	11	8	10	1	1	5	6
8.001- 9.000	5	8	1	2	13	20	3	4	—	—	6	8
9.001-10.000	2	3	—	—	10	16	5	6	—	—	2	3
10.001-11.000	1	2	—	—	6	9	1	1	—	—	3	4
11.001-12.000	1	2	—	—	4	6	3	4	—	—	7	9
12.001-13.000	—	—	—	—	3	5	—	—	—	—	2	3
>13.000	1	2	—	—	3	5	2	3	—	—	9	12
totaal	64	100	64	100	64	100	78	100	78	100	78	100

Het aantal patiënten dat door een groepspraktijk wordt verzorgd is, gezien het gemiddeld hogere aantal huisartsen, groter dan het aantal dat door gezondheidscentra wordt verzorgd.

gen gegevens leert dat de stelling niet opgaat.

Er zijn maar 2 gezondheidscentra zonder geformaliseerd multidisciplinair overleg. Samenwerking tussen huisarts, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige vindt slechts bij hoge uitzondering niet-multidisciplinair plaats. Ook als er andere disciplines in het centrum zijn gevestigd, is de kans op deelname hetzij aan multi- hetzij aan interdisciplinair overleg tamelijk groot. De gemiddelde kans op deelname van enigerlei discipline aan enige vorm van multidisciplinair overleg is 48%; deze kans varieert echter zeer sterk per hulpverlener en per overlegsoort. Van de verschillende hulpverleners is de fysiotherapeut het vaakst en de verloskundige het minst vaak bij enige vorm van overleg betrokken (respectievelijk 67% en 23% van de gevallen). De kans om bij het patiëntenoverleg te worden betrokken is 35%, bij het organisatorisch overleg 58%.

Deelname van de praktijkassistenten is veel minder gebruikelijk; slechts in 45% van de gevallen doen de assistenten aan een overleg mee. De deelname varieert van 33% van de gevallen voor het patiëntenoverleg tot 75% van de gevallen waarin de samenwerking en het functioneren onderwerp van de discussie uitmaakt; deze laatste vorm van overleg komt echter weinig voor. Deelname van de assistenten hangt af van de complexiteit van het centrum: in centra met drie disciplines nemen zij in bijna de helft van de gevallen deel aan alle overleg, in centra met meer dan vijf disciplines slechts in 15% van de gevallen.

Al met al valt het met de deelname van de verschillende disciplines aan het overleg nogal mee. Fysiotherapeuten horen er meestal helemaal bij, voor de tandarts en de verloskundige geldt veel vaker dat zij alleen in het centrum zijn gevestigd of spreekuur houden. De deelname van de praktijkassistenten aan de verschillende diverse soorten overleg is zeer variabel; het is, vinden de onderzoekers, zeer zeker de moeite waard de gevolgen daarvan voor de hulpverlening zoals die door het samenwerkingsverband wordt geboden te onderzoeken. ■

'Registratie Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Gezondheidszorg; 3: Samenwerking tussen hulpverleners' en 'Tussentijds tabellenoverzicht samenwerkingsverbanden in de eerste lijn per 1 januari 1979' zijn verschenen bij het Nederlands Huisartsen Instituut, Postbus 2570, 3500 GN Utrecht, tel. 030-319946.

LHV belegt ledenvergaderingen over vestigingsbeleid voor huisartsen

De beraadslagingen over een vestigingsbeleid voor huisartsen binnen de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn momenteel in volle gang en voeren deze dagen naar een afronding. Op vrijdag 18 april aanstaande zal een besluitvormende ledenvergadering plaatsvinden. Voor die vergadering wordt een grote opkomst ver-

wacht, daarom is voor die gelegenheid de Jaarbeurscongreszaal gereserveerd.

Daarop vooruitlopend kwamen vrijdag 28 maart jl. in Utrecht ruim driehonderd LHV-leden bijeen in een besloten informatieve vergadering. Hieronder enkele beelden van die bijeenkomst.





Interdisciplinaire samenwerking en organisatie

(Herplaatsing wegens misstelling in MC nr. 11/1980)

Ir. G. R. Visser van de Vakgroep Bedrijfskunde van de Landbouwhogeschool Wageningen construeert in onderstaande beschouwing een referentiekader om – op maat – vorm te geven aan de interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg. Daarbij schenkt hij aandacht aan de problemen die zich bij interdisciplinaire samenwerking kunnen voordoen. Voorts gaat hij in op de vraag tot welke intensiteit van onderlinge samenwerking men zou willen komen. Een vijftal niveaus, met steeds toenemende intensiteit van samenwerking, wordt daarbij behandeld. Tot slot gaat de auteur in op de werkcondities die vereist zijn voor ieder van deze onderscheiden samenwerkingsniveaus.

Medici hebben ongetwijfeld een beeld van organisatiekundigen. De artsen die ik ken fluisteren je dan in de wandelgangen toe dat ze het eigenlijk wat enge jongens vinden, die een onbegrijpelijke taal spreken, onleesbare en dikke boeken schrijven, van die rare hokjes en lijntjes tekenen en vooral zo vaak met moeilijke oplossingen komen voor simpele problemen. 'Maar toch hebben we ze nodig', wordt er dan aan toegevoegd. Een beetje een haat-liefde verhouding dus.

Voor een deel kan dit beeld van organisatiekundigen worden verklaard uit de geschiedenis van de organisatiekunde die zich omstreeks 1900 als professie begint te ontwikkelen vanuit de produktorganisaties (profitorganisaties) met een grote aandacht voor efficiencyvraagstukken. Zij was zeker in die beginfase erg normatief. Het 'zo moet het' voerde de boventoon en alle aandacht was gericht op het zoeken naar die 'one best way' iets te organiseren.

Deze denkwijze is nu verlaten, meer en meer wordt nu de aandacht gericht op het aandragen van referentiekaders, waarbinnen (afhankelijk van de specifieke situatie) verder naar organisatorische oplossingen kan worden gezocht. Van het 'zo moet het'-denken zijn we dus geleide-

lijk tot een 'zo kan het'-denken gekomen. Maar zo'n verleden, met aandacht voor produktorganisaties en normatief denken, geeft je een etiket waarvan je maar moeilijk af komt. En wat heb je dan aan die jongens voor de gezondheidszorg, die als dienstverlenende sector andere karaktertrekken heeft dan de produktensector?

Laten we eens een paar markante karaktertrekken noemen:

- De primaire activiteiten en -resultaten zijn verschillend. De behandeling vindt plaats op en met patiënten en steunt veel minder op routine dan bijvoorbeeld het maken van pakjes margarine.

- De professie neemt in gezondheidszorgorganisaties een veel dominantere positie in, vanwege de vele gedifferentieerde deskundigheden, de traditionele autonomie en eigen verantwoordelijkheid.

- De interne organisatie heeft een andere hiërarchie dan we bij de produktorganisaties zien. De beleidsbepaling vindt nog steeds voor een belangrijk deel aan de 'basis' plaats waar de leden van professie (voor het merendeel) als zelfstandige 'ondernemers' hun weg uitstippelen. De vergelijking van een ziekenhuisdirecteur met een marktmeester, die er voor zorgt dat ieder z'n eigen kraam heeft en die goed draaiende kan houden, gaat nog steeds redelijk op. Gezondheidsinstellingen zijn vaak meer als een bundeling van kleine organisaties dan als één organisatie te beschouwen.

Maar ook de organisatiekunde is haar traditionele aandachtsgebied, de produktorganisaties, aan het uitbreiden naar de sector van de overheidsorganisaties en de dienstverlening. Haar traditionele gereedschap, organisatiestructuren opgebouwd door middel van hiërarchische relaties, blijkt in deze nieuwe sectoren minder waardevol te zijn.

De intra-organisationale samenwerking kon hiermee redelijk worden bediend, maar de inter-organisationale samenwerking vraagt om meer aanvullend gereedschap. De problematiek van inter-organisationale samenwerking (IOS) is momenteel een belangrijk nieuw aandachtsveld in ons vak.

Disciplinebarrières

Voor een deel kan de kloof tussen medici en organisatiekundigen dus worden verklaard uit de ontstaansgeschiedenis van de organisatiekunde. Voor een ander deel kan de verklaring worden gevonden in het gewone feit van de disciplinebarrières; daar zullen we ons in het hiernavolgende verder mee bezighouden.

De volgende twee punten worden achterenvolgens behandeld:

1. Het schetsen van de probleemsituatie rondom het samenwerken in de gezondheidszorg en daarover vanuit literatuur en eigen ervaring wat opmerkingen maken.

2. De vraag aan de orde stellen hoe we nu – gegeven de geschetste probleemsituatie – kunnen denken over de organisatorische vormgeving.

Het eerste punt: Bij de zorg voor de revalidatie staan medici met andere disciplines voor de vraag om gehandicapte mensen te helpen en men wil – en moet – dat ook zo goed mogelijk doen. Men is tot de conclusie gekomen dat – om het goed te doen – er meerdere medische, paramedische en andere disciplines bij betrokken moeten worden.

1. Dus naast de traditionele *eigen* bijdrage, die kwantitatief goed moet blijven en waarvoor men steeds verantwoordelijk blijft, zal men 2. dit moeten doen in *afstemming* met anderen en 3. in meer of mindere mate een *leidende* functie moeten vervullen in die afstemming.

Met de komst van de punten 2 en 3 komt dan ook de organisatiekunde om de hoek kijken. Maar die parkeren we nog even omdat we ons eerst verder met de inhoudelijke kant van de samenwerking willen bezighouden en pas dan gaan praten over het organisatorisch beste jasje daarvoor. Want de samenwerkingsproblematiek is niet op te lossen met standaardkreten als 'zet ze maar allemaal bij elkaar . . . , maak er een team van' . . . , 'laat ze twee wekenlijks vergaderen en benoem een voorzitter'!

Het is te simpel om te denken dat, als iedere bijdrageleveraar akkoord gaat met hetzelfde mooie samenwerkingsdoel, we ►

dat dan maar verder even technisch kunnen regelen. Het regelen zou op maat moeten geschieden, met respect voor elkaars verschillende invalshoeken, met respect voor het broze groepsgebeuren en met respect voor de hulpbehoevende patiënt. Daarom wordt eerst nog op een aantal inhoudelijke punten ingegaan:

Henk Hollander stelt vanuit z'n ervaringen met gezondheidscentra, dat samenwerken in de gezondheidszorg werken aan problemen vraagt, waarvoor alleen goede wil een wat mager instrumentarium is. Kijkend naar samenwerking haalt hij er drie aspecten uit, drie deelprocessen die samen 'het' proces van samenwerken vormen:

1. Het *inhoudelijke* proces met aandacht voor wat we willen bereiken. De groep staat voor een bepaalde taak die men van de grond wil krijgen en vorm wil geven (een oriëntatie op het 'wat').
2. Het *ordenende* proces van hoe doen we dat? De weg tot die vormgeving moet worden geordend, bijvoorbeeld door procedures te maken, taken te verdelen en het verloop in de gaten te houden (Een oriëntatie op het 'hoe').
3. Het *relationeel-emotionele* proces van wat doet het mij en wat doen we elkaar? Je komt in relatie tot elkaar te staan, met je gevoelens over jezelf en anderen, met je eigen referentiekader, invalshoek, visie over aanpak, vooroordelen en communicatiefilters (een oriëntatie op het individuele 'wat').

Deze drie processen staan in voortdurende wisselwerking. Ze beïnvloeden elkaar onophoudelijk, hoewel het accent steeds kan verschillen.

Hollander stelt dat het relationeel-emotionele aspect vaak wordt verwaarloosd. In grote organisaties hoeft daar vaak minder aandacht aan te worden besteed omdat er meestal (aanvullende) formele gezagsverhoudingen bestaan. Maar bij dit soort van samenwerking gaat het om een groep gelijken, waartussen géén dienstverband en gezagsstructuur bestaat. 'Als voorbeeld kan ik uit eigen ervaring de samenwerking noemen tussen de twee (onafhankelijke) ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over de problematiek van de academische ziekenhuizen. Aan de ene kant zien we de mooie gemeenschappelijke intentieverklaringen waar beide hun grote bereidheid uitspreken om aan dit gemeenschappelijke probleem te werken, maar aan de andere kant zie je de 'loopgravenoorlog', de blij-

vende 'wij-zij' stellingname en de machteloosheid om de samenwerking wat sterker te organiseren.

De eerder genoemde aandacht van organisatiekundigen voor de problematiek van inter-organisatorische samenwerking heeft ook nog niet tot veel meer geleid dan te herhalen dat het een groot probleem is en zij komt dan met een paar suggesties voor mogelijk oplossingen, zoals

- het instellen van een boven de partijen staande arbiter wiens gezag door allen wordt geaccepteerd,
- het bevorderen van de identificatie van de medewerkers met het gemeenschappelijke resultaat en het afbreken van de identificatie met de eigen bijdrage van de eigen organisatie.

Deze suggesties richten zich dus vooral op het relationeel-emotionele aspect.

Relationeel-emotioneel

Als we er van uitgaan dat de grootste belemmering voor toenemende samenwerking zich nu vooral in het relationeel-emotionele vlak bevindt, is het zinvol daar wat langer bij stil te staan. Laten we eens een paar topics nader bezien:

1. hoe verloopt communicatie tussen mensen?
2. hoe werken normen in groepen?
3. hoe verloopt samenwerking tussen disciplines?

1. Elke communicatie tussen mensen doorloopt twee filters, eerst het filter van de spreker en dan dat van de hoorder die het gehoorde in zijn eigen taal en referentiekader vertaalt. Bij samenwerking willen we de behoeften en doelen van individuele leden (of afzonderlijke organisaties) in een gemeenschappelijke werkdoelstelling integreren. Maar alleen wat naar buiten komt, op tafel komt, kan in die besluitvorming worden betrokken en dat is vaak maar een gedeelte. Toch zijn motieven en gevoelens ook feiten die maar beter op tafel kunnen worden gelegd dan verborgen blijven. Veel weerhoudt ons echter om dat te doen.

2. Normen en gewoonten ontstaan altijd en onherroepelijk in elke groep. Ze dicteren wat er in een groep kan en wat niet, hoe men gekleed gaat, wat men zegt en hoe men zich gedraagt. Veel beginnende samenwerkingsverbanden stellen hun doeleinden vaak hoog, bijna heilig hoog. Deze hoge doelen met een vaak ethische kleur, zodat niemand er iets tegen kan hebben, maken dat simpele persoonlijke zaken haast niet op tafel kunnen komen,

al was het alleen maar omdat ze zo schril tegen de hooggestemdheden plegen af te steken.

Henk Hollander illustreert dit met zijn ervaring bij een beginnend samenwerkingsverband tussen huisartsen. Eén van de drie huisartsen is wat ouder dan de andere twee en heeft, naast het doel om tot een betere eerstelijns zorg te komen, ook de wens het een beetje rustiger aan te kunnen doen en de praktijk niet meer aan huis te hebben. Vooral zijn vrouw is op dat laatste erg gebrand. Hoewel een nieuw te bouwen gezondheidscentrum waar de artsen uiteindelijk naar streven steeds bovenaan het verlanglijstje staat, wordt er in de voorbereidende besprekingen méér over doelstellingen en mogelijke gemeenschappelijke aanpak gepraat dan over wanneer het gebouw neergezet moet worden. Na iedere vergadering vraagt zijn vrouw wanneer dat centrum er eindelijk komt en de praktijk het huis uit kan en waar ze in vredesnaam anders steeds over praten.

Hij vindt óók dat die discussie wat lang uitblijft, maar durft het steeds niet in de groep aan te snijden, bevreesd door negatieve reacties op zo'n 'ondergeschikt' doel. Maar hij zit wel steeds op hete kolen steeds met volle aandacht te zoeken naar het juiste moment om dit ter sprake te brengen en daarom met weinig aandacht voor wat er inhoudelijk wordt besproken, zodat de voortgang in de samenwerkingsdiscussies behoorlijk stagneert en de vele discussie-uren weinig effect hebben. Hiermee wordt dan geïllustreerd tot wat voor een effect een onuitsproken norm, waarbij individuele behoeften en doelstellingen ondergeschikt behoren te zijn aan groepsdoeleinden, kan leiden.

3. Al eerder is gezegd dat iedere discipline haar vaak geheel eigen kijk op de patiënt heeft en een eigen taal heeft om daarover te communiceren. En die taal is zò ontwikkeld dat het vaak op een samenwerking tegen de niet-vakgenoot lijkt. Maar ook het 'achterland' van de discipline speelt een grote rol. Hoe vaak wordt er niet – als men bijdragen levert in een samenwerkingsverband – gedacht aan: 'hoe zullen m'n vakgenoten hiertegen aan kijken?' . . . 'ga ik nog wel zorgvuldig met m'n vakgebied om?' en vooral: 'hoe kan ik op deze manier nog bewijzen dat ik vakbekwaam ben?' De hete adem van de vakgenoten voel je steeds in je nek. Goed aan de ene kant, je dwingt jezelf vakdeskundig te blijven. Maar hoe vaak belemmert het je in het 'vrij' met problemen om te gaan? Een ander 'achterland' is de organisatie van waaruit je ►

werkt, zoals bij het maatschappelijk werk en de wijkverpleging. Hoe zullen die reageren? ... past dit wel in ons beleid? ... moet ik dit niet eerst 'thuis' bespreken? Vragen die opkomen tijdens het samenwerken en hun belemmerd effect kunnen hebben.

Naast de eerder genoemde taalproblemen en de hiervoor geschetste 'achterland'-problemen bij interdisciplinaire samenwerking is er ook het probleem dat de referentiekaders van iedere discipline vaak verschillend zijn. Het waarnemen van gebeurtenissen, alsmede het ordenen en analyseren en het uiteindelijke concluderen vindt plaats middels die impliciete 'denk- en ordeningsschemaatjes' die iedere discipline heeft, maar zo moeilijk expliciet zijn te maken. Toch vraagt verdergaande interdisciplinaire samenwerking om verdere explicitering daarvan. Pas dan wordt het mogelijk om halverwege of aan het prille begin van de discipline-oordeelsvorming elkaar te beïnvloeden en te stimuleren, teneinde een meer hoogwaardige gemeenschappelijke output te krijgen.

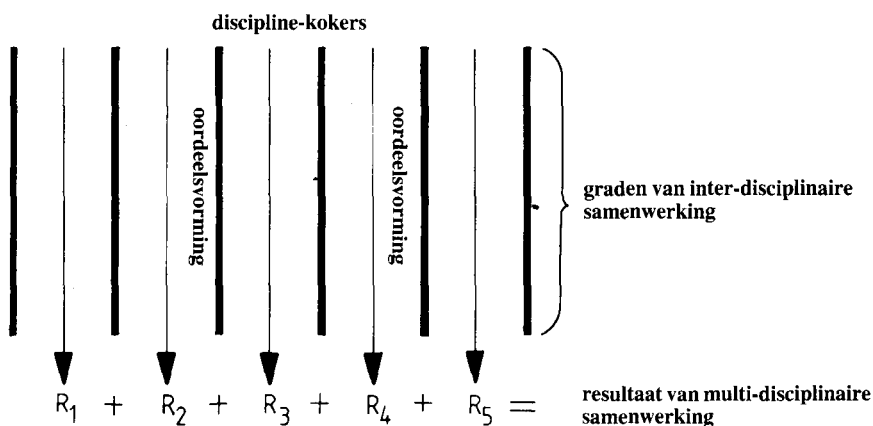
We kunnen de overgang van multidisciplinaire samenwerking naar toenemende interdisciplinaire samenwerking proberen te schetsen als in het hier opgezette schema (figuur 1).

Samenwerkingsresultaten die een optelsom zijn van monodisciplinaire oordelen, zonder dat daarbij van enige interactie sprake is geweest, zijn te betitelen als resultaten van multidisciplinaire samenwerking. Populair gezegd: iedere discipline legt zelfstandig haar ei, ze worden in een mandje gelegd en de patiënt zoekt het maar uit. Dit wordt ook wel de 'nietjes-integratie' genoemd, zoals dat voorkomt bij 'samenwerking' tussen stafafdelingen van grote organisaties, waarbij iedere stafafdeling haar visie ten aanzien van een probleem op papier zet en het secretariaat er tenslotte een nietje doorheen slaat.

Interdisciplinaire samenwerking wil verder gaan door in een eerder stadium tot uitwisseling van gedachten en meningen te komen. Maar dan moet je je ideeën en referentiekaders ook eerder expliciet voor elkaar maken, je moet meer 'hardop denken' met alle eerder genoemde belemmeringen die daar aan vast zitten. De weg van de worsteling bij interdisciplinair samenwerken is naar 'omhoog' in het plaatje, verder in de beginnende oordeelsvorming van iedere disciplinekoker.

Lekanne dit Deprez stelt aan het einde van zijn artikel over 'Macht en onmacht

Figuur 1.



van interdisciplinair samenwerken' dat we maar beter het monodisciplinaire werk goed kunnen aanpakken dan ons onbezonnen en de trend volgend in interdisciplinaire projecten storten. Gegeven de huidige stand van zaken een nuchtere, doch voor velen misschien ontnuchterende opmerking.

Vormgeving

Laten we na deze schets van de probleemsituatie rondom het interdisciplinair samenwerken ons nu eens gaan bezighouden met het tweede punt: het denken over de mogelijke organisatorische vormgeving, rekening houdend met de hiervoor geschetste aspecten. Daarmee rekening houden betekent dat we niet zo snel moeten gaan praten over organisatiestructuren met mooie hokjes en lijntjes, maar eerst eens stil staan bij het gemeenschappelijk resultaat dat we met elkaar willen bereiken. Het denken in termen van beoogde resultaten en samenwerkingsprocessen die daartoe leiden wil ik centraal stellen.

Meestal willen we met de samenwerking te veel bereiken (denk aan de eerder genoemde hoge doelen) en dan ook nog allemaal ineens. We zijn nogal maximaal ingesteld! Laten we daarom maar eens starten bij het minimum en dan, stap voor stap, kijken hoe we de samenwerking (integratie) kunnen vergroten.

1. De minimale vorm van samenwerking is dat men elkaar (collega's of andere disciplines) *achteraf* informeert over wat men ten aanzien van een patiënt gedaan heeft. Ze kunnen er wat mee doen als ze dat willen. Je vertelt bijvoorbeeld je collega's waarom je hebt gekozen voor een

bepaalde behandeling bij een patiënt. Er vindt op basis van deze informatie geen verder overleg plaats, de aan de keuze ten grondslag liggende uitgangspunten komen niet in discussie en iedere betrokkene houdt volledig zijn eigen verantwoordelijkheid. Velen zullen geneigd zijn dit geen samenwerking te vinden. Het is ook verre van spectaculair, maar het is een heel makkelijk haalbare vorm die het 'gemeenschappelijke' resultaat al wat kan verbeteren.

2. Een stapje verder in de samenwerking is bereikt als men elkaar *vooraf* informatie geeft over de voornemens. Bijvoorbeeld je collega in kennis stellen wat voor behandeling je bij een bepaalde patiënt (of patiëntengroep) wilt gaan toepassen. Hij kan dan daarop anticiperen als hij zijn eigen aanpak aan het overwegen is. Ook bij dit samenwerkingsniveau vindt in principe geen verder overleg plaats, komen geen uitgangspunten in discussie en eenieder blijft volledig zelf verantwoordelijk.

3. Een hoger niveau van samenwerking is bereikt als men in *overleg* treedt op basis van alle beschikbare wederzijdse informatie en vervolgens probeert *ieder voor zich*, op basis van dit overleg, tot een betere aanpak te komen. De door ieder voorgestelde aanpak, met de uitgangspunten, zijn in discussie geweest en beïnvloeden ongetwijfeld ieders individuele gedrag, zonder dat ze echter als richtinggevend door de groep zijn aanvaard. Ieder blijft voorts volledig zelf verantwoordelijk voor z'n aanpak.

4. Nu komen we al op een ambitieus integratieniveau. Men treedt in overleg met elkaar om op basis van afweging van eenieders optieken tot *gemeenschappelijke uitgangspunten* voor de behandeling van

bepaalde patiënten te komen. In die gemeenschappelijke uitgangspunten kunnen zowel het doel als de methode worden opgenomen.

Bij het Integraal Kankercentrum Oost-Nederland (IKO) heeft men voor diagnose en therapie van bepaalde groepen kankerpatiënten zogenaamde 'protocollen' ontwikkeld waarbij een in principe te volgen behandelingsroute (eerst kijkt hij er naar en doet dit, dan hij en doet dat, enz.) gemeenschappelijk is vastgesteld.

Zo'n protocol fungeert als kaderschepende, richtinggevend afspreek, waarbinnen de behandeling van iedere individuele patiënt zal plaatsvinden. Afwijkingen zijn natuurlijk mogelijk en komen ook voor, maar worden achteraf (met motivatie) in de groep besproken. De uiteindelijke verantwoordelijkheid blijft echter, ongeacht deze protocolafspraken, bij de individuele deelnemer. En die verantwoordelijkheid is vaak een heet hangijzer. Aan de ene kant zijn er opvattingen die tot de conclusie leiden dat de individuele verantwoordelijkheid niet te verenigen is met het maken van afspraken in teamverband. 'We kunnen ons toch niet achter het team verschuilen', of 'juridisch kan dit niet', wordt dan als argument aangevoerd. Aan de andere kant is er de opvatting dat je best individueel verantwoordelijk kan blijven, maar toch je individuele gedrag laat richten door een aantal gezamenlijk gemaakte basisafspraken. En zij stellen, mijns inziens terecht, de vraag of die laatste opvatting in veel gevallen niet verantwoord is.

5. Een maximale integratievorm, die naar mijn mening in deze extreme vorm nooit haalbaar lijkt in de medische sector maar die ik toch voor de volledigheid zou willen noemen, is de volgende: alle betrokkenen treden in overleg met het doel om die aanpak te zoeken die voor alle betrokkenen het beste is en men handelt op basis daarvan met een *gemeenschappelijke verantwoordelijkheid*, wel of niet gedelegeerd aan één persoon of één instantie. Dit is dan de fusievorm zoals die in het bedrijfsleven voorkomt.

Niet haalbaar lijkt mij dit om twee redenen. Ten eerste omdat de patiënt in zulke belangrijke zaken als leven en dood nooit genoeg zal nemen met de 'er is in overleg besloten dat . . .' - uitspraak, maar degene die hem behandelt verantwoordelijk en daarmee aanspreekbaar zal wil blijven stellen. Ten tweede kunnen de andere leden van het samenwerkingsverband moeilijk (mede-)verantwoordelijk worden gesteld voor acute beslissingen

Figuur 2

Niveaus	Informatie	Overleg	Uitgangspunten	Verantwoordelijkheid
1	achteraf	geen	individueel	individueel
2	vooraf	geen	individueel	individueel
3	voornemens	wel	individueel	individueel
4	voornemens	wel	gemeenschappelijk	individueel
5	voornemens	wel	gemeenschappelijk	gemeenschappelijk

die één van hen ten aanzien van een patiënt moet nemen.

Laten we nu deze vijf behandelde integratieniveaus (niveaus van samenwerking) nog eens schematisch en met wat trefwoorden samenvatten (zie *figuur 2*).

Met deze in *figuur 2* samengevatte integratieniveaus is eigenlijk maar één dimensie aangeroerd, de *dieptedimensie*. De intensiteit van samenwerken neemt per niveau toe.

Breedtedimensie

Een andere lijn die hierbij kan worden opgenomen zouden we de *breedte*-dimensie kunnen noemen. Het ging namelijk steeds over samenwerkende collega's en disciplines, maar dit aantal kunnen we ook laten variëren. Bij de samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg zien we aan een kant een integratieverloop via zogenoemde home-teams (veel disciplines, samenwerkend van niveau 1-4) naar een eventueel gezondheidscentrum. Zij gaan dus over de volle breedte de diepte in! Aan de andere kant zien we een integratieverloop van groepspraktijken (één discipline) naar een (eventueel) gezondheidscentrum. Zij beginnen smal en gaan al verbredende de diepte in.

Ook komt het voor – en dat is dan een derde lijn – dat men, ongeacht de gekozen diepte of breedte, besluit om voor bepaalde patiëntengroepen een relatief verder integratieniveau te hanteren dan voor bepaalde andere patiëntengroepen. Men laat bijvoorbeeld de behandeling van een bepaalde categorie patiënten, waarover men moeilijk tot gemeenschappelijke uitgangspunten kan komen, bewust (nog) op een lager integratieniveau plaatsvinden. Men kan ook bewust kiezen voor een paar makkelijke patiëntengroepen en

daar snel een hoog integratieniveau bij bereiken om elkaar te laten zien dat 'we best samen kunnen werken' en dit proeftuintje dan als trekker laten fungeren voor de verdere samenwerking bij moeilijker patiëntengroepen.

Wat is nu de moraal van deze kijk op samenwerking?

Ten eerste dat wordt nagegaan welk integratieniveau gewenst is en haalbaar wordt geacht. En dat je op basis van die keuze kijkt naar de beste daarbij passende organisatiestructuur (En niet andersom zoals we nogal vaak doen).

Ten tweede dat je kan aansluiten bij een natuurlijke stap-voor-stap-ontwikkeling naar toenemende integratie en voor iedere fase het beste 'maat'-jasje van organisatie kan zoeken.

Tot slot wil ik nog aandacht schenken aan de organisatiestructuur voor iedere integratiefase die we hebben onderscheiden. Organisatiestructuur is eigenlijk niet het juiste woord. Bedoeld is meer dan alleen de hokjes en de regels. We kunnen beter spreken in termen van het scheppen van condities voor de samenwerking en kunnen daarbij een drietal conditiegroepen onderscheiden:

1. de organisatorische regelingen, zoals de afspraken over taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en procedures;
2. de informatievoorziening, de hulpmiddelen en de ruimtelijke voorzieningen;
3. de betrokken mensen met hun kennis, vaardigheden en attitudes.

Uit deze drie groepen van condities is een keuze te maken die passend is bij ieder gewenst integratieniveau. Of – andersom – het hoogste niveau dat we met deze condities kunnen bereiken bepaalt het ►

hoogst haalbare niveau van integratie bij de samenwerking. Dit betekent bijvoorbeeld dat als de bij samenwerking betrokken mensen een geringe kennis hebben van elkaars werkwijzen, weinig vaardig zijn in het met elkaar overleggen en een solistische attitude hebben het moeilijk zal zijn om een hoog samenwerkingsniveau te bereiken. Kiest men toch voor een relatief (te) hoog samenwerkingsniveau dan zullen of deze 'menseigenschappen' verder moeten worden ontwikkeld en/of moeten worden bekeken of een versterking van de andere conditiegroepen (organisatie en informatie) dit zwakke punt kan compenseren.

Laten we nu met deze conditiegroepen de eerste vier niveaus van samenwerking eens langslopen en kijken wat per niveau minimaal nodig is en wat er voor het werken op de hogere integratieniveaus allemaal aan extra's bijkomt.

Integratieniveau 1

Het gaat hierbij om het elkaar achteraf informeren over wat men met een patiënt heeft gedaan. Ten aanzien van de organisatorische regelingen is niets bijzonders nodig. De mogelijkheid om elkaar te informeren wordt bevorderd doordat men ruimtelijk in elkaars nabijheid werkt, of beschikt over elkaars telefoonnummers of het aanwezig zijn van wat prettige informele ontmoetingsplaatsen. De mensen moeten elkaar kennen en bereid zijn tot een gesprekje; met andere woorden: er dienen geen latente conflictsituaties tussen een of meerdere deelnemers te bestaan.

Integratieniveau 2

Hier gaat het om elkaar vooraf informatie te geven over wat men zich voorneemt met een patiënt te gaan doen. In grote lijnen gelden dezelfde conditie-eisen als voor niveau 1, maar aan de menskant dient er toch een wat duidelijke attitude te zijn om een stukje van je beleid (wat nooit helemaal afgerond is en nog wat open einden heeft) naar buiten te brengen.

Integratieniveau 3

Hierbij treden betrokkenen in overleg om vervolgens op basis daarvan, ieder voor zich, tot een verbeterde aanpak te komen. Dit niveau vraagt ineens veel meer aandacht voor de condities. Voor de organisatorische regelingen geldt dat men moet afspreken om op gezette tijden bilateraal of multilateraal om de tafel te gaan zitten. Dit moet worden georganiseerd en de besprekingen moeten worden geleid. Ten aanzien van de informatievoorzie-

ning is te stellen dat er niet alleen méér informatie nodig is, maar ook in een meer gestructureerde vorm. Bijvoorbeeld naar bepaalde patiëntengroepen of over alternatieve behandelingsmethoden. De overlegruimtes moeten makkelijk bereikbaar zijn, een flip-over, schoolbord of overheadprojector kan dienstbaar zijn en een beetje secretariële ondersteuning (agenda's afstemmen) wordt al gauw onmisbaar.

De bij het overleg betrokkenen moeten op de hoogte zijn van wat een ander vanuit zijn vakgebied doet en wat dat vakgebied inhoudt. Ze moeten ook weten wat die achterliggende organisatie doet en welk beleid zij voorstelt. Gespreks- en vergadervaardigheden moeten op redelijk niveau aanwezig zijn en ook van belang is de vaardigheid bij een ieder om situaties te herkennen waar de eigen inbreng persé nodig is.

Aan de attitude-kant dient er de bereidheid te zijn om elkaar als gelijkwaardige collega's te benaderen en een bereidheid de eigen bijdrage ook eens ondergeschikt aan die van een ander te laten zijn. Ook het zich simpel aan afspraken houden om op de geplande bijeenkomsten (op tijd) aanwezig te zijn is een belangrijke voorwaarde.

Integratieniveau 4

Op dit hoge integratieniveau, waarbij men in overleg tot gemeenschappelijk aanvaarde uitgangspunten probeert te komen, worden zeer hoge eisen aan de condities gesteld. Vooral ten aanzien van de mens-kant is het de vraag of we dat met de huidige generatie professionals ooit kunnen bereiken. Solisme staat in de opleiding nog vaak centraal en van de 'weekendjes op de hei' om meer begrip te krijgen voor elkaar mag men niet direct een fundamentele verandering verwachten. Toch zijn begeleiders, vaak vanuit de agogische hoek, veelal onmisbaar om met elkaar op een redelijk conditieniveau te komen. Ten aanzien van de organisatorische regelingen komt men al gauw tot taakverdelingen over wie wat uitzoekt en voorbereidt voor de discussie. Een voorzitter en secretariële ondersteuning voor het vastleggen van de afspraken wordt een basisvoorwaarde.

Informatie is nodig over verschillende patiëntengroepen, over wat men doet in het kader van het protocol en de eventuele afwijkingen daarvan. Inzicht in de verschillende referentiekaders en kennis van elkaars begrippen en zienswijzen is nodig. Ook de verschillen in de benaderingswijzen van iedere discipline moeten

duidelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan de non-directieve aanpak die veel voorkomt bij het maatschappelijk werk en de daarmee nogal contrasterende 'gerichte speurders'-aanpak van veel medici.

Bij de vaardigheden wordt aandacht gevraagd voor het om kunnen gaan met spanningen en (vaak latente) conflicten. Aan de attitude-kant wordt het een voorwaarde om bereid te zijn je wat meer bloot te geven, je referentiekaders te expliciteren en wat meer hardop te zoeken en te denken. Ook de groepsvariabelen gaan op dit niveau een toenemende belemmerende of een juist bevorderende rol spelen.

★ ★ ★

Met het voorafgaande is getracht een praktisch referentiekader te geven van waaruit deelnemers aan samenwerkingsverbanden, gegeven hun eigen situatie een keuze kunnen maken. Die keuze hangt af van: enerzijds het niveau waarop de deelnemers, de patiënten en andere belanghebbenden de dienstverlening wensen te brengen, en anderzijds van de inschatting van de mogelijkheid om het daarbij passende niveau van condities te realiseren. Ik denk echter dat velen, vanuit een zeker idealisme, zullen ervaren dat de wenselijkheden vaak groter zullen zijn dan de mogelijkheden. ■

Literatuur

1. Berg, E. L., Omgangsvormen tussen organisaties, TED, juli/augustus 1978.
2. Hollander, H., Samenwerken in groepsverband. Opgenomen in: Gezondheid en gezondheidscentra, Amsterdam, 1974.
3. Kampfraath, A. A., Van marktpartij tot een verbond, Landbouwkundig Tijdschrift, 90/12.
4. Lekanne dit Deprex, B. E. J. C., Macht en onmacht van interdisciplinair samenwerken, Intermediair nr. 45/46, 1976.
5. Visser, G. R., Samenwerking in de eerste lijns gezondheidszorg, Wageningen 1977 (interne publikatie Vakgroep Bedrijfskunde).
6. Schein, E. H., Het organisatieadvies en de manager, Alphen aan den Rijn, 1978.
7. Themanummer interorganisatiele relaties, tijdschrift M en O, Meppel, 1978.

MEDISCH CONTACT

nummer 15 – 11 april 1980 – 35e jaargang

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur

Dr. E. J. C. Lubbers, voorzitter; D. B. Kagenaar, ondervoorzitter; Dr. J. J. H. M. Daniëls, N. A. Meursing, Dr. J. G. Verhoeven, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en G. Groenewoud (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse.
Bureautijden 8.30-12.30 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)

J. I. van der Leeuw, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

fficieel

SNH

Convocatie Nascholingsraad

Op donderdag 5 juni aanstaande (in plaats van op donderdag 1 mei) wordt in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht een vergadering van de Nascholingsraad gehouden; aanvang 16.30 uur

Concept-agenda

1. Huishoudelijk gedeelte

- Notulen van de Nascholingsraad d.d. 15-11-79
- Jaarverslag 1978
- Financiën: jaarrekening 1979

2. PAOG

- Overleg SNH - Sectie Nascholing IOH
- Gezamenlijk Onderzoeksproject SNH/NHI. op het gebied van evaluatie van nascholing.

Van 17.30 tot 19.00 uur: Nascholingsmarkt en maaltijd

19.00 uur: Heropening - *Inhoudelijk deel*

- Korte mededelingen uit de regio's en discussie
- Demonstraties van methoden van nascholing van en voor huisartsen en discussie
- Nascholing en toetsing.

Toelichting

Het bestuur heeft zich beraden over de vormgeving van de aanstaande vergadering van de Nascholingsraad. Uitgaande van de voorstellen van de Regionale Commissie Utrecht is bovenstaande concept-agenda opgemaakt.

- Voor organisatorische aspecten is één uur uitgetrokken.
- De 'Nascholingsmarkt' is bedoeld om elkaar over en weer te informeren over eigen programma's en methoden en ervaringen, liefst aan de hand van concreet materiaal.

- Ook het inhoudelijk deel biedt ruim gelegenheid voor inbreng uit de 'periferie'.

Het is de bedoeling dat de coördinatoren op 27 maart bij hun tweemaandelijks ontmoeting met concrete voorstellen komen voor de nascholingsmarkt en voor een demonstratie van een of meer nascholingsmethoden. In de loop van april zal het programma definitief worden vastgesteld.

Groei nascholingsstructuur voor huisartsen vanaf 1971

Op 19 januari jl. werd in de regio 'Oude IJssel' een PHV-vergadering gewijd aan de nascholing voor huisartsen in deze regio. Dit omdat diverse groeperingen zich hiermee zonder overleg bezighouden. Het gevolg van deze situatie is een inhoudelijke overlapping en overdosering van nascholingsactiviteiten, resulterend in een dalende interesse voor deze activiteiten.

Na inventarisering van alle activiteiten volgde een discussie waaruit duidelijk werd dat men elkaars specifieke taken niet kende. Een voorstel van het PHV-bestuur om de verantwoordelijkheid voor de nascholing onder te brengen bij één commissie werd aangenomen. Een besluit hiertoe kon helaas niet worden bereikt aangezien iedere groepering meende haar taak in het nascholingsgebeuren alhier te moeten behouden.

Uit het huwelijk tussen LHV en NHG werd in 1973 een gewenst kind geboren, SNH geheten. Inmiddels is dit kind volwassen geworden en eist zijn plaats en erkenning in de maatschappij. Dat een generatieconflict met één der ouders hieraan gepaard moet gaan werd in onze vergadering duidelijk. Om aan te tonen dat de SNH een volwassen organisatie is met een specifieke nascholingstaak voor de huisartsen heb ik in deze vergadering het volgende uiteengezet.

Terborg, 22 februari 1980

C. F. Veenemans, huisarts.

Overzicht van de groei van de nascholingsstructuur in Nederland voor huisartsen vanaf 1971

Als grondslag voor de inmiddels bereikte landelijke nascholingsorganisatiestructuur voor huisartsen waarin SNH, PAOG en universiteit een belangrijke functie vervullen diende het oorspronkelijke 'Werkplan van LHV en NHG voor de organisatiestructuur nascholing huisartsen.' Dit plan werd op 25 juni 1971 door de algemene ledenvergadering der LHV aanvaard. Voor de opzet van een landelijke nascholingsstructuur werd uitgegaan van een aantal punten:

- a Voor een adequate beroepsuitoefening is het noodzakelijk dat de huisarts zich naschoolt.
- b Een persoonlijke activiteit, al dan niet in groepsverband, is vereist.
- c De manier van nascholing dient te worden afgestemd op de eigen werk- en leefsituatie.
- d De op te bouwen organisatiestructuur dient vanuit de periferie te worden opgebouwd. Een opbouw van bovenaf opgelegd heeft het gevaar dat er onvoldoende recht wordt gedaan aan de specifieke eigen nascholingsbehoefte.
- e Deze structuur moet zowel de individuele huisarts als een groep huisartsen de financiële, organisatorische en didactische steun geven die hiervoor is vereist.

In eerste instantie werden nascholingswerkgroepen per maatschappij-afdeling opgericht ter inventarisering en stimulering van de lokale nascholing. Deze werkgroepen vielen onder de verantwoordelijkheid van LHV en NHG. Dat een der leden tevens zitting had in het PHV-bestuur en een in het NHG-centrumbestuur werd wenselijk geacht. Vermeden diende te worden dat al gevestigde groeperingen zich bedreigd gingen voelen.

Hiernaast ging een Centrale Stuurgroep Nascholing functioneren die tot taak kreeg informatie te verzamelen uit de plaatselijke nascholingsgroepen, deze te coördineren en te stimuleren. Deze stuurgroep bestond uit leden van het centraal bestuur der

LHV, bestuursleden van NHG en NHI, naast leden vanuit de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen die in het leven was geroepen om financiële steun te bieden.

Ongeveer twee jaar later, op 21 november 1973 werd de SNH opgericht, voortgekomen uit de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen en de Centrale Stuurgroep Nascholing, met het doel de nascholing voor huisartsen te coördineren en te bevorderen:

- a. door mee te werken aan het werkplan LHV/NHG-organisatiestructuur nascholing voor huisartsen;
- b. door het bijeenbrengen en beheren van geldmiddelen, nodig voor haar taak;
- c. door het verlenen van steun ten behoeve van andere activiteiten op het gebied van huisartsennascholing.

In het bestuur der SNH hebben elf leden zitting:

3 leden aangewezen door het CB van de LHV:

3 leden aangewezen door het bestuur van het NHG;

3 leden afkomstig uit de Nascholingsraad;

1 lid uit het bestuur der KNMG;

1 lid uit het bestuur van het NHI.

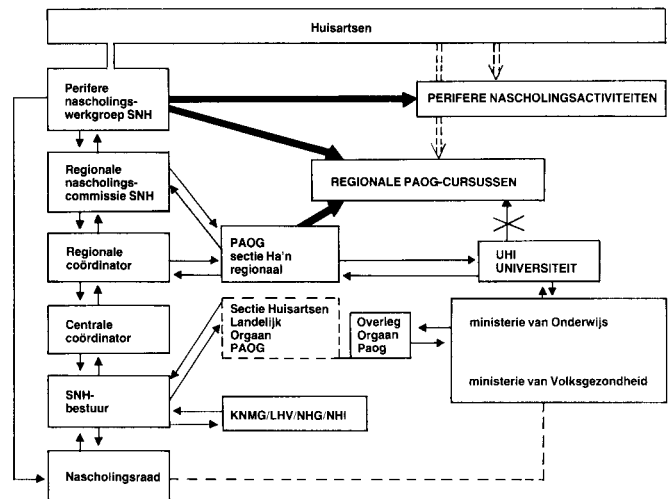
Toelichting: de Nascholingsraad is een gespreksforum voor perifere nascholingswerkgroepen die mededelingen doet aan het SNH vanuit deze groepen, bestuursplannen becommentarieert en nieuwe plannen inbrengt.

Een perifere nascholingswerkgroep is een commissie bestaande uit minstens drie huisartsen uit de Maatschappij-afdeling en heeft tot taak:

- a. de huisartsen in de afdeling te stimuleren tot het doen aan nascholing;
- b. belemmerende factoren op te sporen en te elimineren;
- c. bemiddelen ter verkrijging van hulp voor nascholingsdoel-einden;
- d. initiatieven nemen respectievelijk stimuleren tot initiatie-ven op nascholingsgebied;
- e. zich op de hoogte houden van wat er op nascholingsgebied in de eigen afdeling gaande is;
- f. informatie verschaffen teneinde landelijk een overzicht en uitwisseling van gegevens over in gang zijnde nascholingsacti-viteiten mogelijk te maken;
- g. mee te werken aan de vorming van regionale nascholings-commissies.

Een regionale nascholingscommissie functioneert in een regio behorend bij een UHI. Ze wordt samengesteld vanuit de perifere nascholingsgroepen in deze regio en telt tenminste vijf leden en kiest hieruit een voorzitter. Deze commissie heeft in regionaal verband een identieke taak als de perifere nascholingsgroep. Ze onderhoudt het contact met het UHI en coördineert de nascholing voor de regio.

Derhalve wordt door het SNH-bestuur *een regionale nascholingscoördinator* benoemd; deze is geen voorzitter van de regionale nascholingscommissie. De regionale coördinatoren komen eenmaal per kwartaal bijeen onder voorzitterschap van



Verklaring afkortingen

KNMG: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging

NHI: Nederlands Huisartsen Instituut

UHI: Universitair Huisartsen Instituut

SNH: Stichting Nascholing Huisartsen

PAOG: Post Academiaal Onderwijs Geneeskunde

de *centrale nascholingscoördinator*; hieraan neemt minstens een SNH-bestuurslid deel. Dit ter coördinatie en uitwisseling van nascholingsactiviteiten. De centrale coördinator wordt aangewezen door het SNH-bestuur. Hij dient erop toe te zien dat de nascholing goed verloopt en onderhoudt contact met de regio's op al eerder genoemde wijze.

Voor de regionale nascholingscommissie was een belangrijk punt het uitvoeren van eigen activiteiten op regionaal niveau met betrekking tot het UHI in PAOG-verband. Het PAOG heeft evenals de SNH een landelijke en regionale structuur per universiteit en is in het leven geroepen in het kader van de Wet Wetenschappelijk Onderwijs op 25 juni 1975. Deze zal met de beroepsgroep nascholing regionaal en landelijk organiseren.

Inmiddels is begonnen met de nascholing voor huisartsen omdat de SNH alle huisartsen vertegenwoordigt in beroepsnascholingsverband. De eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het PAOG zal in de toekomst liggen bij een landelijk orgaan PAOG, bestaande uit vertegenwoordigers van de universiteiten en derden, dat wil zeggen de beroepsbeoefenaren.

De SNH is spreekbuis van de beroepsgroep naar de universiteit bij de opzet van cursussen voor de beroepsgroep. Deze cursussen onder PAOG-vlag dragen een regionaal karakter. De PAOG-commissie onthoudt zich van inmenging op perifeer niveau, zodat de SNH op lokaal niveau initiatieven blijft ontwikkelen. Een rondtrekkend academisch circus dat overal neerstrijkt is dus onmogelijk. Het PAOG Huisartsengeneeskunde streeft naar een cursuspakket van vijf tot acht cursussen per jaar. In de toekomst zal het nodig blijven dat perifere nascholingscommissies een aandeel leveren bij de uitvoering en samenstelling van PAOG-cursussen voor huisartsen.

SRC

Verleende c.q. verlengde opleidingsbevoegdheden

In de plenovergadering der Specialisten Registratie Commissie dd. 15 februari 1980 is besloten de volgende opleidingsbevoegdheden te verlenen c.q. te verlengen:

Anesthesie:

Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht; opleider G. A. Schurink.

Cardiologie:

Sint Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem; B-opleiding, opleider M. A. H. W. Schöttelndreier;
Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht; A-opleiding, opleider Dr. A. V. G. Bruschke;
Stichting Sophia Ziekenhuis te Zwolle; B-opleiding, opleider Dr. R. Enthoven.

Gastro-enterologie:

Academisch Ziekenhuis te Leiden; opleider Prof. Dr. A. J. C. Haex;
Academisch Ziekenhuis te Groningen; opleider Dr. W. C. Veeger.

Klinische chemie:

Stichting Sophia Ziekenhuis te Zwolle; opleider Dr. E. W. Kuijpers.

Longziekten en tuberculose:

Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, lokatie Wilhelminagasthuis, te Amsterdam; opleider Dr. A. S. Groen.

Neurochirurgie:

Academisch Ziekenhuis te Groningen; opleider Prof. Dr. J. W. F. Beks.

Psychiatrie:

Psychiatrisch Centrum Zon en Schild te Amersfoort; A-opleiding, opleider Dr. J. W. A. Hubert.

Sociale psychiatrie:

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Amsterdam; opleider W. G. Mulder;
Stichting 'Singel 50' te Amsterdam; opleider N. A. J. Voorhoeve.

Radiodiagnostiek:

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam; A-opleider, opleider Dr. A. van der Spek;

Ziekenhuis Sint Annadal te Maastricht; A-opleiding, opleider Dr. G. J. van der Plaats.

Urologie:

De Wever Ziekenhuis te Heerlen; opleider Dr. F. P. H. van de Weijer.

Besloten is te beëindigen de opleidingsbevoegdheid betreffende

Urologie:

Ziekenhuis Sint Annadal te Maastricht; opleider Dr. M. M. Ausems.

LAD

van het centraal bestuur

Mededelingen CB-vergadering dd. 11 februari 1980

1. Enquête onder assistent-geneeskundigen in opleiding

Door de besturen van LAD en LVAG is besloten om binnenkort een uitgebreide enquête onder assistent-geneeskundigen in opleiding in Nederland te gaan houden. De enquête, die voor een deel aansluit op die uit 1963, bevat vragen over de arbeidsvoorwaarden (o.a. over werktijden) en over de opleidingssituatie (o.a. over wachttijden). De enquête wordt wetenschappelijk begeleid en bewerkt door de Rijksuniversiteit Limburg. Nadere mededelingen zullen worden gepubliceerd in Medisch Contact.

2. Informatie aan kaderleden

Door het Ambtenarencentrum worden informatiebulletins betreffende het periodiek overleg, dat minister Wiegel (Binnenlandse Zaken) met de vijf ambtenarencentrales over ambtenaarsaangelegenheden voert (de zogenaamde Centrale Commissie van Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken), aan kaderleden van de aangesloten verenigingen verstrekt. Het LAD-bestuur zal deze informatiebulletins (groentjes genaamd) rondsturen aan de plaatselijke vertegenwoordigers, de afgevaardigden en hun plaatsvervangers en aan de bestuursleden van de aangesloten verenigingen.

INHOUD OFFICIEEL

Van de SNH:	
Convocatie Nascholingsraad	447
Groei nascholingsstructuur voor huisartsen vanaf 1971	474
Van de SRC:	
Verleende c.q. verlengde opleidingsbevoegdheden	476
Van het centraal bestuur LAD:	
Mededelingen CB-vergadering dd. 11 februari 1980	476

Nr. 15-11 april 1980
35e jaargang