



redactioneel

- Honderd jaar geleden, op eerste Kerstdag 1878, plaatste Koning Willem III zijn handtekening, waardoor het wetsontwerp, regelende de voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van geneeskundige, tot wet werd verheven. Daarmee werd 'het monopolie' van de arts bekrachtigd: '... slechts hen is het vergund de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen', aldus Prof. Dr. P. Muntendam ter inleiding van een herdenkingsartikel over de voorgeschiedenis van het monopolie van de arts, over de geschiedenis ervan in deze eeuw en over de mogelijke ontwikkeling in de toekomst.
- De voordelen van zelfevaluatie-onderwijs liggen besloten in het feit dat de deelnemer thuis in eigen (vrije) tijd en in eigen tempo aan georganiseerd onderwijs kan deelnemen. Over het effect en rendement ervan is echter weinig bekend. Aldus een van de conclusies van de terugblik op de zelfevaluatiecyclus huisartsen 1976/1977, 'Nascholing Thuis', op schrift gesteld door J. A. Smal, medewerker van de vakgroep Onderzoek en Ontwikkeling Medisch Onderwijs van de Rijksuniversiteit te Utrecht, en A. W. Broekmans, arts-assistent, indertijd coördinator van de zelfevaluatiecyclus.
- Dr. J. H. J. M. Meuwissen, secretaris van de Commissie Zwangerschapskaart spreekt de hoop uit, dat uniformering van de verslaglegging in ons land een goede samenwerking in goed teamverband zal kunnen bevorderen. Hij doet dit aan het slot van een beschouwing over de werkzaamheden van de Commissie Zwangerschapskaart, die van mening is dat zij haar opdracht heeft vervuld.
- Een verdere organisatorische en juridische uitbouw van de Europese Gemeenschap – denk aan de rechtstreekse verkiezingen van het Europese Parlement in 1979 – zal ook belangrijke consequenties hebben voor de (volks)gezondheidszorg in de onderscheiden lidstaten. Aldus de aanhef van een verhandeling over onze gezondheidszorg in internationaal perspectief van W. Th. van de Ven, vice-voorzitter/secretaris van de European Hospital and Research Foundation i.o., welke zich de bevordering van supranationale gezondheidszorgvoorzieningen binnen de EEG ten doel stelt.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1594
---------------	------

Inzenders: F. Wafelbakker, A. P. N. de Groot, H. T. P. Cremers, P. J. Couvee

Eerste Kerstdag 1878-1978. Het monopolie van de arts, door Prof. Dr. P. Muntendam	1599
---	------

Nascholing thuis. Terugblik op een zelfevaluatiecyclus, door J. A. Smal en A. W. Broekmans	1604
--	------

Uniforme verloskundige verslaglegging voor ons land startklaar, door Dr. J. H. J. M. Meuwissen	1613
--	------

Van de Geneeskundige Hoofdinspectie	1615
---	------

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Consequenties toepassing geneesmiddel onderschat	1616
---	------

EEG - Onze gezondheidszorg in internationaal perspectief, door W. Th. van de Ven	1618
--	------

Begeleidingscommissie Hartchirurgie officieel adviesorgaan	1619
--	------

Geschiedenis der geneeskunde - Nicolaas van Assendelft en de ontdekking van de bloedsomloop, door Dr. H. C. Houtzager en H. W. van Leeuwen	1620
--	------

OFFICIEEL	1623
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel	1628
-------------------------------	------



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;
Mw. Drs. W. G. Juffermans-Kalt-
ofen, documentaliste.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgave

Tijl Periodieken BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35,
excl. portokosten (inclusief BTW);
buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.



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.

ADOLESCENTENGEEESKUNDE

Bijeenkomst over overlegorgaan

Er heeft tijdens het KNMG-ledencongres in Arnhem over adolescentie eigenlijk geen discussie plaatsgevonden over de wenselijkheid van een specialisme adolescentengeneeskunde. Na het congres is door Hiemstra-Drummelhuis e.a. het belang van de jeugdarts als sociaal-medisch begeleider van de adolescent nog eens onderstreept. De Monchy pleit voor meer kanalen, waarbij ervaring en kennis kan worden verspreid ten bate van diegenen die met adolescenten werken.

Om tot een eerste gedachtenvorming te komen ten aanzien van een 'overlegorgaan inzake adolescentengezondheidszorg' (werkgroep? vereniging? studiekering?) nodigen we belangstellenden uit voor een bijeenkomst op vrijdag 16 februari 1979 om 14.00 uur in kantine B van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. Reijersstraat 12, Leidschendam.

Agenda:

1. Is een organisatorische vorm wenselijk, en zo ja welke?
2. Alleen geneeskunde, respectievelijk gezondheidszorg of breed-spectrum (psychologie-sociologie).
3. Rechten van de adolescent.
4. Britain's sixteen-year-olds, inleiding door Wafelbakker bij de 1958-cohort-studie.
5. Discussie.
6. Rondvraag.

Vorbereidingsgroep,
R. van der Meer, Utrecht;
C. de Monchy, Eindhoven;
L. J. O. Timmermans, Tiel;
F. Wafelbakker, Leidschendam

Leidschendam, 5 december 1978

F. Wafelbakker

Literatuur

Hiemstra-Brummelhuis, G. D. J. e.a.; Medisch Contact (1978) 33, 1370

Monchy, C. de; Medisch Contact (1978) 33, 1494.

INTERIMRAPPORT ACUPUNCTUUR

De Commissie Alternatieve Geneeswijzen had haar interimrapport Acupunctuur moeten aanvangen met de vaststelling, dat *buiten de algemeen erkende*, aan onze universiteiten gedoceerde geneeskunde, géén aantoonbare geneesmethoden kunnen bestaan. Zodra immers een nieuwe methode (of een nieuw geneesmiddel) bewijst – in welk onderdeel van de gezondheidszorg ook – geneeskracht te bezitten, wordt een en ander dankbaar aan ons therapeutisch arsenaal toegevoegd. Binnen dit kader bestaat dan een nieuwe mogelijkheid tot genezing, dus een alternatief ten opzichte van reeds bestaande geneeswijzen.

Genoemde commissie had vervolgens in haar rapport er sterk op moeten aandringen een grondig (nader) onderzoek naar het effect van de voorgestelde acupunctuurmethodieken te (doen) instellen. Uit een oogpunt van een goede gezondheidszorg moet het deze commissie te enen male ontzegd worden reeds over te gaan tot het peneren van – verstrekkende – aanbevelingen ten bate van de acupunctuur alvorens haar leden hebben kunnen kennis nemen van de resultaten van een dergelijk onderzoek.

Soest, 26 november 1978

A. P. N. de Groot, arts,
oud-Geneskundig Inspecteur van de
Volksgezondheid

ARTS EN GEVANGENE

Aan Dr. Jeanne Smeulers

Ik zou enkele Medisch Contact pagina's nodig hebben om al Uw tegenwerpingen zo te weerleggen dat ik als mens wat beter uit de verf kom dan U mij afschildert. Maar omdat elke opmerking in zo'n poging eveneens anders dan bedoeld uit te leggen is, vraag ik me af of die poging doeltreffend zal zijn zo niet averechts zal werken. Ik ben me bewust dat deze argumentatie ook als zwakte of bekentenissen

doorlezen naar blz. 1596

TERUGBLIK

Honderd jaar geleden, op eerste Kerstdag 1878, plaatste Koning Willem III zijn handtekening, waardoor het wetsontwerp, regerende de voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van geneeskundige, tot wet werd verheven. Daarmee werd 'het monopolie' van de arts bekrachtigd: '... slechts hem is het vergund de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen', aldus Prof. Dr. P. Muntendam ter inleiding van een herdenkingsartikel (blz. 1599) over de voorgeschiedenis van het monopolie van de arts, over de geschiedenis ervan in deze eeuw en over de mogelijke ontwikkeling in de toekomst.

Eerder in de loop van de MC-jaargang die met dit dubbelnummer wordt besloten werd een ander honderdjarig fenomeen herdacht, uitgaande van het beginpunt van de hier bedoelde eeuw: het afstuderen in 1878 van Aletta Jacobs, die daarmee de eerste Nederlandse vrouwelijke arts werd. Een serie van vijf artikelen is toen gewijd aan het thema 'Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland', waarbij tevens de aandacht werd gevestigd op de vrouwenemancipatie en op de positie van de vrouwelijke artsen, welke nog steeds niet gelijkwaardig is aan die van haar mannelijke collegae.

Een geheel ander 'jubileum' werd dit jaar eveneens herdacht met de publikatie van een artikelenserie: '75 jaar KNMG-rechtspraak – 50 jaar Medische Tuchtwet'. Het verhandelde in deze beschouwingen, die inmiddels zijn gebundeld en als zodanig aan belangstellenden ter beschikking kunnen worden gesteld, toont aan – aldus een van de auteurs – welke belangrijke bijdrage de medische rechtspraak in preventief en repressief opzicht beoogt te leveren aan de handhaving van een hoog niveau van beroepsuitoefening.

Ofschoon niet naar aanleiding van enig jubileum werd dit jaar toch ook veel aandacht besteed aan een tot dusver te weinig geëxploreerd

deelgebied van de gezondheidszorg: de sportgeneeskunde. De thans besloten MC-jaargang 1978 bevat het leeuwedeel van de eind 1977 gestarte artikelenserie, gewijd aan alle mogelijke aspecten ervan. Evaluatie van die verhandelingen (eveneens gebundeld en op aanvraag te bekomen) leerde dat de opvang, behandeling en begeleiding van de sporter in de huidige medische echelons nog steeds onvoldoende is, dat de opleiding van artsen en trainers op het gebied van de (medische) sportbegeleiding niet toereikend is, dat een (inter)universitair instituut voor sportgeneeskunde ontbreekt en dat de overheid te weinig belangstelling heeft voor de sportgeneeskunde (Wafelbakker). De oogst van dit jaar bevat voorts



nog een andere artikelenserie die als aparte bundel is verschenen: 'Van probleem tot psychiatrie', een uittreksel van een studie van de Visie Commissie van St.-Bavo over noodzaak en mogelijkheden van ambulante geestelijke gezondheidszorg, waarin de zenuwarts R. E. Offerhaus een model uitwerkt voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.

Die eerste lijn – en haar relatie met de andere echelons – vraagt overigens in toenemende mate de aandacht van de vele betrokkenen in de gezondheidszorg. In dit verband zij onder meer verwezen naar allerlei artikelen die daarover dit jaar in MC zijn verschenen. Zo werden behandeld: de weekend-

dienst van huisartsen, de relatie tussen eerste en tweede echelon, de samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijnszorg, de relatie ziekenhuis-thuiszorg (aanleiding voor een uitvoerige fundamentele discussie – ref. Van Es, de Melker en anderen), wijkgezondheidscentra, samenwerking, nascholing huisartsen (ook in dit nummer weer een uitvoerige beschouwing), LHV-vergaderingen over 'Blauwdruk', takenpakket en LHV-visie' ('van tarievenclub naar functionele vereniging'), het vertrek uit de huisartspraktijk, huisartsgeneeskunde en opleiding, de psycholoog in de eerste lijn, het verwijzen en het raadplegen door de huisarts (Puijlaert, Leerling), voorschrijfgedrag, enz. enz.

In deze summiere terugblik mag ook nog worden gewezen op de gebleken toenemende aandacht voor de problematiek van verpleeghuisartsen, van professie en management in ziekenhuizen, alsmede voor kwaliteitsverbetering en -bewaking met betrekking tot de medische beroepsuitoefening. Tenslotte zij nog verwezen naar enkele afzonderlijke uitschieters, zoals het themanummer over 'Arts en martelingen' en – afgestemd op het KNMG-ledencongres in Arnhem – de MC-publiciteit rondom het congressthema 'De adolescent in de geneeskunde'.

Deze voorlopige waslijst dekt nog lang niet alle netelige kwesties: de hernieuwde discussie over het eigen risico is nog maar nauwelijks afgerond en de controversen rondom de abortuswetgeving zullen zich op korte termijn ongetwijfeld weer in verhevigde mate manifesteren. Overigens is er – nog afgezien van het laatste tiental afleveringen van het geruchtmakende 'Dagboek van een co-assistent' – nog veel meer blijven liggen, maar dat houden we dan allemaal tegoe voor de volgende jaargang.

In afwachting daarvan wensen bestuur en redactie de lezers van Medisch Contact alvast aangename feestdagen en een goede jaarwisseling toe.

B.

van de verdachte (ikzelf) op te vatten is. Daarom alleen een laatste samenvatting van de bedoeling van mijn artikel. In Nederland hebben we geen politieke gevangenen in de zin zoals die in autoritair geregeerde landen wel bestaan. Een politieke gevangene is voor mij iemand die wordt gestraft voor zijn overtuiging. Een misdadiger is iemand die andermans lijf en/of goed ruïneert. En dan mag hij best een politieke bedoeling daarbij hebben – net zo goed als iemand die zijn vrouw vermoordt daar zijn redenen voor heeft – maar het blijft moord en doodslag voor Nederlandse begrippen, ongeacht de motivatie. Mijn bedoeling is niet anders dan te bestrijden:

- a. dat Nederland politieke gevangenen heeft;
- b. dat Nederland regiem-gekleurde artsen heeft in de gevangenissen of bij de politie;
- c. dat Nederland zijn gevangenen medisch en sociaal slecht behandelt; en ook
- d. de insinuatie dat Nederland door de RAF-gevangenen als superlevensgevaarlijke criminele elementen te beschouwen op een hellend vlak komt.

Ik zal de laatste zijn die zal beweren dat mensen met hun regering niet van gedachten kunnen veranderen, maar weiger om mee te fantaseren en mee te waarschuwen voor iets waarvoor op dit moment geen grond bestaat in Nederland. Ik zal ook de laatste zijn die zal beweren dat er niets te verbeteren valt met betrekking tot opvang en bewaring van gevangenen, maar zie niet in dat vrije artsenkeuze *in dit verband* en voor deze groep van de bevolking bovenaan moet staan, op grond van de argumentatie naar aanleiding van de RAF-gevangenen.

Zo lang ik het heb over gewone arrestanten en gevangenen in Nederland en anderen schrijven over politieke gevangenen in het buitenland, kunnen we nog lang discussiëren. Over alles wat ik lees over behandeling van politieke gevangenen in het buitenland kan ik evenmin als U sympathie voelen. In menig ontwikkelingsland en in autoritair geregeerde landen worden alle gevangenen inderdaad voor onze begrippen onmenselijk behandeld. Met elk lijdend mens heb ik medelijden en zou wel willen helpen, maar uit eigen ervaring weet ik dat je op dit gebied veel kunt willen maar weinig of niets daadwerkelijk kunt doen. Je kunt hoogstens op allerlei manieren tegen de daar heersende regiem blijven schoppen, daar heb ik geen moeite mee, maar doe dat niet op ongerechtvaardigde gronden tegen het Nederlandse regiem.

Rotterdam, 30 november 1978

H. T. P. Cremers

MEDICUS EN BEOORDELING RIJVAARDIGHEID

**Kanttekeningen bij het artikel van
Dr. H. Blijham in MC nr. 47/1978, blz.
1486.**

Collega Blijham spreekt in zijn artikel over rijvaardigheid. Op gevaar van muggezifterij te worden verdacht wil ik toch het begrip 'rijvaardigheid' nader preciseren, omdat dit verwarring kan wekken.

(Rij)geschiktheid is een medisch begrip en kan alleen door een medicus worden beoordeeld.

(Rij)bekwaamheid is een technisch begrip dat alleen door de rij-examinator en rij-instructeur kan worden beoordeeld. Rijvaardigheid omvat de gebleken geschiktheid plus bekwaamheid.

Zijn opmerking over de tekst van het formulier van de 'Eigen Verklaring' is mij uit het hart gegrepen. Aangezien deze tekst is beschreven in het Wegen Verkeersreglement (WVR) kan wijziging hiervan alleen plaatsvinden bij Koninklijk Besluit. Als geneeskundige van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) heb ik vanaf mijn indiensttreding gewezen op de wenselijkheid van tekstwijziging van het formulier van de 'Eigen Verklaring'. Ook door andere instanties is hierop gewezen; ik verwijs naar het 'Rapport inzake medische geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen', in 1966 uitgebracht door de Gezondheidsraad en later in 1973 in de 'Herziene Richtlijnen Geneeskundige CBR'. Tot nu toe is het bij vrome wensen gebleven.

Onbegrijpelijk voor mij is het door collega Blijham gestelde: 'Verontrustend is het ook dat men kennelijk geen lering wenst te trekken uit de zogenaamde onverklaarbare ongevallen'. Juist in deze gevallen wordt vaak een medisch onderzoek gelast. In gevallen als hierboven beschreven kan de politie (autoriteiten met functie in WVR genoemd) gebruik maken van artikel 18 van de Wegenverkeerswet, namelijk dat bij *vermoeden van ongeschiktheid* de persoon in kwestie gevorderd kan worden een medisch onderzoek te ondergaan. De procedure verloopt administratief via de Geneeskundige CBR. Na verwijzing naar een deskundige (lees: specialist) beslist deze over al dan niet geschikt zijn tot het besturen van motorvoertuigen. De kosten van dit onderzoek worden door het CBR betaald.

Bij gebleken ongeschiktheid wordt dit gemeld aan degene die het rijbewijs heeft afgegeven, dus de Commissaris der Koningin. Deze kan dan het rijbewijs ongeldig verklaren, welke ongeldigverklaring wordt gepubliceerd in de Staatscourant; veertien dagen na de publikatie wordt dan het rijbewijs ingenomen.

Per jaar worden ongeveer 800 gevallen van 'vorderingen' afgewerkt. In circa 40% der gevallen leidt dit tot een ongeschiktheidsverklaring.

Collega Mooij heeft deze materie in 1975 in zijn proefschrift behandeld. Hierin geeft hij enige punten aan, waarin de vorderingsprocedure zijns inziens dient te worden gewijzigd. Hij komt onder meer tot de conclusie dat meer gebruik zou moeten worden gemaakt van deze procedure. Ook spreekt collega Blijham over de 'jaarlijkse rapportering'. Aangezien een huidig rijbewijs in Nederland een geldigheidsduur heeft van vijf jaar en een rijbewijs van kortere duur tot nu toe niet mogelijk is, maakt de Geneeskundige CBR noodgedwongen gebruik van een uitwijkmogelijkheid in deze: het periodieke rapport.

Wat is namelijk het geval: bij aanvragers lijdende aan een ziekte waarbij kans is op progressie en waar de geschiktheid voor een periode van vijf jaar moeilijk is te bepalen, zou de Geneeskundige CBR in zo'n geval tot weigering afgifte Geneeskundige Verklaring moeten overgaan. Om uit deze moeilijkheid te komen wordt in zo'n geval met de aanvrager een 'gentleman's agreement' aangegaan; namelijk periodieke controle door een arts of specialist met inzending van een rapport aan de Geneeskundige CBR, waarbij de aanvrager zich verplicht bij een ongunstige rapportering niet langer gebruik te maken van zijn rijbewijs als zelfstandig chauffeur. Het rijbewijs blijft in zijn bezit, dus ook na een ongunstig rapport.

Soms blijkt bij deze procedure dat periodieke rapportering niet langer nodig is, zodat het periodieke rapport kan vervallen. De kosten van zo'n onderzoek komen voor rekening van de aanvrager.

Op het laatst schrijft collega Blijham over de wenselijkheid van een medisch centrum, toegespitst op de speciale vraagstelling. Dit is ook al genoemd in de rapporten van de Gezondheidsraad. Zelf zou ik ervoor willen pleiten dat zo'n instituut zou worden gecreëerd voor de zogenaamde moeilijke gevallen, te weten: grensgevallen bij keuring; herkeuringsgevallen bij de minister van Verkeer en Waterstaat en vorderingsonderzoek ex. art. 18 WVV. Plannen hieromtrent zijn wel gemaakt, maar zijn tot nu toe helaas nog niet verwezenlijkt.

Rijswijk, 27 november 1978

P. J. Couvée, Geneeskundige CBR



Cursus 'Visies op fysiotherapie' – Op vrijdag 26 en zaterdag 27 januari 1979 organiseert de Nascholingscommissie Huisartsen voor Utrecht en omgeving in samenwerking met de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) Utrecht een cursus 'Visies op fysiotherapie en andere uitwendige geneeswijzen', uitsluitend bestemd voor huisartsen uit de regio Utrecht. Voor de vrijdag staan de volgende onderwerpen op het programma: De therapeutische benadering van de dysbalans van de energiestromingen in het lichaam, en Hoe werkt fysiotherapie en fysiotechniek? Voor de zaterdag: Mensendieck, inleiding over een bewegingstherapie; Inleiding in de chiropraxie, en Wat is manuele therapie? Het cursusgeld bedraagt f 80,— inclusief een maaltijd en consumpties. Inschrijving vóór 31 december a.s. bij de Commissie voor PAOG Utrecht, AZU, Catharijnesingel 101, Utrecht. Tel. 030-373346.

Cursus 'Spoedeisende gevallen' – Op vrijdag 9 en zaterdag 10 februari 1979 organiseert de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) Utrecht een cursus 'Spoedeisende gevallen in de huisartsenpraktijk'. Op het programma voor de vrijdag staan de volgende onderwerpen: anafylaxie; diagnostiek en beleid bij schedelletsels; veel voorkomende intoxicaties (praktische wenken); beleid en opvangmogelijkheden bij acute psychische stoornissen. Voor de zaterdag: bloedingen rond de bevalling; asfyxie en verdere problemen in de eerste dagen na de geboorte; herkenning en behandeling van hyperventilatie, valkuilen bij de diagnostiek; behandeling van snij-, bijt- en brandwonden (nieuwe technieken). De kosten bedragen f 75,— plus f 25,— administratiekosten. Aantal deelnemers: 150. Inschrijving vóór 15 januari 1979 bij de Commissie voor PAOG Utrecht, AZU, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-373346.

Boerhaavecursus – De Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde te Leiden organiseert op 26 en 27 januari 1979 in de Collegezaal Laboratorium voor Fysiologie, Wassenaarseweg 62 te Leiden een cursus 'Oogheelkunde behandelingsmethoden en hun indicatiestelling'. De cursus is bedoeld voor oogartsen en voor assistenten in opleiding tot oogarts. Cursusleiders zijn J. A. Oosterhuis, C. C. Kok-van Alphen, M.

Hogeweg en C. Sterk. Over de volgende thema's zullen voordrachten worden gehouden: 'Lensextractie met kunstlens-implantatie', 'Cornea-aandoeningen', 'Aandoeningen van de traanwegen en de orbita', 'Traumatology of the anterior segment' en 'Traumatology of the posterior segment and infection'. Inlichtingen: Academisch Ziekenhuis Leiden, tel. 070-147222, toestel 2797.

Sexualiteit gehandicapten – De laatste jaren zijn de activiteiten met betrekking tot relatievorming en sexualiteit van de lichamelijke gehandicapte mens toegenomen, en daarmee het aanbod van en de vraag naar literatuur op dit gebied. Teneinde te voldoen aan de vele verzoeken vanuit diverse disciplines om een overzicht, heeft de Landelijke Werkgroep Emancipatie gehandicapte mens en gemeenschap van de NVSH besloten een biografie samen te stellen. Deze was oorspronkelijk bedoeld voor het Nederlandse taalgebied, maar omdat circa 70% van de titels Engelstalig bleek te zijn is het geheel internationaal toegankelijk gemaakt door een tweetalige rubricering. De indeling is als volgt: 1. Lichamelijke gehandicapten zijn; 2. De sociale aspecten van het lichamelijke gehandicapten zijn; 3. Sexualiteit en voortplanting van lichamelijke gehandicapten; 4. Hulpverleningsaspecten bij seksuele revalidatie; 5. Audiovisuele hulpmiddelen; en 6. Andere bibliografieën. De bibliografie kost f 30,— voor instellingen en f 22,50 voor individuele personen, over te maken op giro 690658, H. Slootweg, Gruttoplein 33, 6883 DE Velp.

PAOG-cursus urinewegstenen – Op vrijdag 16 februari 1979 organiseert de Commissie voor Postacademisch Onderwijs van de Rijks Universiteit Utrecht in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht een cursus 'Urinewegstenen' voor internisten, kinderartsen en urologen. Maximaal aantal deelnemers: 200. Het programma vermeldt inleidingen van Dr. J. C. Netelenbos ('Voorkomen van urinewegstenen'), Dr. J. A. Raymakers ('Nieren en calcium'), Dr. O. L. M. Bijvoet ('Kristalgroei en niersteenvorming'), Dr. E. J. Dorhout Mees ('Oxaalzuur- en urinezuurstofwisseling'), Prof. Dr. R. J. Scholtmeijer ('Operatieve behandeling'), Dr. J. Verhoef ('Antimicrobiële behandeling'), Dr. P. G. A. M. Froeling ('Behandeling met zuren'), Dr. W. A. G. Haagsma-Schouten ('Behandeling met cellulosefosfaat') en Dr. J. H. M. Lockefeer ('Behandeling met thiaziden of chloorthalidon'). Cursusleiders zijn Dr. S. A. Duursma en Prof. Dr. J. van der Sluys Veer. Cursusgeld f 135,— plus f 25,— administratiekosten (50% reductie voor een beperkt aantal arts-assistenten). Verdere inlichtingen: Secretariaat PAOG

Utrecht, Academisch Ziekenhuis, interne post 61138, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht, tel. 030-373346/373339 van 9.00-13.00 uur.

Rotterdam: hoge sterfte – In Rotterdam bedraagt het sterftecijfer momenteel 11,4 per 1.000 inwoners, tegenover een landelijk cijfer van 7,9 per 1.000 inwoners. Ook in het hele Rijnmondgebied ligt het sterftecijfer hoger dan in de rest van ons land: 9,3 per 1.000 inwoners. Dit blijkt uit een statistisch bulletin van het Openbaar Lichaam Rijnmond. Omdat er steeds minder kinderen worden geboren en het aantal sterfgevallen omliep, is het geboorte-overschot in het Rijnmondgebied sinds 1965 afgenomen van 9,5 tot 2 per 1.000 inwoners. De daling van het aantal bewoners van Rijnmond komt grotendeels voor rekening van de gemeente Rotterdam.

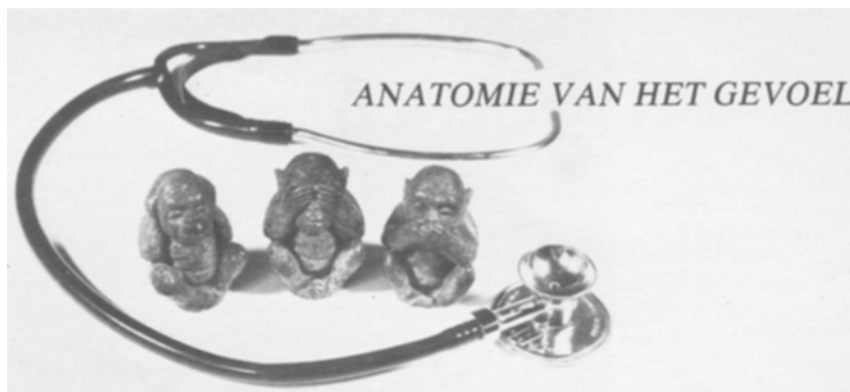
Symposium – De Werkgroep Noord, zich bezighoudende met de Socio-Sexuele Ontwikkeling van Jeugdige Gehandicapten (SSOJG) denkt op 17 februari 1979 een symposium te houden over relatieproblemen van lichamelijke gehandicapten. Plaats: het kinderrevalidatiecentrum 'Lyndensteyn', Hoofdstraat 3 te Beesterzwaag. Aanvang: 10.00 uur. Kosten: f 15,— per persoon (lunch inbegrepen). Geïnteresseerden, gehandicapten en hun directe omgeving, eerstelijns werkers en anderen kunnen zich als deelnemer melden bij de SSOJG, Hooiweg 1, Drachten, tel. 05120-15230. Nadere gegevens en het programma worden bij opgave toegezonden.

'Beweging' '78' – Het oktobernummer van het orgaan van de Vereniging voor Calvinistische Wijsbegeerte (Beweging '78) is gewijd aan ethische vragen rond de moderne geneeskunde. Het betreft hier artikelen over 'Moderne medische machtsmiddelen' (Prof. Dr. Ir. J. H. van Bommel), over 'Medische ethiek in beweging' (Prof. Dr. G. A. Lindeboom), over 'Medische ethiek en euthanasie' (Dr. D. J. Bakker), over 'Abortus provocatus' (Dr. A. W. Mante) en over 'Eugenetica' (Dr. R. W. M. Croughe). Dit themanummer over medische ethiek, twintig pagina's, tellend is te verkrijgen bij het Centrum voor Reformatorische Wijsbegeerte, Postbus 149, Maarssen, telefoon 03465-60945 (f 3,50 inclusief verzendkosten).

Subsidies – De Dr. Saai van Zwanenbergstichting brengt ter kennis van belanghebbenden dat tot 1 maart 1979 gelegenheid bestaat aanvragen voor subsidies in te dienen voor activiteiten die ten doel hebben de creatie van nieuwe geneesmiddelen op enigerlei wijze te bevorderen. Aanvragen kunnen betreffen het financieren van een conferentie of 'workshop' in Nederland of een bijdrage

tot de kosten van een verblijf in een ander instituut en tevens een eenmalige bijdrage in de kosten van onderzoek op experimenteel of klinisch gebied dat gericht is op of van waarde is voor de farmacotherapie in de breedste zin. Bezoek aan congressen en symposia in het algemeen komt niet in aanmerking voor steun. Voor het verkrijgen van een subsidie moet men een schriftelijk verzoek richten, door het hoofd van de afdeling waar gegadigde werkzaam is medeondertekend, aan de voorzitter van de jury, Professor Dr. D. de Wied, Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie, Vondellaan 6, Utrecht, onder vermelding van: a. zijn/haar persoonlijke gegevens, het programma van de conferentie of 'workshop' en een begrotingsvoorstel; b. een omschrijving van het onderzoek, dat hij/zij wil verrichten en de methodes die hij/zij daarbij wil toepassen, alsmede de benodigde financiële middelen; en c. in hoeverre het gestelde doel direct of indirect zal kunnen leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie.

Jaarboek 1977 KISG – De 30% van de Nederlandse bevolking die particulier is verzekerd tegen ziektekosten is vooral verzekerd tegen de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp. Voor de overige te verzekeren risico's (huisartshulp, geneesmiddelen e.d.) bestaat minder belangstelling. Voor verpleging in de klassen II en I is 35% van de particulier verzekerden (naast ongeveer 4% van de ziekenfondsverzekerden) verzekerd. Aldus het Jaarboek 1977 van de Stichting KLOZ Informatiesysteem Gezondheidszorg (KISG), het informatiesysteem van de particuliere ziektekostenverzekeraars in ons land. De gemiddelde verpleegprijs per dag steeg vergeleken met 1976 met 10%. Het aantal ziekenhuisopnames per verzekerde daalde in het algemeen, evenals de gemiddelde verpleegduur per ziekenhuisopname. Als gevolg van een en ander daalde het totaal aantal verpleegdagen en dus ook het gemiddeld aantal verpleegdagen per verzekerde met 4,5% vergeleken met 1976. Deze daling bedraagt naar raming 240.000 verpleegdagen op jaarbasis, ofte wel een minder gebruik van particulier verzekerden. De kosten voor specialistische hulp stegen met 9,7%. Deze stijging werd grotendeels veroorzaakt door een sterke stijging van de consumptie van niet-klinische hulp. Per specialisme verschilt de kostenstijging sterk, van nihil voor KNO tot bijna 25% voor röntgenologie. De kosten voor specialistische hulp voor klasse II-verzekerden bleken veel hoger te zijn dan die voor personen die waren verzekerd in klasse III. Vanwege de onvoldoende specificatie der declaraties van de dienstverleners was het volgens KISG niet mogelijk dit verschil nader te analyseren en te verklaren.

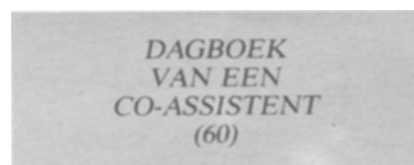


Sluikreclame

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde stond afgelopen week een grote advertentie waarin door het Alouïsiusziekenhuis twee chirurgen werden gevraagd. Toevallig vernam ik van mijn assistent dat er maar één chirurg nodig is. Maar wanneer je er twee vraagt komen er meer sollicitanten op af en heb je een ruimere keuze. Bovendien maak je op deze wijze voor hetzelfde geld – van één advertentie – méér indruk op de huisartsen in de omgeving.

Een ziekenhuis moet immers op goede voet staan met de huisartsen in de directe omgeving. Het Alouïsiusziekenhuis heeft dat begrepen. Met de regelmaat van de klok worden er door de meeste afdelingen 'cursussen' georganiseerd. Die cursussen houden eigenlijk niet zoveel in. Een specialist – dan zien ze het beest ook eens van dichtbij! – houdt een praatje over een of ander onderwerp dat actueel is, maar de materie waarover hij spreekt mag vooral niet té moeilijk of kwetsend (ethische problematiek) zijn. En het belangrijkste is dat de specialist zich precies aan de tijd houdt: drie kwartier en geen minuut langer. Tegen die tijd is de koffie op, die de 'geachte aanwezigen' aan het begin van de 'lezing' hebben gekregen en is het tijd voor een borreltje een hapje. Met dat 'borreltje' en dat 'hapje' neemt het Alouïsiusziekenhuis het niet zo nauw. De hele drankkast wordt ervoor leeggemaakt, de aanwezigen krijgen een keur van allerlei salades en Franse kazen voorgeschoteld; een ieder pakt datgene en die hoeveelheid die hij (net) aankan. Dat is klantenbinding. Maar ook de patiënten en de bezoekers – 'de patiënten van straks' – worden natuurlijk niet vergeten. Hoe oud ons paviljoen ook mag zijn, de entree met zwart-marmeren borstbeelden, grote purperen fluwelen gordijnen en een aquarium met stromend water (het spreekwoord gaat immers: 'Zo gezond als een vis') is waarlijk indrukwekkend. En dan die portiers. Dat zijn stuk voor stuk mannetjes die in een optimale stemming zijn en een hele vitale indruk maken. Toch mankeert er vaak iets aan hen wat zich moeilijk

onder woorden laat brengen. Soms lijken ze iets té mager of net iets té dik. Dan begrijp je het als toekomstig medicus. Dit zijn ex-patiënten! Eén van die portiers is waarschijnlijk een patiënt geweest bij wie een coloncarcinoom is verwijderd, maar wat ziet hij er gezond uit! Eigenlijk moesten ze bordjes op hun borst dragen in de geest van: 'Twintig jaar hartpatiënt, maar nog kerngezond dank zij Dr . . . ' of: 'Ik heb op het randje van de dood gebalanceerd maar ik ben er weer bovenop gekomen met de hulp van Dr . . . ' Die mensen zijn het levende bewijs dat de doktoren van het Alouïsiusziekenhuis vaklieden zijn en geweldige dingen presteren. Want moet je je voorstellen: al die zweterige, klamme bezoekers, puffend aan hun sigaretten en sigaren bestormen de portiers met honderden vragen, en toch houden die portiers hun goede humeur en staan ze een ieder vriendelijk en glimlachend te woord! Daar moeten flinke longen, een stevig hart, gave nieren en kerngezonde



hersens in zitten. Op die manier raak je er als bezoeker en patiënt wel van overtuigd, dat het Alouïsiusziekenhuis het goed met je meent.

Wat is de tijd snel voorbijgegaan! En het ergste is dat ik mij nu geweldig thuis voel. De ziekenhuiswereld is mijn wereld geworden. Ik ben er kind aan huis. Alleen het eten in het ziekenhuisrestaurant kan mijn keel bekoren, alleen de witte steriele muren maken mij rustig, alleen de verpleegsters kunnen mijn ogen strelen. Gesprekken die niet over medicijnen gaan vind ik oninteressant. De politiek kan mij de pot op. Geef mij maar het Alouïsiusziekenhuis.

Alexander van Es

Eerste Kerstdag 1878 – 1978

Het monopolie van de arts

Het was op 25 december 1878 dat Koning Willem III door het plaatsen van zijn handtekening het wetsontwerp regelende de voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van geneeskundige tot wet verhef.

In artikel 1 van deze nu nog vigerende wet wordt bepaald dat zij, die door een afgelegd examen de graad van geneeskundige hebben verkregen, bevoegd zijn de geneeskunst in haar gehele omvang uit te oefenen.

Deze wet, geënt op de Hoger-Onderwijswet van 1876, verving een van Thorbeckes wetten van 1865, welke tijdelijk het verkrijgen van de bevoegdheid regelde.

Een van Thorbeckes andere wetten, namelijk die regelende de uitoefening der geneeskunst en eveneens nog steeds van kracht, bepaalt dat deze uitoefening slechts geoorloofd is aan degenen wie de bevoegdheid daartoe bij de wet is toegekend.

Op grond van beide wetten stellen wij vast, dat het op 25 december 1978 honderd jaar geleden zal zijn dat de Koning het monopolie van de arts bekrachtigde: slechts hem is het vergund de geneeskunst in haar volle omvang uit te oefenen.

Ik kan mij voorstellen dat onze artsen op Eerste Kerstdag aanstaande over deze bijzondere beroepspositie hun gedachten willen laten gaan – hetzij onder de boom, hetzij aan de dis – en ik wil hen in deze beeldvorming bijstaan door een korte schets te geven van de voorgeschiedenis van het monopolie van de arts, over de geschiedenis in deze eeuw en over de mogelijke ontwikkeling in de toekomst.

door *Prof. Dr. P. Muntendam*



Voorgeschiedenis

De voorgeschiedenis beginnen wij twee eeuwen geleden. De doctores medicinae, de abituriënten derhalve van de hogescholen, waren in de Collegia Medica verenigd, terwijl de gilden de verbonden vormden voor vakbeoefenaren met beperktere opleiding, zoals chirurgijns, apothekers, drogisten, oog- en tandmeesters, alsmede de vroedvrouwen en vroedmeesters. Zoals bekend was een van de voorname functies van de gilden de bewaking van de kwaliteit van het produkt, hetgeen eveneens gold voor de genoemde organisaties van geneeskundigen en daarmee samenwerkende krachten. Deze kwaliteitsbewaking werd in de steden soms ondersteund door stedelijke ordonnantieën, waarbij enig toezicht althans op papier aanwezig was. Maar alle bestaande organisaties ten spijt moet worden vastgesteld dat aan het einde van de achttiende eeuw grote groepen van de Nederlandse bevolking – met name de armen ten plattelande – verstoken waren van enige geneeskundige zorg en overgeleverd aan de kwakzalver die er de vrije markt had.

Ten tijde van de Franse revolutie werden niet alleen de gilden opgeheven maar ook kwam een einde aan het functioneren der Collegia Medica. Een vacuüm in het toezicht op de geneeskundige zorg dreigde te ontstaan en het was daarom een daad van wijs beleid dat Dr. Med. Jan van Heekeren zich in 1799 richtte tot Van der Palen, Agent van Nationale Opvoeding, met een rapport waarin geadviseerd werd departementale en plaatselijke Commissies van Onderzoek en Toezicht in te stellen. Bij Verordening van het Staatsbewind werden deze commissies in 1804 ingesteld. Na de Franse overheersing werd in 1818 dit toezicht op Nederlandse grondslag geregeld, doch men kan stellen met evenveel onvolkomenheden als voordien.

Het toezicht werd als bijfunctie uitgeoefend door artsen, die in hun Toezicht bepaald niet tot objectief oordelen in staat bleken te zijn. En ook het onderzoek, het eerste deel van de titel, namelijk het onderzoek naar de bekwaamheid van de geneeskunstbeoefenaren die geen universitaire doctores medicinae waren, liet alles te wensen over, terwijl de verbinding met het ministerie (van Binnenlandse Zaken) niet functioneerde. Dit alles betekende dat in een periode van economische depressie en uitgebreide armoede in Nederland, praktisch alleen de beter-gesitueerden – met name de inwoners der steden waar ook de hoger gekwalificeerde geneeskunstbeoefenaren gevestigd waren – een redelijke geneeskundige behandeling deelachtig konden worden. En verder bleven zeer vele Nederlanders, vooral de inwoners van

armoedige plattelandstreken die zelfs verstoken waren van de hulp van plattelandsheermeesters, voor hun geneeskundige hulp overgeleverd aan de kwakzalvers. Deze volksbedriegers vormden een ernstige bedreiging voor de gezondheid der inwoners en het is dan ook niet te verwonderen dat de negentiende eeuw zich kenmerkt door pogingen van de centrale overheid om een einde te maken aan deze misdadige wantoestanden.

‘Handlangers’

Niet aanstonds zien wij in deze pogingen het streven om door het regelen van opleiding en examen de bevoegdheid te leggen in de handen van één soort beroepsbeoefenaren, de artsen. Zo treft men in het ontwerp van 1857 nog naast de ‘doctoren’ de geneesmeesters aan (en de vroedvrouwen die gelukkig in de wet zijn gebleven), terwijl een artikel aangeeft dat de geneeskunstbeoefenaren zich kunnen laten bijstaan door ‘handlangers’, die geen andere hulp mogen verlenen dan het zetten van bloedzuigers, koppen of lavementen en het aanleggen van ‘eenvoudig dekkende verbanden.’ Uit de Kamerhandelingen blijkt dat niet zelden deze handlangers zelfstandig te werk gaan en het terrein van de kwakzalverij betreden. Maar tevens blijkt uit het Voorlopig Verslag van 1858 hoezeer men de pogingen tot bestrijding van de kwakzalverij door beroepsbescherming van de arts toejuicht. Men onderschrijft het standpunt dat het geneeskundig toezicht, zoals bij de wet van 1818 ingesteld, volstrekt onvoldoende is, hetgeen als volgt onder woorden wordt gebracht:

‘Toenemend is de magteloosheid van het geneeskundig toezicht om de kwakzalverij te fnuiken en misbruik van allerlei aard tegen te gaan.’ Hoewel tal van Kamerleden de bevoogding van de artsen in de vier ontwerpen van wet te ver ging en men er te veel verplichtingen, regelingen en vooral strafbepalingen voor de arts in aantrof, was men toch algemeen van oordeel dat een volstrekt ‘laissez aller’-beginsel terzake van de geneeskundige zorg niet meer aanvaardbaar en een verantwoordelijkheid daarvoor van de regering niet te missen was. Nog eens het Voorlopig Verslag; we laten die leden aan het woord die zich in

beginsel wel met de voorgestelde regelingen konden verenigen: *‘De kwakzalverij zou gefnuikt, de verkoop van geheime geneesmiddelen tegengegaan en het heil der onbevoegde personen die als magnetiseurs, piskijkers, oliekoopers, oogmeesters, breukmeesters, jicht- en vieldokters en dergelijken velerlei kwaad stichten, vanzelf verdwijnen.’* Velen waren ervan overtuigd dat met het toekennen van bevoegdheid op grond van opleiding tot het uitoefenen van de geneeskunst, het strafbaar stellen van onbevoegde uitoefening der geneeskunst en het in dezen ten onrechte aankondigen van een bevoegdheid die men niet bezit alle euvels op het gebied van de kwakzalverij zouden worden uitgeroeid. Veel discussie is er geweest over de vraag welke beoefenaren van de geneeskunst nu bij wet zouden worden toegelaten. De meerderheid van de Tweede Kamer kwam tot de slotsom (Voorlopig Verslag) *‘dat er slechts één stand van gegradueerde geneeskunstbeoefenaren moest bestaan, allen gelijke bevoegdheid tot uitoefening der kunst in haren geheelen omvang bezittende.’* Interessant was nog de opmerking in het Voorlopig Verslag van 1859 op een inmiddels gewijzigd ontwerp, waarin enkelen pleitten voor het houden van watergeneeskunst en de ‘hydropathische’ inrichtingen buiten de wetsbepalingen. ‘Neen’, zegt de meerderheid van de Kamer, willen de artsen magnetisme of waterbehandeling toepassen, dan is dat de arts toegestaan maar de onbevoegde niet.

Verenigd

Thorbecke had zich reeds tijdens zijn eerste ministerschap met deze aangelegenheid bezig gehouden, mede naar aanleiding van de rapportering door een door Koning Willem II in 1841 ingestelde Staatscommissie en zeker ook door de activiteiten van de medici die zich in 1849 verenigden in de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. In 1863 tijdens het tweede ministerie-Thorbecke werden de vier wetsontwerpen – tezamen genoemd de geneeskundige wetgeving – opnieuw ingediend en zij zouden als Thorbeckes wetten op 1 juni 1865 in de Staatsbladen verschijnen. Uit de

slotfase van de behandeling der ontwerpen willen wij nog enkele uitspraken aanhalen om duidelijk te maken hoezeer het in te stellen monopolie van de arts als het middel werd gezien om de kwakzalverij te bestrijden, al twijfelden wel enkelen aan de doelmatigheid van het middel. Ik laat het Tweede Kamerlid, de heer Van Bosse aan het woord over de kwakzalverij: *‘Nu geloof ik, dat men veel kan doen in de wereld, maar dat men door eene wet de kwakzalverij kan uitroeijen, betwijfel ik, want altijd zal het spreekwoord waar blijven: ‘mundus vult decipi.’* Het lid van de Kamer, de heer Godefroi, arts, staat achter Thorbecke. Nadrukkelijk stelt hij dat in het belang van de bevolking dit wetsontwerp een monopoliepositie toekent aan de arts en dat ter bescherming van dit monopolie ook slechts de geneeskundige in het openbaar mag aankondigen dat hij de geneeskunst uitoefent. Wil men dit niet, dan geeft men vrij spel aan de kwakzalverij en aan haar concurrentie, aldus Godefroi. *‘Men moet of willen het monopolie, of volkomen vrijheid.’* Of anders uitgedrukt, ik citeer de spreker opnieuw: *‘Il faut qu’une porte soit ouverte ou fermée.’* Laten wij deze fase van het tot stand komen van Thorbecke’s wetten mogen afsluiten met uitspraken van de bewindsman tijdens de zitting van de Tweede Kamer in maart 1865. De minister ziet zeer wel in dat de wet geen panacée tegen de kwakzalverij zal vormen maar toch hoopt hij althans voor een deel het kwaad der kwakzalverij weg te nemen. En tijdens deze Kamerzitting op 21 maart 1865 zegt de bewindsman *‘geen vriend te zijn van monopolie, maar een vijand’*. Maar bijna 25 jaar aandringen op deze regeling (hij refereert aan de Staatscommissie van 1841) laat hem geen andere mogelijkheid om de kwakzalverij te weren, één van de hoofdredenen tot het ontwerpen van deze wettelijke regeling. Alvorens de historie te vervolgen nog een enkele opmerking over de bewoording van het wetsartikel waarin de arts de bevoegdheid krijgt de geneeskunst in haar gehele omvang uit te oefenen. Men moet denken aan het tijdvak waarin deze wet en de nu merkwaardig aandoende redactie van het betreffende artikel tot stand kwam, een tijdvak waarin men

erkende specialismen niet kende. Wel onderscheidde men de genees-, heel- en verloskunde, maar men ging van het beginsel uit dat de arts zich niet dan noodgedwongen zal wagen aan ingrepen en handelingen waarop zijn opleiding niet was gericht en die het leven van de patiënt in gevaar zouden brengen. Het vertrouwen dat in de arts gesteld werd, moge onder meer blijken uit hetgeen de minister van Binnenlandse Zaken Tets in de Memorie van Toelichting op het wetsontwerp van 1858 schreef over de arts die zich gesteld ziet tegenover de casus waarin hij zich onvoldoende bekwaam voelt:

'De ondervinding leert, dat hij, die in dien toestand verkeert, het belang van zijn medemensch en de rust van zijn gemoed niet opoffert aan valsche schaarnte, en zich doorgaans tot een of meer kunstbroeders wendt, wien de zaak beter toevertrouwd is.

Bevoegdheid/bekwaamheid

Het valt op dat in de Wet van 1865 en ook in de daaraan voorafgaande ontwerpen, het monopolie steeds wordt ingebed in het begrip *bevoegdheid* en dat nergens gesproken wordt over *bekwaamheid*. Ook de heden vigerende wet kent dit begrip niet, doch leidt dit af uit de genoten opleiding en de afgelegde examens. Slechts in het Academisch Statuut lezen wij dat het artsexamen omvat het onderzoek van (bedoeld zal zijn 'naar') de bekwaamheid en de geschiktheid tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst. Men kan hierop aansluitend de vraag stellen of de arts handelingen mag verrichten op een terrein waar de universitaire opleiding niet in voorziet, bijvoorbeeld in de toepassing van niet-onderwezen alternatieve geneeswijzen. De Hoge Raad heeft in een aantal arresten daarover geen twijfel laten bestaan: de arts is bevoegd de geneeskunst in haar gehele omvang uit te oefenen, ook indien de bekwaamheid op bepaalde onderdelen niet blijkt uit het programma van zijn opleiding. In Thorbeckes geneeskundige wetgeving en in de daarop aansluitende Wet van 1878, stond de kwaliteitsbewaking van de geneeskundige zorg en daarmee de strijd tegen de kwakzalverij centraal. Al spoedig worden wij echter in de daarop volgende decennia van de

negentiende eeuw herinnerd aan de in het parlement uitgesproken twijfel of de bij de wet ingevoerde en geregelde monopoliepositie van de arts wel in staat zou blijken te zijn de kwakzalverij uit te roeien, en wij komen spoedig tot de conclusie, dat het monopolie zijn schaduwen vooruit wierp, schaduwen welke contouren in het begin van de twintigste eeuw steeds scherper zichtbaar werden. Lang heeft men op het effect van deze schaduwen niet hoeven te wachten. Zij, die hun twijfel hadden uitgesproken over het middel van de monopolisering der geneeskunstbeoefening ter bestrijding van de kwakzalverij, bleken reeds spoedig gelijk te krijgen. De onbevoegde uitoefening der geneeskunst bleef in ruime omvang bestaan ondanks (of dank zij?) het bepaalde in art. 436 van het Wetboek voor Strafrecht. Een aantal redenen hiervoor is gemakkelijk aan te geven. Nog steeds bleven grote delen van het platteland verstoken van deskundige medische verzorging, zodat in deze regio's – vaak gekenmerkt door armoede en isolement – zonder vestigingspremies van de overheid geen artsen waren aan te trekken. Voorts dient men te bedenken, dat weliswaar de medische kennis en het kunnen snel voortschreed, maar dat de uit de vorige eeuw voortkomende specialisatie slechts voor weinigen financieel bereikbaar was. Slechts een beperkt aantal ziekenfondsen had de verwijzing naar de specialist in die dagen in het verstrekkingenpakket en de Armenwet werkte op het terrein van de medische verzorging in deze bepaald niet bevorderend. Herhaaldelijk was – als de officiële geneeskundige bijstand tekort schoot –, de behoefte om elders hulp te zoeken, aanwezig. De weg naar de onbevoegde was niet zelden de enige uitweg en de genezer die door zijn soms suggestieve kracht ook op successen kon bogen, had daarenboven nog het voordeel van wat wij tegenwoordig zouden noemen de 'under-dog' positie. Dit beeld werd gecompleteerd door een ontwikkeling welke naar mijn gevoelen door de wetgever uit de vorige eeuw niet was voorzien. Het was namelijk niet zelden de rechtelijke macht die in haar vervolgingsbeleid bepaald geen 'macht' manifesteerde, doch eerder een zekere tolerantie, begrip voor de

hulp die elders werd ingeroepen, begrip voor de hulp die daarop werd verleend. Een milde straf, een lichte boete, was vaak het vonnis dat niet als straf werd ervaren maar waarmee niet zelden reclame werd gemaakt. De duizenden overtredingen per dag maakten daarenboven een enigszins adequaat vervolgingsbeleid onmogelijk.

Merkwaardig

Het was dan ook merkwaardig dat juist van juridische zijde al in de aanvang van deze eeuw de strijd tegen de bestaande wetgeving werd aangebonden en niet door de eersten de besten. Als 'de drie H's' zouden zij in de historie van de medische wetgeving hun plaats innemen, namelijk Van Houten, Van Hamel en Van Holthe tot Echten, respectievelijk oud-minister van Binnenlandse Zaken, oud-hoogleraar te Amsterdam en lid van de Tweede Kamer, raadsheer in het Gerechtshof te Den Haag. Reeds vóór het begin van de eerste wereldoorlog, in 1913, richtten zij een adres tot de koningin. In dit adres vroegen zij: *'... eene wijziging van de betrokken wettelijke bepalingen tot stand te willen brengen, die ... meerdere vrijheid in de uitoefening van geneeskunst ... tot stand brengt.'*

De eerste toelichting op hun verzoek luidt:

'de menschheid vrij te laten behandeling te zoeken daar waar zij zulks wenscht en leniging of genezing van kwalen meent te zullen vinden ...'

Het adres van 'de drie H's' werd door de regering om advies gezonden aan de Centrale Gezondheidsraad, die in 1916 rapporteerde en adviseerde onder meer in de volgende zin: *'een wijziging van de betrokken wettelijke bepalingen tot stand te brengen die meerdere vrijheid in de uitoefening van geneeskunst kan bieden.'*

Aan deze invloedrijke stemmen kon de regering niet voorbijgaan en zij stelde twee staatscommissies in ter bestudering van en rapportering over deze gecompliceerde problematiek. Zouden inderdaad na een halve eeuw de beginselen van Thorbecke weer overboord gegooid moeten worden? Eén commissie, (de juridische) onder voorzitterschap van Van Houten zou zich moeten uitspreken over een

herziening van de wetgeving, terwijl de medische onder voorzitterschap van de Utrechtse hoogleraar Prof. Pekelharing een onderzoek zou instellen naar het effect van behandeling door niet-bevoegden. Wat te verwachten was geschiedde: twee volstrekt tegenstrijdige adviezen welke zich niet lieten integreren. Het advies van de medische commissie was volledig afwijzend. Het met zo veel moeite bevochten monopolie van de arts moest gehandhaafd blijven ter bescherming van de gezondheid van het individu. De mens moest tegen zichzelf beschermd worden, aldus de gangbare medische opvatting. De juridische commissie daarentegen stelde een wetswijziging voor, waardoor ook anderen dan de bevoegden vrijheid zouden krijgen hulp tot herstel van de gezondheid te verlenen als deze zou worden ingeroepen. Interessant in dit voorstel tot wetswijziging is dat de opstellers hiervan toch een beperking van het terrein voor de onbevoegden voorstellen, namelijk een verbod tot:

1. vergiften en bedwelmende middelen voor te schrijven;
2. de verloskunde uit te oefenen;
3. inentingen te doen;
4. heelkundige, operatiën te verrichten;
5. syphilis, gonorrhoe of zachten sjanker te behandelen.

Een verdere beperking, bijvoorbeeld met de besmettelijke ziekten en kanker, achtte men niet nodig omdat de herkenning daarvan moeilijkheden biedt, zelfs voor artsen.

Eigen ervaring

De regering kon met deze adviezen niets doen en deed er dan ook niets mee. Een periode van betrekkelijke rust, durende tot na de tweede wereldoorlog, brak aan. Een korte flits uit eigen ervaring in deze decennia wil ik geven ter verduidelijking van de ontwikkeling. Als huisarts in een Drents veendorp viel ik binnen de actieradius van het beruchte 'Staphorster boertje'. Ik wist van patiënten die daar heen gingen en ik heb daarmee nooit moeilijkheden gehad. Als men bij mijn hulp geen baat vond, mag men de hulpbehoevende dan verbieden die hulp elders te gaan zoeken? Wel trachtte ik te voorkomen dat men het in het geheim deed,

waartoe een gesprek om op de risico's te wijzen noodzakelijk was. Maar ook anderen, met name predikanten, konden ermee overweg. Een zelf met koemest op de borst van een tuberculoselidder vormde wel het hoogtepunt uit mijn praktijkervaringen op dit terrein. Later in de dertiger en veertiger jaren, ondervond ik als inspecteur van de volksgezondheid meer problemen waarvan ik er slechts één wil noemen. De bedriegerij met de waardeloze 'kastjes' tegen aardstralen die tegen grof geld werden verkocht. Ik beklagde mij bij de officier van justitie over het zwakke of afwezige vervolgingsbeleid. 'Wat wilt u' was het antwoord 'als men in ministeries en paleizen deze kastjes heeft staan.' Inderdaad, het 'mundus vult decipi' geldt voor alle tijden, voor verleden en toekomst en voor allen.

Wij komen nu in de fase van de jongste geschiedenis die wij in 1950 laten beginnen te Maastricht, alwaar de magnetiseur Lemmen terecht staat wegens onbevoegde uitoefening der geneeskunst. Hier spelen de problematiek en de emotie weer in alle hevigheid en de getuigen à décharge uit de hoogste sociale klassen vertellen de rechter hoezeer zij baat vonden bij de behandeling door deze 'paranormaal begaafde'. Belangwekkende casus ook door de stelling van de Hoge Raad in deze: *'dat de rechter niet enig gebied van de geneeskunde of enige wijze van genezen aan de uitoefening van geneeskunst onttrokken zou kunnen rekenen, zolang niet de wetgever voor zodanig deel in nadere regeling zal zijn getreden.'* Velen zagen in dit arrest een soort aanbeveling van ons hoogste rechtscollege om de wet te wijzigen en het verwondert ons niet, dat ook de Tweede Kamer zich roerde door middel van vragen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waaronder de volgende: *'welke stappen gedaan zijn of nodig geacht worden in verband met deze, de gemoederen kennelijk beroerende kwestie.'* Evenals 40 jaar tevoren wendt de regering zich tot haar adviesorgaan, de Gezondheidsraad, en het is nu dit orgaan dat opnieuw de aandacht vestigt op het stelsel zoals dit door 'de drie H's' in hun adres was ontwikkeld, namelijk om ook onbevoegden in de gelegenheid te stellen te 'genezen', doch bepaalde handelingen en

bemoeiingen ten aanzien van bepaalde ziekten voor hen als verboden terrein aan te geven.

Dit stelsel werd ook wel het Scandinavische stelsel genoemd omdat men er daar – met name in Denemarken en Noorwegen – ervaring mee had. Wel was daar het gebied van ziekten waarop de onbevoegden werkzaam mochten zijn belangrijk beperkter dan in het adres van 'de drie H's', terwijl het toebrengen van schade strafbaar was. Hiertegen zou in ons land wel bezwaar bestaan aangezien het adagium 'zonder schuld geen straf' de beklagde steeds het verweer zou bieden niet te hebben geweten een hulpvragende te behandelen die aan een der in de wet genoemde ziekten leed; hij was immers niet in staat dit vast te stellen omdat hij daartoe niet is opgeleid.

Dit advies van de Gezondheidsraad was voor de regering aanleiding een interdepartementale ambtelijke werkgroep (Volksgezondheid-justitie-Onderwijs) in te stellen om voorstellen te doen tot wijziging van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst in de zin van het stelsel, zoals was voorgesteld door de Gezondheidsraad. Ter verduidelijking zij hieraan toegevoegd dat dit een wezenlijk verschil inhoudt met het Duitse stelsel van de 'Heilpraktiker', de 'volksgenezer'. Hierbij wordt immers een vergunning verleend aan een in beperkte zin opgeleide genezer, terwijl in het Scandinavische stelsel de 'niet bevoegde' genezer onbevoegd blijft. Wij komen hierop aanstonds terug.

Interessant

Interessant was het gesprek, begin 1963, met vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Wederom waren de artsen gelijk een halve eeuw tevoren volstrekt afwijzend tegenover iedere suggestie om het monopolie aan te tasten.

In de eerste plaats zijn zij van mening dat ten onrechte gesteld wordt, dat het monopolie van de arts niet in het rechtsbewustzijn van de bevolking leeft en men is ervan overtuigd, dat slechts een klein deel van de bevolking zijn heil zoekt bij onbevoegden. Men verwacht van de voorgestelde wettelijke regeling

echter een stimulering van de onbevoegde geneeskunstbeoefening. Wel wil men de vrijheid van het individu erkennen om herstel te zoeken waar men dit wenst, maar gelijk een eeuw tevoren stelt men dat de wetgever de mens tegen zichzelf moet beschermen, hetgeen kan geschieden door hem die kansen tot genezing te bieden, waarbij op grond van de wetenschap gevormde beoefenaren hun kunde in kunst toepassen.

Ondanks dit ongewijzigde standpunt van de Maatschappij laat de regering de gedachte aan de aantasting van het monopolie niet los. Het ontwerp van de vorgenoemde werkgroep wordt nog niet als wetsontwerp aan de Kamer aangeboden maar een breed samengestelde commissie onder voorzitterschap van het lid van de Hoge Raad, Mr. Peters, wordt ingesteld om deze aangelegenheid verder te bestuderen en voor te bereiden. Ook deze commissie komt met een voorstel, gebaseerd op het Scandinavische stelsel.

Dat ook deze commissie weer door een nieuwe commissie (onder voorzitterschap van Mr. De Vreeze) is gevolgd werd veroorzaakt door de omstandigheid dat de regering in de tweede helft van de zestiger jaren besloot om aan de hand van het rapport-Peters nu tot een volledige herziening van de medische wetgeving, inclusief de tuchtwetregeling, te komen en met name te overwegen ook de uitoefening van specialismen binnen een wettelijke kader te brengen. Immers, nog altijd bestaat de bevoegdheid van de arts om de geneeskunst in volle

omvang te mogen beoefenen, zij het dat deze 'volle omvang' wel beperkt wordt door eigen verantwoordelijkheid van de arts en voorts door het zonodig – repressief weliswaar – ingrijpen van straf- en tuchtrechter.

Eén nieuwe wet

De Staatscommissie-De Vreeze, officieel Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening geheten, bracht haar rapport in 1973 uit. Hierin wordt voorgesteld de huidige wetten op het terrein van de uitoefening der geneeskunst te vervangen door één nieuwe Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). In dit wetsvoorstel wordt het artsenmonopolie verlaten, de titelbescherming wordt voor gekwalificeerden ingevoerd en er zullen niet-gekwalificeerden zonder titel werkzaam mogen zijn op het gebied van de gezondheidszorg behoudens op de door hen verboden terreinen als chirurgie, verloskunde, tandheelkunde enz.

Verlaten werd de aanbeveling uit het advies-Peters om de niet gekwalificeerden te verbieden patiënten, lijdende aan bepaalde bij de wet te noemen ziekten te behandelen, één en ander mede op grond van de eerder genoemde juridische overwegingen.

Het advies van de commissie-De Vreeze wordt ten departemente door een juridische werkgroep uitgewerkt en het zal zeker nog geruime tijd duren alvorens wetsontwerp met uitvoeringsmaatregelen waarin de

beginselen van uitoefening der geneeskunst in bepaalde bij de wet genoemde beroepen en hulpverlening door niet-gekwalificeerden gereed zal zijn. Vermeldenswaard is echter dat in deze juridische groep ook de KNMG vertegenwoordigd is.

Betekent dit dat ook in de beroepsorganisatie van de geneeskundigen het beginsel aanvaard wordt, dat – met bewaking van de gezondheid en de daarop gerichte zorg – de hulpzoekende de vrijheid geboden moet worden de 'leniging of genezing van kwalen' daar te zoeken waar hij dit wenst, zoals Van Houten, Van Hamel en Van Holthe tot Echten dit reeds aan Koningin Wilhelmina in 1913 verzochten te willen bevorderen? Betekent dit dat het monopolie tot uitoefening der geneeskunst niet meer past in de moderne opvattingen over rechten en vrijheid van de mens en derhalve verlaten zal worden?

Wetgever, parlement, bevolking en beroepsorganisatie van geneeskundigen zullen ons op deze vragen in het komende decennium moeten antwoorden. De tijd van het monopolie als uitgangspunt van de bestrijding der kwakzalverij ligt niet slechts schijnbaar, maar ook blijkbaar achter ons. De instelling in 1977 van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen door de staatssecretaris van Volksgezondheid, in aansluiting op de rapporten van de commissies-Peters en De Vreeze, kan tevens als een aanwijzing in deze richting worden beschouwd. Niettemin zij de Nederlandse artsen een goed Kerstfeest en een gezegend Nieuwjaar door de schrijver toegewenst.

PRAKTIJKPERIKELN

Eigen bijdrage

In de weekenddienst kreeg ik herhaaldelijk te maken met X, een alcoholist, die van alles probeerde – onder meer met suïcidedreigementen – om opgenomen te worden. Vrijwillige opname was steeds op een fiasco uitgelopen. Zonder machtiging – waar hij nog niet aan toe was – weigerde iedere bekende inrichting opname. Ook dit weekend belde een boze dochter of hij opgenomen kon worden wegens een zelfmoordpoging. Ik verzekerde haar dat er geen opname in zat, maar dat ze met de patiënt bij me kon komen. De volgende middag vroeg een serene vrouwenstem namens de begrafenisvereniging Memento Mori door de telefoon of ik dienst deed. Patiënt X had volgens een volkomen overstuurd zijnde buurman suïcide gepleegd en er was nog geen dokter bij geweest.

Met hartkloppingen en heftige schuldgevoelens vloog ik naar het adres van X. Een magere ongeschoren man deed open. 'Wat' riep ik 'heb je zelf de begrafenisondernemer gebeld?'. 'Natuurlijk', zei X 'kun je dan niet ruiken dat ik zat ben?'

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

Nascholing thuis

Terugblik op een zelfevaluatiecyclus

Inleiding

Over de noodzaak van nascholing is vrijwel iedereen het eens. Reeds lange tijd worden echter discussies gevoerd over de vorm en inhoud van nascholingsprogramma's voor artsen. Veel van deze programma's vinden plaats in centra. Van artsen wordt dan verwacht dat zij zich voor het volgen van cursussen vrijmaken uit de praktijk. Het is duidelijk dat dit niet altijd mogelijk is. Een alternatief is dat het onderwijs wordt verplaatst naar de huisartsen thuis.

Zelfevaluatie-programma's krijgen steeds meer voet aan de grond en lijken een eigen plaats in te nemen in het geheel van nascholingsactiviteiten (Van der Lugt, 1976). Een zelfevaluatie-programma heeft het grote voordeel dat de arts in eigen omgeving en in eigen tempo het onderwijsmateriaal kan bestuderen. Het opsturen van antwoorden op vragen en het terug ontvangen van overzichten van antwoorden van collega's en deskundigen biedt de deelnemers de mogelijkheid zichzelf te toetsen en –zo nodig– gerichte nascholingsactiviteiten te ondernemen.

De Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs en de Stichting Nascholing Huisartsen vonden elkaar in een project, waarin een reeds beproefd zelfevaluatie-programma uit Groot-Brittannië in Nederland werd uitgevoerd. Financieel werd het mogelijk gemaakt door The Boots Company die ook de Britse uitvoering had gefinancierd. De gelegenheid werd aangegrepen om een onderzoek te verrichten naar de bruikbaarheid van dit programma. Over de resultaten hiervan willen wij rapporteren.

door **J. A. Smal**
en **A. W. Broekmans**



J. A. Smal (l.) is medewerker van de Vakgroep Onderzoek en Ontwikkeling Medisch Onderwijs aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. A. W. Broekmans is arts-assistent Afdeling Algemene Interne Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis te Leiden en destijds coördinator van de 'Zelfevaluatiecyclus Huisartsen 1976/1977'.

Het programma

Vanaf oktober 1976 werd aan alle Nederlandse huisartsen en huisartsen in opleiding een schriftelijk nascholingsprogramma toegezonden in de vorm van zes maandelijks afleveringen. Het programma kreeg als titel: 'Zelfevaluatiecyclus Huisartsen 1976/1977: Nascholing Thuis'.

In de cyclus werd een ziektegeschiedenis aangeboden die zich van aflevering tot aflevering ontwikkelde tot telkens nieuwe problemen. In elke aflevering werd aan de deelnemers gevraagd welke informatie – uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek en aanvullend laboratoriumonderzoek –

noodzakelijk was voor het oplossen van het probleem en welke maatregelen gewenst waren bij de behandeling van de patiënt. De antwoorden konden worden gekozen uit een totaal van 160 opties (verdeeld over verschillende rubrieken) op een voorbedrukte antwoordkaart (*figuur 1* op volg. blz.). De anonimiteit van de deelnemer werd gegarandeerd door gebruik te maken van een – door de deelnemer zelf samen te stellen – codenummer. Dit codenummer bevatte onder andere gegevens over praktijkgrootte, aantal jaren ervaring en provincie van praktijkuitoefening, teneinde later de antwoorden van verschillende subgroepen te kunnen vergelijken.

De antwoorden van de inzenders werden vermeld in elke volgende aflevering. Elke deelnemer kon dan zijn eigen antwoorden vergelijken met die van de overige huisartsen. Daarnaast werd een oplossing gegeven door een panel.

Het panel

De tekst en opgaven van elke aflevering (*zie tabel 1*) werden vertaald en geredigeerd door een

Tabel 1. Inhoud zelfevaluatiecyclus

Een huisvrouw van 32 jaar, getrouwd en moeder van drie kinderen, waarbij de volgende problemen ontstonden:

- Aflevering 1 – Erythema nodosum
 - Aflevering 2 – Sarcoidosis
 - Aflevering 3 – Niersteenkoliëk
 - Aflevering 4 – Depressie – Diagnostiek
 - Aflevering 5 – Depressie – Therapie
 - Aflevering 6 – Afsluiting Slotenquête
-

Deel 1		3. Zou aanvullend lichamelijk onderzoek relevant zijn in dit stadium? Zo ja, omcirkel de desbetreffende nummers		Haematologisch onderzoek	
1. Wat is de meest voor de hand liggende diagnose voor de pijn van Mevrouw A.W.		Tractus circulatorius		Tractus respiratorius	
2. Zijn er nog punten waarop U anamnesticus is en zou willen gaan? Zo ja, omcirkel de desbetreffende nummers. Zo niet, schrijf dan neen op Uw antwoordkaart (Deel 2)		54. bloeddruk		70. longen	
		55. halsslagaderen		71. keel	
		56. lieslagaderen		72. trachea	
		57. hart		Algemeen	
		58. centrale veneuze druk		73. lichaamsbouw	
		59. radialis puls		74. pijnlijke skelet (delen)	
		60. perifere pulsaties		75. mammae	
		Tractus gastro-intestinalis		76. teken van chvostek	
		61. abdomen		77. uitwendig oogonderzoek	
		62. darmgeruisen		78. oedeem	
		63. rectaal onderzoek		79. vingernagels	
		Tractus urogenitalis		80. haar	
		64. vaginaal onderzoek		81. gewrichten	
		Zenuwstelsel		82. geelzucht	
		65. hersenzenuwen		83. lymfeklieren	
		66. oren		84. slijmvliezen	
		67. oogfundus		85. huid	
		68. pupilverflexen		86. lichaamstemperatuur	
		69. reflexen		87. gewicht	
				88. andere (specificeer)	
		4. Zou U nog verder laboratoriumonderzoek laten doen? Zo ja, omcirkel de desbetreffende nummers		Radiologisch onderzoek	
		Bloedonderzoek		127. buikoverzicht (liggend)	
		89. zure fosfatase		128. buikoverzicht (staand)	
		90. alkalische fosfatase		129. colon	
		91. bilirubine		130. maag-duodenum	
		92. calcium		131. slokdarm	
		93. chloor, kalium en natrium		132. thorax	
		94. cholesterol		5. Zou U in het huidige stadium geneesmiddelen voor- schrijven of aanbevelen?	
		95. creatinine		151. Neen	
		96. glucose		152. Ja, welke?	
		97. SGPT		6. Wat zouden de volgende stappen zijn in Uw beleid bij deze patiënte? Omcirkel een of meer punten en vul de tijd-duur in waar dat nodig is	
		98. SGOT		153. geen verdere controle van deze patiënte	
		99. LDH		154. geen verdere actie tot het resultaat bekend is van de onderzoeken	
		100. lipidspectrum		155. patiënte vragen terug te komen over dagen	
		101. PBI, T ₃ of T ₄		156. patiënte thuis bezoeken over dagen	
		102. eiwit spectrum		157. verwijzen naar specialist(en). Welke specialisten?	
		103. triglyceriden		158. specialist thuis bij patiënte in consult vragen	
				159. patiënte laten opnemen in het ziekenhuis	
				160. andere (specificeer)	
				112. bloedingstijd	
				113. bloeduistrijkje	
				114. stollingstijd	
</					

* De huisartsen H. L. van Amerongen, Rotterdam; Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Lent; P. J. E. van Rijn, Rheden; F. A. van Spanje, Rotterdam; voorts de internist L. Kuenen, Leiden.

grote mate de richting waarin de ziektegeschiedenis zich kon ontwikkelen.

De panelleden wilden zich uitdrukkelijk niet opstellen als deskundigen die het juiste antwoord in petto hadden. Op veel momenten moest voor de voortgang van de ziektegeschiedenis een beslissing worden genomen, zonder dat telkens met volstrekte zekerheid was aan te geven welke de enige juiste oplossing zou zijn. Het oordeel van het panel ontleende zijn waarde aan het feit dat het tot stand kwam na discussie en het bereiken van een consensus onder de panelleden. Bovendien had het panel inzage in de wijze waarop de ziektegeschiedenis was geconstrueerd en de richting waarin deze zich zou ontwikkelen.

Voor de toezending werd gebruik

gemaakt van het adressenbestand van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Er werden ongeveer 5000 huisartsen aangeschreven; bovendien een groot aantal huisartsen in opleiding. In tabel 2 is een opsomming gemaakt van het aantal deelnemers en het aantal afleveringen waaraan zij deelnamen (deze gegevens zijn gebaseerd op de eerste vier afleveringen die geschikt waren voor computerverwerking. In aflevering 5 werden zogenaamde 'open vragen' gesteld. De antwoorden hierop leenden zich niet voor machinale verwerking. Aflevering 6 bevatte de slotenquête. De huisartsen in opleiding zijn niet meegeteld in deze opsomming).

Tabel 2. Deelnemers en aantal afleveringen waaraan zij deelnamen.

Alle vier afleveringen ingezonden	91
Drie van de vier afleveringen ingezonden	133
Twee van de vier afleveringen ingezonden	288
Slechts één aflevering ingezonden	1162
Totaal aantal verschillende deelnemers	1674

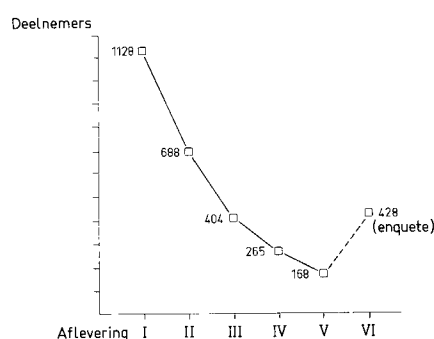
In totaal hebben dus 1674 huisartsen een of meer antwoordkaarten van de eerste vier afleveringen ingestuurd. Dit grote aantal bestaat overigens uit vele 'incidentele' deelnemers, huisartsen die slechts een enkele keer iets hebben ingezonden. Het aantal 'trouwe' inzenders, dus huisartsen die elke keer van de partij waren, is zeer laag geweest, namelijk slechts 91, dat wil zeggen nog geen 2% van het aantal aangeschrevenen. Dit neemt niet weg dat toch een op de drie huisartsen in Nederland minstens eenmaal actief aan deze zelfevaluatiecyclus heeft deelgenomen. Bij dit aantal moeten nog opgeteld worden de onjuist of onvolledig ingevulde formulieren die soms wel 10% van de inzendingen uitmaakten. Daarnaast is het waarschijnlijk dat een groot aantal artsen de teksten en opgaven wel heeft gelezen, maar niets heeft ingezonden (zie ook figuur 3 en de toelichting daarbij).

Daling van de deelname

Het aantal inzendingen is aanzienlijk teruggelopen in de loop van de cyclus.

Na de eerste aflevering zonden meer dan duizend huisartsen een antwoord in. Bij de vijfde aflevering was dit aantal vrijwel gedecimeerd (figuur 2). Om de oorzaken van deze teruggang in belangstelling te achterhalen werd aan de laatste aflevering een enquête verbonden. Deze enquête had in zoverre de omstandigheden tegen, dat degenen die de afleveringen niet meer inkeken, deze niet zouden opmerken. Toch hebben nog 428 personen de enquête ingestuurd, méér dan het aantal inzenders van de drie voorafleveringen. Op de voornaamste opmerkingen uit deze enquête willen we kort ingaan.

Figuur 2: Daling van het aantal inzendingen tijdens de zelfevaluatiecyclus 'Nascholing Thuis.'



De meeste kritiek had betrekking op het tempo; dit was duidelijk te laag geweest. Tussen twee afleveringen lagen telkens vijf tot zes weken. Een dergelijke periode was noodzakelijk om een redelijk aantal antwoorden op de voorafgaande opgave binnen te krijgen voor het samenstellen van het overzicht van de antwoorden. Deze lange pauze had echter tot effect dat velen de draad kwijtraakten. Zij wisten niet meer wat zij de vorige maal hadden geantwoord, of waren niet meer geïnteresseerd in commentaar hierop. Het is niet verwonderlijk dat in de enquête enkele suggesties werden gedaan om dit bezwaar weg te nemen. Velen stelden voor om van elke aflevering een afgeronde eenheid te maken over telkens een nieuwe patiënt. Ook zou men meerdere afleveringen tegelijkertijd kunnen toezenden met daarbij de juiste oplossing. Volgens sommige deelnemers was het onderwerp van de tweede aflevering –

sarcoidosis – te specialistisch en te zeldzaam om de huisarts te boeien. Vele inzenders schreven verschillende malen op hun antwoordformulier dat de patiënt vanaf het begin verwezen c.q. opgenomen had moeten worden. Geen wonder dat zij het nutteloos vonden om aan te geven hoe zij de patiënt thuis behandeld zouden hebben. Wellicht zou een programma meer boeien wanneer de onderwerpen bestonden uit veel voorkomende problemen.

Er kwam ook kritiek op de poging om psychosociale problemen te bewerken met deze schriftelijke methode. Men meende dat deze problemen beter in een levend gesprek tot hun recht konden komen.

Incidenteel werden er bezwaren gemaakt tegen de gevoerde reclame. Er is echter geen gericht onderzoek gedaan naar de invloed die dit op de deelname heeft gehad.

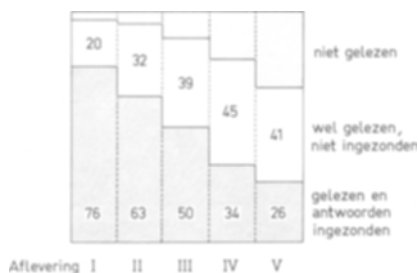
Naast deze ervaringen van de deelnemers zijn er tijdens de cyclus twee andere factoren duidelijk geworden waardoor de deelname achteruitliep, namelijk de vrijblijvendheid van het insturen en de noodzaak voor iedereen om langs één en dezelfde weg de oplossingen te formuleren.

Vrijblijvendheid

Het direct profijt dat de inzenders hadden van hun moeite was 'nihil'. Weliswaar mag verwacht worden dat het oplossen van de problemen de persoonlijke betrokkenheid verhoogde en daardoor het leereffect gunstig beïnvloedde, maar dit werd niet gehonoreerd, bijvoorbeeld in de zin van een goed cijfer. Het insturen van de antwoorden was een kwestie van 'solidariteit' om het mogelijk te maken dat de deelnemers van elkaars opvattingen kennis konden nemen. Het was echter te verwachten dat bij tijdgebrek deze extra inspanning het eerst zou vervallen.

In Groot-Brittannië was aan de cyclus een prijsvraag verbonden met een beloning voor de beste inzender, juist om de deelnemers te motiveren tot het opsturen van hun antwoorden. Deze gedachte aan een prijsvraag leek ons in Nederland minder geslaagd, hoewel enige deelnemers achteraf graag wat meer competitie hadden gewild. Via de slotenquête kon ook een beeld gekregen worden van de percentages huisartsen die de afleveringen wel lazen doch niet instuurden (zie figuur 3 op volg. blz.). Uit deze figuur blijkt

Figuur 3: Verschuivingen in het deelnamepatroon volgens de slotenquête (percentages).



enerzijds hoe een steeds groter aantal aangeschrevenen afhaakt in de loop van de cyclus, doch ook dat een steeds groeiend percentage de opgaven nog wel leest, maar niet meer de moeite neemt om de antwoorden in te sturen.

Te starre methode

Een tweede oorzaak voor het verloop moet worden gezocht in de wijze waarop de voortgang van de ziektegeschiedenis mogelijk werd gemaakt. Om de afleveringen inhoudelijk op elkaar te laten aansluiten was het nodig dat alle deelnemers dezelfde weg kozen. Er was daarom geen ruimte voor individuele verschillen in probleemaanpak. Weliswaar was er in de opgave een grote mate van vrijheid gesuggereerd, doordat ieder kon aangeven welke informatie hij wenselijk achtte voor de oplossing van het probleem. In de volgende aflevering werd echter de mening van het panel gegeven en slechts die informatie verschaft en tot die handelingen besloten die het panel van belang achtte. De keuze van het panel werd weliswaar zo duidelijk mogelijk toegelicht, doch bleef subjectief. Een zeer duidelijk voorbeeld van zo'n verschil van opvatting is te vinden in de vraag die reeds tijdens de eerste aflevering werd gesteld: moet deze patiënt worden opgenomen of (nog) niet? Een aanzienlijk percentage deelnemers had gekozen voor 'opname'. In de volgende aflevering werd hen echter gevraagd weer mee te denken met het panel en de overige deelnemers die besloten hadden de patiënt thuis zelf te behandelen. Deze 'omschakeling' is voor een aantal deelnemers kennelijk te zwaar

geweest. Men kan zich trouwens afvragen of het onderwijskundig zinvol is door te gaan in een situatie die voor iemand betrekkelijk kunstmatig is geworden. In elk geval kan het kiezen van een andere weg door het panel erg ontmoedigend hebben gewerkt en het vertrouwen in de methode hebben ondermijnd.

Herkomst van de deelnemers

Dankzij de gegevens die de inzenders in hun codenummer verwerkt hadden, was het mogelijk een vergelijking te maken tussen de groep huisartsen die aan de cyclus Nascholing Thuis heeft deelgenomen en de landelijke huisartsenpopulatie. De gegevens over de populatie in Nederland zijn ontleend aan een overzicht van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI).

1. Provincies

In tabel 3 is in procenten aangegeven uit welke provincies de deelnemers afkomstig waren. De deelnemers blijken geografisch een getrouwe afspiegeling te vormen van de landelijke verdeling. De kleine oververtegenwoordiging van Overijssel en de IJsselmeerpolders en de ondervertegenwoordiging van Noord-Holland zijn statistisch te verwaarlozen.

Tabel 3. Geografische verdeling deelnemers.

1. Provincie	2. Deelnemers	3. Landelijke populatie (gegevens NHI)
Groningen, Friesland, Drente	12%	12%
Overijssel, en IJsselmeerpolders	10%	7%
Gelderland	14%	12%
Utrecht	6%	7%
Noord-Holland	16%	18%
Zuid-Holland	21%	21%
Zeeland	3%	3%
Noord-Brabant	12%	13%
Limburg	7%	8%

2. Praktijkervaring

In tabel 4 is in procenten aangegeven hoeveel jaar praktijkervaring de deelnemers hadden. Het belangrijkste gegeven dat deze

Tabel 4. Praktijkervaring.

1. Jaren praktijk	2. Deelnemers	3. Landelijk (gegevens NHI)
0-3 jaar	19%	22%
3-6 jaar	17%	14%
6-10 jaar	14%	12%
10-15 jaar	13%	12%
15-20 jaar	14%	14%
20-25 jaar	13%	11%
25-30 jaar	6%	6%
meer dan 30 jaar	5%	9%

vergelijking oplevert is dat de alleroudste groep huisartsen, namelijk degenen die zich vóór 1947 hebben gevestigd en dus meer dan dertig jaar praktijkervaring hebben, verhoudingsgewijs minder hebben deelgenomen. De ondervertegenwoordiging van de allerjongste groep valt weg tegen een gelijke oververtegenwoordiging van de op-één-na jongste groep en kan veroorzaakt zijn door onnauwkeurigheden in de bepaling van het moment van waaruit gerekend is.

3. Organisatie van de praktijk

Een volgende variabele die onderzocht werd is de organisatie van de praktijk. Hierbij werden onderscheiden: het praktijk voeren als solist, in associatie, groepspraktijk en gezondheidscentrum. Daarnaast is gelet op het wel of niet zelf houden van een apotheek. Het blijkt dat de deelnemers op dit aspect een nagenoeg perfecte afspiegeling vormen van de Nederlandse huisartsenpopulatie (tabel 5). Wel zij opgemerkt dat in de landelijke cijfers geen onderscheid mogelijk was tussen de verschillende vormen waarin twee of meer artsen samenwerken.

Tabel 5. Praktijkorganisatie.

1. Organisatie	2. Deelnemers	3. Landelijk (gegevens NHI)
Solist	70%	70%
Associatie	17%	30%
Groepspraktijk	5%	
Gezondheidscentrum	4%	
Anders	4%	
Apotheekhoudend	29%	28%
Niet-apotheekhoudend	71%	72%

Hoewel bij de volgende afleveringen het aantal gegevens drastisch verminderde, traden er geen belangrijke wijzigingen op in de verdeling naar provincie, ervaring en praktijkorganisatie. Hetzelfde geldt voor degenen die de slotenquête inzonden.

De deelnemers aan de schriftelijke nascholing vormden derhalve ten aanzien van deze onderzochte variabelen een doorsnede van de Nederlandse huisartsenpopulatie, met uitzondering van de alleroudste groep. Deze vorm van nascholing blijkt dus bepaalde groeperingen niet méér te hebben aangesproken dan andere.

Rendement

Na afloop van dit experiment moeten er twee vragen worden gesteld:

1. Hebben de deelnemers er iets van geleerd?
2. Worden door een zelfevaluatie-programma diegenen bereikt die anders niet – of nauwelijks – deelnemen aan nascholingsactiviteiten?

Leereffect

Men zou de eerste vraag kunnen uitbreiden tot: hebben de deelnemers iets geleerd en passen ze dat ook toe in hun praktijk? Jammer genoeg bestaan er geen eenvoudige onderzoeksmethoden om dit te achterhalen. De enige gegevens waarover wij nu beschikken zijn gebaseerd op het oordeel van de deelnemers die de enquête in de laatste aflevering hebben beantwoord. In deze enquête was de vraag opgenomen: 'Meent u dat u er persoonlijk profijt van zou hebben als dit initiatief gecontinueerd wordt'? Deze vraag werd als volgt beantwoord:

- Ja, beslist wel 28%
- Waarschijnlijk wel 27%
- Mogelijkerwijs 22%
- Nauwelijks 17%
- Beslist niet 5%

Deze uitspraak over continuering van het programma geeft indirect een aanwijzing over het nut dat men van deze cursus heeft gehad. Ongeveer de helft is geneigd positief te antwoorden. Dit zegt echter weinig over het werkelijke effect, noch over de vraag of het geleerde wordt toegepast in de dagelijkse praktijk.

Wie werden bereikt?

Het is eveneens moeilijk een antwoord te geven op de vraag of dit zelfevaluatie-programma vooral diegenen bereikt heeft die (nog) niet deelnamen aan andere vormen van georganiseerde nascholing. Een deelnemer schreef spontaan dat hij 'er niet toe kwam aan andere activiteiten op nascholingsgebied deel te nemen door de grote afstanden, reistijd e.d. en dat deze nascholing ideaal was'. Anderen vermeldde echter in hun opmerkingen dat ze toch liever in groepjes werkten en dat het thuis-leren erg eenzaam en weinig motiverend was. Zoals was te verwachten liepen de meningen uiteen en is het moeilijk een beeld te krijgen van het aantal dat langs deze methode wél bereikt werd en dat niet ook al op andere wijze aan nascholing deelnam. Rechtstreeks vragen aan de deelnemers of zij ook aan andere nascholingsactiviteiten deelnamen zou te onbetrouwbaar geweest zijn. Immers, wat is nascholing? Is dat alleen georganiseerd onderwijs, of hoort daartoe ook bijvoorbeeld het regelmatig bijhouden van vakbladen? Om toch een indruk te krijgen van de behoefte aan deze vorm van schriftelijke nascholing werd in de slotenquête de volgende vraag opgenomen: 'Wat vond u van Nascholing Thuis in vergelijking met andere georganiseerde vormen van nascholing zoals die bijvoorbeeld in groepen gegeven worden?'

- Nascholing Thuis is veel effectiever dan andere vormen 3%
- Nascholing Thuis is een waardevolle aanvulling 54%
- Baat het niet, het schaadt ook niet 23%
- Nascholing Thuis is een onnodige verdubbeling 6%
- Wij zijn hiermee op de verkeerde weg 13%

Slechts een zeer klein percentage achtte de methode effectiever dan de reeds bestaande vormen. De meesten stelden het op één lijn met andere vormen van nascholing of wilden het een kans geven. Toch vond een vijfde van de inzenders het initiatief overbodig.

Zou 40, 50 of 60% zakken?

De opstelling van het panel is vanaf de aanvang zeer terughoudend geweest

met betrekking tot uitspraken over de beste aanpak. Dit was onder andere de reden om in Nederland geen prijsvraag aan het inzenden van de antwoorden te verbinden zoals in Groot-Brittannië was gebeurd. Hoewel enkele inzenders achteraf toch graag meer competitie hadden gezien – tussen de provincies bijvoorbeeld – prijzen we ons gelukkig met deze aarzelende opstelling. Wanneer men de kwaliteit van de oplossingen op een of andere wijze in cijfers uitdrukt en de prestaties van verschillende groeperingen vergelijkt, komt men tot een bizar beeld van conclusies die elkaar per aflevering tegenspreken.

De wijze van puntentoekenning

De meest gehanteerde wijze van kwantificering van resultaten op dergelijke toetsen met een groot aantal keuzemogelijkheden bestaat hierin, dat een panel van deskundigen voor elke keuzemogelijkheid een waardering geeft. Deze waardering wordt in een getal uitgedrukt: hoe belangrijker de keuze, hoe hoger het toegekende getal. Om te voorkomen dat iemand die kritiekloos alles aanstreept het hoogste totaal zal krijgen, wordt het totaal der punten nog eens gedeeld door het aantal keuzen. De beste prestatie levert diegene die met de minste keuzen de hoogste score behaalt. Uit onderzoek is gebleken dat deze procedure een betrouwbare puntentelling mogelijk maakt (Grace, 1977). Er bestaan ook examens voor medische studenten waarbij het cijfer op soortgelijke wijze wordt berekend (Fleisher, 1972).

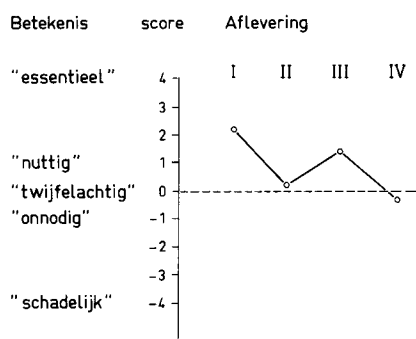
Vergelijking van de resultaten

De gemiddelde score van de deelnemers op de eerste vier afleveringen is weergegeven in (figuur 4 op volg. blz.).

De gemiddelde resultaten waren waren bij de eerste en derde aflevering duidelijk positief: de gekozen antwoorden bleken in overeenstemming met de mening van het panel. Bij aflevering II lag het gemiddelde dicht bij de nullijn en bij aflevering IV was het gemiddelde negatief, hetgeen inhoudt dat de meeste aangevraagde onderzoeken en aanbevolen beslissingen door het panel overbodig of schadelijk werden geacht.

Hoe moet men deze uitkomsten interpreteren? Betekent het dat meer

Figuur 4: Gemiddelde score van de deelnemers volgens de normen van het panel.



dan de helft van de huisartsen voor een examen dat op deze wijze is samengesteld gezakt zou zijn? Bij een examen tijdens de studietijd zouden inderdaad de meeste studenten op basis van antwoorden als hier gegeven een onvoldoende hebben gekregen! Dit slechte resultaat bij aflevering IV staat niet alleen. Ook bij de andere afleveringen was er soms een aanzienlijke discrepantie tussen de prestaties van de deelnemers en de mening van het panel. Dit zou veroorzaakt kunnen zijn doordat de 'huisartsen' massaal de voorkeur hadden gegeven aan een andere probleembenadering dan het panel. Dit was echter niet het geval. De oplossingen van de inzenders lagen over het algemeen erg verdeeld. Er was zeer weinig overeenstemming in de gegeven antwoorden. Nagenoeg alle antwoordmogelijkheden werden wel door meer dan één arts zinvol geacht. Meer dan de helft van de antwoorden werden door 5-30% gekozen. Overeenstemming van meer dan 50% kwam zelden voor. Al met al een verwarrende einduitslag.

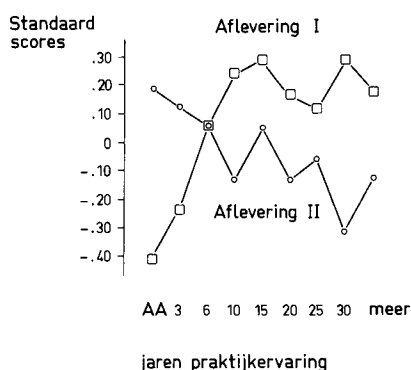
Op zoek naar een verklaring voor de heterogeniteit

De geconstateerde verschillen in benadering vragen om een verklaring. Is deze te vinden in de gemêleerde samenstelling van de deelnemersgroep: jongeren en ouderen, solisten en leden van groepspraktijken, artsen uit alle provincies, en met verschillende praktijkgrootte? Dank zij het gebruik van de code bij de inzendingen is het mogelijk na te gaan in hoeverre deze

verschillen geassocieerd zijn met variaties in antwoordpatronen.

1. Praktijkervaring: een grillige factor
Er is veel onderzoek gedaan waaruit blijkt dat ervaring een belangrijke invloed heeft op de wijze waarop een arts een patiëntenprobleem oplost. Deze onderzoeken laten zien dat de arts naarmate zijn ervaring groeit meer gaat denken en handelen als 'de meest bekwame arts'. Dat begint reeds tijdens de studie (Rimoldi, 1960) en zet zich voort in de praktijk (Leaper, 1973) zie figuur 5.

Figuur 5: Verband tussen jaren praktijkervaring en resultaten bij de eerste twee afleveringen (resultaten zijn aangegeven in standaardscores).

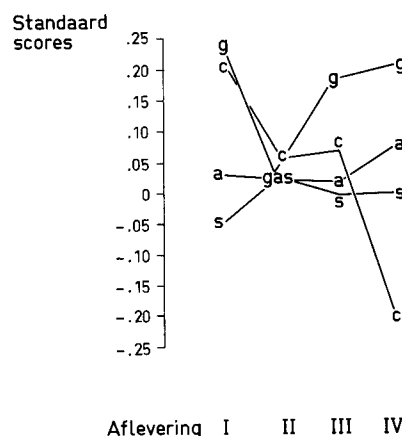


Zoals daarin is te zien is de invloed van het aantal jaren ervaring op de resultaten wisselvallig. Bij de eerste aflevering leveren degenen met meer ervaring over het geheel genomen betere prestaties. Bij de tweede aflevering ligt dit echter precies omgekeerd! Bij de volgende afleveringen – die niet in de figuur zijn opgenomen – was er in het geheel geen systematisch verband te vinden. Een positief verband tussen ervaring en prestatie wordt dus eenmaal bevestigd, maar ook eenmaal tegengesproken en verder niet gevonden.

2. Praktijkorganisatie: groepspraktijk en gezondheidscentra beter
Het grootste aantal deelnemers was werkzaam als solist (70%). Van de overigen was het merendeel geassocieerd (17%). Slechts een klein percentage was werkzaam in een groepspraktijk of

gezondheidscentrum. Wanneer de prestaties van de deelnemers op deze variabele worden vergeleken (figuur 6), dan blijkt dat degenen die werkzaam zijn in een groepspraktijk of gezondheidscentrum bij drie van de vier afleveringen hogere scores behaalden dan de overigen. In hoeverre onderling overleg verantwoordelijk is voor deze resultaten is niet te achterhalen. Tussen de solisten en geassocieerden onderling is er geen verschil. Een vreemde uitzondering vormden de resultaten van deelnemers uit gezondheidscentra bij de vierde aflevering waar zij veel lager scoorden (zie figuur 6).

Figuur 6: Verband tussen praktijkorganisatie en resultaten (in standaardscores).
s = solist; a = associatie; g = groepspraktijk; c = gezondheidscentrum



3. Provincies: onregelmatige schommelingen

Er waren a priori geen redenen om aan te nemen dat er grote verschillen tussen deelnemers uit verschillende provincies zouden optreden; evenmin was te voorspellen welke provincies met de beste resultaten zouden komen. Incidenteel blijken er wel grote verschillen tussen de provincies op te treden; deze verschillen waren echter steeds eenmalig en herhaalden zich niet. Het kwam meermalen voor dat deelnemers uit een provincie die de ene aflevering het hoogst scoorden de volgende maal bij de laagsten behoorden.

4. *Praktijkgrootte: geen systematische invloed*

Ook de grootte van de praktijk bleek niet van invloed te zijn op de scores van de deelnemers. Verschillen die de ene aflevering opvielen waren bij de volgende aflevering weer verdwenen en moeten dus als toevallig worden gekarakteriseerd.

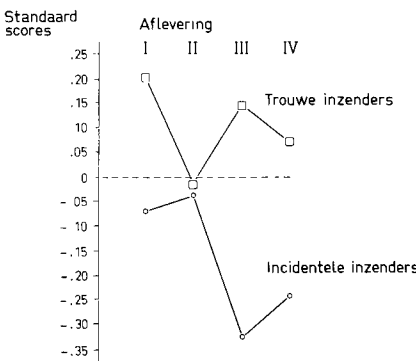
5. *De trouwe deelnemers: hogere scores*

Uit Canadese onderzoeken is gebleken dat degenen die regelmatig deelnemen aan nascholingscursussen ook beschikken over meer medische kennis (Gross, 1976). Om te onderzoeken of hetzelfde positieve verband tussen regelmatige deelname en betere prestaties ook in Nederland bevestigd werd zijn de 'trouwe' inzenders vergeleken met de 'incidentele inzenders'.

De afleveringen waren zo geconstrueerd dat het mogelijk was zonder inzage van de voorafgaande afleveringen op elk moment aan de cyclus deel te nemen. Een groot aantal artsen heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en slechts een- of tweemaal deelgenomen.

De scores van de trouwe deelnemers, dit zijn de deelnemers die aan de eerste vier afleveringen hadden deelgenomen, werden vergeleken met de scores van degenen die slechts aan één van de vier afleveringen deelnamen.

Figuur 7: Resultaten van 'trouwe' en 'incidentele' inzenders (in standaardscores)



Zoals in figuur 7 is te zien liggen de resultaten van de 'trouwe' inzenders hoger dan die van de incidentele deelnemers. Bij aflevering I en III zijn de verschillen significant ($t = 2.50$, $p < .01$ respectievelijk $t = 3.43$, $p < .001$).

Overigens zijn deze uitslagen van het 'kip-of-ei' type. Immers het is mogelijk dat men tot betere resultaten komt dank zij de deelname aan de nascholingscursussen, doch het omgekeerde kan ook het geval zijn: wie een goed resultaat behaalt is eerder geneigd de cursus te continueren dan iemand die wordt gefrustreerd door slechte uitslagen. Verder is hiermee evenmin bewezen dat betere resultaten op een probleem zoals in de nascholingscursus werd gepresenteerd ook inhoudt dat men in de praktijk beter handelt.

6. *Individueel: geen constante prestatie*

De onverklaarbare schommelingen per aflevering tussen de onderzochte categorieën werden geheel teruggevonden bij de individuele deelnemers. Men zou verwachten dat de bekwame arts die erin slaagt een hoge score te behalen op een aflevering waarschijnlijk ook goed uit de bus komt bij een volgende aflevering. En omgekeerd: het klinkt logisch dat iemand die de ene keer laag scoort ook de volgende maal een laag cijfer behaalt. Dit logische verband was echter niet terug te vinden.

Dit gebrek aan consistentie is te illustreren aan de correlaties tussen de prestaties op de eerste vier afleveringen die is uitgerekend bij de 'trouwe' inzenders die aan alle vier eerste afleveringen deelnamen (zie tabel 6).

Tabel 6. Correlatie tussen de scores op de eerste vier afleveringen berekend bij de 'trouwe deelnemers' (91 huisartsen).

Aflevering	II	III	IV
I11	-.02	.15
II		-.08	.03
III08

Een constante goede of slechte prestatie zou hebben geleid tot correlaties die de 1.00 dicht benaderden. Ook een minimaal positief verband tussen de resultaten op de verschillende afleveringen zou getallen moeten laten zien groter dan 0.20. De feitelijk gevonden correlaties liggen alle zeer dicht bij de nul: dat wil zeggen dat er hoegenaamd geen verband is tussen de resultaten van

een deelnemende arts bij de problemen in de verschillende afleveringen.

De invloed van de vroege diagnose

Hoe is het te verklaren dat er zo weinig overeenkomst gevonden werd in de oplossingsvoorstellen van honderden huisartsen die regelmatig toch soortgelijke problemen in hun praktijk ontmoeten?

Een verdere analyse van de inzendingen steunt het vermoeden dat dit gebrek aan overeenkomst veroorzaakt is door verschillen in de 'aanvangshypothese' bij het oplossen van de patiëntenproblemen. In eerdere onderzoeken naar de wijze waarop artsen problemen van patiënten oplossen (Elstein e.a., 1972) werd reeds geconstateerd dat de meeste artsen bij het horen of zien van de eerste symptomen een of meer hypothesen hebben over de diagnose. De inhoud van deze hypothesen blijkt sterk te worden bepaald door persoonlijke en recente ervaringen. Dezelfde standaardbeschrijving van een patiëntenprobleem hoeft daarom niet bij iedereen dezelfde hypothesen op te roepen. Zo kan de klacht van pijn op de borst de een in eerste instantie doen denken aan een myocardinfarct en de ander aan een longembolie.

Dit speelde ook een rol bij de problemen die tijdens de zelfevaluatiecyclus aan de deelnemers werden voorgelegd. In de derde aflevering werden door de patiënte klachten geuit die wezen op nierstenen (dit was volgens het panel het meest voor de hand liggend – de deelnemers waren daar natuurlijk niet van op de hoogte). Op de vraag: 'Heeft u al een vermoedelijke diagnose en, zo ja, welke?' kwamen de volgende antwoorden:

- 1. Nierstenen 179
- 2. Maaglijden 22
- 3. Splenomegalie (in het beloop van de eerder vastgestelde sarcoidosis) 19
- 4. Longembolie, pneumothorax etc. 11
- 5. Meerdere verschillende diagnoses 9
- 6. Geen diagnose op dit moment .. 188

Deze verschillen in uitgangspunt blijken te leiden tot andere onderzoeksvoorstellen. Wanneer de

inzenders gesplitst worden in groepen met gelijksoortige aanvangshypothesen wordt een aantal accentverschillen duidelijk (tabel 7). In de tabel wordt de relatie tussen aanvangshypothese en onderzoeksplan zichtbaar*. Vragen naar haematurie (vraag 17) is zinvol bij het vermoeden van nierstenen en wordt door 91% uit betreffende groep gekozen. Deze vraag heeft veel minder betekenis bij de andere hypothesen, bijvoorbeeld wanneer men denkt aan een longaandoening. Het omgekeerde geldt voor de vraag naar kortademigheid en hoesten (vraag 25 en 26).

Overigens zijn de verschillen niet steeds opzienbarend. De vraag moet daarom gesteld worden of de verschillen in voorkeur inderdaad corresponderen met verschillen in de onderzoeksvoorstellen van de individuele deelnemers of dat deze op toeval berusten. Immers – om bij het genoemde voorbeeld te blijven – de vraag naar haematurie is weliswaar kenmerkend voor de groep die aan nierstenen denkt, maar wordt ook gesteld door vele deelnemers die een andere aanvangshypothese hebben. De frequentieverschillen zoals in tabel 7 geïllustreerd blijken echter voldoende karakteristiek te zijn om achteraf uit het oplossingsvoorstel van de individuele deelnemers te reconstrueren welke hun aanvangshypothese is geweest. Per deelnemer werd hiertoe systematisch nagegaan welke antwoorden wel en welke niet gekozen waren. Elke positieve of negatieve keuze maakt sommige diagnoses waarschijnlijker en andere diagnoses onwaarschijnlijker als aanvangshypothese van de inzender. Met de statistische techniek van het theorema van Bayes kan uit een reeks van keuzen berekend worden welke de meest waarschijnlijke aanvangshypothese is geweest. Bij de derde aflevering, waar het vijf verschillende aanvangshypothesen betrof, kon bij 49 van 50 willekeurig gekozen inzendingen uit het antwoordpatroon sec correct achteraf worden bepaald welke

* De groep van 188 deelnemers die geen diagnose op de antwoordkaart vermeldten was niet nader te onderzoeken, omdat juist het vermelden van de diagnose uitgangspunt was voor de verdere analyse.

Tabel 7. Verschillen in frequentie (proporties) waarmee dezelfde informatie werd gevraagd door artsen met verschillende aanvangshypothesen (selectie uit de 160 onderwerpen waarover informatie gevraagd kon worden).

1. Onderwerp waarover informatie gewent was	2. Deelnemers totaal (incl. geen hypothese) (428)	3. Deelnemers verdeeld naar aanvangshypothese				
		a. niersteen (179)	b. maaglijden (22)	c. splenomegalie (19)	d. longaand. (11)	e. meer diagn. (9)
vr. 17 Haematurie	.82	.91	.46	.28	.36	.78
vr. 15 Dysurie	.63	.74	.27	.17	.36	.33
vr. 14 Faeces	.21	.22	.68	.22	.18	.56
vr. 9 Haematemesis	.11	.08	.55	.11	.00	.22
vr. 37 Gewrichtspijn	.06	.04	.05	.22	.18	.01
vr. 11 Buikklasten	.29	.31	.46	.56	.55	.44
vr. 45 Huid	.01	.01	.05	.17	.09	.00
vr. 25 Kortademig	.17	.10	.23	.33	.91	.22
vr. 26 Hoesten	.14	.08	.14	.17	.73	.22

aanvangshypothese de deelnemer had opgegeven.

Bij de eerste aflevering, waar het ging om het herkennen van erythema nodosum en de diagnostiek van de oorzaak ervan, werden uit de binnengekomen antwoorden twee groepen van 100 inzendingen gekozen. Op basis van de antwoordfrequenties van de eerste groep kon blind bij 76% van de andere groep uit het antwoordpatroon sec correct voorspeld worden of zij de diagnose wel of niet in gedachten hadden. Ook dit aantal is statistisch significant. Deze nadere analyse toont aan dat er meer overeenstemming is in de antwoorden dan op het eerste gezicht het geval lijkt. De oplossingsvoorstellen houden echter meer verband met de initiële vermoedens over de diagnose dan met de uiteindelijk meest waarschijnlijke diagnose. *Het gehanteerde antwoordsysteem in de zelfevaluatiecyclus bood geen mogelijkheid om een onjuiste hypothese over de diagnose te weerleggen. Door het uitblijven van corrigerende feedback bleven de verschillende oplossingsvoorstellen ongewijzigd naast elkaar staan.* Dit is waarschijnlijk een belangrijke oorzaak geweest voor het ontbreken van overeenstemming in de antwoorden en hoeft niet te wijzen op grote variaties in de huisartspraktijk. Wie in de praktijk op een verkeerd spoor zit ziet zijn aanvankelijke diagnose na enkele vragen en onderzoeken weerlegd en zal in andere richtingen zoeken tot hij op het goede spoor zit.

Deze resultaten van dit onderzoek zijn niet zonder consequenties voor het

onderwijs. Wanneer er geen uniforme weg is waarlangs een casus in de praktijk wordt opgelost, heeft het weinig zin om in de medische opleiding, bij examens en nascholingsprojecten wel uit te gaan van één ideale strategie. Het lijkt meer met de realiteit overeen te komen om meerdere stadia in het oplossingsproces te onderscheiden. In het eerste stadium worden de eerste vermoedens over de diagnose gevormd. Er is weinig bekend over de wijze waarop die diagnoses ontstaan. Wel zijn factoren bekend die de waarschijnlijkheid van het denken aan verschillende hypothesen beïnvloeden, zoals de frequentie en ernst van de aandoening, de behandelbaarheid, en de recente ervaringen en belangstelling van de arts. Enkele van deze factoren zijn zo persoonsgebonden dat de eerste vermoedens per individu verschillend zullen zijn.

Hierop volgt het stadium dat de vermoedelijke diagnoses getoetst worden. *De antwoorden van de zelfevaluatiecyclus wijzen erop dat er veel meer overeenstemming is in de praktijk, wanneer het erom gaat een plan te maken voor het onderzoek van dezelfde hypothese.*

Beide stadia spelen een rol in de oplossing van een patiëntenprobleem, maar vereisen andere onderwijs- en toetsingsvormen. Het leren genereren van relevante hypothesen kan o.a. gestimuleerd worden door gerichte ervaringen en het bevorderen van creativiteit en veronderstelt een zeer individueel aangepaste begeleiding. Het maken van een onderzoeksplan om een tentatieve diagnose te toetsen lijkt daarentegen wel volgens

algemene regels te lopen en leent zich daardoor beter voor algemenere of schriftelijke nascholingsvormen.

Samenvatting en conclusie

De voordelen van zelfevaluatie-onderwijs liggen besloten in het feit dat de deelnemer thuis in eigen (vrije) tijd en in eigen tempo aan georganiseerd onderwijs kan deelnemen. Over het effect en rendement ervan is echter weinig bekend.

Bij de start van de zelfevaluatiecyclus huisartsen 1976/1977 'Nascholing Thuis' werden daarom afspraken gemaakt over de evaluatie. Bewust werd ook gekozen voor een reeds bestaand programma uit Groot-Brittannië. Uit de spontane reacties van de deelnemers bleek hierop nauwelijks kritiek. Het zelf ontwikkelen van een programma zou een lange aanlooptijd vergen, terwijl in Groot-Brittannië reeds ervaring was opgedaan.

Alhoewel een duidelijk dalende tendens werd waargenomen in de deelname van de huisartsen, kwam uit de enquête naar voren dat een relatief hoog percentage van de deelnemers de cyclus bleef volgen zonder dat de antwoordkaarten werden ingezonden. In totaal deden 1674 huisartsen mee aan één of meerdere afleveringen en waren de deelnemende huisartsen representatief voor de Nederlandse huisartsenpopulatie.

Over de waardering van het programma was het moeilijk 'harde' getallen te verkrijgen. Vergeleken met andere vormen van nascholing vond slechts een klein percentage van de deelnemers deze vorm van onderwijs effectiever, terwijl 20% het programma overbodig vond. Uit een enquête van de Regionale Nascholingscommissie Huisartsen regio Leiden blijkt dat het programma vergeleken met andere nascholingsactiviteiten laag werd gewaardeerd, echter toch nog met een score van boven het schaalgemiddelde (3,1 uit 5)! (De Graaff, 1978). Bij analyse van de resultaten van de deelnemers kwamen de volgende punten naar voren:

1. Verbanden tussen demografische en sociologische kenmerken (via het codenummer) en prestaties waren niet aan te tonen of fluctueerden per aflevering. Een duidelijk voorbeeld

hiervan is de invloed van 'ervaring'. In nagenoeg alle onderzoek blijkt meer ervaring samen te gaan met betere prestaties. De inzendingen op de eerste aflevering leken dat te bevestigen, doch bij de tweede aflevering werd een negatief verband tussen ervaring en prestaties gevonden, terwijl er in de volgende afleveringen geen systematisch effect te bespeuren viel.

2. Er was geen correlatie tussen de prestaties van de deelnemers bij de achtereenvolgende afleveringen. Dit zou inhouden dat de bekwaamheden van de deelnemende huisartsen zeer situatiegebonden zijn. Opvallend was dat er zeer weinig uniformiteit was in de oplossingspatronen van de deelnemende huisartsen. Een belangrijk deel van de variatie in oplossingspatronen bleek bij verdere analyse verklaard te kunnen worden uit de rol die de 'aanvangshypothese' (in de vorm van een tentatieve diagnose) speelt in het oplossingsproces. Het is uit onderzoek bekend dat de meeste artsen reeds bij het horen van de eerste symptomen een of meer hypothesen hebben over de mogelijke diagnose. De inhoud van deze diagnoses is onder andere sterk afhankelijk van de persoonlijke en recente ervaring van de arts. Dezelfde 'standaardbeschrijving' van een patiëntenprobleem hoeft niet bij ieder dezelfde hypothesen op te roepen. De vraagstelling 'welke informatie uit anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek nodig zijn' om een gegeven patiëntenprobleem op te lossen, is onbruikbaar voor examens en nascholing, omdat onvoldoende rekening wordt gehouden met de wijze waarop artsen kennelijk in de praktijk problemen oplossen. Het oplossingsproces lijkt te worden gestuurd door (vroegtijdig geformuleerde) hypothesen die per individu verschillen.

Bij scholing van probleemoplossende vaardigheden moeten de onderwijs- en toetsingsmethoden zodanig zijn gekozen dat de deelnemers:

- a. op hun eigen wijze hypothesen kunnen genereren, aangezien de relevantie hiervan per situatie (regio, jaargetijde, etc.) kan verschillen;
- b. in staat zijn deze hypothesen op hun eigen wijze te toetsen.

Dit vereist dat de deelnemer zelf moet kunnen uitmaken welke informatie hij krijgt, zelf ook de volgorde hiervan kan bepalen en de gevraagde informatie even snel ontvangt als in de praktijk waarvoor hij is opgeleid of wordt getoetst. Dit laatste is essentieel. Men doet het denkproces van veel artsen geweld aan door hen te dwingen meer aan te geven dan de eerstvolgende stap. Immers, de nieuwe informatie kan de zinvolheid van de volgende geplande stappen beïnvloeden en zelfs de plausibiliteit van verschillende hypothesen wijzigen.

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dan ook dat de gehanteerde methodiek te beperkt was om het probleemoplossend proces van de deelnemende huisartsen te toetsen. Door het ontbreken van onmiddellijke antwoorden op de vragen volgden de deelnemers blindelings een spoor, hetgeen in feite niets meer was dan een plan dat zij in de praktijk na een of twee antwoorden zouden hebben gewijzigd.

Literatuur

Elstein, A. S., N. Kagan, L. S. Shulman, H. Jason and M. J. Loupe: Methods and Theory in the Study of Medical Inquiry. *J. of Med. Educ.* 47 (1972) pp 85-92.

Fleisher, D. S.: Case-study Problem: A new form of evaluation. *J. of Med. Educ.* 47 (1972) pp 820-822.

Graaff, W. J. de: Huisarts en nascholing. *Med. Contact* 33 (1978) pp 571-574.

Grace, M., J. Hanson, S. M. Fincham, E. N. Skakun and W. C. Taylor: A scoring technique for computerized patient management problems. *Med. Educ.* 11 (1977) pp 335-340.

Gross, S. M.: Demographic study of the relationship of continuing pharmaceutical education to selected attitudinal and competence related criteria. *Am. J. Pharm. Educ.* 40 (1976) pp 141-148.

Leaper, D. J. e.a.: Clinical Diagnostic Process. An analysis. *Brit. Med. J.* 3 (1973) 5880 pp 569-574.

Lugt, P. J. M. van der: Zelfevaluatie: de arts als zijn eigen docent. *Med. Contact* 31 (1976) pp 77-81.

Rimoldi, H. A.: Problem Solving as a process. *Educ. Psych. Meas.* 20 (1960) pp 449-460.

Uniforme verloskundige verslaglegging voor ons land startklaar

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid gaf onlangs in het 'Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg' een aanbeveling om te komen tot een nadere structurering van het samenwerkingsverband tussen verloskundige, huisarts en specialist. Van Alten publiceerde in Medisch Contact (MC nr. 28/1978, blz. 845) een artikel over regionalisatie van de verloskundige zorg, waarin hij aangaf hoe de gedachten over de structurering van de samenwerking zich thans ontwikkelen. Men mag verwachten dat de beroepsverenigingen van verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen zullen trachten te komen tot een goede vorm voor een 'verloskundige centrum', dat is een organisatie waar perinatale zorg wordt bedreven in een gereguleerd samenwerkingsverband van vroedvrouwen, huisartsen, obstetrici en pediaters.

Verloskundig samenwerken in teamverband betekent dat verschillende verleners van verloskundige diensten zich met de zwangerschap, de bevalling en het kraambed van één vrouw bemoeien. In medisch-technisch opzicht is werken in teamverband ongetwijfeld een vooruitgang. De risico's op het vlak van intermenselijke relaties en verantwoordelijkheden kunnen echter zo groot worden dat de nadelen groter zijn dan de voordelen. Alleen als de onderlinge communicatie tussen degenen die zich met de verloskundige zorg bezighouden erg goed is, kan werken in teamverband de 'patiënt' ten goede komen.

door **Dr. J. H. J. M. Meuwissen**,
secretaris
Commissie Zwangerschapskaart



Commissie

Als men de teamgedachte wil stimuleren, kan men niet volstaan met het veronderstellen van goede wil maar dient men te zorgen voor een systeem dat goed functioneren van het team mogelijk maakt. Een belangrijk onderdeel in een dergelijk systeem is de manier waarop gegevens betreffende anamnese en onderzoeken in de verloskundige periode worden vastgelegd. Ter voorbereiding van een uniforme verloskundige verslaggeving in ons land werd twee jaar geleden de zogenaamde Commissie Zwangerschapskaart in het leven geroepen, bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Verloskunde en Gynaecologie, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen. De overheid was in deze commissie vertegenwoordigd door de Inspecteur Moederschapszorg.

Niet alle eisen waaraan een uniforme verslaglegging idealiter zou moeten voldoen, bleken haalbaar. Ideaal is dat systeem waarbij zowel huisarts, verloskundige als obstetricus tijdens de zwangerschap continu beschikken over alle gegevens van de betreffende graviditeit. In feite bleek een keuze nodig tussen twee mogelijkheden: de zwangerschapskaart uitvoeren in doordruksysteem (elke onderzoeker heeft een eigen copie) of de zwangerschapskaart meegeven aan de zwangeren respectievelijk verzenden via de post.

Niet iedereen vond het ter hand stellen van verloskundige gegevens aan de zwangere acceptabel: de kaart kan op velerlei wijze zoek of beschadigd raken en de zwangere kan de genoteerde gegevens inzien en gaan interpreteren met alle gevolgen van dien. Daarenboven is de betreffende huisarts, verloskundige of obstetricus zijn gegevens kwijt en is hij of zij alleen als de zwangere aanwezig is geïnformeerd over de stand van zaken. Het gebruik van een doordruksysteem, dat op het eerste gezicht hiervoor een oplossing biedt, is echter evenmin ideaal: de kwaliteit van het geschrevene is matig en als men een goed overzicht over het verloop van de hele zwangerschap wil hebben, dient men de gegevens van andere onderzoekers te vergaren en deze op de eigen copie over te nemen. Onze problemen blijken in Denemarken en Zweden eveneens te bestaan. Men heeft ook daar geen goede oplossing gevonden. In Zweden worden alle betreffenden via een copie van een doordrukformulier geïnformeerd over de eerste zwangerschapscontrole en bewaart de zwangere haar eigen gegevens vanaf de 36e week. In Denemarken gebruikt

men een zwangerschapskaart in doordrukform, waarbij het origineel tijdens de hele graviditeit met de zwangere meegaat. Bij elk bezoek wordt het origineel voor het invullen van de gegevens van de betreffende onderzoeker op de copie van de onderzoeker gelegd. De onderzoeker kan dan de eigen bevindingen in archief houden, maar heeft slechts een algeheel overzicht van de graviditeit als hij de informatie van andere onderzoekers overschrijft op zijn eigen copie, hetgeen erg bewerkelijk is en in feite dan ook zelden gebeurt.

Uitgangsmodel

De Commissie Zwangerschapskaart heeft na lang wikken en wegen en na verwerking van adviezen van de verschillende verenigingen besloten prioriteit te geven aan een zo eenvoudig mogelijke verwerking van essentiële gegevens, die zowel door huisartsen, verloskundigen als obstetrici kan worden gebruikt. Uitgangsmodel voor de opstelling van de verloskundige verslaggeving was de situatie, geschetst door de Centrale Raad van de Volksgezondheid, waarbij elke zwangere zich in eerste instantie tot de huisarts meldt, die verantwoordelijk is voor anamnestiche gegevens en het eerste zwangerschapsonderzoek. De verdere zwangerschapscntroles worden door de verloskundige of huisarts verzorgd. Desgewenst kunnen één of twee controles door een obstetricus worden verricht. De nieuwe verloskundige verslaggeving bestaat uit twee onderdelen:

- zwangerschapskaart (met gegevens betreffende kraambd en nacontrole), uitgevoerd in A-vier formaat op dun karton; en
- algemene verloskundige verslaggeving (samenvatting van de zwangerschap en beknopt verslag van de partus), eveneens op A-vier formaat en uitgevoerd in doordruksysteem (3 copieën).

Zwangerschapskaart

Het eerste deel van de zwangerschapskaart, idealiter door de huisarts ingevuld, is bestemd voor gegevens betreffende anamnese en status praesens. Het tweede deel is

bedoeld voor degene die primaire verantwoordelijkheid voor het verloskundig gebeuren zal dragen. Alle relevante gegevens zijn voorgedrukt en de gegevens over het verloop van de zwangerschap zijn overzichtelijk gerangschikt. Per controle is een kleine ruimte voor opmerkingen, adviezen of onderlinge communicatie tussen de verschillende leden van het verloskundig team. Gegevens over kraambd en nacontrole zijn voorgedrukt en er is extra ruimte voor bijzonderheden of communicatie ingeval de vrije ruimte per controle onvoldoende is. Het is de bedoeling dat de zwangerschapskaart verblijft in het archief van degene die primaire verantwoordelijkheid voor het verloskundig gebeuren draagt. Bij het aanvragen van een consult aan een van de andere teamleden wordt de kaart per post verzonden of in een gekartonneerde enveloppe aan de zwangere meegegeven. De consulente noteert zijn bevindingen en advies op de kaart, die wordt teruggezonden naar de aanvrager van het consult. Indien de obstetricus de zwangerschapscntrole wil overnemen, vermeldt hij dit op de kaart en zendt een fotocopie van de kaart aan degene die het consult aanvroeg en eventueel aan de betreffende huisarts.

Algemene verloskundige verslaggeving

Het formulier 'Verloskundige verslaggeving' is uitgevoerd in doordruksysteem. Het bevat samenvattende gegevens van de zwangerschap en een beknopt voorgedrukt verslag van de bevalling. Het is de bedoeling dat de samenvattende gegevens van de zwangerschap bij het begin van de bevalling worden ingevuld. De begeleider van de baring verplicht hiermee zichzelf alle gegevens van de zwangerschap nog eens op een rijtje te zetten, hetgeen bij het begeleiden van de baring – zeker als er in teamverband wordt gewerkt – van belang is. Het overzicht van de gegevens betreffende baring, nageboorte-tijdperk en kind worden na de bevalling genoteerd. Het invullen van het formulier wordt na de partus voltooid als de verloskundige of huisarts het huis van de jonge moeder verlaat respectievelijk als moeder en kind de verloskamer

verlaten.

Het formulier 'Verloskundige Verslaggeving' dient op harde ondergrond en met ballpoint te worden ingevuld. Het is in doordruksysteem uitgevoerd omdat het een berichtgevende functie vervult. Zo kan de verloskundige een copie gebruiken voor informatie aan de huisarts en een copie voor het ministerie van Volksgezondheid. Ingeval zij een zogenaamd poliklinische bevalling begeleidt zal zij een formulier in het ziekenhuis achterlaten. De huisarts heeft voor eigen gebruik minder behoefte aan een doordruksysteem, maar de copieën kunnen bijvoorbeeld dienen als aanzet voor de patiëntenkaart van de neonat en als informatie voor de kinderarts. De obstetricus kan de copieën gebruiken voor informatie aan de huisarts en eventueel aan de verloskundige, als deze de zwangerschap voor een deel begeleidde of als zij de zwangerschap medebegeleidde (in een aantal van deze gevallen zal er naderhand natuurlijk alsnog een brief met uitgebreidere informatie nodig zijn). Verder kan een copie worden gebruikt voor informatie aan de kraamafdeling en voor het archief van de verloskamer. De oorspronkelijke gedachte om nog twee extra copieën bij te voegen (een formulier voor Stichting Medische Registratie en één ten behoeve van kinderarts respectievelijk consultatiebureau) werd om praktische redenen verlaten.

Slotoverwegingen

Tijdens de werkperiode van de Commissie Zwangerschapskaart zijn veel compromissen bereikt, veel wijzigingen overwogen en aangebracht en enkele belangrijke voornemens niet gerealiseerd. De commissie meent haar opdracht te hebben vervuld. Zij realiseert zich zeer wel dat het voorgesteld systeem niet 'het einde' is en kan zijn. 'The proof of the pudding' is nu eenmaal 'in the eating' en het 'penser avec les mains' moet nog beginnen.

De verloskundige zorg in ons land behoeft intensievere samenwerking tussen de verleners van verloskundige diensten. De praktijk zal moeten uitmaken of de veronderstelde goede wil bij deze verleners groot genoeg is om de voorgestelde administratie

onbevooroordeeld te gaan gebruiken. Pas als eerste en tweede echelon gelijke administratie voeren wordt verwijzing in beide richtingen zo gemakkelijk dat men mag verwachten dat ze ook in de praktijk veelvuldiger plaats zal hebben. Dan zal het eerste echelon naar het tweede echelon verwijzen als 'het gevaarlijk zal kunnen worden' en de obstetricus tijdelijke mede begeleiding van verloskundige of huisarts voorstellen

als er 'voorlopig geen verhoogd risico' bestaat. Het is te hopen dat uniformering van de verslaglegging in ons land een goede samenwerking in goed teamverband zal kunnen bevorderen.

*
* *

Per 1 januari 1979 zal de nieuwe vorm van verloskundige verslaglegging gaan functioneren. Voor verloskundigen wordt in overleg met het ministerie een regeling

voorbereid betreffende vervanging van de oude kaart en het kostenaspect. Huisartsen en obstetrici kunnen de zwangerschapskaart (10 cent), het formulier 'Verloskundige Verslaggeving' (ongeveer 30 cent), opbergmapje en enveloppe voor het meegeven van de zwangerschapskaart bestellen bij de heer J. F. Jongeneel, Burg. Reigerstraat 87, Utrecht, tel. 030-516741; de verloskundigen ontvangen de kaarten op de gebruikelijke wijze van de Inspectie Moederschapszorg.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE

Van de afdeling Infectieziekten

Overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten, week 41 tot en met 44, 1978, periode 8 oktober-4 november 1978 (Jaargang 13, nr. 11).

Algemeen

In de afgelopen vier weken werden 8 gevallen van febris typhoidea aangegeven. De patiënten hebben de besmetting in respectievelijk India (1), Indonesië (2), Turkije (2) en Spanje (3) opgedaan.

Poliomyelitis anterior acuta: zie explosies.

Van bacillaire dysenterie werden 52 gevallen gemeld tegen 80 gevallen in de voorgaande vier weken. Zesentwintig patiënten werden in het buitenland besmet.

Er werden 101 gevallen van hepatitis A en 59 gevallen van hepatitis B geregistreerd. Van 26 patiënten met hepatitis B werd als mogelijke oorzaak van de besmetting opgegeven: 9 maal door drugspuiten, 6 maal door sexueel contact, 5 maal door tatoeage, 3 maal door bloedtransfusie, 2 maal door oorgaatjes prikken, 1 maal door contactbesmetting.

Leptospiroses werd vastgesteld bij 2 mannen die beiden contact met oppervlaktewater hadden gehad.

Bij 7 patiënten werd malaria vastgesteld. De patiënten zijn naar land van besmetting en malariaspecies als volgt verdeeld: India: 1 p. vivax; Indonesië: 2 p. vivax; Kameroen: 1 p. falciparum; Togo: 1 p. falciparum; West-Afrika: 1 p. falciparum; Onbekend: 1 p. falciparum.

Er werden 2 gevallen van ornithosis geregistreerd. Eén patiënt die zelf meerdere soorten 'gezonde' vogels houdt heeft contact gehad met iemand die een paar vogels had gekocht welke na enkele dagen dood zijn gegaan. De vogels werden niet voor onderzoek opgestuurd. De tweede patiënt, die 2 parkieten had gekocht, werd 5 dagen later ziek. De vogels werden voor onderzoek meegenomen.

Van paratyfus B werden 8 gevallen gemeld. Alle patiënten hebben de besmetting in het buitenland geacquireerd, respectievelijk in Frankrijk (1), Indonesië (2), Marokko (3) en Turkije (2).

Het aantal aangegeven gevallen van salmonellosis bedraagt 606, tegen 878 gevallen in de voorgaande vier weken.

Er werden 747 gevallen van gonorrhoea aangegeven (540 mannen en 207 vrouwen). Onder de patiënten zijn 141 buitenlanders.

Er werden 102 gevallen van primaire en secundaire syfilis gemeld (79 mannen en 23 vrouwen). Onder de patiënten zijn 26 buitenlanders.

Explosies

De polio-epidemie in Nederland (situatie per 10 november 1978). In de afgelopen vier weken werd nog één geval van polio gemeld, waardoor het totaal aantal gevallen op 110 is gekomen. Hiervan zijn 109 gevallen virologisch bevestigd. De eerste ziekte dag van de eerste en de laatste patiënt is respectievelijk 15 april en 12 oktober 1978. Inmiddels zijn er na het laatste poliogeval ruim vier weken (incubatie tijd tweemaal 2 weken) verstreken, zodat mag worden aangenomen dat de polio-epidemie is uitgewoed.

Leidschendam, 13 november 1978

Consequenties toepassing geneesmiddel onderschat

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft de navolgende beslissing gegeven inzake Mevrouw X, weduwe van Y, klaagster; tegen Dr. A., uroloog, arts over wie is geklaagd. Het Centraal Medisch Tuchtcollege; gezien de stukken; gehoord partijen; Overwegende, dat klaagster zich bij een op 11 november 1976 ingekomen klaagschrift heeft gewend tot het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg met een klacht betreffende de behandeling, die de arts over wie is geklaagd wijlen haar echtgenoot had doen ondergaan, die lijdende was aan de ziekte van Peyronie, door hem een Natulan-kuur voor te schrijven, die niet met voldoende controle gepaard ging en heeft geleid tot ernstige verslechtering van het bloedbeeld, al hetgeen klaagster in verband brengt met het overlijden van haar echtgenoot ten gevolge van een acute myelofibrose omstreeks een halfjaar nadat het contact met de arts over wie is geklaagd was verbroken; dat het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg bij een op 23 mei 1977 gegeven beslissing deze klacht heeft afgewezen, van welke beslissing klaagster op 19 september 1977 een afschrift werd toegezonden; dat klaagster bij een op 20 oktober 1977 – en mitsdien tijdig – ingekomen beroepschrift van deze beslissing in beroep is gekomen. Overwegende, dat het College in Eerste Aanleg de feiten waarop de klacht betrekking heeft als volgt heeft samengevat:

De patiënt was geboren op 6 maart 1907 en is overleden op 19 augustus 1973. Als overlijdensdiagnose werd gesteld een pancytopenie op basis van een (acute) myelofibrose. De patiënt

is in de periode 1969 tot 1972 klinisch en poliklinisch behandeld door de arts over wie is geklaagd in verband met een recidief nierlijden. Op 7 juli 1972 consulteerde de patiënt de arts over wie is geklaagd in verband met erectiestoornissen en potentieverlies. Deze constateerde, dat de patiënt leed aan de ziekte van Peyronie en schreef de patiënt in verband hiermede een Natulan-kuur voor. De arts over wie is geklaagd stelt, de patiënt er destijds van op de hoogte gebracht te hebben dat Natulan een toen vrij recent ontdekt middel was bij het gebruik waarvan een frequent bloedonderzoek dient plaats te vinden en dat hij met de patiënt heeft afgesproken, dat hij het middel voor de tijd van een half jaar zou voorschrijven, daarbij opmerkende dat hij de gewoonte heeft het middel nimmer langer dan een halfjaar achtereen toe te dienen. Op 8 september, 17 november en 22 december 1972 vond controle plaats door de arts over wie is geklaagd. Hij stelt dat de lage frequentie van de onderzoeken te wijten is aan de patiënt. Deze zou het enerzijds te druk hebben met zijn werkzaamheden om veelvuldig op controle te komen en anderzijds de controles hebben willen beperken, aangezien deze voor eigen rekening dienden te geschieden. De controle op 22 december 1972 vond plaats op verzoek van de huisarts van de patiënt. De arts over wie is geklaagd constateerde toen, dat het bloedbeeld een scherpe daling van leucocyten en trombocyten vertoonde, respectievelijk $2,4 \times 10^9/\text{liter}$ en $56 \times 10^9/\text{liter}$ tegenover $5,7 \times 10^9/\text{liter}$ en $210 \times 10^9/\text{liter}$ bij controle op 17 november 1972. Nog diezelfde dag is de huisarts van de patiënt van zijn bevindingen op de

hoogte gesteld en zijn waarnemer heeft de patiënt geadviseerd zich onmiddellijk ter observatie te laten opnemen. De patiënt heeft aan dit advies geen gevolg gegeven. De volgende controle op 23 januari 1973 vertoonde een lichte verbetering van het bloedbeeld, maar de arts over wie is geklaagd, terug van vakantie, adviseerde de patiënt opnieuw zich onmiddellijk te laten opnemen. De opname in een ziekenhuis vond plaats op 1 februari 1973 en op 8 februari daaropvolgend werd de patiënt mede op zijn verzoek ontslagen. Tijdens de opname kreeg de patiënt transfusies met packed-cells, totaal 7 stuks. Bij zijn ontslag op 8 februari 1973 was het bloedbeeld van de patiënt redelijk en de temperatuur, die tijdens de opname was opgelopen, weer normaal. Op 10 februari 1973 werd de patiënt vervolgens, buiten medeweten van de arts over wie is geklaagd, opgenomen in een ander ziekenhuis, nadat de patiënt, volgens klaagster, thuisgekomen uit het eerder genoemde ziekenhuis, bemerkte dat zijn benen vol blauwe plekken zaten. Deze opname duurde ongeveer een maand. Na een nieuwe opname in de zomer van 1973 is de patiënt tijdens een derde opname in augustus 1973 op 19 augustus overleden.

Overwegende, dat het onderzoek ter terechtzitting van het Centraal College niet tot andere vaststelling der feiten heeft geleid.

Overwegende met betrekking tot de klacht:

Deze behelst allereerst de stelling, dat de toediening van het geneesmiddel Natulan, gezien de betrekkelijk

onschuldige aandoening waarvoor dit ten deze werd toegepast, ontoelaatbaar was en zeker niet in de doses die totaal gebruikt zijn had mogen zijn aangewend. Met het College in Eerste Aanleg is het Centraal College van oordeel, dat het gebruik op zich van dit geneesmiddel de arts niet verweten kan worden. De ziekte van Peyronie kan niet anders bestreden worden; de arts over wie is geklaagd beschikte over voldoende gegevens. De aandoening waaraan de patiënt leed moge niet gevaarlijk zijn geweest; er was alle aanleiding de mogelijkheid tot genezing aan te grijpen; de toegediende doses acht het Centraal College aan de lage kant. Natulan is echter een geneesmiddel dat zo ernstige bijwerkingen en contra-indicaties kent, dat een zeer zorgvuldige begeleiding van de kuur vereist was. De fabrikant van het middel waarschuwt dat de beginfase van de behandeling klinisch dient te geschieden en dat frequente controle van het bloedbeeld noodzakelijk is. In casu is de patiënt bij de aanvang van de kuur niet klinisch behandeld, maar hem werd toegestaan met vakantie te gaan. Hoewel controle na veertien dagen aangewezen was, kon daardoor een eerste controle niet eerder plaatsvinden dan een maand na aanvang van de kuur. Ook nadere controles zijn met vertraging geschied; hoewel die aanvankelijk gunstig verliepen geeft dit een beeld van een onvoldoende opzet van de behandeling, die culmineerde in een volstrekt onvoldoende samenwerking met de internist, toen de patiënt in het eerste ziekenhuis was opgenomen, die – zelfs in het beeld dat de arts over wie is geklaagd daarvan zelf geeft – te laat en te weinig in de behandeling is betrokken geweest. Het Centraal College is van oordeel dat de arts, die een behandeling voorschrijft waartegen ernstige contra-indicaties bestaan en die het gebruik van medicijnen meebrengt die sterke bijwerkingen kunnen veroorzaken, in de zorg voor zijn patiënt tekortschiet indien hij niet met alle hem ter beschikking staande middelen zorgt, dat de vereiste controle wordt uitgevoerd en indien hij niet specialisten of andere specialismen in die controle betreft, wanneer de mogelijke contra-indicaties of bijwerkingen daartoe aanleiding kunnen zijn. De arts over wie is geklaagd is in dit

opzicht tekortgeschoten. Het feit dat de patiënt redenen gehad kan hebben om zich aan de controle te onttrekken is geen verontschuldiging. Bij de opzet van een behandeling als de onderhavige behoort een systeem waarbij de patiënt min of meer gedwongen wordt zich aan tijdige controle te onderwerpen. Het feit, dat meer en tijdige controle de gang van zaken niet zou hebben gewijzigd, doet daaraan niet af. Ook al is niet komen vast te staan dat er verband moet worden gelegd tussen het later overlijden van de patiënt en de behandeling die het onderwerp is van de klacht, die latere gang van zaken heeft mede de aandacht op de behandeling door de arts over wie is geklaagd gevestigd; de onvolledigheid van de opzet daarvan heeft aldus geleid tot ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen.

De klacht is mitsdien gedeeltelijk gegrond en zal tot oplegging van een maatregel moeten leiden. Daarbij neemt het Centraal College in aanmerking, dat niet gebrek aan zorg voor de persoon van de patiënt of oppervlakkigheid tot het tekortschieten van de arts over wie is geklaagd heeft geleid, maar veeleer een onvoldoende doordachte opzet

van de behandeling als geheel en onderschatting van de consequenties van de toepassing van het onderhavige geneesmiddel. Een andere dan de lichtste maatregel kwam dus niet in aanmerking. Overwegende, dat deze beslissing in verband met haar belang dient te worden bekend gemaakt op de wijze als hieronder bepaald;

Rechtdoende in hoger beroep

Vernietigt de beslissing waarvan beroep en opnieuw rechtdoende: Past op de arts de maatregel toe van *waarschuwing*. Beveelt bekendmaking van deze beslissing in voege als voren omschreven door toezending aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, afdeling Externe Betrekkingen, en door aanbidding aan de redactie van het weekblad 'Medisch Contact'.

Aldus gegeven in Raadkamer op 25 mei 1978 door de heren: Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter; W. Hoekstra en J. A. de Jong, leden-geneeskundigen; J. E. van der Pot en Dr. J. Stumphius, plv. leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris.

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

Verschenen is de bundeling van een artikelenserie over sportgeneeskunde, gepubliceerd in de jaargangen 1977-1978 van Medisch Contact. Het betreft een dertigtal beschouwingen over allerlei aspecten van de sportgeneeskunde benaderd vanuit de visie van sportartsen, medische specialisten, paramedici, een socioloog en – geëvalueerd – van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg.

Belangstellenden wordt deze bundel toegezonden na overmaking van f 7,50 op gironummer 58083 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht onder vermelding van 'Sportgeneeskunde'.

Onze gezondheidszorg in internationaal perspectief

Een verdere organisatorische en juridische uitbouw van de Europese Gemeenschap – denk aan de rechtstreekse verkiezingen van het Europese Parlement in 1979 – zal ook belangrijke consequenties hebben voor de (volks)gezondheidszorg in de onderscheiden lidstaten. Immers, een verderschrijdende integratie van de instituties in de Gemeenschap zal zeker tot gevolg hebben, dat de burgers ook meer Europees gaan 'denken' en zich aan de landsgrenzen steeds minder gelegen laten liggen. Voor onze gezondheidszorg zal dit betekenen dat men gemakkelijker dan voorheen zijn medische zorg zal gaan zoeken in een ander EEG-land, indien bepaalde faciliteiten in eigen land ontbreken of in onvoldoende mate beschikbaar zijn.

Ziekenfondswet en EEG-verordening

Artikel 9, lid 4 van onze Ziekenfondswet geeft de ziekenfondsen al de bevoegdheid om verzekerden een behandeling te laten ondergaan buiten het territorium waarbinnen het ziekenfonds werkzaam is, als dit voor de geneeskundige verzorging van de patiënt nodig is. De wetsontwerpers hebben daarbij waarschijnlijk niet of nauwelijks gedacht aan geneeskundige behandelingen buiten Nederland, maar de wettekst sluit dit niet uit. Voor de ziekenfondsverzekerden betekent het artikel wel, dat toestemming nodig is van het ziekenfonds en dat het ziekenfonds die toestemming kan weigeren als het die behandeling elders niet relevant acht of om andere redenen. Op dit punt verkeert de

door **W. Th. van de Ven**



De auteur, voormalig ondernemer, is lid van de ledenraad van het Eindhovens ziekenfonds AZEO met speciale belangstelling voor de psychiatrische gezondheidszorg, mede-oprichter van de Stichting Openhart-Chirurgie en vice-voorzitter/secretaris van de European Hospital and Research Foundation i.o., welke zich de bevordering van supranationale gezondheidszorgvoorzieningen binnen de EEG ten doel stelt.

patiënt dus in een duidelijke afhankelijkheidspositie. Artikel 74, lid 1 van de Ziekenfondswet (betreffende het recht van beroep) laat ook geen ruimte voor een beroepsmogelijkheid terzake van de toepassing van artikel 9, lid 4. Overigens kan dit artikel een zeer ruime werkingssfeer bezitten: in principe kan de behandeling in elk land ter wereld plaatsvinden (de hartluchtbruggen naar de Verenigde Staten, Zwitserland en naar de privéklinieken in Engeland worden kennelijk door artikel 9, lid 4 gelegaliseerd). Geheel anders is het gesteld met Verordening (EEG) 1408/71 (inzonderheid art. 22) van de Raad der Gemeenschap. Globaal gesteld bepaalt deze verordening dat iedere

EEG-werknemer (in loondienst of daarmee gelijkgesteld en afhankelijk van een wettelijke voorziening op het gebied van de gezondheidszorgverzekering – een uitbreiding tot zelfstandigen is in de maak) zich in een ander EEG-land dan het moederland medisch kan laten behandelen, indien het moederland de gewenste zorg niet kan verlenen. De patiënt heeft daarvoor wel de toestemming nodig van het 'bevoegde orgaan' in het moederland (in het geval van Nederland zijn ziekenfonds), maar die toestemming kan niet worden geweigerd als de gewenste behandeling in eigen land niet mogelijk is. Het betreft hier dus veeleer een positief recht, waarop het ziekenfonds in het algemeen nauwelijks vat heeft. Het lijkt er aldus op, dat op basis van Verordening 1408/71 de patiënt het verstrekkingenpakket van zijn ziekenfonds in feite vrijwel ongelimiteerd kan uitbreiden door zijn hulp in het buitenland te gaan zoeken, waar bepaalde verstrekkingen wel zijn voorzien. Kan artikel 9, lid 4 van de Ziekenfondswet zelfs een mondiale oplossing bieden voor problemen in de regionale of nationale gezondheidszorgvoorzieningen, EEG-verordening 1408/71 is uitsluitend van toepassing binnen de grenzen der Gemeenschap.

Voorzieningen harmoniseren

Hoe moet nu de wenselijkheid van een verdergaande internationale patiëntenmobiliteit binnen de Gemeenschap worden getaxeerd? Laten we voor het bekijken van deze vraag ons even gemakshalve beperken tot de Nederlandse situatie. De

begroting van Volksgezondheid wordt mede bepaald door de beperkingen van het vastgestelde voorzieningenpakket waarop ziekenfondsverzekerden in ons land recht hebben. Indien men een voorziening waarop men hier te lande normaal gesproken geen aanspraak kan maken in het buitenland gaat 'halen', wordt daarmee het vastgestelde voorzieningenpakket in praktische zin uitgebreid en zal dat nadelige consequenties hebben voor het voorziene budget voor volksgezondheidszorg. Naarmate het voorzieningenpakket in bepaalde EEG-landen minder omvangrijk is, zal ook de bedoelde discrepantie groter worden. Een redelijke gezondheidszorgplanning (zowel in financieel als in organisatorisch opzicht) binnen de onderscheiden EEG-lidstaten zal nauwelijks nog mogelijk zijn als de patiëntenmobiliteit binnen de EEG belangrijke vormen zal gaan aannemen.

Gezien het voorgaande lijkt het onvermijdelijk dat in alle EEG-landen een eensluitend voorzieningenpakket wordt vastgesteld, waarop iedere ingezetene der Gemeenschap (zie de beperkingen die door de Raad zijn vastgesteld) rechten kan doen gelden. Een harmonisatie van de

voorzieningen zal er toe bijdragen dat onnodige en kostbare patiëntenbewegingen, in de zin van mobiliteit, binnen de Europese Gemeenschap zoveel mogelijk worden vermeden.

Het is zeer goed mogelijk dat bepaalde voorzieningen voor een bepaald land afzonderlijk gewenst zijn, omdat die voorzieningen anticiperen op bepaalde culturele waarden die min of meer karakteristiek zijn voor dat land of volk. Dit soort voorzieningen moet dan bereikbaar blijven voor de betrokkenen, maar zij moeten gaan deel uitmaken van het 'Europees pakket'. Zoals in Nederland de ziekenfondsen middels het zogenaamd aanvullend fonds regionaal gewenste voorzieningen in beperkte mate financieel mogelijk mogen maken, zo kan een dergelijke regeling ook op Europees niveau worden toegepast.

Centrale aanpak

Het kan en mag niet worden ontkend dat de EEG-constellatie een zeer goede mogelijkheid biedt om uit het oogpunt van doelmatigheid, humaniteit en solidariteit bepaalde voorzieningen centraal aan te pakken. Bedoeld worden hier die

voorzieningen, die maatschappelijk gewenst zijn maar door hun aard of (financiële) omvang bewust beter centraal kunnen worden georganiseerd op Europees niveau. Voorbeelden hiervan zullen in het kader van dit artikel niet worden gegeven: een nauwkeurige inventarisatie en prioriteitsafweging in EEG-verband zal daarvoor noodzakelijk zijn.

Andere voorzieningen zullen door min of meer toevallige omstandigheden in sommige EEG-landen worden geconcentreerd en als zodanig een centrumfunctie vervullen (ons land bijvoorbeeld kent geen kuuroorden zoals Duitsland en Italië, omdat de geologische condities daarvoor bij ons nu eenmaal niet aanwezig zijn).

Een verdere uitbouw en ontwikkeling van de Europese Gemeenschap zal voor de gezondheidszorg in de lidstaten zeker een aantal problemen oproepen, die echter niet te gemakkelijk uit de weg moeten worden gegaan. Een Verenigd Europa zal aan de gezondheidszorg tevens een geheel nieuwe en positieve dimensie kunnen toevoegen. Voor de beleidsbepalers is het van groot belang dat zij deze tendensen tijdig onderkennen en daarop creatief inspelen.

Begeleidingscommissie Hartchirurgie officieel adviesorgaan

De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mevrouw Mr. E. Veder-Smit, heeft aan de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland laten weten deze commissie in de toekomst te willen raadplegen inzake alle belangrijke aangelegenheden op het gebied van de capaciteit van de hartchirurgie en daarmee samenhangende problemen. Ook zal de commissie uit eigen beweging aan de staatssecretaris kunnen adviseren. De Commissie Hartchirurgie Nederland, waarvan Prof. Dr. J. Nieveen voorzitter is, werd enige jaren geleden opgericht door een vijftal wetenschappelijke organisaties: de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, de sectie Kindercardiologie van de

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Commissie Coronair Angiografie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Wetenschappelijke Adviesraad van de Nederlandse Hartstichting.

De commissie stelt zich ten doel van de zijde van de professie een daadwerkelijke bijdrage te leveren aan het oplossen van de problemen op het gebied van de verruiming van de cardiochirurgische capaciteit. Voorts kan aan de commissie worden verzocht een inrichting rechtstreeks bij de opzet en uitvoering van een hartchirurgische afdeling te begeleiden. In dit kader heeft het oordeel van de commissie bij het besluit van de staatssecretaris inzake de oprichting van een afdeling hartchirurgie in het Medisch Centrum

De Klokkenberg te Breda reeds een belangrijke rol gespeeld.

De commissie is als volgt samengesteld.:

Prof. Dr. J. Nieveen, voorzitter;
Dr. W. Ch. P. Geldof, secretaris;
Dr. J. Rohmer, penningmeester;
Prof. Dr. P. G. Hugenholtz;
Prof. Dr. L. K. Iacquet;
Dr. A. V. G. Bruschke;
Dr. A. Eygelaar;
Dr. E. Harinck;
Prof. Dr. H. A. Snellen, leden.

Nicolaas van Assendelft en de ontdekking van de bloedsomloop

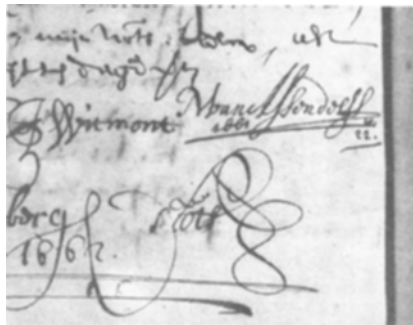
De publikatie van Harveys leer van de bloedsomloop in zijn boek *'De Motu Cordis'*, 350 jaar geleden in Frankfurt verschenen, heeft een hevige strijd ontketend in de geleerde medische wereld van zijn tijd. Niet alleen aan de universitaire centra van West-Europa maar ook in de 'periferie' laaiden de discussies over de circulatieleer hoog op, waarbij de voor- en tegenstanders elkaar middels brieven, pamfletten en wetenschappelijke publikaties in de haren vlogen. Daar Harveys boek, zoals dit in die tijd gebruikelijk was, in het Latijn verscheen, werden de discussies aanvankelijk voornamelijk gevoerd door diegenen die deze wetenschappelijke taal beheersten. Pas nadat het boek vertaald was in het Frans, Duits, Engels en Nederlands wierpen ook de lagere goden der geneeskunde – met name de chirurgijns – zich in het strijdgewoel van de pro's en contra's.

Het is de Delftse chirurgijn Nicolaas van Assendelft geweest, die voor het Nederlands sprekende en lezende publiek Harveys *'De Motu Cordis'* toegankelijk heeft gemaakt door een vertaling. Hoewel over het leven van Nicolaas van Assendelft nog vele onzekerheden bestaan, zijn er de laatste tijd meer gegevens bekend geworden, die in het onderstaande nader op schrift zijn gesteld.

De Van Assendelfts

Nicolaas van Assendelft werd geboren in de eerste helft van de 17e eeuw. Zijn geboortjaar en -datum zijn niet bekend, daar er uit die jaren nog geen doopboeken voorhanden zijn van de kleine Remonstrantse Gemeente, waartoe deze tak van de familie Van Assendelft in de Prinsstad Delft

door **Dr. H. L. Houtzager**
en **H. W. van Leeuwen**



... was getekend
Nicolaas van Assendelft ...

behoorde. Nicolaas' vader Alewijn, schrijnwerker en steenhouwer van beroep, was in 1628 getrouwd met Adriaentgen en Jorisdochter Anthon uit Rotterdam, die hem elf kinderen schonk, van wie er slechts zes de volwassen leeftijd bereikten. De familie Van Assendelft is steeds in Delft woonachtig geweest. Dit wettigt de veronderstelling, dat onze Nicolaas zijn opleiding tot meester chirurgijn in Delft heeft gekregen. Zijn grootvader, eveneens Nicolaas geheten (1577-1628), was evenals zijn vader schrijnwerker en vervaardigde in deze hoedanigheid het koorhek in de Nieuwe Kerk te Delft, waarover Boitet, maar nog meer de stadshistoricus Van Bleyswijck, in lovende woorden spreekt in zijn *'Beschryvinge der Stadt Delft etc.'*. 'Het gantsche Choor met zijn omgaender Trans is van de Kerck

afgeslooten met drie Hecken, ten weder-sijden een klein en in het midden een groot en Swaer Heck van Wagen-schot, in de jare 1627 soo heerlijk gheordonneert en ghevrocht door Nicolaes van Assendelft, dat men nergens veel beter schrijn-werck vinden sal . . . ' Ook in ander opzicht heeft de familie Van Assendelft zich een vooraanstaande plaats verworven in de geschiedenis van Delft en Delfland. Nicolaas' oom Willem (1606-1691) was secretaris van Hof van Delft en tevens notaris, terwijl neven van Nicolaas de chirurgijn hoge bestuurlijke functies bekleedden als 40-raad van de stad, burgemeester van Delft en secretaris van Delfland. In het *'Reeckenbouck'* van het chirurgijns-gilde komen we Nicolaas van Assendelft voor het eerst tegen op 19 december 1654: 'Noch ontfanghe op den 19 desember 1654 van mr. Nicolaes Assendelft van wege een leerjonge om bij hem te wone om te leere het hanwerck der cirurgie alsoo sijn naem int Memoryael bouck aangheteyckent staet, sijn naem is Maxmiliaen Schrevelius alhyer tot Delft . . . 1 (pond), 12 (stuivers)'. In de *'Inventaris van de goederen sijnde op de Anatomiecamer'* van Delft, welke sedert 1657 in het verbouwde Maria Magdalena Convent aan de Verwersdijk was gevestigd, bevond zich de instrumentenkast van het gilde, waarop de 'naemen der Personen die geschildert zijn op de regter Deur' staan; onder hen komt ook Mr. Nicolaes Assendelft voor als examiner van het gilde. Deze portretten waren geschilderd door Antonie Palamedes Stevens, die in 1601 in Delft werd geboren en op 27 november 1673 te Amsterdam, waar hij sedert 1670 woonde, werd begraven. Hij was lid van het St.



Lucas schildersgilde te Delft en waarschijnlijk leerling van Michiel Jansz. van Mierevelt (1567-1641), hofschilder van de prinsen van Oranje.

De Delftse archieven bevatten over het doen en laten van onze meester-chirurgijn helaas weinig gegevens. Een sporadisch gegeven is nog, dat hij in 1657 en 1659 net niet werd gekozen in het college van 'directeurs' van zijn remonstrants kerkgenootschap, een functie die zijn vader Alewijn diverse malen had vervuld. We weten, dat op 22 oktober 1662 notaris Nicolaes Vrijenberch 'in eygener persone Nicolaes van Assendelft mr-chirurgijn, sieckelijck van lichaeme te bedde leggende' bezocht om zijn testament te maken. Daar Nicolaas niet getrouwd was en geen kinderen had, benoemde hij tot enige erfgenaam 'zijn moeder Adriana Anthon wed. van Alewijn Claesz. van Assendelft'. 'Verleden ten huysse ende voort bedde van den testateur, ter presentie van Arnout Gijbrant, by hem testateur innewonende ende Jacobus Witmont, mijn notaris clerq, als getuygen hietoe versocht ten dage voors . . .'. Acht dagen later, op 30 oktober 1662, lezen we dan in het begraafboek van de Oude Kerk: 'Mr. Niclaes van Assendelff, chirurgijn, aen de Coremarct'. Van Assendelft is derhalve op vrij jeugdige leeftijd overleden en kan ten hoogste 34 jaar oud geworden zijn, het huwelijksjaar

van zijn ouders, 1628, in aanmerking genomen hebbende.

Nicolaas van Assendelft en Harveys circulatietheorie

Dit summiere overzicht van hetgeen bekend is over een 17e eeuwse meester-chirurgijn uit Delft zou niet aan het papier zijn toevertrouwd, ware het niet dat Nicolaas van Assendelft bekendheid heeft gekregen door zijn vertaling van een aantal boeken van thans medisch-historisch belang, toentertijd van een zodanige importantie dat zij wat hun inhoud betreft tot de paradigma's van de geneeskunde kunnen worden gerekend. Van deze boeken is de Nederlandse vertaling van 'De Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. Guilielmi Harvei Angli, Medici Regii & Professoris Anatomiae in Collegio Medicorum Londinensi, Francofurti, Sumtibus Guilielmi Fitzeri, Anno M.D.C.XXVIII', zoals de volledige titel van Harveys werk luidt, wel de belangrijkste. De Nederlandse vertaling van de titelpagina luidt: 'Van de beweging van 't hert ende bloet. Uit het Latijn vertaald door N. van Assendelft. Amsterdam voor Corn. Last, 1650.' In datzelfde jaar verscheen bij dezelfde uitgever de Nederlandse vertaling die Van Assendelft had gemaakt van twee

Latijnse brieven van Johannes Walaeus (1604-1649), gericht aan Thomas Bartholinus, over de: 'Beweginge des Chyls ende des Bloeds'.

In 1648, dus tien jaar na de eerste uitgave van 'De Motu Cordis', had de Rotterdamse arts Jacobus de Back een Latijnse heruitgave van Harveys werk verzorgd en daaraan zijn eigen 'Dissertatio de Corde' toegevoegd. Dit boek van De Back werd in 1651 door Van Assendelft vertaald en uitgegeven onder de titel: 'Verhaal van 't hart waar in wert gesproken van de nietigheit der geesten, van de bloetmaking, van de warmte der levende lighamen etc . . . In 't einde een byvoegsel over den omloop des bloets van Harveius. Vertaling door N.V.A. Amsterdam L. Spillebout, 1651'.

Ter completering van het vertaaltwerk van Van Assendelft dient nog te worden vermeld de Nederlandse uitgave van het werk van de Duitse chirurgijn Fabricius Hildanus (1560-1634), dat verlucht met houtsneden in 1656 in Rotterdam verscheen onder de titel: 'Aanmerkingen, rakende de genees- en heekonst Nevens een brief van een wondelijk lijfmoeders-scheurzel daar de vrucht levendig uitgesneden is, door Michel Doringius'. De Rotterdamse arts Nicolaas Zas, rond 1610 in Delft geboren en evenals Van Assendelft en De Back remonstrants,

schreef bij deze vertaling een voorwoord in dichtvorm dat was opgedragen aan de 'Geleerden Welervarenen Heelmeester Mr. Niklaas van Assendelft, Praktizijn tot Delft'. De laatste regels van dit gedicht luiden:

Weest dankbaar Delf aan Assendelft:
Verheft hem, gy verheft u zelf.
In al geval; de Burger-kroon
Wert hem van buiten aangeboon.

Gedicht op de dood van Harvey

Merkwaardig is het, dat hoewel Harvey pas op 3 juni 1657 overleed Van Assendelft reeds in 1650 een gedicht op Harveys overlijden in zijn vertaling van 'De Motu Cordis' opnam (zie kader). Waarschijnlijk had Van Assendelft, zij het uit onbetrouwbare bron, ten onrechte vernomen dat Harvey was overleden. In de medisch-historische literatuur is een tweede soortgelijke vergissing niet bekend. Mogelijk had Van Assendelft het overlijden van een naamgenoot van Harvey vernomen en is hij in de veronderstelling geweest dat het hier het sterven van de grote Engelse medicus betrof. Naspeuringen in nieuwsbladen etc. uit de jaren 1649 en 1650 leverde hiervoor echter geen bewijs op mededeling Drs. M. J. van Lieburg).

Men kan zich afvragen wat de beweegredenen zijn geweest van Van Assendelft om de hierboven vermelde publikaties over de circulatietheorie te vertalen en uit te geven. Er moet een vriendschapsband geweest zijn tussen hem, De Back en Zas. Alle drie zijn lid geweest van de Remonstrantse Gemeente, toen nog een kleine

Op de Doot van den Geleerden Heer Gulielmus Harvey in zijn leven Hoog-leer-meester, ende geneesheer des Konings van Engelant

*Het Engels licht, dat eer zo heertlijk blonk,
En d'Artzeny een nieuwe glory schonk,
Verstreckend' in een yders oog een wonder.
Trok, laas! te vroeg zijn klare stralen onder.
En sloot de mont, die, eer hij zijnde Rol
Had uitgespeelt, van gulde Leerling vol,
En zwanger van Geleertheit, den verlegen.
Een leitstar was, in ongebaande wegen.
Hy sloot zijn mont, en handen laas! te
vroeg:
Waar mē hy't staal zo vaak in 't Herte joeg
Der beesten, en zoog leering uit de Dieren,
Deursnuffelend' haar ingewant en spieren.
En vezelen, tot dat hy eens, gewis,
Een Zonne zag in deze duisternis:
Een Zonne, die de nevelen en dampen
Verdrijft, ja licht de zinnen, om de fampen
En qualen van de zwakke mensehlijkheit
Te kennen: ja een Zonne, die ons leit
In 't diepste van zo veel geheimnissen.
Waar in ons vaak d' onwetenheit dee
missen.
Dit droop wel eer, als honing, van zijn tong
Wanneer hy voor de zuivre waarheit dong:
En pleitende zijn redenen beklede,
En stutte met zo veel Ervarenheden.
Vergeef het nu onz' Onervarenheit,
Indien w'et niet recht hebben uigeleit,
En hebben wy 't niet kunnen al ontwarre,
Zo wert die Zon in duitsch in kleine starre.*

minderheidsgroep; Zas en Van Assendelft waren beiden geboren Delftenaren.

Over een direct contact tussen Harvey en Van Assendelft is tot op heden niets bekend. Toen Harvey in 1636 een reis door West-Europa maakte in het gevolg van Thomas Howard en van Hellevoetsluis via Den Briel, Maassluis en Delft naar Den Haag

reisde, was Van Assendelft nog een kind. Mogelijk dat er in later jaren via De Back een indirect contact tussen beiden is geweest.

Nicolaas van Assendelft, ook al was hij 'slechts' chirurgijn, heeft niet alleen het Latijn beheerst maar heeft ook op een zodanig wetenschappelijk niveau gestaan, dat hij in staat was om de circulatietheorie van Harvey te kunnen begrijpen en te vertalen in het Nederlands. In dit licht gezien geldt Nicolaas Zas' uitspraak ook vandaag nog: 'Weest dankbaar Delf aan Assendelft!'

Literatuur en bronnen

Bleyswijck, D. van (1667) Beschrijvinge der Stadt Delft etc., pag. 277-278. Arnold Bon, Delft.

Francis, W. W. (1957) William Harvey, Englishman 1578-1657. Mac. Gibbon & Kee, London.

Opuscula Selecta Neerlandicorum de Arte Medica (1926) Vol. V., Amsterdam.

Schoute, J. (1972) Johannes Walaëus en zijn betekenis voor de verbreiding van de leer van de bloedsomloop. Dissertatie, Van Gorcum, Assen.

Gemeentelijke Archiefdienst Delft:
Stadsarchief, 1e afd., nr. 1981, deel I (Chirurgijngildeboek);
Stadsarchief, 1e afd., nr. 1982, deel I (Rek. Chirurgijngilde);
Notarieel archief, nr 2059, akte nr. 162;
Doop-, trouw- en begraafboeken.

Archief Remonstrantse Gemeente, nrs. 17 en 111 (notulen en rekeningen).

Lelij, W. van der, Kwartierstatenboek van Delftse Vroedschappen, handschrift, 18e eeuw (gepubliceerd in de Nederlandse Leeuw, 1914-1916).

Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood-zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld.

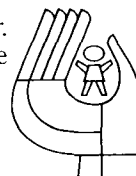
Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u.

SIRE

Publicatie aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Ideeële Reclame.

Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder.

Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling,
Koningsplein 27 in Den Haag,
telefoon: 070-631923.





officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (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. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. J. M. van Bortel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Geneeskundige verklaring afdelingsvertrouwensartsen afgeschaft voor belastingaftrek

Geén geneeskundige verklaring meer nodig van afdelingsvertrouwensartsen voor belastingaftrek met ingang van 1 januari 1979.

Zoals bekend, bestond oorspronkelijk een groot gedeelte van de taak van de afdelingsvertrouwensartsen uit het afgeven van geneeskundige verklaringen ten behoeve van vrijstelling van motorrijtuigenbelasting, ten behoeve van voorrang bij telefoonaansluitingen en ten behoeve van de voor de uitvoering van directe belastingen gevraagde aftrek (bijvoorbeeld voor diëten).

Beide eerstgenoemde groepen van geneeskundige verklaringen zijn op dit moment niet meer nodig en thans heeft het ministerie van Financiën bij monde van de staatssecretaris de KNMG medegedeeld dat met ingang van 1 januari 1979 ook een nieuw systeem tot het afgeven van geneeskundige verklaringen in werking zal treden. Dit betekent dat met ingang van voornoemde datum de belastingplichtigen niet meer dienen te worden verwezen naar een afdelingsvertrouwensarts voor het verkrijgen van de in de aanvang van dit schrijven genoemde derde categorie van geneeskundige verklaringen.

In de toekomst zullen de betrokken belastinginspecteurs, overeenkomstig de door het ministerie te geven voorschriften, belastingplichtigen ter verkrijging van een geneeskundige verklaring verwijzen naar een contractarts van de Rijks Geneeskundige Dienst.

Een en ander betekent dat de taakvervulling van de afdelingsvertrouwensartsen met ingang van 1 januari 1979 sterk is gereduceerd. De Commissie Geneeskundige Verklaringen zal nader overwegen hoe zij het hoofdbestuur zal adviseren wat met de taak en functie van de afdelingsvertrouwensartsen in de toekomst zal dienen te geschieden. Hangende een uitspraak daarover is aan de afdelingsvertrouwensartsen gevraagd als zodanig te willen blijven functioneren.

Dr. H. Roelink, secretaris

Besluit no. 2 en 3 – 1978

Opleiding tot sociaal-geneeskundigen

Overeenkomstig artikel 1058, lid 6, van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder de publicatie van de besluiten 2- en 3 – 1978 van het College voor Sociale Geneeskunde. Deze besluiten hebben betrekking op de opleiding tot sociaal-geneeskundigen door middel van de vervulling van een assistentschap aan een universitair sociaal-geneeskundig instituut of daarmee vergelijkbare instelling.

Utrecht, 14 december 1978

Besluit no. 2 – 1978

Het College voor Sociale Geneeskunde in vergadering bijeen op 1 september 1978;

overwegende dat op grond van de algemene eisen te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen – besluit no. 1 – 1974 – degene die als zodanig wordt opgeleid, om tot het specifieke deel van de opleiding te worden toegelaten, het gemeenschappelijk gedeelte – de basiscursus – dient te hebben gevolgd dan wel gedurende tenminste twee jaar assistent bij een hoogleraar in de sociale geneeskunde dient te zijn geweest;

dat genoemde voorgeschreven termijn van twee jaar assistentschap, mede gezien de hiermede opgedane ervaringen een grote discrepantie inhoudt ten opzichte van de basiscursus;

dat daarom tot bekorting van een zodanig assistentschap dient te worden overgegaan mits aan bepaalde nader te stellen voorwaarden wordt voldaan;

gehoord de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

gelet op artikel 1057, lid 2a, en artikel 1058 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Artikel A3, lid b, van besluit no. 1 – 1974 van het College voor Sociale Geneeskunde te wijzigen en aan te vullen, zodat dit als volgt luidt:

Met goed gevolg het gemeenschappelijk gedeelte – de basiscursus – hebben gevolgd, tenzij de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie hiervoor geheel of gedeeltelijk vrijstelling heeft verleend, c.q. gedurende tenminste één jaar assistent aan een universitair sociaal-geneeskundig instituut of daarmee vergelijkbare instelling zijn geweest.

Is de assistent in opleiding tot sociaal-geneeskundige part-time als zodanig werkzaam, dan dient het assistent-

schap naar rato verlengd te worden, met dien verstande dat de aanstelling minstens 50% dient te zijn.

In geval van een zodanig assistentschap dient de sociaal-geneeskundige in opleiding zijn te voltooien programma – waarvan de betrokken hoogleraar door medeondertekening zijn instemming heeft doen blijken en waarin de onderdelen van de basisopleiding moeten zijn verwerkt – tevoren aan de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

De sociaal-geneeskundige in opleiding dient tijdens het assistentschap een schriftelijk werkstuk te maken. Na afloop van het assistentschap geeft de hoogleraar een verklaring af waaruit blijkt dat het assistentschap tenminste één jaar heeft geduurd, het programma is afgewerkt en het schriftelijk werkstuk naar behoren was.

De tijdsduur tussen het einde van het gevolgde gemeenschappelijk gedeelte c.q. het assistentschap bij een hoogleraar in de sociale geneeskunde en het begin van de specifieke opleiding mag niet langer dan vijf jaar zijn.

Utrecht, september 1978

Toelichting

Dit besluit no. 2 – 1978 betreft het assistentschap door de arts in opleiding tot sociaal-geneeskundige, dat in de plaats kan komen van het zogeheten A-gedeelte – de basis cursus – van deze opleiding. In afwijking van de tot dusverre daaromtrent vigerende bepalingen, staat in dit besluit vermeld dat een assistentschap van één jaar, wanneer tenminste aan zekere voorwaarden is voldaan, voldoende wordt geacht. Tot nu toe was deze termijn twee jaar, doch mede gezien de aldus opgedane ervaringen, acht het college deze wijziging c.q. bekorting gerechtvaardigd.

Besluit no. 3 – 1978

Het College voor Sociale Geneeskunde in vergadering bijeen op 1 september 1978;

Overwegende dat de specifieke opleiding om in aanmerking te komen voor inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, tak algemene gezondheidszorg, tevens kan plaatsvinden in de vorm van een assistentschap bij een hoogleraar in de sociale geneeskunde;

Dat – mede gezien de opgedane ervaringen – behoefte bestaat aan nadere bepalingen met betrekking tot inhoud en tijdsduur van een zodanig assistentschap;

gehoord de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

gelet op artikel 1057, lid 2a, en artikel 1058 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

De opleidingseisen Algemene Gezondheidszorg in de vorm van een assistentschap bij een hoogleraar in de sociale geneeskunde, te herzien door het doen vervallen van alle thans vigerende bepalingen daaromtrent (gepubliceerd in MC nr. 44/1965) en door vaststelling van de navolgende eisen:

Artikel 1

Om in aanmerking te komen voor inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen voor de tak Algemene Gezondheidszorg, bestaat naast de opleiding-B als omschreven in de opleidingseisen Algemene Gezondheidszorg (MC nr. 44/1965) een opleiding in de vorm van een assistentschap aan een universitair sociaal-geneeskundig instituut of daarmee vergelijkbare instelling, hierna te noemen assistentschap.

Artikel 2

Om deze opleiding te volgen is vereist dat betrokkene in het bezit is van een verklaring – A (inhoudende dat betrokkene gedurende een jaar assistent aan een universitair sociaal-geneeskundig instituut of daarmee vergelijkbare instelling is geweest, een en ander conform besluit no. 2 – 1978, dan wel de basis cursus Sociale Geneeskunde heeft gevolgd) of van een vrijstelling verleend door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie.

Artikel 3

De opleiding duurt drie jaar en bestaat uit een theoretisch en een praktisch gedeelte en een periode van praktijkervaring.

Artikel 4

1. Het theoretisch gedeelte dient te worden gevolgd op basis van een programma dat te voren door de sociaal-geneeskundige in opleiding en mede ondertekend door de betrokken hoogleraar of het hoofd van het betrokken instituut, aan de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie ter goedkeuring dient te worden voorgelegd. De inhoud van het programma dient gelijkwaardig te zijn aan die van de B-opleiding Algemene Gezondheidszorg als omschreven in opleidingseisen dienaangaande (MC nr. 44/1965). De onderdelen van het programma kunnen naar keuze aaneengesloten worden voltooid dan wel gespreid over de gehele periode van het assistentschap.

2. In het kader van het theoretisch gedeelte dient de sociaal-geneeskundige in opleiding een schriftelijk werkstuk te maken, waaruit blijkt dat hij in staat is een sociaal-geneeskundig onderwerp op wetenschappelijk verantwoorde wijze te bestuderen en over zijn bevindingen rapport uit te brengen.

Artikel 5

Het praktisch gedeelte omvat tenminste drie stages welke tezamen minstens 45 werkdagen dienen te omvatten. Deze dienen te worden gevolgd bij organisaties, werkzaam op het terrein van de algemene gezondheidszorg, de milieuhygiëne en de geestelijke gezondheidszorg, een en ander overeenkomend met hetgeen dienaangaande voor de B-opleiding Algemene Gezondheidszorg van kracht is.

Artikel 6

De periode van praktijkervaring bedraagt, met inachtneming van hetgeen in artikel 4 omtrent het theoretisch gedeelte is bepaald, minstens twee jaar.

Artikel 7

Indien de sociaal-geneeskundige in opleiding zijn werkzaamheden verricht op basis van een part-time assistentschap, dienen alle in dit besluit genoemde termijnen naar rato te worden verlengd, met dien verstande dat de aanstelling minimaal 50% dient te zijn.

Artikel 8

De Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie is bevoegd desgevraagd en wanneer daartoe – gezien de door de sociaal-geneeskundige in opleiding anderszins opgedane kennis en ervaring – aanleiding bestaat, gehele of gedeeltelijke vrijstelling te verlenen van onderdelen van de opleiding.

Artikel 9

Na afloop van het assistentschap geeft de betrokken hoogleraar c.q. het hoofd van het betrokken instituut een verklaring af aan de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie betreffende de opgeleide omtrent de tijdsduur en de verrichte werkzaamheden. De Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie schrijft, wanneer naar haar oordeel is voldaan aan de gestelde eisen, betrokkene in in het register van erkende sociaal-geneeskundigen der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

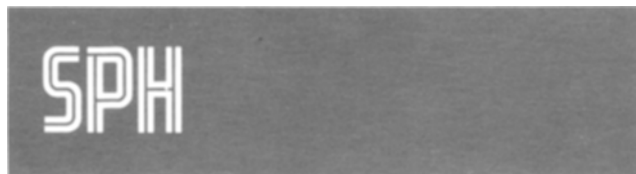
Utrecht, september 1978

Toelichting

Dit besluit no. 3 – 1978 bevat de bepalingen met betrekking tot de vervulling van een assistentschap door de arts in opleiding tot sociaal-geneeskundige voor de tak Algemene Gezondheidszorg. Een zodanig assistentschap kan desgewenst in de plaats komen van de cursorische vervolgopleiding voor deze tak.

Tot dusverre kon met de cursorische vervolgopleiding voor de tak Algemene Gezondheidszorg een assistentschap bij een hoogleraar gedurende vier jaar, dan wel twee jaar vermeerderd met een jaar praktijkervaring, gelijk worden gesteld. De inhoudelijke bepalingen dienaangaande in de opleidingseisen waren echter niet zeer uitgewerkt.

Het onderhavige besluit nu stelt de duur van deze opleidingsvorm op drie jaar en verbindt hieraan enige stringente voorschriften o.a. met betrekking tot de goedkeuring vóór af door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van het af te werken programma en voorts de aflevering van een schriftelijk werkstuk van voldoende, wetenschappelijk niveau.



Kandidaatstelling

In verband met het aftreden als plaatsvervangend lid van de deelnemersraad van het Pensioenfonds voor Huisartsen van Dr. J. G. Vissers, district XIX Friesland, ontving wij onderstaande voordracht van kandidaat-plaatsvervangend lid:

District XIX (Friesland) – T. A. Velsink, Leeuwarden.
Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting

Pensioenfonds voor Huisartsen kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend.

Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, november 1978

S. van Randen, voorzitter,

W. J. Waal, secretaris.

Kort verslag

Kort verslag van de vergaderingen van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, gehouden op 12 september 1978 en 25 september 1978 in de bestuurskamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

Het bestuur besluit om in samenwerking met Shell Pensioenfonds te participeren in een kantoorgebouwenproject in Parijs. Door deskundigen wordt dit project als eerste klas gekwalificeerd. Ook van de zijde van de Financieel Economische Raad is in deze een positief advies uitgebracht. Verdere aanbiedingen door Shell Pensioenfonds worden verwacht. De directeur geeft aan de hand van voorliggende beleggingsbescheiden een toelichting over de gang van zaken. De binnenkomende geldmiddelen zullen in de verhouding vastrentend 85% en aandelen 15% worden belegd. Het beleggingsadvies wordt goedgekeurd.

Het indexcijfer van het CBS, betrekking hebbende op de 'bruto week- en maandlonen mannelijke beambten overheid' is gestegen in de peilperiode met 7½%. De ontwikkeling van de honoraria van de huisartsen vertoont ongeveer eenzelfde trend. Het bestuur besluit om de aanpassingscoëfficiënt met ingang van 1 januari 1979 vast te stellen op 1,7480, de stijging van de aanpassingscoëfficiënt is dan 7½%. De premies en de aanspraken zullen diensgevolge met hetzelfde percentage stijgen. Dit besluit zal in de vergadering van de deelnemersraad worden besproken.

Na een uitvoerige bespreking wordt het jaarverslag 1977, bestemd voor de Verzekeringskamer, goedgekeurd. De actuaris geeft een toelichting op het actuariële rapport en op de analyse van het betreffende verslagjaar.

Het rapport inzake de back-service, uitgebracht door de actuaris wordt besproken. Deze problematiek zal in overleg met deskundigen grondig in studie worden genomen, waarna aan de hand van een nota deze zaak wederom aan de orde zal worden gesteld. In de eerstvolgende vergadering zal de deelnemersraad hierover worden geïnformeerd.

De bestuursdelegatie die in de PHV's voorlichting over de pensioenregeling zal geven wordt samengesteld.

Kandidaat-plaatsvervangend lid deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor medische specialisten:

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 14 maart 1974. Op grond van dit rooster zijn de leden van de even districten en de plaatsvervangende leden van de oneven districten ultimo 1977 afgetreden als lid respectievelijk plaatsvervangend lid van de deelnemersraad.

Uit de informatie, die wij tot op heden hebben ontvangen van de voorzitters van de districten van de Landelijke Specialist Vereniging; heeft de voorzitter van district XII een kandidaat-lid voorgedragen:

District XII (Utrecht, Utrecht periferie, Woerden en O.)
– G. H. J. M. Kemme, Huis ter Heide.

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten kan op schriftelijk verzoek, door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend. Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, november 1978

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter
Dr. F. G. C. Buyse, secretaris.

Puntenverslag

Puntenverslag van de gecombineerde vergadering met de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, de vijfenzeventigste en zesenzeventigste vergadering dd. 12 september 1978 en 26 september 1978 gehouden in de bestuurskamer in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

1. Een kort verslag wordt uitgebracht over de gang van zaken in de 'Commissie Premiedruk'. Aandacht zal worden besteed aan die specialisten met een full-time vrije praktijk die op grond van hun bruto-beroepsinkomen moeite kunnen hebben met de betaling van de pensioenpremie.

2. Het bestuur besluit om in verband met de toekomstige honorariumontwikkeling waarvan de consequenties nog niet zijn te overzien, gehoord het voorstel van de actuaris inzake de back-service deze zaak aan te houden.

3. De voor de vaststelling van de aanpassingscoëfficiënt op grond van het pensioenreglement te hanteren indexcijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek toont over de peilperiode een stijging van 7½%. De ontwikkeling van de honoraria heeft geen gelijke tred gehouden met deze stijging. Met het Presidium van de LSV heeft informatief overleg plaatsgevonden over dit probleem. Het bestuur besluit om de aanpassingscoëfficiënt per 1 januari 1979 vast te stellen op 1,7480, de premies en de aanspraken zullen dan per genoemde datum met 7½% stijgen. Hierbij heeft zwaar gewogen het feit dat de basispensioenregeling geen blijvende achterstand mag oplopen zolang de stijging van de honoraria enerzijds en de tot nu toe gehanteerde CBS-indexcijfers anderzijds niet structureel blijven uiteenlopen. Dit onderwerp zal in de eerstvolgende vergadering van de deelnemersraad aan de orde worden gesteld.

4. Het jaarverslag 1977 en de inleiding op het jaarverslag worden goedgekeurd. De ontwikkeling van de beleggingen en de lagere aanpassingscoëfficiënt hebben het resultaat over het verslagjaar gunstig beïnvloed. Uitvoerig wordt het actuariële rapport toegelicht en besproken.

5. In een gecombineerde vergadering met het bestuur van de SPH wordt besloten om met Shell Pensioenfonds te participeren in een kantoorgebouwencomplex te Parijs. Verder wordt het gevoerde en te voeren beleggingsbeleid uitvoerig besproken. De beleggingsadviezen van de directeur worden goedgekeurd. De resterende beschikbaar komende geldmiddelen zullen in de verhouding vastrentende waarden 85% en aandelen 15% worden belegd.

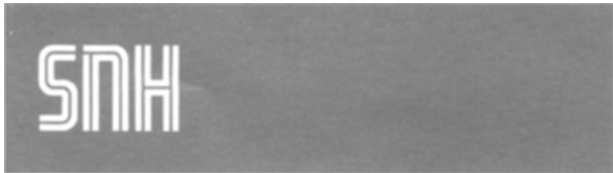
6. Een kort verslag wordt uitgebracht over een bespreking die tezamen met de SPH plaatsvond met de Stichting Dienstverlening aan Pensioenfondsen. In deze bespreking zijn zaken met betrekking tot rentevergoeding en administratieve parallellisatie aan de orde gesteld.

7. Een aantal verzoeken om toepassingen van de hardheidsclausule wordt behandeld.

Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.)
- ondernemingsraden en overlegorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties



Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van januari t/m maart 1979

Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030 - 885411.

17 januari

'Financiële omstandigheden van geformaliseerde samenwerking in opbouw'.

31 januari

'Het functioneren in een gezondheidscentrum'.

14 februari

'Hoe kom je tot een gezondheidscentrum'.

Deze avonden worden georganiseerd door S I. Inlichtingen bij het secretariaat: Postbus 3200, Utrecht. Tel. 030 - 910380.

18-19 januari en 8-9 maart

Nieuwe ontwikkelingen in de verloskunde en gynaecologie, regionale bijscholingscursus voor huisartsen, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, tst. 2797.

18 en 19 januari

Cursus Patiënt-Arts-Communicatie (PAC) - Ernst Sillemhoeve, Lage Vuursche.

16 en 17 februari

Idem, in 'Ons Centrum' te Driebergen.

15 en 16 maart

Idem, in 'Ernst Sillemhoeve', Lage Vuursche.

29 en 30 maart

Idem, in 'Ons Centrum' te Driebergen.

Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979 - 3251.

26 en 27 januari

'Visies op fysiotherapie en andere uitwendige geneeswijzen', uitsluitend voor huisartsen uit de regio Utrecht. Plaats: Albert van Koningsbruggenhuis, Utrecht. Kosten: f 80,-. Inlichtingen:

secretariaat Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht (interne post nr. 61138). Tel. 030 - 373346.

1 en 2 februari, 1 en 2 maart en 5 en 6 april

'Blok cursus Oncologie', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

9 en 10 februari

'Spoedeisende gevallen in de huisartspraktijk'. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum Utrecht. Kosten: f 100,-. Inlichtingen: secretariaat Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis (interne post 61138), Catharijnesingel 101, Utrecht. Tel. 030 - 373346.

14 en 15 februari

Twee identieke cursusdagen over 'Hormonen in het climacterium en de postmenopauze', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 892922.

15 en 16 februari

'Psycho Therapeutische Methoden II', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

15 - 16 februari

'Het Huisbezoek', Leiden. Ter gelegenheid van haar tienjarig bestaan organiseert de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Medische Faculteit Leiden een Boerhaave cursus over huisbezoek. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071 - 147222, tst. 2797.

22-23 februari

Neuromusculaire ziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. tel. 071 - 147222, tst. 2797.

5 t/m 9 maart, 19 t/m 23 maart, 2 t/m 6 april en 30 april t/m 4 mei

'Kraanvencursus', te houden in het Kraanven te Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010 - 772200.

6, 13, 20, 27 maart

4 Dinsdagavonden over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', te houden in restaurant 'De Oude Tram' te Amersfoort. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 892922.

21 en 22 maart

Twee identieke cursusdagen over 'Psychiatrische therapie in de huisartsenpraktijk', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053 - 892922.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Geneeskundige verklaring afdelingsvertrouwensartsen afgeschaft	1620
CSG:	
Besluit no. 2 en 3-1978: Opleiding tot sociaal-geneeskundige	1620
SPH:	
Kandidaatstelling	1622
Kort verslag	1622
SMPS:	
Kandidaat-plaatsvervangend lid deelnemersraad	1623
Puntenverslag	1623
SNH:	
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van januari t/m maart 1979	1624

Nr. 51/52 - 22 december 1978

