

# MEDISCH CONTACT

Nummer 41 – 14 oktober – 43e jaargang

Hoe denkt men, anderhalf jaar na het verschijnen van het rapport-Dekker, de verandering van het stelsel van zorg in ons land waar het allemaal om draait in feite door te voeren? Dr. E. Elsinga, secretaris van de op WVC ingestelde projectgroep-Dekker, poogt er een beeld van te geven.

Juist bij de belangrijkste uitvoerende werkzaamheden van de basisgezondheidsdiensten lijkt het rijksbeleid te weinig voeling te hebben met de stap voor stap voortschrijdende ontwikkeling aan de basis. J. J. J. H. Vossen, geneesheer-directeur van de Gezondheidsdienst Westelijke Mijnstreek te Geleen, houdt de 'derde Dekkerbrief' tegen het licht.

Actieve levensbeëindiging, in de zin van doelbewust en actief doden, ten aanzien van pasgeborenen met een geheel infauste prognose, is ethisch niet verantwoord. Dit schrijft Prof. Dr. P. Sporken, verbonden aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg. Hij reageert op de discussienota van een KNMG-commissie over levensbeëindiging bij zwaar-defecte pasgeborenen.

De drie Utrechtse regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening van Utrecht werken nauw samen bij de registratie van de wachtlijst voor opnemingen in verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen. Dr. J. A. Stoop, lid van het dagelijks bestuur van genoemde Provinciale Raad, en beleidsmedewerker ouderenzorg, A. H. T. Witlox, beschrijven de eerste resultaten.

In het zesde artikel in de serie over huisarts en kankerpatiënt wordt de vraag aan de orde gesteld hoe men als huisarts bij voorkeur zou moeten reageren als een patiënt laat merken dat hij of zij over de mogelijkheid van euthanasie zou willen praten. Tevens wordt kort ingegaan op de opvattingen over de toelaatbaarheid van euthanasie en de voorwaarden voor de uitvoering ervan.

## INHOUD

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie:  
Wel of niet bloedtransfusie voor Jehova's Getuigen – 1230

KNMG-hoofdbestuur: 3 vacatures, 7 kandidaten – 1231

'Verandering verzekerd'. Van ontwerp naar implementatie  
Dr. Einte Elsinga – 1233

(Basis)gezondheidszorg en continuïteit  
J. J. J. H. Vossen – 1235

Actief doden van ernstig gehandicapte pasgeborenen. Ethische katekeningen  
Prof. Dr. Paul Sporken – 1238

Er zijn nog vele wachtenden voor u . . .  
Beleidsrelevant wachtlijstonderzoek voor verpleeghuizen  
J. A. Stoop en A. H. T. Witlox – 1241

De toelatingseisen voor de huisartsopleiding  
J. Leyten – 1243

Huisarts en kankerpatiënt 6: De houding tegenover vragen om euthanasie  
M. C. J. Cuisinier, M. H. van Venrooijen  
J. Th. M. van Eijk – 1243

Uitspraken Raad van Beroep – 1250

KNMG-Ledencongres 1988. Preventie van hart- en vaatziekten. 'Quosque tandem . . .'  
Prof. Dr. D. W. Erkelens – 1251

Colofon 1226 – Colofon officieel 1226 – Hoofdreactioneel commentaar 1227 – Voorzitterskolom LVSG 1228 – Brieven 1229 – Dagboek van een waarnemer 1246 – Buitenland 1253 – Uit de Verenigingen 1257

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

#### Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV

Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV

Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'Le Tubage', het inbrengen van een hol buisje in de larynx om asphyxie (bijvoorbeeld bij kinkhoest, difterie) te voorkomen. G. Chicotot, begin 20ste eeuw.

Musée de l'Assistance Publique de Paris.

## KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

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

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

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

# Waarnemen in het kwadraat

Het beeld dat de meesten van ons van een waarnemer hebben is dat van een soort medische vrijbuiters: een vrijgezelle, goedlachse, mannelijke collega, die op zijn motor of in zijn Lelijke Eend op zaterdag de arts voor wie hij waarneemt en die op het laatste moment nog net naar een partus moest, komt vervangen. Hij heeft zo zijn eigen 'adresjes', waar hij elke vakantie terugkomt.

Ik weet wel beter, want al lang voor ik het artsdiploma op zak had nam ik al regelmatig waar voor een groep huisartsen in een wijk van een grote stad. De patiënt over wie ik op mijn artsexamen chirurgie een status moest opstellen had ik even tevoren zelf ingestuurd! Dat een waarnemer behoorlijk gehandicapt kan zijn doordat hij de patiënt niet kent, heb ik destijds aan den lijve mogen ervaren.

Het is evident dat het romantische beeld van de waarnemer niet meer klopt. Regelmatig krijgen wij in onze, vlak bij een universiteitsstad liggende praktijk, keurig verzorgde folders waarin een groep huisartsen zich voor waarneming aanbiedt. Zoals het bij echt reclamemateriaal hoort, blijkt hierin niets van frustratie bij deze hun diensten aanbiedende collegae. Toch is hiervoor, dunkt me, genoeg aanleiding als waarneming de enige mogelijkheid is om na een beroepsopleiding een vak te beoefenen. Het voordeel van deze situatie is wel, dat ook aan de waarnemer eisen kunnen worden gesteld en dat men niet meer genoegen hoeft te nemen met een halfwassen co-assistent. Waarneming is een noodzakelijk kwaad binnen de gezondheidszorg. Voor de meeste medische disciplines is 24-uurs beschikbaarheid een vereiste. De grotere vraag om medische hulp buiten wat wel de 'kantooruren' worden genoemd, ziekte, nascholing, eigen ontspanning, vakantie en de – mijzelf ook zeer vertrouwde – situatie dat praktiserende artsen betrokken moeten zijn bij onderwijs, beroepsorganisatie of adviesorganen, maken waarneming tot een noodzaak en tot iets dat professioneel moet worden geregeld.

Bij deze regeling is het zinvol twee soorten waarnemers te onderscheiden: collega's in de buurt (voor huisartsen) of in het ziekenhuis of een combinatie van ziekenhuizen (voor specialisten) aan de ene kant en aan de andere kant iemand die geen eigen praktijk heeft en voor een praktijk of een aantal praktijken gedurende een afgesproken periode dienst doet.

Waarnemers van de eerste soort zijn meestal uitstekend op de hoogte van de lokale situatie; als ze langer in de praktijk zitten, kennen ze eveneens de patiënten alsook, wat zeker telt, de professionele gewoonten van de collega voor wie zij waarnemen.

We groeien steeds meer toe naar een situatie waarin een waarnemingsgroep van de eerste soort de laagste organisatie-eenheid binnen de gezondheidszorg vormt. Door deze groep kunnen, soms ook op basis van observaties tijdens de waarneming, activiteiten als intercollegiale toetsing worden ondernomen. Een zwakke plek in deze opzet is, dat goede collegiale verhoudingen hiervoor een voorwaarde zijn. Het bestaan hiervan wordt in de praktijk helaas bemoeilijkt door professionele tegenstellingen (bijvoorbeeld tussen regulier en alternatief

maken van een geautomatiseerd informatiesysteem, voor een buitenstaander niet of nauwelijks toegankelijk zijn; in huisartspraktijken is de apparatuur buiten de normale werkuren uitgeschakeld en men maakt gebruik van zeer uiteenlopende, niet uitwisselbare systemen.

Om aan het fenomeen van de waarneming meer aandacht te besteden, starten wij in Medisch Contact deze week met de serie 'Dagboek van een waarnemer'. Het bijzondere van de waarnemingen van deze waarnemer is dat zij zijn gedaan door een vrouw die op een uitgebreide ervaring in de gezondheidszorg kan bogen. Op haar eigen wijze vertelt ze over aangrijpende, komische, verdrietige of opmerkelijke voorvallen. Door deze verhalen hoopt ze aan te geven welke communicatiestoornissen zich kunnen voordoen in het hulpverleningsnetwerk waarin men als waarnemer plotseling terechtkomt. In haar 'verantwoording' schrijft ze dat er geen onzekerder volk bestaat dan waarnemers: daarmee ligt het romantische beeld uit het verleden finaal aan diggelen.

Dit dagboek van een waarnemer laat ons andere – en niet altijd de beste – kanten van de gezondheidszorg zien: hoe we collegae niet informeren, hautain behandelen, door assistenten laten afkatten en soms voor joker zetten. Bij nacht en ontij moeten waarnemers letterlijk en figuurlijk hun weg trachten te vinden, zij komen soms voor zeer ingrijpende zaken te staan, moeten hun onbekende mensen bij sterven en rouw helpen, en worden soms ook door patiënten als een stuk vuil behandeld. Wij medici moeten het ons aantrekken dat 'Marie-José Molledans' te veel voorbeelden geeft van situaties waarin we haar er alleen voor hebben laten staan.

Wij spreken op dit moment graag over kwaliteit en professionaliteit. 'Dagboek van een waarnemer' dient ons te stimuleren om de waarnemer bij ons denken hierover te betrekken. Zonder dit soort waarnemingen in het kwadraat zullen we het niet daarbij kunnen stellen. □

## Dr. C. Spreeuwenberg

werkende artsen) en door de omstandigheid dat in elkaars buurt werkende artsen niet alleen collega's, maar in zekere zin ook concurrenten zijn.

De waarnemers van de tweede soort hebben geen permanente binding met een praktijk en kennen deze vrijwel niet van het gewone, dagelijkse leven. Vrijwel altijd kennen ze de collega's van de andere medische disciplines minder, wat bij verwijzingen en overlegsituaties gemakkelijk problemen veroorzaakt. Het bereikbaar zijn van een 'achterwacht' die goed van de lokale situatie op de hoogte is en informatie over de organisatie van de waarneming aan patiënten en aan de instanties en personen met wie ook in diensten moet worden samengewerkt, behoort bij de professionaliteit.

Voor het goed functioneren van beide vormen van waarneming is het noodzakelijk dat aan het begin en aan het einde van de waarneming overdracht plaatsvindt van alle relevante gegevens. Ook tijdens de waarneming moeten gegevens van patiënten toegankelijk zijn. Hieraan blijkt het, zowel in ziekenhuizen als 'thuis', nogal eens te mankeren. Hier doet zich overigens een nieuw fenomeen voor, namelijk dat juist de gegevens van degenen die veel aandacht aan de opslag besteden en die daarom gebruik

LVSG-voorzitter Mw. Dr. C. Hermann:

## Sport, een leven lang

'Sport voor ouderen' is het jaarthema 1988 van het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ). Onlangs werd een congres gehouden waar dit jaarthema werd uitgewerkt onder de titel 'Sport, een leven lang'.

Het behoeft geen betoog dat sport voor ouderen niet iets is waar pas in de tweede levenshelft een begin mee wordt gemaakt. Idealiter zal het kind spelenderwijs met sporten beginnen, zal de adolescent of jonge volwassene zich er met plezier voor inzetten en zullen ook voor de ouder wordende mens sport en spel essentiële onderdelen van het dagelijks leven zijn.

Bezien uit het gezichtspunt van de collectieve preventieve zorg roept het credo 'Sport, een leven lang' de volgende vragen op:

- Waarom is het wenselijk levenslang sport te beoefenen?
- Wie zorgt dat bij sport de gezondheid wordt bevorderd en schade wordt voorkómen?
- Hoe kan deze zorg het best worden georganiseerd?

De argumenten voor levenslange sportbeoefening vormden de hoofdmoot van het congres. Ze werden ontleend aan de onderzoeksgebieden hart- en vaatziekten, botstofwisseling en bewegingsagogiek. In grote lijnen kan men zeggen dat matige dynamische inspanning een gunstig effect heeft op de systolische en de diastolische bloeddruk, terwijl geforceerde en vooral statische belasting een negatief effect heeft. Ook blijkt uit metingen van het botgehalte, dat zwaartekracht en directe mechanische belasting van het skelet van grote invloed zijn op de hoeveelheid botweefsel en dat het mogelijk is hiermee het optreden of verergeren van osteoporose te voorkómen, wat in het bijzonder voor vrouwen van

belang is. Tenslotte zijn er aanwijzingen, dat bij depressieve patiënten zowel lichamelijke als algemene competentiegevoelens minstens zozeer toenemen door het volgen van een lichamelijk activeringsprogramma als door een psychotherapeutische aanpak. Binnenkort zal in het tijdschrift *Geneeskunde en Sport* nader aandacht aan deze materie worden besteed.

De bevordering en bescherming van de gezondheid bij het sporten is een gedeelde verantwoordelijkheid van de sporter zelf, het sporttechnisch kader en de medische professie. Wat artsen betreft is het allereerst van belang dat huis-



artsen en specialisten op de hoogte zijn van de basisprincipes van sportmedisch handelen. Specifieke kennis op het gebied van sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg is aanwezig bij de sportartsen, werkzaam bij de sportmedische adviesbureaus, centra van sommige sportbonden en overkoepelende instellingen. Een groeiende taak is daarnaast weggelegd voor de sociaal-geneeskundigen die verantwoordelijk zijn voor de collectieve preventieve zorg voor groepen uit de bevolking: jeugdartsen, bedrijfsartsen, sommige artsen algemene gezondheidszorg.

Hoe kunnen nu al deze activiteiten en deskundigheden in één kader worden geplaatst dat eenduidig en maximaal effectief is? Deze opgave is reeds een aantal malen onderwerp van beleid geweest, maar het is nog niet gelukt de optimale structuur te vinden. Met veel belangstelling volgen wij derhalve het experiment 'Sportgezondheidszorg in basisgezondheidsdiensten', dat op kosten van het ministerie van WVC in Eindhoven en Kennemerland wordt uitgevoerd. Men hoopt hiermee conclusies te kunnen trekken over de bijdrage van een sportmedische functionaris op de grens van overheid en particulier initiatief. Kan deze werken aan verantwoord sporten, blessurepreventie, meer deelname aan sportkeuringen en een versterking van de samenwerking en afstemming tussen de sport(medische) organisaties? Invulling met verschillende disciplines op de twee locaties moet antwoord geven op de vraag of een sportarts inderdaad de meest aangewezen functionaris is om een dergelijke functie te vervullen. De LVSG heeft alle vertrouwen in de sociaal-geneeskundige capaciteiten in de zesde tak en ziet de uitkomst van het experiment met optimisme tegemoet.

Nu gemeenten veel meer eigen zeggenschap krijgen over het werk in basisgezondheidsdiensten, zou sportgezondheidszorg wel eens een parel in de kroon van het gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen worden.

Mw. Dr. C. Hermann,  
voorzitter LVSG

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

## ZIEKENFONDS HET LOO

In paleis Het Loo wordt een beeld gegeven van de historische band tussen het huis van Oranje-Nassau en de Nederlanden. Kortgelegen kreeg het museum ten geschenke het 'Reglement van het Ziekenfonds op het Domein van Het Loo'. Het fonds werd in 1866 opgericht door koning Willem III. De laatste bekende wijziging van het reglement dateert van 1931. Niet geheel duidelijk is wanneer het fonds is verdwenen; de plaatselijke ziekenfondsen, de ziekenhuizen en de huidige generatie geneeskundigen kunnen geen gegevens verschaffen en ook de Ziekenfondsraad heeft geen gegevens voorhanden. Het Koninklijk Huisarchief heeft mij gegevens van omstreeks 1900 ter beschikking gesteld. Zeker is dat het fonds tot ongeveer 1948 heeft gefunctioneerd. Lezers die op de hoogte zijn van het feit dat er zich ergens gegevens bevinden, wordt vriendelijk verzocht met ondergetekende contact op te nemen.

Diepenveen, oktober 1988  
Dr. T. Landheer,  
Molenweg 10  
7431 BJ Diepenveen  
tel. 05709-1448

## REGELZUCHT

*Kan de psychiatrische patiënt in de toekomst nog als patiënt worden behandeld?*

Het artikel van collega B. G. Soons in MC nr. 36/1988, blz. 1053, is er één waarin een zelf actief in de psychiatrie werkzame psychiater een dam tracht op te werpen tegen de toenemende regelzucht van niet actief binnen het veld van de psychiatrie werkzame beleidsmakers. In dit opzicht verdient het alternatief van collega Soons zeker steun. Toch lijkt het ondergetekende toe, dat collega Soons voor een te defensief concept heeft gekozen en al is uitgegaan van formalisatie van het advies 'Samenwerking tussen extramurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid van november 1987, terwijl dit advies nog geenszins in brede kring van actieve werkers in de psychiatrie werd bediscussieerd of van kanttekeningen werd voorzien.

Te zeer lijkt het advies weer uit te gaan van de gedachtegang, dat door bureaucratische regelzucht de patiëntenproblematiek zou kunnen worden opgelost c.q. zou kunnen worden behandeld. Dit lijkt ondergetekende een onmogelijkheid toe. Ondergetekende zou er veeleer voor willen pleiten de tijd die volgens

het advies zou moeten worden besteed aan overleg, aan de patiënt zelf te besteden, ervan uitgaande dat vooral deze categorie van moeilijke patiënten het meeste baat zou kunnen hebben bij een intensievere begeleiding, met daarnaast de kanttekening dat er steeds patiënten zullen blijven die weliswaar begeleiding behoeven, maar voor wie behandeling c.q. genezing een te grote optie zal blijken te zijn.

De toenemende regelzucht leidt tot een steeds verdergaand gezocht onder de regels, zowel van de patiënt als van zijn behandelaar!

Zwolle, oktober 1988  
H. L. S. M. Busard, zenuwarts

## Naschrift

Inderdaad lijkt het me alleen zinvol bij een beperkte groep zeer moeilijk te behandelen patiënten extra tijd en dus ook geld te besteden aan een uitgebreid onderzoek van deze moeilijke patiënten. Daarna kan in overleg mogelijk een verdieping van de behandelingsstrategie plaatsvinden.

Roermond, oktober 1988  
B. G. Soons

## TERING EN NERING

Op het eerste gezicht ligt het voor de hand, als de belastingen al maximaal zijn, bij een tekort in de begroting de uitgaven te beperken. Psychische mechanismen maken het de mens haast onmogelijk in te gaan tegen het principe: 'Zet de tering naar de nering'. En toch kan de economische situatie van het land zodanig zijn dat bezuinigen fout is, of zelfs fataal. Men moet soms de tering – eventueel selectief – toelaten en vervolgens de nering daaraan aanpassen.

Na enig nadenken ligt het voor de hand om de stelling te verdedigen: *zolang er werkloosheid is moet men de tering verruimen.*

Er zullen door de automatisering en perfectie van de productie van goederen en gebruikelijke diensten hoe langer hoe meer handen vrijkomen. Die mogen toch niet op non-actief worden gesteld? Wij zullen als gemeenschap moeten besluiten om iedereen die in opvoeding en gezondheidszorg goed werk kan

en wil doen daartoe de gelegenheid te geven. Dat kost geld, maar dat is dan wel goed besteed geld. Dat geld niet uitgeven is slechte economie en slecht voor de economie. Het vernietigt welvaart en welzijn op grote schaal ('vernietigt' in de zin van: maakt dat het niet tot stand komt).

We spreken nog niet eens van de schade die wordt toegebracht aan de op non-actief gestelden of aan die mensen die het werk niet meer kunnen doen dat het meest zinvol was. De schade aan de samenwerking, de bedreiging ontslagen te worden, de nutteloze tijdsinvestering in allerlei reorganisaties, het ontnemen van handelingsvrijheid . . . , en dat alles omwille van genoemde economische argumenten, die in wezen niet doorslaggevend zouden mogen zijn en bovendien economisch onjuist\*\*.

Wij bezweren de regering dus: bezuinig niet op de maatschappelijke gezondheidszorg; druk structuurveranderingen niet in te snel tempo door.

Venlo, oktober 1988  
A. J. Postmes, arts,  
secretaris Werkgroep Zinvol Werk voor Ieder,  
secretaris Informatie Platform Ondernemingsraden Kruiswerk,  
à titre personnel

\* Dit is de consumptie aanpassen aan de geldinkomsten. Macro-economisch gezien zou het beter zijn te spreken van de consumptie verminderen c.q. aanpassen aan de bestaande productie. Macro-economisch gezien is het beter de productie van goederen en diensten beter aan te passen aan de noden en wenselijkheden van de consumptie.

\*\* Het is ons uiteraard bekend dat ondanks bovenstaande argumentatie economen en financiers zullen insisteren dat er geen geld is. Ons inziens klopt dat alleen als men weigert creatief en moedig de moderne technologieën toe te passen op de arbeidsmarkt, belasting-inning, het kredietwezen, de inflatie en de geldcirculatie. Hoe dat moet zou u bijvoorbeeld kunnen vragen aan 'Het Sociocratisch Centrum' of aan Prof. Dr. Luc Soete met zijn groep van de economische faculteit te Maastricht.

## UITSTEL OPERATIE EN NECROSE CAPUT FEMORIS

*Commentaar op een beslissing van het Centraal Medisch Tuchtcollege*

De beslissingen van de medische tuchtcolleges worden regelmatig gepubliceerd. De arts-lezer van deze beslissingen kan zijn eigen visie en handelwijze toetsen aan de weloverwogen uitspraken van de colleges. Deze publikaties vormen daarmee een positieve factor in het handhaven van goede medische zorgverle-

ning. Van de beslissingen van het Centraal Medisch Tuchtcollege is geen beroep mogelijk. Een beslissing van het Centraal College en de gronden waarop deze is genomen, krijgen daardoor extra gewicht.

De gegevens die in de publikaties worden vermeld zijn vaak beknopt. De deskundige lezer is daardoor meestal niet in staat tot het vormen van een eigen oordeel. Dit geldt ook voor beslissing III van het Centraal Medisch Tuchtcollege (in MC nr. 36/1988, blz. 1065). Eén van de gronden, waarop het Centraal College beslist verdient echter commentaar.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege schrijft: 'Het moet van zeer groot belang worden geacht dat collumfracturen ter beperking van het risico van necrose van de kop zeer snel na het ontstaan van de fractuur, en wel, indien enigszins mogelijk, binnen twaalf uur, worden geopereerd.' Het volgen van deze beslissingsgrond van het Centraal College betekent dat, voortaan in Nederland, talrijke operaties voor collumfractuur in avond- en nachturen zullen worden uitgevoerd.

Er is onderzoek verricht naar de invloed van het tijdsverloop tussen het ontstaan van de fractuur en de operatie, op het ontstaan van

osteonecrose in het caput femoris. Elmerson (223 patiënten) adviseert de operatieve behandeling niet langer dan 24 uur uit te stellen<sup>1</sup>. Barnes (1.503 patiënten) en Holmberg (2.418 patiënten) vinden geen verhoging van het percentage osteonecrose bij uitstel van de operatie tot één week na de fractuur<sup>2,3</sup>. Een patiënt kan tijdens het normale operatieprogramma profiteren van een hogere werkstandaard; speciaal voor de mediale collumfractuur heeft dit laatste een gunstige invloed op het resultaat van de operatie<sup>4,5</sup>.

Op grond van deze publikaties wordt op onze afdeling een patiënt met een mediale collumfractuur niet zeer snel na het ontstaan van de fractuur geopereerd. De patiënt doorloopt de normale pre-operatieve procedures. Operatie vindt plaats zodra de bezetting van de operatiekamer dit toelaat. Vaak wordt de grens van 12 uur overschreden. Er zijn voldoende gronden om aan te nemen dat de vitaliteit van de femurkop door dit uitstel niet in gevaar komt.

Rotterdam, oktober 1988

B. A. Swierstra

B. van Linge

#### Literatuur

1. Elmerson S, Andersson GBJ, Irstam L, Zetterberg C. Internal Fixation of Femoral Neck Fracture. Acta Orthopaedica Scandinavica 1988; 59: 372.
2. Barnes R, Brown JT, Garden RS, Nicoll EA. Subcapital Fracture of the Femur. Journal of Bone and Joint Surgery 1976; 58-B, 2.
3. Holmberg S, Kalén R, Thorngren KG. Treatment and Outcome of Femoral Neck Fractures. Clinical Orthopedics 1987; 218: 42.
4. Johansson A, Strömquist B, Bauer G, Hansson LI, Pettersson H. Improved Operations for Femoral Neck Fracture. Acta Orthopaedica Scandinavica 1986; 57: 505.
5. Strömquist B. Femoral Head Vitality after Intracapsular Hip Fracture. Acta Orthopaedica Scandinavica 1983, Supplementum 54.

## Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

# Wel of niet bloedtransfusie voor Jehova's Getuigen

*Enige tijd geleden werd een regionaal inspecteur gebeld door een zeer verontruste gynaecoloog. Er was iets grondig misgegaan met een sectio caesarea bij een vrouw die Jehova's Getuige bleek te zijn en die de anesthesist vlak voor de narcose uitdrukkelijk had gezegd dat zij onder geen enkel beding een bloedtransfusie wenste te krijgen. Door een abundante bloeding tijdens de operatie lag de vrouw nu bewusteloos met een hemoglobinegehalte van 1,2 . . . De inspecteur was van mening, dat men een patiënt nooit tegen zijn of haar uitgesproken wil een bepaalde behandeling mag geven en dat in dit geval dus diende te worden geabstineerd. De eindverantwoordelijkheid ligt echter vanzelfsprekend bij de behandelend arts.*

*Het gebeurt vrij regelmatig, dat artsen zich tot de geneeskundig inspecteur wenden met een acute vraag of aan een Jehova's Getuige nu wel of niet bloed mag worden toegediend. De verwachting is dan meestal dat wij over 'richtlijnen' beschikken hoe in zo'n situatie moet worden gehandeld. Dit is niet het geval. Nog afgezien van het feit dat de bevoegdheid van de Inspectie tot het opstellen van richtlijnen beperkt is, laat een dergelijk hachelijk en omstreken onderwerp van medisch-ethische aard zich moeilijk in regels vangen. Wel is de ge-*

*neeskundig inspecteur altijd bereid mee te denken en te overleggen hoe tot een zo goed mogelijke besluitvorming kan worden gekomen.*

*Enige steun heeft de inspecteur bij zijn advisering aan een uitspraak van de medische tuchtrechter, die in een dergelijke moeilijke casus besliste dat alleen indien een arts de grootste mogelijke zekerheid heeft dat de patiënt zelf vrijwillig de beslissing heeft genomen geen bloed te willen krijgen, het verantwoord is in een levensbedreigende situatie van het toedienen van bloed af te zien. Van belang is daarbij dat het dan om de wil van de patiënt zelf dient te gaan, dat de wilsuiking recent is en dat deze het operatieteam tijdig (tevoren) heeft bereikt. Wanneer de arts er inderdaad van overtuigd is dat de patiënt geen bloed toegediend wil krijgen, dan is abstinereen antwoord. Bestaat er in een bepaalde, meestal acute, situatie onzekerheid over één van bovengenoemde punten en is er geen gelegenheid voor tijdkostende naspeuringen, dan kan de beslissing om wél bloed toe te dienen terecht zijn.*

*Een pasklaar antwoord voor de toekomst zal voor dit soort dilemma's wel nooit kunnen worden gegeven. Het blijft een afweging tussen enerzijds het zelfbeschikkingsrecht van*

*ieder mens en anderzijds het (beroeps)geweten van iedere arts, waarbij echter de uitgesproken wilsuiking van de patiënt wel zeer zwaar dient te wegen.*

*Dr. H. A. van Geuns,  
plaatsvervangend geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid.*

#### Rechtzetting

In Medisch Contact nummer 39/1988 van 30 september jl. is op bladzijde 1152 de aankondiging gepubliceerd van het symposium over 'De rol van geloof, cultuur en traditie bij ziek zijn' dat 11 november aanstaande wordt gehouden. Voor aanmelding en/of nadere inlichtingen van dit symposium dient men zich te wenden tot het Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht tel. 030-331123, toestel 132/133/134, en niet – zoals abusievelijk is afgedrukt – tel. 030-221123.

# KNMG-hoofdbestuur

## 3 vacatures, 7 kandidaten

Drie leden van het Hoofdbestuur treden eind van dit jaar reglementair af. Voor de vacatures die ontstaan door het vertrek van de leden Blom, Cense en Van Weert-Waltman hebben zich zeven KNMG-leden kandidaat gesteld die zich hierbij aan u voorstellen.

*Gezien het belang van een evenwichtige samenstelling van het Hoofdbestuur een paar gegevens over de tien leden die blijven zitten: er zijn geen vrouwen bij en de jongeren zijn ondervertegenwoordigd. Zes van de tien zijn tussen de 40 en 50 jaar, drie zijn ouder dan 50, een lid is jonger dan 40.*

*Wat landelijke spreiding betreft: Noord-Brabant levert vijf bestuursleden, Noord-Holland drie, terwijl Zuid-Holland en Limburg elk met een bestuurslid vertegenwoordigd zijn.*

*Tenslotte de functionele spreiding: vier specialisten, twee huisartsen, een hoogleraar en een ziekenhuisdirecteur.*

**Mw. J. Boza-de Veer (51)**  
anaesthesioloog in Apeldoorn



'Ik wil HB-lid worden om een bijdrage te leveren aan een sterke beroepsorganisatie voor artsen. Daarnaast vind ik de belangenbehartiging van KNMG-leden, in het bijzonder van vrouwelijke leden belangrijk.

Aan communicatie en informatie kan bij de KNMG nog wel wat worden verbeterd. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de communicatie tussen hoofdbestuur en afdelingsbesturen, aan de contacten tussen de KNMG en de VNVA en aan informatie vanuit de KNMG naar medisch studenten.

Voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht bestaat onder artsen naar mijn idee te weinig belangstelling. Ook daar zou ik wat aan willen doen.'

Mevrouw Boza was eerder lid van het KNMG-bestuur in Apeldoorn en voorzitter regio Oost van de VNVA.

**N. S. Klazinga (31)**  
wetenschappelijk medewerker  
bij het CBO in Utrecht



'Er zijn veel redenen om van een bestuurslidmaatschap van de KNMG af te zien. Toch wil ik HB-lid worden, juist omdat ik me als (basis)arts vaak in de KNMG teleurgesteld voel, de doelstellingen van de vereniging van harte onderschrijf en van uitdagingen houd. Ik vind de KNMG vaak te defensief en te behoudend. In een tijd waarin het overheidshandelen op het vlak van de gezondheidszorg vooral wordt bepaald door geldnood en beroepsorganisaties vooral de belangenbehartiging van hun leden accentueren, moeten gezondheidsinhoudelijke argumenten krachtadig worden verwoord. Een vereniging ter bevordering van de geneeskunst is hiervoor het juiste forum. Daarvoor is wel nodig dat zoveel mogelijk artsen zich in zowel de structuur als de cultuur van de KNMG kunnen herkennen. Dat is momenteel maar ten dele het geval.'

De heer Klazinga is lid van de adviescommissie beroepskrachtenplanning van het HB en afgevaardigde voor het district Utrecht.

**Dr. M. van Leeuwen (48)**  
medisch fysioloog in Naarden



'Als ik iets geleerd heb van 8 jaar lidmaatschap van het Centraal Bestuur van de LAD, dan is het wel het belang van één grote organisatie waarnaar wordt geluisterd. Het overkoepelende karakter van de KNMG spreekt mij daarom aan.

De KNMG moet een belangrijkere factor worden bij de beeldvorming van 'de arts' naar het grote publiek toe dan nu het geval is. Daarbij vind ik vooral het benadrukken van de gemeenschappelijke belangen van arts en patiënt waardevol om de indruk weg te nemen als zouden zij zich in verschillende kampen bevinden.

Als HB-lid zou ik me ook willen inzetten voor de herziening van de KNMG-structuur. Bij de voorbereiding daarvan ben ik als lid van de commissie KNMG-2000 intensief betrokken geweest.'

De heer Van Leeuwen is lid van diverse LAD/KNMG-commissies en -werkgroepen.



## UIT DE VERENIGINGEN

**Mw. G. J. Nijhof (37)**  
consultatiebureau-arts  
in Rotterdam

'Ik ben door de VNVA voorgedragen en heb met die voordracht ingestemd omdat ik het belangrijk vind dat meer vrouwen op bestuurlijk niveau gaan werken. Na jaren actief te zijn geweest binnen groeperingen die óf bestonden uit uitsluitend vrouwen óf die een specifiek doel nastreefden, is het voor mij een uitdaging om me in te zetten voor een landelijk bestuur waarin diverse belangen binnen de beroepsgroep zijn vertegenwoordigd.

In een periode waarin de gezondheidszorg onder sterke druk wordt gezet vind ik de bewaking van de kwaliteit ervan van groot belang. Daarbij moet de eenheid binnen onze beroepsgroep niet uit het oog worden verloren.

Ik hoop te helpen bevorderen dat meer collega's het belang van het KNMG-lidmaatschap gaan inzien en zal me met name inzetten voor de belangen van vrouwelijke artsen.'

Mevrouw Nijhof was eerder secretaris van de afdeling Rotterdam van de VNVA.

**Dr. M. M. Veering (38)**  
neuroloog in Oegstgeest

'Ik vind het noodzakelijk dat de KNMG, naast de hele terechte aandacht voor de materiële belangen, zoals die helaas noodgedwongen steeds meer door LSV en LHV moeten worden verdeeld, oog blijft houden voor de immateriële kant van het artsenebepoep en de gezondheidszorg. Daar wil ik mij graag voor inzetten, evenals voor de herstructurering van de KNMG die de komende jaren gestalte zal krijgen.

Als HB-lid hoop ik de afstand die er toch steeds weer tussen 'Utrecht' en de achterban lijkt te bestaan te verkleinen door regelmatig contact met de plaatselijke afdelingen en hun besturen te onderhouden.

De heer Veering is vice-voorzitter van het KNMG-bestuur in Leiden.

**Mw. C. A. E. Wobbes-Lunsing (38)**  
huisarts in opleiding, Malden

'Ik vind het belangrijk dat er een artsenorganisatie is die een visie heeft op de actuele gezondheidszorgvraagstukken en die visie ook doeltreffend uitdraagt. Een van die vraagstukken is de onevenwichtige man/vrouw-verhouding in de gezondheidszorg. Er bestaat nogal wat onvrede over de arbeidsverdeling tussen mannelijke en vrouwelijke artsen in de diverse vakgebieden. Bovendien bestaat er voor vrouwen een te geringe identificatiemogelijkheid binnen het huidige systeem van gezondheidszorg. Het gevolg daarvan is dat een vrij grote groep vrouwelijke patiënten niet gelukkig is met de medische hulpverlening. Als HB-lid zou ik hier graag veel aandacht aan willen besteden.

Daarnaast heeft de KNMG natuurlijk een belangrijke taak als actieve gesprekspartner van de politiek, nu door het huidige beleid de gezondheidszorg dreigt te worden uitgehoud.'

Mevrouw Wobbes is voorzitter regio Nijmegen van de VNVA en lid van de beleidscommissie van deze vereniging.

**Mw. M. H. D. J. Zwart-van der Weerd (48)**  
huisarts in Nijmegen

'Dat de KNMG een 'oubollige mannenclub' zou zijn wil ik wel eens zelf vaststellen. Mocht dat waar zijn dan wil ik daar wel wat aan veranderen. Als HB-lid wil ik me met name op drie gebieden richten.

Allereerst voel ik me persoonlijk betrokken bij het wel en wee van jonge artsen en studenten, zowel mannen als vrouwen. De KNMG zal hun problemen ter harte moeten nemen.

In de tweede plaats ben ik geïnteresseerd in medisch-ethische problemen, die mijns inziens multidisciplinair moeten worden aangepakt. De KNMG is daarvoor hét opiniërende orgaan.

In de derde plaats de ouderenzorg: als huisarts word ik steeds meer geconfronteerd met de spanningen in de thuiszorg die door de bezuinigingen worden veroorzaakt. De KNMG zal moeten optreden als belangenverdediger van de eerste- en tweedelijns-werkers die de ouderenzorg optimaal moeten kunnen uitoefenen.'

Mevrouw Zwart is penningmeester van het KNMG-bestuur in Nijmegen.



# ‘Verandering verzekerd’

## Van ontwerp naar implementatie

Zo'n anderhalf jaar na het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker zit de eerste ronde van het politieke en maatschappelijke debat over de vormgeving van het toekomstige stelsel van zorg erop. Via een drietal nota's heeft het kabinet op hoofdlijnen zijn voorstellen voor een ingrijpende herziening van het stelsel van zorg en een bijbehorend plan van aanpak op tafel gelegd. In de Tweede Kamer is jl. juni de discussie over deze hoofdlijnen tot een (voorlopige) afronding gekomen. In het overzicht zijn voor de overzichtelijkheid de hoofdelementen in deze lange mars op weg naar politieke besluitvorming nog eens in chronologische volgorde aangegeven.

Nu de fase van de discussie over de hoofdlijnen overgaat in de fase van de uitwerking van de hoofdlijnen en de implementatie van de voorgenomen maatregelen, is het nuttig even stil te staan bij de manier waarop men het beoogde veranderingsproces in de zorgsector denkt aan te pakken. Dit artikel poogt daarvan een beeld te geven, en wel met betrekking tot de activiteiten op het ministerie van WVC. In het verlengde daarvan zal tevens een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de kabinetsplannen, vooral geïnspireerd door eerdere beschouwingen – ook in dit blad – van Van der Grinten.

Hoewel hierna ook kort zal worden ingegaan op enkele inhoudelijke elementen van het veranderingsproces, ligt de nadruk op de bestuurlijke en procedurele aspecten van het 'project-Dekker'.

### AANPAK

Hoe gaat na het Kamerdebat over de hoofdlijnen van het toekomstig zorgbestel het 'Dekker-proces' nu verder? Bij het beantwoorden van die vraag is onderscheid te maken tussen de inhoudelijke en de organisatorische aspecten van de verdere uitwerking en implementatie van de kabinetsplannen.

### Inhoud

Een leidraad voor de inhoudelijke kant van de uitwerking vinden we in de nota 'Verandering verzekerd' opgenomen *stappenschema*; daarin staan de voor dit

### Dr. Einte Elsinga

*Op 26 maart 1987 verscheen het rapport van de commissie-Dekker. Op 7 maart 1988 schreef het kabinet zijn 'derde Dekkerbrief': de nota 'Verandering verzekerd'. Hoe denkt men, nu de discussie hierover inmiddels ook in de Tweede Kamer voorlopig tot een einde is gebracht, de verandering van het stelsel van zorg in ons land waar het allemaal om draait, in feite door te voeren? Daarover Dr. E. Elsinga, secretaris van de op het departement van WVC ingestelde projectgroep-Dekker.*

jaar en de komende jaren te ondernemen activiteiten op de verschillende deelterreinen van de gezondheidszorg. Zo zijn er conform het stappenschema op dit moment al besluiten genomen of voorbereidingen gaande voor:

- de introductie per 1 januari 1989 van een nominale premie in de Ziekenfondswet en parallel daaraan de uitbreiding van de AWBZ (wetsontwerp bij de Tweede Kamer ingediend op 24 juni 1988);
- de uitvoering van de capaciteitsreductie in de ziekenhuizen (planvorming door de provincies, voorbereidende maatregelen op rijksniveau);
- de overheveling van de maatschappelijke-dienstverleningsvoorzieningen gezinsverzorging en sociaal-pedagogische zorg naar de AWBZ per 1 januari 1989 (adviesaanvragen aan de Ziekenfondsradaad);
- de budgettering van de ziekenfondsen;
- de invoering van een beperkte contracteervrijheid voor ziekenfondsen, in eerste instantie voor medisch specialisten (adviesaanvraag aan de Ziekenfondsradaad);
- de invoering van de mogelijkheid van maximumtarieven in plaats van vaste tarieven in de Wet Tarieven Gezondheidszorg WTG; adviesaanvraag aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, COTG); en
- de beëindiging van de integrale en sec-

torale planning in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

Naast de voorbereiding van deze en andere beleidsmaatregelen komen er ook vele andere activiteiten op gang, gericht op de verdere vormgeving en uitwerking van het nieuwe stelsel. Te denken valt onder meer aan de voorbereiding van de aan de Kamer toegezegde raamwet op de zorgverzekering, aan de uitwerking van het kwaliteitsbeleid, aan de nadere precisering van de marktwerking en concurrentie van de zorg, aan de vereenvoudiging en decentralisatie van het planning- en bouwbeleid, aan de opzet van de informatievoorziening, aan de ontwikkeling van de verdeelcriteria voor de Centrale Kas, enz.

Met de Tweede Kamer is afgesproken dat jaarlijks in een korte voortgangsrapportage de stand van zaken bij de uitvoering van de maatregelen in het stappenplan zal worden aangegeven.

Is het bovenstaande vooral gericht op de inspanningen bij WVC, ook bij de betrokkenen in het veld van de zorg is ongetwijfeld het nodige gaande. Hoewel dit artikel daarop niet zozeer is gericht, valt terzijde bijvoorbeeld te wijzen op activiteiten van instanties als de KNMG en de NZR op het terrein van het kwaliteitsbeleid, op het overleg tussen VNZ en NPZ over hun toekomstige positie als zorgverzekeraars, over voorstellen van de NMT tot het opzetten van een verzekering tegen de kosten van tandheelkundige hulp voor particulier verzekerden, enz.

### Organisatie

Een van de belangrijkste voorwaarden – niet de enige voorwaarde! – voor een goede en voortvarende uitvoering van de vele inhoudelijke activiteiten als hierboven genoemd, is een adequate organisatie van het werk. Op het ministerie van WVC is inmiddels om die reden besloten tot het instellen van een interne 'projectgroep-Dekker', die moet uitmaken hoe het geheel van voorstellen dat in de nota 'Verandering verzekerd' is neergelegd het best kan worden uitgevoerd. De projectgroep heeft tot taak op ambtelijk niveau de hoofdlijnen voor de uitwerking van de kabinetsvoorstellen te bepalen,

zorg te dragen voor de onderlinge afstemming van de werkzaamheden en de voortgang te bewaken. De feitelijke uitwerking van de vele maatregelen zal plaatsvinden door onder de projectgroep ressorterende werkgroepen, samengesteld uit verschillende beleidsdirecties binnen WVC.

De aard en het ingrijpende karakter van de vele voorstellen brengt met zich mee dat een goede afstemming tussen WVC en het veld van de zorg van groot belang is, zowel met het oog op de wederzijdse informatie-uitwisseling en (uitvoerings)-technische advisering en ondersteuning als met het oog op de signalering van de haalbaarheid en/of de acceptatie van bepaalde voorstellen. Binnen de projectorganisatie is hierin op een tweetal wijzen voorzien. Allereerst is er de mogelijkheid van betrokken/deskundigen direct bij het werk van de werkgroepen in te schakelen; dat kan ad hoc gebeuren (bijvoorbeeld extern beleidsonderbouwend onderzoek), maar ook meer structureel (bijvoorbeeld waarnemerschap van een vertegenwoordiger van een op het desbetreffende beleidsterrein belangrijke instantie). In de tweede plaats is besloten tot de instelling van een *klankbordgroep*, samen te stellen uit een beperkte groep deskundigen in het veld van de zorg. Het is de bedoeling dat zij periodiek met de departementale projectgroep van gedachten wisselen over belangrijke punten bij de uitwerking van de kabinetsvoorstellen. Onder meer uit het oogpunt van de informatie-uitwisseling en een efficiënte uitvoering van beleid is dat in het belang van veld én WVC.

Daarnaast is er vanzelfsprekend nog de rol van de adviesorganen in het formele traject van de voorbereiding/wijziging van wet- en regelgeving.

#### Lessen uit het verleden?

Hiervóór gaven we een korte schets van een aantal inhoudelijke en organisatorische elementen voor het 'Dekker-project'. Nu enkele kanttekeningen daarbij.

Enige tijd geleden besprak T. van der Grinten in dit blad de 'derde Dekker-brief' in historisch perspectief (MC nr. 21/1988, blz. 663). Hij maakte daarbij onderscheid tussen enerzijds de doelrationaliteit van een ontwerp en anderzijds de contextanalyse\*. Kort samengevat

gaat het bij het eerste om aspecten van consistentie en doelgerichtheid van een plan en bij het tweede om aspecten van uitvoerbaarheid en haalbaarheid van een plan. De boodschap is duidelijk: pas op voor een te grote fixatie op de doelrationaliteit van een nieuw ontwerp en voor een veronachtzaming van de contextanalyse (de haalbaarheids- en uitvoerbaarheidsaspecten). Een 'blauwdruk' op papier is mooi, maar het gaat toch om het uiteindelijke praktische resultaat. Wordt aan de contextanalyse onvoldoende aandacht geschonken, dan resulteert – in de woorden van Van der Grinten – al snel 'pseudo-beleid': wel veel discussie, maar nauwelijks feitelijke effecten.

Binnen de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg met zijn verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden over vele organen en instanties acht Van der Grinten deze risico's van een veronachtzaming van de 'contextanalyse' zeer groot. De eerdere orderingsdiscussie (onder andere naar aanleiding van de Structuurnota uit 1974) hebben dat naar zijn mening voldoende aangetoond. Voortdurend is het weer de spanning tussen organisatie/planning (bestuurlijke invalshoek) enerzijds en verzekering/financiering (functionele invalshoek) anderzijds die een duidelijke besluitvorming over de ordening van de Nederlandse gezondheidszorg in de weg zit, aldus Van der Grinten.

Van der Grinten besluit zijn beschouwing met de vraag naar de kansen voor 'Dekker'. Hij wijst op twee belangrijke factoren die voor de realisatie van de kabinetsplannen zijns inziens van groot belang zijn. In de eerste plaats zijn de succeschansen in belangrijke mate afhankelijk van de vraag hoe lang het kabinet het 'externe toezicht' op de invoering van het orderingsontwerp kan volhouden. In de tweede plaats hangt het succes samen met de mate waarin bij het structuurbeleid de maatschappelijke context wordt betrokken. In de visie van Van der

Grinten gebeurt dit laatste tot op heden onvoldoende.

De beschouwingen van Van der Grinten vragen om een reactie, toegespitst op de vraag wat deze beschouwingen betekenen voor de realisatie van de plannen van Dekker (of beter: de plannen van Dees) tot herziening van de structuur en financiering van de zorg. Om die vraag te beantwoorden is het nuttig te beginnen bij het karakter en de bedoeling van de kabinetsnota 'Verandering verzekerd'. Deze nota is, zoals gezegd, primair een nota op *hoofddijnen*. De nota beoogt als het ware een schets van een stelsel van zorg te geven vanuit een *nieuw paradigma*, een paradigma dat veel meer dan het huidige leunt op aspecten als 'incentives', kosten-batenafwegingen, etc. Zoals in het algemeen met paradigmaveranderingen, geldt ook hier dat het nieuwe paradigma ten opzichte van het vorige geen volledige omwenteling betekent, maar wel een cruciale aanvulling of koersverlegging bevat.

Kenmerkend voor dit 'nieuwe paradigma' is een meer economische wijze van denken. Ik doel dan niet zozeer op de – terechte – constatering (of het verwijt?) dat het bij 'Dekker' en de discussie over de nota 'Verandering verzekerd' vooral ging over sociaal-economische vragen. Veeleer gaat het er bij dit nieuwe paradigma om, dat het stoelt op een economische benadering van de besluitvorming ('public choice'). Van daaruit zijn de mechanismen tot markt-, zelf- en overheidsregulering opgezet. Langs deze weg is – om het in termen van Van der Grinten te zeggen – in ieder geval een model op tafel gelegd dat 'doelrationeel' beoogt te zijn. Men kan het met het model wel of niet eens zijn, maar op zich voldoet het zo goed mogelijk aan interne eisen van consistentie en samenhang.

Nu de Kamerdiscussie over de nota 'Verandering verzekerd' heeft plaatsgevonden, is het zaak met de nieuwe benadering als uitgangspunt de 'confrontatie met de praktijk aan te gaan', dat wil zeggen: met het 'model' als uitgangspunt (het gaat dan vooral om de vernieuwingen op het terrein van de marktwerking) de concrete uitwerkingen ter hand te nemen. Dan ook zal moeten blijken waar op uitvoerend niveau precies de haalbaarheden en/of onhaalbaarheden zitten en wat in de praktijk de consequenties van de nieuwe benadering voor de afzonderlijke sectoren van zorg precies zullen zijn. In de terminologie van Van der Grinten is dit de fase waarin de contextanalyse volop aan de orde moet komen.

#### Overzicht. Politieke agenda inzake 'Dekker'.

datum	handeling
26 maart 1987.....	verschijning rapport commissie-Dekker
6 en 7 mei 1987.....	hoorzitting kabinet
5 juni 1987.....	eerste schriftelijke kabinetsreactie
22 juni 1987.....	uitgebreide commissievergadering
	Tweede Kamer
31 augustus 1987...	hoorzitting Tweede Kamer
3 november 1987....	tweede schriftelijke kabinetsreactie
7 maart 1988.....	derde schriftelijke kabinetsreactie
juni 1988.....	discussie Tweede Kamer

\* Zie ook T. E. D. van der Grinten, Ordening van gezondheidszorg: een beschouwing naar aanleiding van het advies van de commissie-Dekker. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 678-681, 694.

Zo is het 'Dekker-proces' grofweg dus in de twee fasen in te delen:

1. de ontwerpfase, waarin de hoofdlijnen van het nieuwe stelsel zijn bepaald;
2. de uitvoerings- of implementatiefase, waarin de feitelijke effectivering van de plannen moet plaatsvinden.

In de eerste fase heeft het accent gelegen op inspanning van buiten het directe veld van de gezondheidszorg. Dat gold zowel voor de commissie-Dekker, die in een grote mate van onafhankelijkheid haar rapport heeft opgesteld, alsook – zij het in veel mindere mate – voor het kabinet bij het bepalen van het kabinetsstandpunt. De inbreng van het veld heeft zich in deze fase beperkt tot het kenbaar maken van standpunten en (alternatieve) visies, onder andere via schriftelijke documenten en hoorzittingen van zowel kabinet als Tweede Kamer. Een sterkere betrokkenheid van het veld bij de eerste fase levert naar verwachting alleen maar een serie patstellingen op: te verwachten

valt, dat ieder uit welbegrepen eigenbelang de voor zijn eigen organisatie meest passende voorstellen op tafel legt; het is sterk de vraag of dat tot een coherent plan van aanpak zou kunnen leiden.

In de nu aangebroken tweede fase zal de betrokkenheid en inbreng van het veld veel groter (moeten) zijn. Gegeven de hoofdlijnen, komt het nu immers op de gezamenlijke uitwerking aan. Zowel met het oog op de kans op succes van de beleidsuitvoering als met het oog op de aard van de gedane beleidsvoorstellen (toedeling van belangrijke taken van partijen zélf) is inschakeling van de direct betrokkenen van essentieel belang. Hiervoor is al aangegeven welke nieuwe wegen daartoe – naast de bestaande – zullen worden gecreëerd.

Bij de huidige beleidsstructuur in de zorgsector en het bestaande belangenpluralisme biedt deze tweeslag naar verwachting de meeste kans op een succesvolle uitvoering van het beleid: Boven de

partijen staande instanties (commissie-Dekker, kabinet) bepalen de hoofdlijnen, na politieke toetsing vindt uitwerking zoveel mogelijk plaats in samenwerking met direct betrokkenen.

Mogelijk is ook op die wijze om te gaan met de *paradox* die zo kenmerkend lijkt te zijn voor besluitvorming ten aanzien van de orderingsvraagstukken van de Nederlandse gezondheidszorg, een paradox die ook verscholen ligt in het slot van het MC-artikel van Van der Grinten. Het betreft de paradox van enerzijds rekening houden met de maatschappelijke context bij veranderingsprocessen in de gezondheidszorg en anderzijds (vanwege patstellingen en inertie) het kabinet oproepen het 'externe toezicht' op het veranderingsproces te behouden. De tijd zal het moeten leren. □

### 'Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg'

## (Basis)gezondheidszorg en continuïteit

De kabinetsnota 'Verandering verzekerd' draagt – en dat lijkt geen toeval – als ondertitel 'Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg'. Blijkens hun publicatie in dit blad achten De Groot c.s. een 'snelle in- en uitvoering van een totale visie', zoals bij de WVG of in het plan-Dekker, onmogelijk<sup>1</sup>: 'praktisch haalbaar zijn slechts incrementele (stap voor stap) veranderingen'. Eerder betoogde ik zelf<sup>2</sup>, dat een der postulaten waaraan ontwikkelingen in de gezondheidszorg moeten beantwoorden het postulaat van de (democratische) evolutie is: 'Evenals in de gehele biologische evolutie iedere volgende trede pas op de vorige kan worden gezet, geldt dit voor de structuren die de mens zich in zijn voortgaande geestelijke en sociale evolutie bouwt'.

Uit dit alles blijkt genoegzaam, dat lang-

J. J. J. H. Vossen

*De 'derde Dekkerbrief' van de regering, te weten de nota 'Verandering verzekerd', mag dan de ondertitel: 'Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg' dragen, juist bij de belangrijkste uitvoerende werkzaamheden van de basisgezondheidsdiensten lijkt het rijksbeleid te weinig voeling te hebben met de stap voor stap voortschrijdende ontwikkeling aan de basis. Een exercitie van de geneesheer-directeur van de Gezondheidsdienst Westelijke Mijnstreek te Geleen, J. J. J. H. Vossen.*

zamerhand steeds meer de gedachte veld wint dat, ook ten aanzien van gezondheidszorg en gezondheidszorgwetgeving, slechts stapsgewijze, 'evolutionaire' wijzigingen kunnen leiden tot resultaten die bekliven. Hierbij speelt zeker een rol, dat steeds meer wordt onderkend, dat 'de samenleving niet maakbaar is'<sup>3</sup>. Waar het thans echter om gaat, is niet in dezelfde dwaling te vervallen met betrekking tot eventuele nieuwe wetgeving.

Het is wellicht leerzaam deze materie te bezien aan de hand van een exercitie met betrekking tot de basisgezondheidszorg en de basisgezondheidsdiensten. Het lijkt de bedoeling van het kabinet het desbetreffende hoofdstuk uit de oude Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG, hoofdstuk IX, art. 57 t/m 59)

integraal over te nemen<sup>4</sup>. Nu bouwt – dat is genoegzaam bekend – de wetgeving zoals deze in de genoemde artikelen is geformuleerd onder meer voort op de visie van de regionalisatie van de gezondheidszorg uit de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974<sup>5</sup>, een visie die met betrekking tot de gezondheidsdiensten een nadere uitwerking heeft gekregen in de 'Nota Basisgezondheidsdiensten' van 1980<sup>6</sup>. Een zekere mate van continuïteit kan hieraan, in tegenstelling tot andere onderdelen van de WVG, dan ook niet worden ontzegd, zodat het (ook) in dit opzicht terecht lijkt dat het huidige kabinet dit hoofdstuk uit de WVG wil lichten teneinde het tot uitvoering te brengen.

## CONTINUÏTEIT VAN BELEID

Wanneer we thans het rijksbeleid ten aanzien van de basisgezondheidsdiensten gaan toetsen op zijn consistentie met betrekking tot het postulaat van de stapsgewijze evolutie, is het tevens gewenst dat we ons er rekenschap van geven dat ieder beleid, ook iedere wetgeving, tot stand zou moeten komen in een proces waarin een wisselwerking optreedt tussen 'boven' en 'beneden' (de basis; cybernetisch model). Er zijn voldoende vormen van beleid en wetgeving bekend die zonder meer aan dit postulaat voldoen. De WVG vormde in dit opzicht een uitzondering. Men zou haar kunnen kenschetsen als een 'centralistische poging tot decentralisatie', en daarom reeds tot mislukken gedoemd.

De beide postulaten 'stapsgewijze evolutie' en 'cybernetisch model' bepalen de consistentie van het beleid ter zake van de basisgezondheidsdiensten, en wel met betrekking tot de belangrijkste werkzaamheden van deze regionale diensten: (beleids)advisering; algemene gezondheidszorg, waaronder bestrijding infectieziekten; jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen; bedrijfsgeneeskunde ten behoeve van overheid en semi-overheid; ambulancevervoer, inclusief CPA (centrale post ambulancevervoer)-functie. Deze werkzaamheden, de 'body' van de dienst, waardoor deze levensvatbaarheid kan bezitten, worden ondersteund door staffuncties als epidemiologie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en informatica, maar deze zijn er dan in de eerste plaats ten behoeve van de dienst, niet omgekeerd.

Wanneer we dan nagaan hoe het rijksbeleid met betrekking tot een aantal van de hoofdfuncties zich heeft ontwikkeld – te meer interessant, omdat door de jaren

heen ook in het kader van verbetering van preventie, de versterking van de basisgezondheidsdiensten in het vaandel van diverse opeenvolgende kabinetten heeft gestaan – is het merkwaardig te moeten constateren, dat op het 'moment suprême' van het mede door de stimuleringsregeling in het kader van de WVG tot stand komen van een sluitend netwerk van basisgezondheidsdiensten, die in steeds toenemende mate de beschikking krijgen over ondersteunende functies, de impetus van het rijksbeleid aarzelingen begint te vertonen juist op die plaatsen waarvoor al deze inspanningen werden geleverd, te weten aan het front van de jeugdgezondheidszorg, de bedrijfsgezondheidszorg en het ambulancevervoer. Het gevolg is, dat zowel het postulaat van de stapsgewijze evolutie als dat van het cybernetisch model onvoldoende tot gelding komt. En daardoor komt de continuïteit van de zorg in gevaar.

## Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg is van meet af aan een belangrijk onderdeel van de basisgezondheidszorg en de basisgezondheidsdiensten geweest. Vele basisgezondheidsdiensten zijn uitgebouwd op basis van bestaande schoolartsendiensten. Deze laatste diensten hebben zodoende vaak een belangrijke rol gespeeld bij het tot stand komen van de jeugdgezondheidszorg. Het ligt niet in mijn bedoeling in dit kader uitvoerig de gedachtevorming en ontwikkelingen rond de jeugdgezondheidszorg te beschrijven. Ik constateer, dat het Rijk (lees: WVC) eenzijdig beleidswijzigingen (lees: subsidieregelingen) heeft vastgesteld die niet alleen de instemming missen van de grote meerderheid der georganiseerde jeugdgezondheidszorg (jeugdartsen), maar op allerlei gronden zeer aanvechtbaar zijn te noemen. Zo is het bijvoorbeeld nogal tegenstrijdig, en op zijn minst weinig consistent, aan de ene kant – terecht – te stipuleren dat de jeugdgezondheidszorg een betere epidemiologische onderbouwing moet krijgen en vervolgens het aantal jeugdartsen te verminderen ten faveure van het aantal verplegers (en dit ook nog op een ogenblik dat er een overschot aan artsen en een tekort aan verpleegkundigen bestaat, maar dit is slechts een, zij het navrant, detail).

Met betrekking tot de consistentie en ook de continuïteit van beleid, zoals boven geformuleerd, is ten aanzien van de

jeugdgezondheidszorg enige ongerustheid op zijn plaats. (Inmiddels is in de concept-Wet Collectieve Preventie weer van een andere aanpak sprake. Het lijkt hier niet de plaats hier thans verder op in te gaan. De strekking van het onderhavige betoog wordt er ook niet door gewijzigd.)

## Bedrijfsgezondheidszorg

De bedrijfsgezondheidszorg is momenteel zeker bij de wat meer uitgebouwde gezondheidsdiensten een belangrijk onderdeel, zowel ten behoeve van de gemeentelijke overheid als ten behoeve van de semi-overheid. Het totaal aantal bedrijfsartsen dat in deze 'branche' werkzaam is, is vergelijkbaar met dat in het 'vrije bedrijf' en ook het aantal in het register ingeschreven bedrijfsartsen neemt steeds toe.

Ondanks het feit, dat de bedrijfsgezondheidszorg binnen de gezondheidsdiensten een eigen entiteit vormt (er is over het algemeen sprake van een aparte afdeling Bedrijfsgezondheidszorg) is zij toch geïncorporeerd binnen de totale dienst. Dit heeft vele voordelen: bekendheid met plaatselijke en gemeentelijke situatie, minder overhead, gemeenschappelijk gebruik van laboratoriumvoorzieningen, etc. Omgekeerd is ook een belangrijk gegeven, dat de body die op zijn beurt de bedrijfsgezondheidszorg aan de gezondheidsdienst verleent, deze weer in staat stelt bepaalde noodzakelijke verrichtingen beter op te vangen; te denken ware aan wachtdiensten 's nachts en in het weekend, geneeskundige hulpverlening bij rampen, etc. Als er ergens sprake is van een symbiose, dan is het hier.

Men zou de huidige situatie rond de bedrijfsgezondheidszorg bij de basisgezondheidsdiensten kunnen kenschetsen als een bij uitstek organisch gegroeide situatie, uit noodzaak ontstaan en voortreffelijk aangepast aan de eisen van de tijd. Men zou derhalve verwachten, wederom geheel in het kader van de stimulering van de preventieve ('basis')gezondheidszorg, dat het ministerie van WVC deze belangrijke steunpilaar, één der pilaren waarop de basisgezondheidsdiensten rusten, mede in haar stimuleringsbeleid zou betrekken. Dit ook op grond van de gewenste democratische evolutie, welke als medepostulaat van stapsgewijze en daardoor beklijvende verbetering geldt. Dit is echter niet het geval: in het desbetreffende artikel, art. 59 van de WVG, wordt deze activiteit

zelfs niet expliciet genoemd. Nu zou men daar nog wel vree mee kunnen hebben, daar in hetzelfde artikel een 'kapstok'-paragraaf voorkomt ('... kunnen ... andere werkzaamheden op het terrein van de volksgezondheid hieraan worden toegevoegd'). Ernstiger is echter, dat in het 'gevecht' rond het erkenningenbeleid het ministerie van sociale zaken blijkbaar (zonder enig weerwerk van WVC?) haar visie heeft kunnen doorzetten<sup>7</sup>.

Ook hiermee zou men vree kunnen hebben, ware het niet dat hierdoor een zodanige aanslag wordt gepleegd op de inrichting van de basisgezondheidsdienst, dat deze dienst hierdoor ernstig aan slagvaardigheid zou inboeten. Daarnaast wordt een kunstmatige tegenstelling opgeroepen tussen de bedrijfsartsen en andere 'gemeente'artsen, zoals jeugdartsen en artsen algemene gezondheidszorg, alsof alleen bedrijfsartsen 'geregistreerd' zijn en eigen verantwoordelijkheden hebben die wezenlijk zouden verschillen van die van andere (overigens eveneens geregistreerde!) artsen.

Het meest ongewenst echter lijkt te zijn, dat waar het gaat over het toekomstig beleid met betrekking tot de bedrijfsgezondheidszorg bij gemeenten (lees: bij basisgezondheidsdiensten) niet WVC maar Sociale Zaken de bakens schijnt uit te zetten. Ook hier moet wederom geconstateerd worden dat, bij alle euforie over het preventieve basisgezondheidszorgbeleid, het werkelijke beleid nogal wat kiemen lijkt te bevatten, die bedreigend zijn voor 'body' en dus functie van deze diensten.

#### Ambulancevervoer

Ook hier beziet men met gefronste wenkbrauwen het beleid zoals het de laatste decennia is gevoerd; hierover zijn de laatste jaren nogal wat publicaties verschenen<sup>8</sup>.

De Wet Ambulancevervoer, die in 1971 het licht zag en later diverse wijzigingen heeft ondergaan, leed onder meer aan het manco 'te veel' en 'niet genoeg'. Er is eigenlijk nooit sprake geweest van een consistente en 'spaarzame' wetgeving, die binnen een regionaal kader en budgetteringssysteem slechts enige noodzakelijke kwaliteitseisen stelde. Integendeel: er bestond een voortdurende spanning tussen enerzijds de (overigens niet goed geformuleerde) kwaliteitseisen en de financiële mogelijkheden (COTG). Het tenslotte door de minister gevraagde onderzoeksrapport heeft de verwarring zo mogelijk nog vergroot doordat daarin on-

der andere het geïntegreerde CPA-model werd vervangen door een grootschalig, geheel van de GGD losgemaakt CPA-orgaan – een constructie die een door de jaren gegroeid en voortreffelijk samenwerkingsmodel te niet zou doen<sup>9</sup>. Loskoppeling van de centrale post ambulancevervoer van de gezondheidsdiensten heeft voorts het grote bezwaar dat bij rampen de directie, die wordt belast met de leiding van de geneeskundige hulpverlening<sup>10</sup>, haar belangrijkste leidinggevende middel uit handen zou hebben gegeven. Dit is ook onderkend door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid<sup>11</sup>.

Al met al moet worden signaleerd, dat ook deze belangrijke poot van de basisgezondheidsdiensten door erosie wordt bedreigd. Het is te hopen dat het ministerie van WVC, dat deze diensten wil stimuleren, ook ten aanzien van deze materie op korte termijn tot een meer samenhangende visie geraakt, die onder meer zou moeten steunen op de volgende gegevens:

1. CPA, zo mogelijk, geïntegreerd in regionale basisgezondheidsdienst.
  2. Ambulancedienst idem.
  3. Mogelijkheid tot 'pooling' medewerkers CPA en ambulancedienst (verpleegkundigen) met betrekking tot combinatie voor beide onderdelen.
  4. Eisen ambulancebemanning goed geformuleerd: a. basiseis: opleiding verpleegkundige, bijzondere scholing ambulanceverpleger; b. bijzondere scholing ambulancechauffeur.
- Deze visie bouwt voort op de evolutie die zich de laatste decennia heeft voltrokken. Ze biedt ook een uitstekende relatie met de geneeskundige hulpverlening bij rampen.

#### EPILOOG

Juist bij de belangrijkste uitvoerende werkzaamheden der basisgezondheidsdiensten lijkt het rijksbeleid te weinig voeling te hebben met de stap voor stap voortschrijdende ontwikkeling aan de basis. Geen enkel organisatiebureau kan hier de 'toekomst maken'. Dat kan men slechts door rekening te houden met specifieke problematiek. Deze vraagt om gedegen, prudente 'mutaties' en oplossingen, die tot stand dienen te komen in een goed samenspel tussen 'wetgevende' en uitvoerende partners. Oplossingen bewijzen hun waarde aan het front, niet achter de schrijftafel. Ook hier is het cybernetisch model van koppeling en terugkoppeling onmisbaar. □

#### Noten

1. Drs. J. de Groot, Drs. G. Jongerius-de Gier, Dr. I. Mur-Veeman en Dr. M. Schuurman. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de regio. MC nr. 10/1988, blz. 305.
2. J. J. J. H. Vossen. De cybernetica van gezondheidszorg. MC nr. 30/1975, blz. 308.
3. Prof. Dr. C. J. Zwart op de studiedag 'Zelfbeheer binnen de overheid en de gezondheidszorg', 10 november 1986.
4. Kabinetstandpunt over het rapport van de commissie-Dekker: 'Verandering verzekerd; stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg', 7 maart 1988, pag. 44.
5. Structuurnota Gezondheidszorg. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de voorzitter van de Tweede Kamer. 9 augustus 1974.
6. Nota Basisgezondheidsdiensten. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer. 7 maart 1980.
7. Directoraat-Generaal van de Arbeid van het Ministerie van Sociale Zaken. Bedrijfsgezondheidszorg bij gemeenten, toekomstig beleid. 18 maart 1988.
8. Te denken valt aan het recente schrijven van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer over de organisatie van het ambulancevervoer (12 januari 1988) en aan de uitstekende nota van de Geneeskundige Hoofinspectie over de kwaliteit van het ambulancevervoer (nota 'Kwaliteit ambulancehulpverlening', 12 maart 1987).
9. J. J. J. H. Vossen. Centrale Post Ambulancevervoer onderdeel gezondheidsdienst. MC nr. 14/1987, blz. 432.
10. Concept-wet Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen. 29 juni 1987.
11. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen. Oktober 1987.

# Actief doden van ernstig gehandicapte pasgeborenen

## Ethische kanttekeningen

De deelnota 'Levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen' wordt gepresenteerd als een discussienota<sup>1</sup>, hetgeen als een uitnodiging tot discussie mag worden opgevat. Ik wil graag in het kort op die uitnodiging ingaan. In een kritische beschouwing over de deelnota heeft Leenen vooral de thematiek van het niet instellen of nalaten van medische behandeling besproken<sup>2</sup>. Ik zal de hoofdaandacht richten op de vraag of actief doden van pasgeborenen ethisch geoorloofd kan zijn.

### ALGEMENE OPMERKINGEN

Een eerste punt dat de aandacht trekt is de terminologie. De commissie wil niet spreken van euthanasie. Dat is begrijpelijk. De definitie van (actieve) euthanasie, zoals die door de Staatscommissie gegeven en vrij algemeen aanvaard wordt<sup>3</sup>, luidt: 'Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek'. Van die toevoeging 'op diens verzoek' wordt gezegd dat het geen ethisch waardeoordeel inhoudt, maar zij functioneert mijns inziens wel degelijk als zodanig. Immers, elk opzettelijk actief doden dat niet op uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene gebeurt wordt zowel ethisch als juridisch onaanvaardbaar geacht (waar ik het overigens wel mee eens ben, zoals verderop zal blijken). De KNMG-commissie zegt dat zij de term 'euthanasie' wil voorbehouden voor de levensbeëindiging bij wilsbekwame patiënten. Zij wil in haar nota, die immers handelt over wilsonbekwame patiënten, de terminologie 'levensbeëindigend handelen' gebruiken. Dit was niet persé nodig geweest, maar de commissie had geen andere keuze, omdat zij de (actieve) levensbeëindiging van wilsonbekwame patiënten als ethisch toelaatbaar beschouwt.

Wat daar ook verder van zij, die keuze voor deze terminologie zou aanvaardbaar zijn als zij maar duidelijkheid schiep en consistent werd gebruikt. Dat is mijns inziens niet het geval. Onder 2 (p. 697, 2e kolom) omschrijft de commissie levensbeëindigend handelen als 'handelingen van artsen die het overlijden van wilsonbekwame patiënten beogen'. Medisch

### Prof.Dr. Paul Sporken

*Actieve levensbeëindiging, in de zin van doelbewust en actief doden, ten aanzien van pasgeborenen met een geheel infauste prognose, is ethisch niet verantwoord. Dit schrijft Prof.Dr. P. Sporken, verbonden aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg. Hij reageert op de discussienota van een KNMG-commissie over levensbeëindiging bij zwaar-defecte pasgeborenen.*

handelen waarbij de arts de dood niet bedoelt maar deze wel als gevolg plaatsvindt, valt niet onder levensbeëindigend handelen. Onder 3 (p. 698, 1e kolom) wordt echter het niet beginnen met of het staken van levensverlengende maatregelen levensbeëindigend handelen genoemd (bijvoorbeeld als behandelen bij een totaal infauste prognose geen enkele zin heeft). Het is mijns inziens onjuist te stellen dat het niet behandelen in deze gevallen wordt bedoeld om de dood te veroorzaken! Deze beslissing wordt geïnspireerd en gemotiveerd door de overtuiging dat in zulke gevallen levensverlengend handelen zinloos is, geen enkel belang van de patiënt dient en derhalve verwordt tot mishandeling. Overigens wil ik daarbij opmerken dat de terminologie van passieve en actieve levensbeëindiging, zoals die door de commissie wordt gebruikt, soms wel zeer eufemistisch is. Aangezien de actieve levensbeëindiging doorgaans door het toedienen van een dodelijke injectie gebeurt, zou men voor de duidelijkheid ook kunnen spreken van doodspuiten. Ik wijs deze terminologie echter af, omdat dit woord een te sterke negatieve ethische beladenheid heeft. Om eufemisme, maar ook tendentieuze negatieve bijklanken te vermijden, zal ik bij voorkeur spreken van: doelbewust en actief doden, dan weten we precies waar we het over hebben.

Bij de bespreking van de ethische aspecten van levensbeëindigend handelen

wordt uitvoerig uitgewerkt, dat leven niet tot elke prijs moet worden behouden en dat in sommige gevallen het niet beginnen of niet doorgaan met levensverlengende maatregelen ethisch verantwoord kan zijn. Die stellingen zijn ethisch juist en worden algemeen aanvaard. De ten dode opgeschreven zieke heeft recht op eerbied, hetgeen in dit geval betekent het recht ongestoord zijn eigen dood te mogen sterven.

### DOELBEWUST EN ACTIEF DODEN

Wanneer de commissie toekomt aan de uiterst belangrijke vraag of ook actieve levensbeëindiging ethisch aanvaardbaar kan zijn, gebeurt er iets heel merkwaardigs. Deze vraag – is ook gezien de meningsverschillen daarover! – de meest belangrijke vraag. Desondanks beperkt de commissie zich tot een ethische stellingname, zonder ook maar één argument ter onderbouwing van haar mening te noemen! Nu moet men veronderstellen dat de commissie haar redenen had om zo te doen, maar dit is mijns inziens toch onbegrijpelijk. 'Quod gratis affirmatur, gratis negatur' (wat zonder argumenten wordt beweerd, wordt ook zonder argumenten ontkend), zeiden de oude Romeinen. Maar dat leidt tot een discussie van welles, nietes. Dat kan niet de bedoeling van de commissie zijn geweest, want zij biedt haar nota aan als een discussienota. Het zou daarom beter zijn geweest als zij haar stelling met argumenten had onderbouwd om deze discussie echt op gang te helpen.

Ik wil het voorbeeld van de commissie niet volgen, dat wil zeggen: ik wil niet zonder argumenten de tegenovergestelde stelling poneren. Persoonlijk ben ik ervan overtuigd, dat doelbewust en actief doden van pasgeborenen met een totaal infauste prognose ethisch onverantwoord is. De overwegingen die tot deze stelling leiden wil ik in het kort toelichten.

Alvorens daaraan te beginnen, wil ik opmerken dat datgene wat in dezen over pasgeborenen wordt gezegd *mutatis mutandis* ook geldt voor andere patiënten die niet in staat zijn zelf te beslissen:

geestelijk gehandicapten, demente bejaarden en comateuze patiënten (de twee laatste groepen voor zover zij niet tevoren hun wil hebben geuit en vastgelegd).

## OVERWEGINGEN

Ethisch beschouwd dienen zich bij actieve euthanasie c.q. levensbeëindiging en daarmee vergelijkbare situaties altijd twee vragen aan. Kan het ethisch verantwoord zijn dat een mens beslist zijn eigen leven of sterven doelbewust en actief te beëindigen? Zo ja: kan een ander het ethisch verantwoorden hem bij de uitvoering te helpen, bijvoorbeeld door toediening van een dodelijke injectie?

Wat de eerste vraag betreft: in een humanistische levensvisie, waarin het beeld van de autonome mens centraal staat, zal het antwoord bevestigend luiden, mits daardoor geen hogere belangen worden geschaad en geen ernstige schade aan derden wordt berokkend. Onder christenen, die het leven als gave en opgave van Godswegen zien, heerst verschil van mening. Sommigen beschouwen de eerbied voor het leven als een zodanig absolute norm, dat elk actief ingrijpen ethisch ongeoorloofd is. Anderen daarentegen – tot wie ik zelf ook behoor – achten dit ingrijpen in bepaalde gevallen geoorloofd. Een mens kan immers in een conflictsituatie van waarden en belangen terecht komen, waarin hij móét en mág kiezen. Als bepaalde waarden en belangen zwaarder wegen dan de eerbiediging van de levensduur, kan mijns inziens ook een christen verantwoord kiezen voor de eerstgenoemde en bijvoorbeeld zijn stervensproces actief beëindigen om een naar zijn overtuiging mensonwaardig sterven te vermijden.

Eenmaal aanvaard, dat een mens soms op ethisch verantwoorde wijze zijn leven actief mag beëindigen, is het ook mogelijk de tweede vraag te beantwoorden. Voor iemand die de gewetensbeslissing van een lijdende medemens kan eerbiedigen en voor zijn eigen geweten daar achter kan staan, is het ethisch verantwoord de uitvoering van de reeds genomen gewetensbeslissing op zich te nemen. Daarmee wordt tevens duidelijk, dat de ethische argumentatie voor beide personen anders ligt. Voor de betrokkene geldt, dat hij voor zichzelf die beslissing tot doelbewuste en actieve levensbeëindiging verantwoord kan nemen. Voor de gene die helpt ligt dat wezenlijk anders. Hij heeft geen bevoegdheid om vanuit zichzelf tot doelbewust en actief doden van zijn medemens over te gaan, want

dat is een inbreuk op de persoonlijkheidsrechten van die medemens. De helper is slechts bevoegd om de reeds genomen en ethisch verantwoorde beslissing van de betrokkene uit te voeren. Zijn ethische bevoegdheid en verantwoording betreffen derhalve slechts de hulpverlening inzake de uitvoering. Daarvoor wordt dan ook terecht geëist dat de helper zich ervan vergewist of de betrokkene vrijwillig zijn beslissing nam, zijn situatie juist inschatte en terecht meent dat zijn ondraaglijk lijden niet meer is te verhelpen.

Het geheel leidt tot de conclusie, dat ethisch gezien alleen de betrokkene bevoegd is om over eigen leven en sterven te beslissen. Omstaanders hebben slechts bevoegdheid om te beslissen of zij op ethisch verantwoorde wijze de reeds door de betrokkene genomen beslissing ten uitvoer brengen. Is een dergelijke beslissing niet genomen, dan eigent de helper zich over leven en dood van een ander een bevoegdheid toe die hij ten enenmale niet heeft.

Concreet naar aanleiding van de discussienota: naar mijn stellige overtuiging zijn noch de ouders, noch de artsen bevoegd op ethisch verantwoorde wijze te besluiten een pasgeborene met een geheel infauste prognose doelbewust en actief te doden. Datzelfde geldt *mutatis mutandis* voor het actief doden van irreversibel comateuze patiënten, voor geestelijk gehandicapten en voor demente bejaarden.

Onlangs werd door Roscam Abbing en door Leenen met deugdelijke argumenten aangetoond, dat het actief doden van pasgeborenen, om welke reden dan ook, juridisch volstrekt onaanvaardbaar is<sup>2,4</sup>. De argumentatie ligt in dezelfde sfeer als de boven gegeven ethische overwegingen: de pasgeborene is subject van rechten; de beslissing van anderen, tot actief doden over te gaan, is een onaanvaardbare inbreuk op de fundamentele rechten van de menselijke persoon.

## MISSCHIEN TOCH ARGUMENTEN?

Zoals gezegd, geeft de commissie geen argumenten voor haar stelling dat doelbewust en actief doden van een pasgeborene ethisch geoorloofd kan zijn. Bij herlezen van de bedoelde passage kan men de indruk krijgen dat bepaalde argumenten gesuggereerd worden, bijvoorbeeld waar wordt gezegd: actieve levensbeëindiging kan ethisch gerechtvaardigd zijn, 'als behandeling vanwege de infauste prognose achterwege wordt gelaten of

wordt gestaakt, maar dit tegen de verwachting in nog niet onmiddellijk het beoogde overlijden van de pasgeborene tot gevolg heeft . . . en er tevens sprake is van een nodeloze verlenging en/of verergering van lijden' (p. 700, 1e kolom). Dit herinnert aan het rapport van de Staatscommissie Euthanasie<sup>3</sup>; zij noemt in de toelichting twee redenen die het toepassen van actieve euthanasie op irreversibel comateuze patiënten ethisch en juridisch zouden rechtvaardigen: als de dood op zich laat wachten en dit naar mening van de omstaanders tot een verregaande ontluistering van de stervende leidt en/of als het wachten op de dood voor familieleden, verplegenden en artsen een te zware emotionele belasting met zich brengt. Uiteraard wil ik het pijnlijke van die situatie en de onmachtsgedoeleens niet ontkennen, noch bagateliseren, maar ik vind het onjuist dit probleem 'op te lossen' door het actief doden van de stervende! Wat ons te doen staat is: zoveel mogelijk bestrijden van pijn en ongemakken van de betrokkene, alsmede ondersteunende begeleiding van de omstaanders<sup>5</sup>.

In zijn redactioneel maakt Spreeuwenberg de commissie terecht het verwijt, dat zij geen deugdelijke argumentatie geeft voor haar stelling inzake actief doden van pasgeborenen<sup>6</sup>. Maar mijns inziens vervalt hij in dezelfde fout. Hij acht actief doden uit compassie (is: medelijden in de echte zin van het woord) onder bepaalde voorwaarden geoorloofd, en wel 'als er een blijvende inhumane situatie ontstaan is door ontbreken van inzicht, hoop, relatie, communicatie en de mogelijkheid eigen keuzen te maken'. Ofschoon ook deze beschrijving van de situatie eerlijk en realistisch is en het motief van compassie (of barmhartigheid, zoals anderen zeggen) ethisch hoogstaand is, levert het geen ethische rechtvaardiging voor een doelbewust en actief doden. Het geheel van de situatie leidt slechts tot de ethische plicht, van (verdere) zinloze pogingen tot levensbehoud af te zien en iemand te helpen in vrede zijn eigen dood te mogen sterven. In vrede mogen sterven is echter niet identiek met ongevraagd een dodelijke injectie toegediend krijgen!

## PASSIEF GELIJK AAN ACTIEF?

Dit brengt ons tot een argumentatie die niet uitdrukkelijk door de commissie wordt genoemd, maar die misschien op de achtergrond meespeelt en door som-



mige auteurs wordt gegeven, namelijk dat er principieel geen verschil zou zijn tussen passief of actief doden van ernstig gehandicapte kinderen (zie onder andere bij Musschenga<sup>7</sup>). Volledigheidshalve wil ik daar in het kort op ingaan.

Er zijn situaties denkbaar waarin ethisch gezien tussen passief en actief doden slechts een gradueel verschil bestaat. Veronderstel een kankerpatiënt die weet dat hij over enkele weken onherroepelijk zal sterven, maar ook weet en reeds ondervindt welke ontluistering dit voor hem met zich brengt. Ervan overtuigd dat dit voor hem een mensonwaardig sterven inhoudt, besluit hij tot actieve euthanasie. Vóórdat deze plaatsvindt, wordt hij getroffen door een ernstige complicatie, die – als zij niet krachtadig wordt bestreden – spoedig zijn dood zal betekenen. De beslissing die behandeling te weigeren (wat voorheen passieve euthanasie werd genoemd) verschilt mijns inziens dan slechts gradueel van de beslissing tot actieve euthanasie. Anders gezegd, de passieve opstelling ten aanzien van de komende dood verschilt in dit geval niet principieel van het actief doden.

Maar veronderstel een andere situatie. Iemand besluit een hem vijandig persoon te doden en gooit hem van een brug in diep water, zodat hij verdrinkt. Dat is actief doden en onethisch. Veronderstel echter dat die ander per ongeluk in het water terechtkomt, terwijl hij aan de kant staat en hem kan redden als hij dat zou willen; als hij zich dan passief opstelt en zijn medemens doelbewust laat verdrinken in plaats van hem te redden, wat hij ethisch verplicht is, dán verschilt dat passief doden slechts gradueel van actief doden en is dus principieel gezien even onethisch. Maar, als iemand die aan de kant staat een drenkeling niet kan redden van de dood (bijvoorbeeld omdat hij zelf niet kan zwemmen, of om welke andere reden dan ook), dán is deze passieve opstelling zeker niet principeel gelijk aan actief doden, en dus niet onethisch!

Terug naar voorbeelden uit de gezondheidszorg: als een arts zijn patiënt op zinvolle wijze kan behandelen en hem daardoor van de dood kan redden, dan is hij ook ethisch verplicht dit te doen. In dat geval zou abstineren of passief doden principieel niet verschillen van actief doden, en derhalve in beide gevallen ethisch ongeoorloofd zijn. Geheel anders ligt de situatie, wanneer de patiënt niet meer van de dood te redden is en elke levensverlenging maatregel slechts node-

loze verlenging van het stervensproces betekent. In dat geval is de arts niet alleen gerechtigd, maar zelfs ethisch verplicht, zich passief op te stellen ten opzichte van dit stervensproces en zich te beperken tot het bestrijden van pijn en ongemakken. De eerbiediging van dit sterven en het geduld en de verdraagzaamheid om de patiënt zijn eigen dood te laten sterven, zijn overduidelijk niet identiek met doelbewust en actief doden door het toedienen van een dodelijke injectie en zullen derhalve ook ethisch geheel anders moeten worden beoordeeld<sup>8</sup>.

### 'PROCEDURITIS'

Het afwijzen van actieve levensbeëindiging zou de indruk kunnen wekken van gebrek aan begrip voor de moeilijke problemen waarmee ouders, verplegenden en artsen worden geconfronteerd, als stervensprocessen van pasgeborenen of kinderen lang duren. Dat is zeker niet het geval. Ik ben er mij van bewust dat in uitzonderingsgevallen het toedienen van een dodelijke injectie de enige oplossing lijkt te zijn. Ik weet ook vanuit nabijheid in de praktijk hoe zwaar die emotionele belasting, vooral de machteloosheid, kan zijn én hoezeer de behoefte aan duidelijke richtlijnen en zekerheid met het oog op een juiste beslissing zich doet voelen. Het gaat hier om uitzonderlijk voorkomende conflictsituaties (de commissie spreekt schattenderwijs van circa 10 op 300 jaarlijks voorkomende gevallen, maar sommige neonatologen spreken vanuit hun praktijk van 1 op 100 gevallen).

Uitzonderingsgevallen kunnen echter niet de basis of het uitgangspunt vormen voor het opstellen van algemeen geldende ethische beginselen. Bovendien geldt voor alle ethische beginselen – en mijns inziens ook voor juridische regelingen – dat zij nooit de gedetailleerdheid kunnen hebben die nodig is om alle mogelijke conflictsituaties binnen de geboden kaders te kunnen oplossen. In uitzonderingssituaties worden de grenzen van de geldingskracht van de algemeen geldende regels bereikt. Dit impliceert, dat de te nemen beslissingen onvermijdelijk een bepaalde spanning en onzekerheid zullen bevatten. De behoefte aan deze laatste onzekerheid te ontkomen door het opstellen van procedureregels kan uitlopen op een 'proceduritis' die slechts schijnzekerheid verschaft en geen positieve bijdrage aan 's mensen verantwoordelijkheid betekent.

### CONCLUSIE

Terugblikkend op de voorgaande overwegingen ontkomen we mijns inziens niet aan de volgende conclusies:

Actieve levensbeëindiging, in de zin van doelbewust en actief doden, ten aanzien van pasgeborenen met een geheel onfaust prognose is ethisch niet verantwoord. Omstaanders zijn daartoe niet gerechtigd, óók niet als naar hun mening de dood niet snel genoeg komt, misschien niet alle pijn en ongemakken te verhelpen zijn, of als het wachten voor hen een zware emotionele belasting inhoudt. Zeggenschap over leven en dood komt uitsluitend toe aan de betrokkene zelf.

De bevoegdheid tot doelbewust en actief doden toekennen aan anderen, is mijns inziens een inbreuk op de persoonlijkheidsrechten van de mens en een ondermijning van de grondslagen van onze samenleving. □

### Literatuur

1. Levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. 1. Zwaardefecte pasgeborenen. Discussienota KNMG-Commissie. Medisch Contact 1988; 43: 697-704.
  2. Leenen HJJ. Levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Van neonatologie naar neothanatologie? Medisch Contact 1988; 43: 1050-2.
  3. Rapport Staatscommissie Euthanasie. Den Haag, 1985.
  4. Roscam Abbing HDC. Medisch handelen bij het begin van het leven. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1540-2.
  5. Sporken P. Wetswijziging inzake euthanasie. Kanttekeningen vanuit de ethiek. CDA-Verkenningen 1986, nr. 1: 34-42.
  6. Spreeuwenberg C. Levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen. Medisch Contact 1988; 43: 675.
  7. Musschenga AW. Euthanasie en zwakzinnigheid: de gewenste dood en het ongewenste leven. In: Stolk J (red). Tussen verlangen en werkelijkheid. Amsterdam, 1985, 167-84.
  8. Sporken P. Heb jij aanvaard dat ik sterven moet? Sterfenden en hun helpers. 2e druk. Baarn, 1983.
- Sporken P. Stervensbegeleiding: een medisch-ethische plicht? Medisch Contact 1970; 25: 418-22.

# Er zijn nog vele wachtenden voor u . . .

## Beleidsrelevant wachtlijstonderzoek voor verpleeghuizen

De drie regionale instituten voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG'en) in de provincie Utrecht werken al geruime tijd samen bij de intake, observatie en plaatsing van psychogeriatrische verpleeghuispatiënten. Bij de plaatsing zijn veertien verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen in de provincie betrokken. In het overleg werd tot 1 oktober 1986 gebruik gemaakt van plaatsingsformulieren, waarvan de invulling niet altijd even betrouwbaar bleek en de registratie niet altijd efficiënt geschiedde. Voor planningsdoeleinden, zoals de bepaling van de plaats en het aantal verpleeghuisbedden in de provincie, waren de gegevens nauwelijks geschikt. De RIAGG'en en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening stelden zich ten doel te bezien in hoeverre de gegevens efficiënt zijn te registreren en bij de planning kunnen worden gebruikt. Als derde doelstelling zou worden geprobeerd om inzicht te verkrijgen in de ontwikkelingen in bejaardenoorden, ziekenhuizen en thuiszorg voor zover deze van invloed zijn op de behoefte aan psychogeriatrische verpleeghuisbedden.

### REGISTRATIE

Vanuit de Provinciale Raad werd een werkgroep ingesteld, die als opdracht kreeg een *standaardformulier* te ontwikkelen dat voor de drie betrokken RIAGG'en bruikbaar was en tevens voor de drie verpleeghuizen die niet bij de centrale 'pooling' van wachtlijsten waren aangesloten. Het standaardformulier zou in de plaats komen van de tot dan toe gangbare plaatsingsformulieren en meer gegevens bevatten die relevant zijn voor de planning.

Uit de veelheid van aanmeldings-, opname- en wachtlijstformulieren die een eenduidige wachtlijstregistratie bemoeilijken werd één nieuw aanmeldings- en afmeldingsformulier ontwikkeld. Het aanmeldingsformulier bevat gegevens over de leeftijd, burgerlijke staat, geboorteplaats, huidige verblijfplaats en de aard van de woning indien dit een eigen woning is. Tevens kunnen gegevens worden ingevuld over de voorkeur voor een bepaald verpleeghuis en de verstrekte thuiszorg, zoals wijkverpleging, gezins-

J. A. Stoop en  
A. H. T. Witlox

*De drie Utrechtse regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in de provincie Utrecht werken nauw samen bij de registratie van de wachtlijst voor opnemingen in verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen. Dr. J. A. Stoop, lid van het Dagelijks Bestuur, en A. H. T. Witlox, beleidsmedewerker van genoemde Provinciale Raad, beschrijven de eerste resultaten.*

zorg en maaltijdvoorziening. Tenslotte wordt door de intaker vermeld of de geïndiceerde tot de categorie begeleidings-, verzorgings- of verpleegbehoevend behoort. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de beoordeling hiervan door de drie RIAGG'en op een eenduidige wijze geschiedt. Het betreft enkel de psychogeriatrische patiënten, dat wil zeggen bejaarden die aan de criteria van een dementieel syndroom voldoen, mits een eventuele psychiatrische voorgeschiedenis niet overheersend is.

Zodra een verpleeghuis voor iemand is geïndiceerd wordt een geanonimiseerd aanmeldingsformulier verzonden naar de Provinciale Raad, die sinds 1 oktober 1986 de wachtlijst met behulp van een computer bijhoudt. Bij plaatsing van de patiënt in een verpleeghuis, bij overlijden en bij het zich terugtrekken van de wachtlijst wordt een afmeldingsformulier ingevuld en in het registratiesysteem opgeslagen. Het plaatsingsoverleg geschiedt tussen de RIAGG'en en de verpleeghuizen, de registratie ervan vindt bij de Provinciale Raad plaats.

Per kwartaal wordt een uitdraai gemaakt van de belangrijkste bevindingen en opgestuurd naar de verpleeghuizen, de indicerende instanties en andere betrokkenen.

Het tweede doel van deze werkwijze is het gebruiken van de wachtlijstregistratie als planningsinstrument. Alle

RIAGG'en en alle verpleeghuizen uit het Utrechtse gedeelte van de gezondheidsregio's Utrecht en Amersfoort zijn er inmiddels bij betrokken, zodat een goed beeld kan worden verkregen van het aantal aanvragen en de achtergrond ervan in vrijwel de gehele provincie. Door het gebruik van dezelfde formulieren en de eenduidige invulling kan een zo groot mogelijke objectiviteit worden bereikt. Bij het ontwikkelen van verpleeghuisplannen volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen ontstond bij de Provinciale Raad de behoefte om meer zicht te krijgen op de regionale vraag naar verpleeghuisbedden, bijvoorbeeld wat de positie van de stad Utrecht betreft. Utrecht beschikt niet, zoals Amsterdam, Rotterdam en Den Haag, over een verhoogde norm voor psychogeriatric. Met behulp van de wachtlijstregistratie kan worden bezien of Utrecht voor een extra contingent verpleeghuisbedden in aanmerking komt. Tevens is het de bedoeling binnen de provincie regionale verschillen te meten aan de vraagzijde. Bij de verdeling van verpleeghuisbedden of afspraken over contractbedden tussen regio's kan hier vervolgens rekening mee worden gehouden. Eveneens kan worden beoordeeld in hoeverre er behoefte bestaat aan het handhaven van de verpleegbedden in bejaardenoorden die vallen onder de zogenoemde 1-oktoberregeling, welke regeling is ingesteld om tijdelijk te voorzien in het tekort aan psychogeriatrische verpleeghuisbedden.

Uiteraard wordt bij de planningsoverwegingen niet alleen gekeken naar de omvang van de wachtlijst, maar ook naar de gemiddelde wachttijd, de herkomstssituatie en de geboden thuiszorg. Daaruit kan worden afgeleid of zich bepaalde ontwikkelingen voordoen met betrekking tot de sluiting van bejaardenoorden, het gebruik van observatieafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen en de doorstromingen vanuit algemene ziekenhuizen.

### ONTWIKKELINGEN

Op 1 oktober 1986 is het bestand van wachtenden van de drie RIAGG'en en drie verpleeghuizen die zelf wachtlijsten hanteerden overgenomen op de personal computer van de Provinciale Raad. Vanaf die datum zijn de aan- en afmeldingen

verwerkt en geanalyseerd. Door de geringe omvang van de vragenlijst, 1 A4, is de gevoerde administratie eenvoudig en de respons op de vragen hoog (ruim 90%).

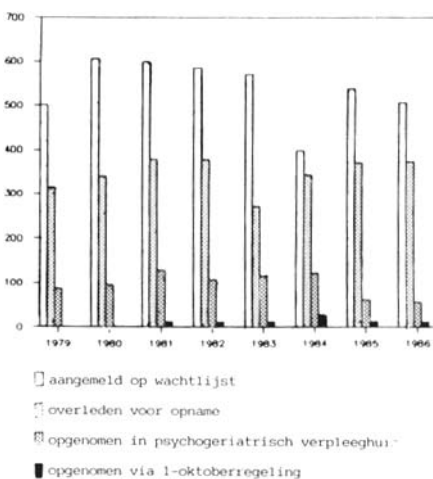
Tot 1 juli 1987 waren er bijna 600 aanmeldingsformulieren. Omdat dit een relatief korte periode is zijn conclusies op lange termijn moeilijk te trekken. Een aantal cijfers kon echter worden gekoppeld aan handmatig verzamelde gegevens die sinds 1980 bij de voorlopers van de RIAGG'en en later bij de RIAGG'en zelf bekend waren. Er ontstond een overzicht van de wachtlijstontwikkeling (figuur 1), waar in eerste instantie uit valt op te maken dat na een geleidelijke toename tot 1984 in dat laatste jaar een scherpe daling van de wachtlijst optreedt.

Wanneer we kijken naar het aantal aanmeldingen en gerealiseerde opnemingen dan blijkt dat in 1984 de aanmeldingen achterblijven bij de voorafgaande periode en met name in de stad Utrecht (figuur 2). Komt dit doordat er opeens minder demente bejaarden met een indicatie en opnemingsurgentie voor een verpleeghuis waren? De Provinciale Raad heeft dit verschijnsel onderzocht en heeft zijn bevindingen neergelegd in het advies over het toekennen van een eventuele normverhoging voor psychogeriatrische bedden voor de stad Utrecht. Er werd geconstateerd dat in 1984 aanzienlijk minder bejaarden vanuit bejaardenoord voor opname in een verpleeghuis werden aangemeld. In dat jaar startte een aantal bejaardenoord met groepsverzorging voor licht demente bewoners. Een deel van de verklaring kan echter ook worden gezocht in het volgende: 1 oktober 1984 was de peildatum voor het bepalen van de bezettingspercentages van bejaardenoord in het kader van de op handen zijnde planning. Tegenover het dalend aantal aanmeldingen uit bejaardenoord stond een groot aantal opnemingen ten gevolge van de uitbreiding van één verpleeghuis met zestig psychogeriatrische bedden.

Overigens valt te constateren dat telkens wanneer nieuwe psychogeriatrische bedden in gebruik worden genomen de wachtlijst dat jaar afneemt, hetgeen geen verbazing hoeft te wekken (in 1982, 1984 en 1986 in de stad Utrecht, in 1985 in Westelijk Utrecht.)

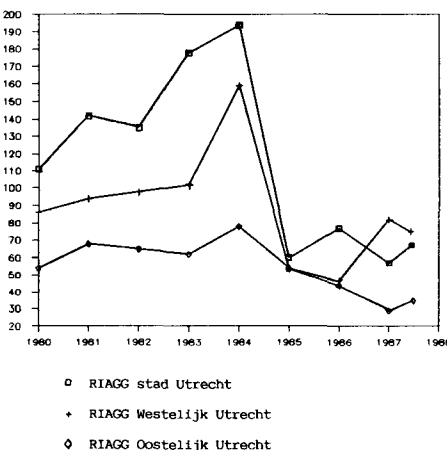
In januari en juli 1987 werden met behulp van de verbeterde registratie een tweetal wachtlijstonderzoeken uitgevoerd met de volgende resultaten:

**Figuur 1.** Gegevens over aanmeldingen voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis in de RIAGG-werkgebieden (1979 t/m 1986)\*.

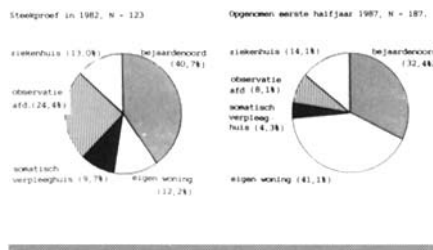


\* De werkgebieden van de RIAGG'en stad Utrecht, Westelijk Utrecht en Oostelijk Utrecht beslaan de provincie Utrecht op de gemeenten Veenendaal, Rhenen en Renswoude na.

**Figuur 2.** Omvang van de wachtlijst voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis (januari 1980 t/m juni 1987).



**Figuur 3.** Herkomst van degenen die in een psychogeriatrisch verpleeghuis zijn opgenomen.



#### Wachtlijst

De wachtlijsten in de drie RIAGG-gebieden bleven vrij constant. In het oosten van de provincie kan men vrijwel geheel

volstaan met de daar aanwezige verpleeghuiscapaciteit. In het midden en westen kan 93% van de wachtenden uit dat gebied worden opgenomen. Tevens wordt daar gezorgd voor opvang van een aanzienlijk aantal patiënten uit de stad Utrecht. In de stad Utrecht kan slechts 82% van de wachtenden in een verpleeghuis ter plaatse worden opgenomen; van buiten de stad wordt niemand op de wachtlijst toegelaten.

#### Wachttijd

De gemiddelde wachttijd bedroeg ongeveer 110 dagen en was in de drie RIAGG-gebieden vrijwel gelijk. Indien de wachttijd wordt gerelateerd aan de herkomstsituatie is deze als volgt:

- ziekenhuis ..... 54 dagen
- eigen woning ..... 77 dagen
- observatieafdeling ..... 99 dagen
- bejaardenoord ..... 125 dagen
- overig APZ ..... 134 dagen
- somatische afdeling verpleeghuis ..... 143 dagen

#### Herkomst

Van de opgenomen patiënten is 41% afkomstig uit de eigen woning, 32% uit een bejaardenoord, 14% uit het ziekenhuis, 8% van een observatieafdeling en 4% van de somatische afdeling van een psychogeriatrisch verpleeghuis. Dit is een heel ander beeld dan een vergelijkbaar onderzoek in Utrecht in 1982 uitwees (figuur 3).

#### Andere kenmerken

Enkele demografische kenmerken wijzen uit dat de gemiddelde leeftijd bij opname stijgt tot 82,8 jaar, dat 78% van de opgenomen patiënten vrouw is en een derde gehuwd. Van degenen die een eerste voorkeur voor een bepaald verpleeghuis uitspraken, werd 72% daar ook opgenomen en 10% in het verpleeghuis van zijn tweede voorkeur.

#### VERWACHTINGEN

Als de wachtlijstregistratie wat langer op deze wijze functioneert, kunnen naast bovenstaande bevindingen ook andere tendensen worden geanalyseerd. Zo kan worden gekeken of er in voldoende mate thuiszorg is verstrekt of dat de woonsituatie van invloed is op aanmeldingen voor opname. Ook andere aspecten kunnen worden onderzocht, zoals verschillen in wachttijden voor ziekenfonds- en particulier verzekerden en de wachttijden in afzonderlijke ziekenhuizen en bejaardenoord. Daarmee zou worden

voldaan aan de derde doelstelling die werd gesteld, namelijk het verkrijgen van achtergrondinformatie over de ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar psychogeriatrische verpleeghuiscapaciteit.

De gevolgde werkwijze is ook bruikbaar voor de somatische verpleeghuisopnemingen. Zonder te stellen dat de indicatiestelling voor bejaardenoord en verpleeghuis onder één noemer zou moeten worden gebracht, kan de methode ook worden gebruikt voor de registratie van opnemingen in een bejaardenoord. Dan zou een vollediger inzicht in de vraag naar intramurale voorzieningen voor ouderen worden verkregen.

## SAMENVATTING

Drie RIAGG'en en de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening in de provincie Utrecht werken nauw samen bij een efficiënte registratie van de wachtlijst voor opnemingen in verpleeghuizen met psychogeriatrische afdelingen. De gegevens worden door de Provinciale Raad gebruikt als instrument bij de planning van verpleeghuizen op regionaal niveau. Met de eerste resultaten werd een globaal beeld verkregen van de ontwikkelingen die zich voordoen ten aanzien van bejaardenorden, ziekenhuizen, observatiecentra en de thuissituatie. Er wordt

verwacht dat deze werkwijze ook voor verpleeghuizen met somatische afdelingen en de bejaardenorden kan worden gehanteerd en daarmee kan bijdragen tot inzicht in de vraag naar intramurale voorzieningen voor ouderen. □

## Beroepsopleiding: een visitekaartje

# De toelatingsregeling voor de huisartsopleiding

*In zijn column in Medisch Contact van 29 juli jl. (MC nr. 29-30/1988, blz. 868, heeft KNMG-voorzitter W. H. Cense de aandacht gevestigd op twee recente ontwikkelingen inzake de medische vervolgoopleidingen: een nieuwe toelatingsregeling voor de huisartsopleiding en het kort geding KNMG versus Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB). Uit de opstelling van de KNMG in dezen zou op nieuw moeten blijken dat de medische beroepsgroep zich niet alleen zorgen maakt om haar inkomen, zoals het volgens de media soms zou lijken. Teneinde de kwaliteit van in dit geval de huisartsgeneeskundige zorg te garanderen, heeft de KNMG inzake de toelating tot de nieuwe, tweejarige beroepsopleiding tot huisarts een 'pijnlijke, impopulaire maatregel moeten nemen'. In het oude wachtlijststelsel zou de wachttijd voor de huisartsopleiding door de jongste ontwikkelingen tot tien jaar oplopen, en dat vindt de KNMG uit oogpunt van kwaliteit en om sociale redenen een onaanvaardbare zaak. In een kort geding dat ze onlangs tegen de KNMG heeft aangespannen, vocht de LBB de nieuwe toelatingsregeling aan. De LBB zou het wachtlijststelsel willen continueren, '... omdat op de lange duur (ook al is het dan na tien jaar) iedereen dan zeker is van een plaats'. De rol van de KNMG met betrekking tot de opleidingen is voor haar een visitekaartje, dat ze zeker in optimale staat zal trachten te houden. Voordat de KNMG het haar door de LBB opgedrongen wapenfeit als coryfee ten bewijze van haar inzet voor de immateriële zaken in de gezondheidszorg in haar annalen laat opnemen, lijkt het nodig de gang van zaken uiteen te zetten en daar enige kanttekeningen bij te plaatsen.*

J. Leyten  
vice-voorzitter LBB

## NIEUWE TOELATINGSREGELING

De nieuwe toelatingsregeling valt uiteen in twee regelingen. In de eerste plaats een algemene wijziging van het wachtlijststelsel in een systeem van loting en sollicitatie; hiertoe is besloten door het College van Huisartsgeneeskunde (CHG). Het tweede is een daarop door de HRC geënte procedure voor de toelating voor het jaar 1989.

Het was duidelijk dat door de halvering van de instroom tot 260 per jaar, die tegelijk met de verlenging van de opleiding tot twee jaar werd gerealiseerd, de wachttijd zou gaan oplopen. Het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), het samenwerkingsorgaan van de Universitaire Huisartseninstituten (UHI's), berekende dat de wachttijd bij ongewijzigd beleid tien jaar zou worden. Dat werd onaanvaardbaar geacht.

De UHI's ondervonden al moeilijkheden bij de uitvoering van het wachtlijststelsel door de bestaande wachttijd. Zo'n 40% van de ingeschreven basisartsen bleek zich niet aan de regels van het systeem te houden, waardoor 10% van de opleidingsplaatsen niet kon worden bezet. Het kwam zelfs voor, dat kandidaten zich zonder bericht terugtrokken toen ze al waren ingedeeld. De lange wachttijd wordt door de aanstaande huisartsen in opleiding op verschillende manieren benut; dat leidde tot een 'zeer verschillend' niveau bij het begin van de opleiding. Bovendien bleek de motiva-

tie voor het vak tijdens de opleiding nogal eens onvoldoende.

Gezien ook het grote aanbod aan kandidaten voor een opleidingsplaats in de specialistische geneeskunde, lag het voor de hand dat de KNMG een procedure zocht om de beste kandidaten te selecteren. Al enkele jaren is men daarmee bezig, maar resultaten blijven uit. Het is ook de vraag of het lukt een methode te vinden die kandidaten toetst op hun geschiktheid voor de huisartsopleiding, anders dan door gebruik te maken van de mogelijkheden binnen de vervolgoopleiding zelf. Volgens de LBB is een ingangstoets zelfs niet wenselijk, omdat dat afbreuk doet aan de opzet van de basisopleiding, in haar breedte alle belangrijke vakken te bevatten (de omnivalente basisartsopleiding), en ze daardoor devalueert. Een dergelijke selectieprocedure laat zich bovendien niet rijmen met de door de KNMG gewenste strakke numerus fixus, waardoor het aanbod aan kandidaten voor de vervolgoopleidingen nauw wordt afgestemd op het (door haar te bepalen) aantal opleidingsplaatsen. De KNMG hoopt echter nog steeds een selectieprocedure te kunnen ontwikkelen (?).

In de tussentijd werd de toelating geregeld door het wachtlijststelsel te vervangen door een loting, gevolgd door een sollicitatiegesprek. Voor 1989 betekent dit dat ruim 1.400 basisartsen van de 2.600 die eind 1987 op de wachtlijsten stonden, zich à f 50,— hebben ingeschreven voor de loting. Van hen zijn er 329 toegelaten voor de sollicitatieronde per instituut. Daarin wordt op niet geëxpliciteerde gronden bepaald welke 260 basisartsen uiteindelijk aan de beroepsopleiding tot huisarts mogen beginnen. In geen enkele andere solli-

citatieprocedure zal men de selectiecriteria zo zorgvuldig geheim houden.

## EEN ALTERNATIEF

Voor degenen die de huisartsopleiding willen gaan volgen is de nieuwe regeling aanmerkelijk minder gunstig. Om te beginnen is het geen oplossing voor de discrepantie tussen vraag en aanbod van opleidingsplaatsen. Vanwege de reductie van de instroom van de opleidingen in de hele curatieve geneeskunde, proberen veel basisartsen elke opleidingsplaats die ze kunnen krijgen te bemachtigen, zelfs al gaat het om een plaats in een vak dat niet het vak van hun keuze is. Van de 2.600 basisartsen op de wachtlijsten voor de huisartsopleiding heeft 25% tot 33% een voorkeur voor een ander vak dan de huisartsgeneeskunde. Andersom accepteren artsen met een voorkeur voor de huisartsgeneeskunde een opleidingsplaats in een specialisme, omdat ze vrezen anders een loopbaan in de curatieve sector mis te lopen. Het had dus voor de hand gelegen een *integraal systeem voor toelating* in te stellen met *centrale registratie en plaatsing* voor alle vervolgoopleidingen (CRP). Een dergelijk systeem is (mede) door de LBB ontwikkeld en als 'Proeve voor een centrale registratie en plaatsing' opgenomen in de 'Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986' van het ministerie van WVC. Een afgestudeerde basisarts zou zich bij een centraal bureau mogen opgeven voor het vak van zijn of haar keuze en zou vervolgens op de wachtlijst voor het betreffende vak worden geplaatst. Eenmaal aan de beurt zijnde, zou het centrale bureau de kandidaat in contact brengen met de opleider die een vacature heeft en na een sollicitatieprocedure tot plaatsing overgaan. Nadere vakinhoudelijke selectie zou niet vóór, maar tijdens de opleiding moeten plaatsvinden, afwijzing zou slechts op grond van persoonlijke incompatibiliteit mogen geschieden. Ook de KNMG heeft over dit systeem nagedacht, maar naar verluidt hebben de specialisten het tegengehouden.

Het grootste technische voordeel van dit systeem is, dat de basisarts zelf kan uitmaken of c.q. hoe lang hij of zij bereid is op een plaats te wachten. De motivatie voor een vak wordt dan in de meeste gevallen de doorslaggevende factor, die bepaalt of iemand al dan niet in opleiding komt. Dat is daarom zo belangrijk, omdat motivatie de belangrijkste factor is die bepaalt of iemand slaagt in een opleiding. Dit is niet alleen voor de kandidaat, maar ook voor de opleiders een belangrijke zaak.

In de huidige situatie zal voor ieder vak een wachttijd ontstaan. Door de zekerheid dat, zij het op termijn, een opleidingsplaats verzekerd is, kan de basisarts binnen de vele mogelijkheden die de arbeidsmarkt voor basisartsen nog altijd biedt, beter zijn loopbaan plannen. Dat geldt niet alleen ten aanzien van de tijdsplanning, maar ook ten aanzien van de aard van de werkzaamheden waarvoor wordt gekozen. Ook de werkgever van de parkeerbaan heeft zo meer zekerheid.

## NIET ROKEN

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

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

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

Zekerheid voor de kandidaten is tevens noodzakelijk, omdat met de op handen zijnde invoering van een werktijdenregeling voor assistent-geneeskundigen in het kader van de Arbeidswet eindelijk een structurele stap in de richting van arbeidstijdnormalisering voor artsen zal worden gezet. Ook vanwege de onzekere afloop van de discussie over de invoering van een 'house-staff' in de Nederlandse ziekenhuizen lijkt het noodzakelijk de belangstellende basisartsen uitzicht op een toekomst te blijven geven, ook al is die nu niet met 100% duidelijkheid te schetsen.

Ten aanzien van het al of niet laten voortbestaan van het wachtlijststelsel in de huisartsgeneeskunde beoordeelde het CHG wachttijd als negatief: kandidaten gaan niet correct met hun inschrijving om; het niveau van de kandidaten gaat te veel verschillen, ze verliezen deskundigheid, of krijgen te zeer een niet bij het vak van keuze passende oriëntatie, als ze parkeerbanen in aangrenzende vakken kiezen. Door bijvoorbeeld een systeem van herbevestiging van de inschrijving, gekoppeld aan waarborgsommen, in te voeren, zou een zorgvuldig gedrag van de wachtlijster kunnen worden bevorderd. Dat basisartsen tijdelijk in een ander vak werkzaam zijn is in principe eerder een voordeel dan een nadeel voor het volgen van een opleiding. Een voor het vak gemotiveerde arts zal dat wat daarvoor relevant is in zijn opleiding meenemen. Een voldoende ingangsniveau kan worden gegarandeerd door een actieve benadering door de opleiders van de kandidaten op de wachtlijst. Zelfs nu invoering van de centrale registratie en plaatsing in ieder geval voorlopig is afgeketst, biedt handhaving van het wachtlijststelsel voor de huisartsopleiding alléén voordelen boven het nieuwe systeem van loting en sollicitatie. Loting is immers een ongedifferentieerde procedure, die zeer demoraliserend werkt op de aspiranten. Sollicitatie laat nog altijd veel mogelijkheden voor gebruik van oneigenlijke criteria, te meer daar deze niet bekend zijn. Daardoor zal een solliciterende basisarts ook niet bij alle instituten een gelijke kans hebben. Bovendien is er nog veel onduidelijkheid over de invulling van de procedure,

zoals rond de invulling van openvallende plaatsen, en met betrekking tot de voorkeuren voor de afzonderlijke instituten en voor startdata.

## KORT GEDING

De LBB had niet alleen bezwaren tegen de wijziging van het systeem als zodanig. Ook met de manier waarop de wijziging is ingevoerd en met de concrete uitwerking van de toelating voor 1989 is zij het niet eens.

Nadat het CHG zijn besluit in december 1987 had genomen, gaf de staatssecretaris van WVC in maart 1988 daaraan zijn goedkeuring. Zoals gebruikelijk, had de discussie over de nieuwe regelingen zich geheel binnen KNMG-muren afgespeeld en waren de betrokken basisartsen er nauwelijks van op de hoogte. De KNMG c.s. hebben de betrokken (aanstaande) basisartsen nooit geïnformeerd over de bezwaren tegen het wachtlijststelsel en evenmin over de oplossingen die daarvoor werden aangedragen. Feitelijke informatie werd wel door de instituten gegeven (VU en Groningen), vaak als deelnemer aan door de LBB belegde voorlichtings- en discussieavonden. Er bleken echter voortdurend diverse interpretaties van de steeds weer veranderende plannen te bestaan. De LBB had haar interesse voor de ophanden zijnde wijziging intussen al aan het CHG laten blijken door schriftelijk een aantal ideeën voor een oplossing aan te dragen, met een verzoek om een gesprek daarover. Dat werd geweigerd. De centrale registratie en plaatsing voor alle vervolgoopleidingen was inmiddels binnen de KNMG gestrand. Uiteindelijk bleek een van de leden van het CHG bereid voor het themanummer over toelating tot de vervolgoopleidingen van het LBB-blad Basis een toelichting op de binnen het CHG levende ideeën te geven. Maar nog in maart ging de secretaris van het CHG niet in op een verzoek de tekst van het inmiddels genomen besluit aan de LBB ter beschikking te stellen. Een briefvenactie van de LBB richting staatssecretaris en politieke partijen kon de definitieve goedkeuring niet tegenhouden.

Op 8 april werden zowel het CHG-besluit als

dat van de Huisartsen Registratie Commissie (HRC) in MC gepubliceerd. De inschrijvings-termijn van de loting zou openstaan van 15 april tot 1 juni. Er zouden uiteindelijk 360 artsen tot de sollicitatiegesprekken worden toegelaten. Van het bestaan van criteria volgens welke de sollicitatieprocedure zou verlopen werd niet gerept; die bleken ook niet te bestaan. In de thans lopende sollicitatieprocedures worden ze – zoals eerder gesteld – geheim gehouden.

De huisartseninstituten haastten zich om de bij hen ingeschreven basisartsen ieder schriftelijk op de hoogte te stellen van de wijziging, maar dat gebeurde pas nadat de inschrijvings-termijn al begonnen was. Na een schriftelijk protest tegen de gang van zaken van de LBB bij de HRC, publiceerde deze haar besluit alsnog in Basis. Daarin werd echter het aantal toe te laten artsen niet meer vermeld; evenals in een correctie in Medisch Contact van 27 mei werd gesproken over het door WVC uiteindelijk tot de opleiding toe te laten aantal + 25%. In feite zijn 329 artsen ingeloot.

De onrust onder de artsen op de wachtlijst bleek groot. Huisartseninstituten en CHG werden overstroomd met telefoontjes van verwarde en boze wachtlijsters. De LBB belegde opnieuw in alle universiteitssteden een vergadering en spande in overleg met een inmiddels opgericht actiecomité een kort geding aan. Op de zitting vocht de KNMG-advocaat de ontvankelijkheid van de LBB aan. Op dit punt werd de KNMG uitdrukkelijk *niet* in het gelijk gesteld. De artsenvereniging LBB kan daarmee als de vertegenwoordigster van de basisartsen worden beschouwd.

De uitslag van het kort geding doet niet af aan het feit dat de normen voor zorgvuldig bestuur ons inziens zijn opgeofferd aan de wens op het laatste moment de procedure toch nog rond te kunnen krijgen. De LBB is daarbij als vertegenwoordigster van de (aanstaande) basisartsen afgewezen voor overleg en zelfs formele berichtgeving.

## CONCLUSIE

De LBB staat, ondanks de uitspraak in het kort geding, op het standpunt dat de KNMG een slechte toelatingsregeling voor de huisartsopleiding heeft ingevoerd. Bovendien heeft de KNMG de basisartsen als meest betrokkenen niet de kans gegeven op gepaste wijze haar inbreng in de discussie over de toelating naar voren te brengen.

Op de eerder door de LBB naar voren gebrachte argumenten tegen de reductie van de instroom voor de huisartsopleiding is tot dusver noch door de KNMG noch door de LHV in een openbare discussie gereageerd.

Opmerkelijk in de column van Cense is bovendien, dat hierin niet wordt geanticipeerd op het ophanden zijnde Werktijdenbesluit geneeskundigen, waarmee eindelijk de ook door de KNMG altijd zo voorgestane arbeidstijdnormalisering een flinke stap dichterbij komt. Opmerkelijk is eveneens dat Cense niet rept over de mogelijkheid dat de KNMG zich eens niet aan die kant van de samenleving opstelt, waar

men inkomens al of niet via vrije marktwerking hoog laat blijven en daardoor het sturen van gelden voor uitbreiding van banen onmogelijk maakt.

Dit alles leidt tot de conclusie, dat de KNMG nog steeds enkele duizenden basisartsen probeert te ontmoedigen ten aanzien van hun loopbaanperspectief in de geneeskunde. Zowel haar beleid inzake de beroepskrachtenplanning in de geneeskunde als haar beleid inzake de toelatingsregeling voor de vervolgoedelingen draagt niet bij aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar doet daaraan af. Dat maakt dat dit beleid tegenover diverse groeperingen in en betrokken bij de gezondheidszorg niet geschikt is voor gebruik als visitekaartje. □

## Naschrift

KNMG, College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) en Huisarts Registratie Commissie (HRC) zijn zich volledig bewust (geweest) van het ingrijpende en pijnlijke karakter van de door het CHG vastgestelde en door de HRC uit te voeren selectieprocedure voor de opleiding tot huisarts. De met de wachtlijsten samenhangende problematiek had echter langzamerhand tot een onwerkbaar situatie geleid. Helaas ontbraken – en ontbreken nog – de praktische mogelijkheden om op een voor alle partijen bevredigende wijze uit deze onaanvaardbare situatie te geraken. Dit betekende dat, welke beslissing ook zou worden genomen, in feite slechts kon worden gekozen voor een minder slechte oplossing. Tegen deze achtergrond heeft het hoofdbestuur na ampele overwegingen het gewraakte collegebesluit gesteund. Het hoofdbestuur is zich er zeer wel van bewust geweest dat het besluit individueel ernstige c.q. pijnlijke consequenties zou kunnen hebben en uit verenigingsoogpunt bepaald geen populaire beslissing was. Wanneer men dan door de rechter op alle punten in het gelijk wordt gesteld, geeft dat, gezien de ernst van de zaak waar het om gaat, beslist geen overwinningsgevoel, maar wel de zekerheid dat men maatschappelijk zorgvuldig heeft gehandeld. Met dit naschrift zou kunnen worden volstaan, ware het niet dat collega Leyten bepaalde zaken niet, onvolledig of zelfs onjuist vermeldt, hetgeen niet onweersproken kan blijven. Kortheidshalve vermeld ik alleen de belangrijkste zaken:

- Op verschillende plaatsen in zijn brief heeft collega Leyten het over selectiecriteria die geheim gehouden zouden worden. Dit is onjuist: de selectiecriteria liggen vast in de richtlijnen die het CHG heeft opgesteld. Zodra die gereed waren, zijn ze toegezonden aan de universitaire huisartseninstituten. Bovendien zijn ze openbaar.

- Feitelijke informatie zou alleen door universitaire huisartseninstituten zijn gegeven. Onjuist: voorzitter en ondervoorzitter van het CHG hebben bij herhaling in door de LBB belegde vergaderingen deelgenomen aan de forumdiscussies.

- De LBB zou pas op het laatst zijn geïnformeerd over de te nemen maatregelen. Eveneens onjuist: in de laatste jaargang van het LBB-blad Basis zijn de laatste ontwikkelingen steeds te volgen geweest, dankzij informatie die langs directe of indirecte weg vanuit de Domus Medica werd verkregen. Bovendien is de tekst van het besluit na verkregen goedkeuring van de staatssecretaris van WVC begin maart bij voorrang aan de LBB toegestuurd. De LBB was daardoor eerder in het bezit van het goedgekeurde besluit van LHV, NHG en universitaire huisartseninstituten.

- De representativiteit van de LBB zou door de KNMG in het kort geding ter discussie zijn gesteld. Ook dit is onjuist: de KNMG heeft de representativiteit van de LBB als organisatie die belangen van basisartsen behartigt niet bestreden.

Tenslotte nog dit. In de regeling is de mogelijkheid voor de sollicitant ingebouwd tegen de gevolgde procedure in beroep te gaan. De LBB is uitgenodigd om in de landelijke beroepscommissie één van de drie plaatsen te bezetten.

W. H. Cense  
voorzitter KNMG



## Dagboek van een waarnemer

### Verantwoording

Dit dagboek komt voort uit een behoefte om over aangrijpende, komische, verdrietige of opmerkelijke voorvallen te vertellen. Het is niet de bedoeling mensen voor schut te zetten, wél communicatiestoornissen weer te geven. Het kan nogal mislopen in communicatieve zin: tussen waarnemer en patiënt, huisarts, specialist, overige disciplines, apotheek, etc.

Naar mijn gevoel is er geen onzekerder volk dan waarnemers. Wij camoufleren onze onzekerheid met een flair van 'je hoeft mij niks te leren, ik ben groot genoeg om een praktijk (en vaak acht tot tien) te draaien'. Toch krijgen waarnemers het minst feed-back uit de praktijk. In de regel moet je zelf de specialist bellen om te vragen of de diagnose juist was. Patiënten vertellen dikwijls aan hun eigen huisarts hoe ze de waarnemer vonden, en soms

aan de waarnemer hoe ze hun huisarts vinden. Uit dit dagboek van een waarnemer wil ik een aantal 'tips voor de huisarts' destilleren, en huisartsen en waarnemers uitnodigen om aanvullingen te leveren.

Uiteraard zijn alle namen van de patiënten gefingeerd. Ze heten naar plaatsen in Nederland. Iedere gelijkenis met mensen die die achternaam dragen is toevallig. M-J.M.

### 1: Pijn op de borst

Zaterdag, 17.10 uur.

'Met mevrouw Apeldoorn. Kan de dokter alsjeblieft komen voor mijn man?'

'Wat is er aan de hand?'

'Hij heeft pijn op zijn borst en we weten niet wat we ermee aan moeten'. De stem klinkt jong.

'Hoe oud is uw man, mevrouw?'

'Hij is 35 jaar'.

'Al eens eerder pijn op de borst gehad?'

'Nee, dokter, nog nooit. Kom, alsjeblieft'.

'Wat is het adres en telefoonnummer?' Ze verstrekt de informatie.

'Ik kom meteen, mevrouw'.

Zorgvuldig zoek ik de weg op de kaart. De ervaring heeft me geleerd, dat je beter thuis goed kunt bekijken waar je heen moet, dan in de auto straat in, straat uit te zoeken. In de auto overweeg ik de mogelijkheden. Infarct? Kan niet, daar is die man toch te jong voor. Maagzweer, longembolie, hyperventilatie, of toch een infarct? Ik let op de straatnaambordjes. Hier is het. Wat zijn de huisnummers weer slecht aangegeven. In het schemerdonker zijn ze bijna niet te lezen. Ik ben er. De deur gaat al open. Een jonge vrouw zegt: 'Mijn man is boven'.

Als ik door de huiskamer loop zie ik drie kinderen aan tafel zitten. Eén zit in de kinderstoel, de anderen zijn ongeveer 3 en 7 jaar oud. Ik roep dag in het voorbijgaan.

Boven treft ik de 35-jarige man aan. Het bovenlichaam bloot, de broek open zit hij op het randje van het bed. Hij boert herhaaldelijk. Hij heeft sedert een uur pijn op de borst, ter

hoogte van het borstbeen. Het trekt naar de rug, niet naar de schouders of kaken. Geen pijn bij ademhalen. Het is plotseling gekomen. Hij heeft geen bijzondere inspanningen verricht, er is geen sprake van stress. Niets bijzonders gegeten of gedronken. Hij is niet miselijk, heeft niet gebraakt. Het valt me op dat de man rusteloos is. Hij ziet er slecht uit. Niet shockerig, noch vaal of grauw, maar toch niet fit. Met nog steeds de gedachte aan een myocardinfarct, onderzoek ik hem. Bloeddruk 130/80 . . . , pols 80, enkele ventriculaire extra systemen. Geen souffles. Longen: normaal ademgeruis, lever niet vergroot, het onderzoek van de buik levert geen bijzonderheden op. Hij gaat weer zitten na mijn onderzoek, de voorovergebogen houding bevalt hem het beste. Ik weet niet wat deze man heeft, maar ik vertrouw het niet.

'Ik ga u naar het ziekenhuis sturen', zeg ik.

'Dat is goed', antwoordt hij. Klinkt er opluchting in zijn stem?

'Wat heb ik?', vraagt hij dan.

'50% kans op een hartinfarct' zeg ik eerlijk. Hij kijkt me aan. Ik probeer te lezen wat er in zijn ogen staat. Ik raad ernaar. Zijn vrouw is inmiddels naar beneden gegaan om de orde aan tafel te herstellen. Als ik de ambulance heb gebeld, en de komst van de patiënt heb aangekondigd in het ziekenhuis, ga ik op het randje van het bed bij hem zitten.

'Mijn god, dokter, dat kan niet, mijn vrouw, de kinderen . . . ze zijn nog zo klein . . .'

'Meneer Apeldoorn, luister goed naar me.' Ik probeer mijn woorden zorgvuldig te kiezen.

'Er is kans dat u een infarct hebt en kans van niet. In dat laatste geval komt u gewoon straks

naar huis. En als u een infarct hebt, bent u jong genoeg om te vechten, én u hebt redenen om te vechten. Leg je er niet bij neer. Geef je niet over. Vechters winnen bij hartinfarcten. Houd daar goed rekening mee . . .'

De man heeft het begrepen.

De ambulance draait de straat in. De man vraagt of hij zelf de trap af mag lopen. Jawel, tussen de GG&GD-mannen in, dat is veilig genoeg. Als hij op de brancard gaat liggen begint het oudste zoontje hartverscheurend te huilen. De te hulp gesnelde buurvrouw wil hem troosten. 'Geef papa nog maar een dikke kus', zeg ik als ik hem optil. Als deze diagnose fout is, heb ik heel wat aangericht.

Ik ga naar huis. Twijfels beheersen me. Om 23.00 uur bel ik het ziekenhuis om te informeren naar diagnose en toestand van meneer Apeldoorn. Hij had een onderwandinfarct met uitbreiding naar de zijwand. Omdat hij zo snel in het ziekenhuis was, werd hij met succes met streptokinase behandeld. Het infarct was enigszins beperkt. Hij lag aan de bewaking en maakte het redelijk. 'U was er op tijd bij, collega', zegt de cardioloog. Ja, dank u wel.

Als ik mevrouw Apeldoorn opbel om te vragen hoe het gaat, blijkt ze nog niet terug te zijn uit het ziekenhuis. Haar moeder, die inmiddels op de kinderen past, zegt dat ze zo thuis komt. Haar schoonzoon ligt op de hartbewaking, ja. Ze zijn er wel van geschrokken. Ik wens de familie sterkte en denk aan de lange weg ná het hartinfarct.

Marie-José Molledans





## Terminale zorg

## Huisarts en kankerpatiënt

## 6: De houding tegenover vragen om euthanasie

*In dit artikel wordt de vraag aan de orde gesteld, hoe men als huisarts bij voorkeur zou moeten reageren als een patiënt laat merken dat hij of zij over de mogelijkheid van euthanasie zou willen praten. Hoewel op basis van de literatuur ook kort wordt ingegaan op de opvattingen over de toelaatbaarheid van euthanasie en over de voorwaarden voor de uitvoering ervan, ging het in deze serie besproken onderzoek van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) louter over de houding die men als huisarts zou moeten innemen als men merkt dat de gedachte aan euthanasie bij een patiënt leeft.*

Euthanasie vormt één van de onderwerpen in de gezondheidszorg waarover al een aantal jaren de meest heftige discussies worden gevoerd. Zowel over de ethische, de levensbeschouwelijke, de juridische als de medische aspecten is inmiddels een stroom literatuur verschenen, waarin een groot aantal facetten van dit complexe onderwerp wordt belicht. De meeste aandacht gaat daarbij uit naar euthanasie in de zin van opzettelijk levensverkortend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek<sup>1</sup>, ook wel 'actieve euthanasie' genoemd. Spreeuwenberg heeft erop gewezen<sup>2</sup>, dat de vraag om euthanasie zich manifesteert in een maatschappij waarin lijden niet meer vanzelfsprekend als een gegeven wordt geaccepteerd (vgl. ook Stevens<sup>3</sup>). Spreeuwenberg acht het, gezien de ontwikkelingen in de opvattingen hieromtrent, waarschijnlijk dat de huisarts de komende jaren in toenemende mate met de vraag om euthanasie zal worden geconfronteerd.

Hoe vaak het verzoek om euthanasie op dit moment wordt gedaan in een doorsnee-praktijk en in hoeveel procent van de gevallen het wordt ingewilligd, is niet

M. C. J. Cuisnier  
M. H. van Venrooij en  
J. Th. M. van Eijk

precies te zeggen. Enkele schattingen: één geval van euthanasie per huisarts per jaar<sup>4</sup>, één geval per paar jaar<sup>5</sup>. Het aantal verzoeken bedraagt daar een veelvoud van. Oliemans en Nijhuis hebben vastgesteld<sup>5</sup>, dat in het jaar 1985 bij 25 huisartsen met een praktijkpopulatie die representatief is voor de bevolking van een grote stad (Den Haag) 9 keer aan een verzoek om euthanasie werd voldaan, op een totaal van 17 verzoeken. Naar de mening van De Jong dient er meer onderzoek te worden verricht naar de frequentie van euthanasieverzoeken en, meer algemeen, naar het doen en laten van hulpverleners bij stervensbegeleiding, als onderbouwing voor de discussie over een wettelijke regeling van euthanasie<sup>6</sup>. In algemene zin heeft de tot dusver gevoerde discussie zich onder meer toegepast op de vraag of euthanasie in principe toelaatbaar is of niet. Zowel door de bevolking in het algemeen als door de huisartsen als beroepsgroep blijkt hierover, zoals ook te verwachten was, heel verschillend te worden gedacht<sup>7, 8</sup>, hoewel in de loop van de tijd de maatschappelijke openheid er tegenover lijkt te zijn toegenomen<sup>1, 7</sup>. Tegenover elkaar staan bijvoorbeeld het pleidooi van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie om aan het individu het recht toe te kennen zelf over het eigen leven en de eigen dood te beslissen<sup>9</sup> en het standpunt van het Nederlands Artsen Verbond, dat actieve euthanasie principieel ontoelaatbaar is.

In samenhang met de maatschappelijke discussie zijn van de zijde van overheid en KNMG uitgangspunten geformuleerd en voorwaarden aangegeven, waaronder men de strafbaarheid van euthanasie ter discussie zou willen stellen<sup>10-12</sup>. Het

hoofdbestuur van de KNMG Stelt<sup>10</sup>, dat 'er even respectabele motieven zijn om euthanasie en hulp bij zelfdoding in principe toelaatbaar dan wel juist ontoelaatbaar te achten en dat het in een pluriforme, democratische samenleving derhalve niet past één van deze beide standpunten tot norm te verheffen en aan andersdenkenden op te leggen'. Een eerste stelregel is daarom, dat artsen niet kunnen worden verplicht tegen de eigen levensovertuiging in een levensbeëindigende handeling te verrichten, noch a priori door anderen mogen worden veroordeeld als ze een levensbeëindigende handeling in principe toelaatbaar achten. In beide gevallen blijft zorgvuldig handelen tegenover de patiënt van belang. Leenen en Rasker vinden<sup>7</sup>, dat men een patiënt die om euthanasie vraagt terstond van de eigen gewetensbezwaren hiertegen op de hoogte dient te stellen. In dat geval zou men, in de formulering van Rasker en anderen<sup>13</sup>, de patiënt niet mogen beletten in contact te komen met een collega die wel tot het uitvoeren van euthanasie bereid is.

Staat men in principe niet afwijzend tegenover een verzoek om euthanasie van een patiënt, dan bieden eveneens voorwaarden voor zorgvuldig handelen houvast<sup>7, 10, 13, 14</sup>. Onlangs zijn de verschillende zorgvuldigheidseisen door een KNMG-werkgroep verwerkt in een 'euthanasieprotocol'<sup>13</sup>. Eisen zijn onder meer, dat de patiënt de euthanasie nadrukkelijk en weloverwogen moet willen; dat er sprake moet zijn van een duurzaam, niet behandelbaar lijden, dat door de patiënt als ondraaglijk wordt beleefd; dat men als arts het besluit tot inwilliging van het verzoek neemt in overleg met minstens één onafhankelijke collega; en uiteraard dat de euthanasie op medisch-technisch verantwoorde wijze wordt uitgevoerd. Vanuit de eigen praktijkervaring hebben huisartsen zelf met toeneemende openheid beschreven hoe zij tot

nu toe met de euthanasieproblematiek zijn omgegaan<sup>5 15-18</sup>. De beschrijvingen geven aan, dat de meesten het euthanasievraagstuk als bijzonder moeilijk beleven, zowel in emotioneel als in medisch-technisch opzicht, ook al zijn er voor een technisch verantwoorde uitvoering aanwijzingen beschikbaar<sup>19 20</sup>.

Naar alle waarschijnlijkheid is een meerderheid van de verzoeken om euthanasie afkomstig van kankerpatiënten<sup>15 17</sup>. Onderzoek naar de hulp van de huisarts aan patiënten met kanker is dan ook niet compleet als aan het onderwerp euthanasie geen aandacht wordt besteed. In ons onderzoek hebben we ons beperkt tot de vraag, wat van de huisarts mag worden verwacht als een patiënt om euthanasie vraagt. Waar op landelijk niveau de discussie over de juridische en beleidsmatige aspecten van euthanasie nog gaande is, leek het niet zinvol daarover in het kader van dit onderzoek uitspraken op te nemen. We hebben gezocht naar aandachtspunten die velen, ongeacht hoe ze over de uitvoering van euthanasie denken, belangrijk zouden vinden voor goede patiëntenzorg. Hoewel de omgang met vragen om euthanasie een plaats heeft in de totale stervenshulp die de huisarts aan de patiënt geeft<sup>1 2 21</sup>, hebben we het in dit artikel alleen over de situatie waarin men merkt dat de vraag om euthanasie werkelijk aanwezig is bij de patiënt. Aan stervenshulp in meer brede zin hebben we immers eerder aandacht besteed<sup>22</sup>.

## DRIE VRAGEN

We bespreken de resultaten van ons onderzoek\* op dit punt aan de hand van drie vragen:

1. Wat kwam er in het onderzoek, in het algemeen gesproken, in verband met het thema 'omgaan met vragen om euthanasie' naar voren?
2. Hoe zou de huisarts, gelet op goede patiëntenzorg, volgens het panel en de eerst getrokken steekproef van huisart-

sen bij voorkeur moeten reageren, als hij of zij merkt, dat de gedachte aan euthanasie bij een patiënt leeft?

3. Hoe reageren de huisartsen uit de tweede steekproef volgens zichzelf in de praktijk, als ze merken dat de vraag om euthanasie bij een patiënt leeft?

Het accent ligt op de tweede vraag.

## BEVINDINGEN

### *Algemene houding tegenover euthanasie*

De constatering in de literatuur, dat de euthanasieproblematiek voor velen een zeer moeilijk onderwerp vormt, wordt ook in dit onderzoek bevestigd. Toen we in de eerste vragenronde aan de panelleden vroegen, aan welke specifieke, tot dan toe alleen kort aangestipte onderwerpen we in de volgende vragenronde meer aandacht zouden moeten besteden, werd het onderwerp 'euthanasie' het meest aangekruist. Ruim de helft van het panel en bijna 90% van de huisartsen in het panel bleek de behoefte te hebben hier nader op in te gaan. Uit de kanttekeningen die sommige panelleden maakten kwam duidelijk naar voren dat er in het panel over euthanasie uiteenlopend werd gedacht. Sommigen staan er duidelijk afwijzend tegenover. Een van hen, een huisarts, gaf hierbij aan wel open te staan voor de mogelijkheid van passieve euthanasie. Desondanks was men over het algemeen wel van mening, dat euthanasie in brede zin een bespreekbaar onderwerp dient te zijn tussen huisarts en patiënt, en tussen de huisarts en de familie van de patiënt, ongeacht het eigen standpunt van de huisarts inzake euthanasie.

### *Gewenste houding tegenover patiënt en familie*

Vanuit het gegeven dat het onderwerp 'euthanasie' bespreekbaar dient te zijn, zijn verschillende concrete uitspraken hierover uit de literatuur geselecteerd en ter beoordeling aan het panel voorgelegd. Over verschillende punten blijkt men het vergaand eens te zijn, ook al denkt men verschillend over de principiële vraag of euthanasie toelaatbaar is. Zo is een royale meerderheid van het panel van mening dat de huisarts een kankerpatiënt de ruimte dient te geven om euthanasie ter sprake te brengen. Wat minder panelleden, maar nog steeds een ruime meerderheid, gaat een stap verder en vindt, dat de huisarts niet alleen ruimte dient te geven aan de patiënt, maar ook alert dient te zijn op eventuele

vragen die hieromtrent bij de patiënt kunnen leven. Deze panelleden zijn het (zeer) eens met de uitspraak: 'Als de huisarts vermoedt dat de vraag om euthanasie bij een kankerpatiënt leeft, dient hij uitnodigende vragen te stellen die de patiënt de mogelijkheid geven euthanasie ter sprake te brengen.' Enkele (vier) panelleden zijn het hiermee duidelijk oneens.

Vraagt een kankerpatiënt om euthanasie, dan zou men als huisarts naar de praktisch unanieme mening van het panel met de patiënt moeten bespreken wat de situatie ondraaglijk maakt, ongeacht het standpunt dat men zelf over euthanasie heeft. Men onderschrijft eveneens praktisch unaniem, dat de huisarts dient te beseffen dat de vraag om euthanasie kan worden ingegeven door achterliggende overwegingen als de angst voor aftakeling, problemen in de relatie met de omgeving van de patiënt en andere.

Niet alleen de patiënt zelf, maar ook de verzorgende familieleden van de patiënt kunnen de vraag om euthanasie voor de patiënt ter sprake brengen. We zijn er in het onderzoek van uitgegaan dat de vraag om euthanasie in principe van de patiënt zelf dient te komen, maar hebben wel enkele vragen voorgelegd over de houding tegenover de familie die met zo'n vraag komt. Is dat het geval, dan zou men naar de mening van de meeste panelleden samen met de familie moeten nagaan wat voor hen de situatie ondraaglijk maakt. Ook in dit geval zou men zich als huisarts bewust moeten blijven van het feit dat in een dergelijk verzoek 'oneigenlijke' factoren een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld de eigen onmacht van de familie om het lijden van de patiënt te accepteren.

Het panel stemt praktisch algemeen in met de gedachte, dat men als huisarts bij een verzoek van een patiënt om euthanasie zorgvuldig dient te onderzoeken in hoeverre dit een werkelijke wens tot beëindiging van het leven betreft. Indien men overweegt het uitdrukkelijke verzoek van een patiënt om euthanasie in te willigen, dient men naar de mening van de meesten een andere arts als deskundige te raadplegen om een zorgvuldige besluitvorming te garanderen. Enkelen (vijf) zijn het hiermee oneens. Eén van hen, een huisarts, laat weten, dat zijn reactie samenhangt met het feit dat hij actieve euthanasie om ethische en persoonlijke redenen onaanvaardbaar vindt. Een ander denkt bij de uitspraak in eerste instantie aan een ongewenste vorm van zich indekken en wijst de uitspraak daar-

\* Hoofdvragen in dit met steun van het Koningin Wilhelmina Fonds door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut uitgevoerde onderzoek zijn:

a) Waaruit bestaat goede hulp van de huisarts aan kankerpatiënten?

b) Hoe is het volgens huisartsen in de praktijk met de hulp gesteld?

In verband met vraag a is een breed samengesteld panel van patiënten, mensen uit hun naaste omgeving, huisartsen en andere hulpverleners (N=44) driemaal schriftelijk ondervraagd volgens uitgangspunten van de Delphi-methode en een willekeurige groep huisartsen éénmaal (N=102, respons 67%).

Ter beantwoording van vraag b is een nieuwe willekeurige groep huisartsen eenmalig schriftelijk ondervraagd over het eigen hulpverlenend handelen (N=90, respons 60%).

om af: dit panellid vindt dat de eigen huisarts het best in staat is een euthanasieverzoek te beoordelen.

Tot slot stelden we de situatie aan de orde waarin de vraag om euthanasie een duurzame, reële wens betreft, terwijl de huisarts afwijzend tegenover euthanasie staat. We legden daarover de volgende uitspraak voor: 'Indien een situatie blijvend ondraaglijk is geworden en de patiënt uitdrukkelijk de wens tot euthanasie te kennen heeft gegeven, dan dient de huisarts die op morele of ethische gronden euthanasie afwijst, de patiënt in contact te brengen met een andere arts die niet op principiële gronden euthanasie afwijst.' Op grond van de literatuur verwachtten we hierover nogal wat verschil van mening. Die verwachting bleek niet uit te komen: de meeste panelleden vinden het een goede zaak als er gebeurt wat in de uitspraak staat. Van de overigen waren drie het met de uitspraak oneens en hadden twee er geen mening over.

Een kleine selectie uit de panelvragen is ook ter beoordeling voorgelegd aan de eerste steekproef van huisartsen, namelijk de uitspraken over het bespreken van wat de situatie ondraaglijk maakt, het stellen van uitnodigende vragen en het zorgvuldig onderzoeken in hoeverre de vraag om euthanasie een reële wens betreft. De huisartsen uit de steekproef bleken de mening van het panel hierover te onderschrijven.

#### *Wat zegt men over de praktijk?*

Dezelfde drie uitspraken als zojuist aangeduid zijn aan de tweede steekproef van huisartsen voorgelegd, met de vraag hoe men in dit opzicht in de praktijk handelt. Van deze huisartsen geeft 45% zonder aarzeling aan, dat men uitnodigende vragen stelt als men vermoedt dat de vraag om euthanasie bij een kankerpatiënt leeft. Slechts enkelen (2%) zeggen zonder meer dat ze dit niet doen. Een relatief hoog percentage, ruim de helft, geeft een aarzelend antwoord, in de vorm van 'Eigenlijk wel' of 'Eigenlijk niet'.

Bijna 80% van de huisartsen zegt zonder voorbehoud, dat zij met een kankerpatiënt die om euthanasie vraagt, praten over wat de situatie ondraaglijk maakt, ongeacht hoe zij zelf over euthanasie denken.

Een ongeveer even hoog percentage geeft aan, in het geval van een vraag om euthanasie zorgvuldig te onderzoeken in hoeverre die vraag een werkelijke wens tot afsluiting van het leven betreft.

Voor zover de gegevens de werkelijke

situatie weerspiegelen, wijzen ze erop dat speciaal het eerste aandachtspunt in de praktijk moeite geeft: er zijn beduidend meer huisartsen in het onderzoek die het beschrevene gewenst vinden dan er huisartsen zijn die duidelijk aangeven dat ze het beschrevene doen.

#### TOT SLOT

Ons belangrijkste doel met het stellen van de vragen over 'euthanasie' was, te achterhalen in hoeverre er aandachtspunten zouden kunnen worden gevonden die door voor- en tegenstanders van euthanasie vrij algemeen zouden kunnen worden onderschreven als van belang voor goede patiëntenzorg. Er bleken verschillende van die aandachtspunten te zijn. Hoewel ze niet slaan op de feitelijke uitvoering van euthanasie, zijn ze toch van belang voor een goede, open verstandhouding tussen arts en patiënt. Naarmate men er als huisarts beter aan kan voldoen, lijkt de kans kleiner dat de patiënt zich in de kou voelt staan met zijn of haar vraag, ook als de huisarts geen daadwerkelijke uitvoering van euthanasie zou willen overwegen.

Voor zover er vragen over het handelen in de praktijk zijn gesteld, geven de antwoorden een indicatie dat de aandachtspunten in het handelen van alledag realiseerbaar zijn. We vinden het achteraf jammer, dat we de tweede steekproef van huisartsen niet de vraag hebben voorgelegd in hoeverre men, als men zelf euthanasie afwijst, patiënten die de wens tot euthanasie te kennen hebben gegeven in contact brengt met een collega arts die er niet principieel afwijzend tegenover staat. Juist omdat over dit punt in de literatuur verschillende meningen naar voren komen, was het interessant geweest te vernemen hoe huisartsen hun handelen op dit punt beschrijven. Het zou in het algemeen de moeite waard zijn uitvoeriger onderzoek naar het handelen in de praktijk te doen<sup>6</sup>. □

#### Literatuur

1. Spreeuwenberg C. Terminale zorg, deel 2. The Practitioner april 1985, 409-22.
2. Spreeuwenberg C. De huisarts en de vraag om beëindiging van het leven. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 263-70.
3. Stevens JAJ. Euthanasie bij terminale ziekte. Medisch Contact 1986; 41: 1661-4.
4. Cremers HThP. Euthanasie wettelijk 'natuurlijk'? Medisch Contact 1982; 37: 989-90.
5. Oliemans AP, Nijhuis HGJ. Euthanasie in de huisartspraktijk. Medisch Contact 1986; 41: 691.

6. Jong GA de. Euthanasie; onderzoek gewenst. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1986 nr 5, 133-4.
7. Leenen HJJ, Rasker JJ. De houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 553-6.
8. Kruijthoff DJ. Euthanasie een oplossing? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 700-2.
9. Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie. 'Verantwoording'. 1983 (brochure).
10. KNMG Standpunt inzake euthanasie. Medisch Contact 1984; 39: 990-8.
11. Staatscommissie Euthanasie. Eindrapport. Medisch Contact 1985; 40: 1057-8.
12. Muntendam P. Advies van de Raad van State inzake euthanasie. Medisch Contact 1986; 41: 1328.
13. Rasker JJ, Sluis G van der, Berg L van den, Jannink-Kapelle AGWW. Een euthanasieprotocol. Medisch Contact 1987; 42: 667-8.
14. Houben GMM. Vrijwillige euthanasie en rechtszekerheid. Medisch Contact 1987; 42: 47-9.
15. Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
16. Kenter EGH. Euthanasie in een huisartspraktijk. Medisch Contact 1983; 38: 1179-83.
17. Ponsioen BP. Hoe leert de huisarts leven met euthanasie? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 961-4.
18. Hilhorst HWA. De praktijk van euthanasietoepassing en medische instellingen. Nederlands Tijdschrift voor Ziekteverpleging 1984; 37: 704-9.
19. Admiraal PV. Verantwoorde euthanasie. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, 1980.
20. Admiraal PV. De verantwoorde uitvoering van euthanasie; kanttekening bij de discussie daarover. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 964-6.
21. Szabó BG, Ploeg E van der, Brand ES. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1984 (Medica Reeks).
22. Cuisinier MCJ, Venrooij MTh van, Eijk J van. Facetten van de huisartsenzorg voor kankerpatiënten; de hulp aan patiënt en familie in de thuiszorg. Medisch Contact 1988; 43: 1211-4.

## Uitspraak Raad van Beroep

# Verboden reclame

Gedragsregel 82; artikel 10 van het Verdrag van Rome

### Samenvatting RvB 896/87/13

In deze zaak ging het om een klacht van een maatschap van oogartsen tegen een oogarts, werkzaam in hetzelfde ziekenhuis. De oogarts had zich in de regionale editie van de Gouden Gids in de rubriek 'Artsen-specialisten-oogheelkunde' laten vermelden met de toevoeging: 'tevens contactlensaangepassing, spr. uur volgens afspraak'. Voorts had hij zich in de rubriek 'Contactlenzen' laten vermelden, samen met de naam van de in het ziekenhuis werkzame technisch-oogheelkundig assistent, met als nadere aanduiding: 'contactlensspecialist/lid AMVC'. De maatschap van oogartsen stelde zich op het standpunt, dat de desbetreffende oogarts hierdoor in strijd had gehandeld met de Gedragsregels van de KNMG en zich jegens de maatschap oncollegiaal had gedragen.

De districtsraad oordeelde de klacht gegrond en legde aan de beklagde oogarts de maatregel van waarschuwing op. Daartoe overwoog de districtsraad:

– Dat de extra vermelding 'tevens contactlensaangepassing' in het algemeen niet kan worden beschouwd als een passende en derhalve volgens Gedragsregel 82 toegelaten bekendmaking van een niet officieel erkend sub-specialisme, aangezien contactlensaangepassing deel uitmaakt van de opleidingseisen voor het specialisme oogheelkunde.

– Dat, zo er al aanleiding zou zijn deze activiteit extra te vermelden, bijvoorbeeld in verband met het standpunt van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap, zulks in elk geval in overleg met en met instemming van alle oogartsen in de regio diende te geschieden, hetgeen in casu niet was gebeurd.

– Dat de extra vermelding 'tevens contactlensaangepassing' naar het oordeel van de districtsraad onnodig en ongewenst was, aangezien ook de andere oogartsen in de betreffende regio, en in elk geval de oogartsen behorende tot de maatschap, daadwerkelijk contactlensaangepassing verrichtten.

– Dat van de extra vermelding bovendien de onjuiste suggestie uitging als zouden de andere oogartsen in de regio geen contactlenzen aanpassen.

– Dat onder die omstandigheden de gewraakte extra vermelding ook in dit geval moest worden beschouwd als een door Gedragsregel 82 verboden uiting van reclame.

– Dat de vermelding in de rubriek 'Contactlenzen' zonder meer te beschouwen was als een door Gedragsregel 82 verboden uiting van reclame, omdat het daarbij ging om een vermelding in een commercieel-ambachtelijke rubriek van een zuiver commerciële activiteit.

– Dat de vermelding in de rubriek 'Contactlenzen' bovendien jegens de leden

van de maatschap oogartsen oncollegiaal was, omdat daarin gewag werd gemaakt van een in werkelijkheid niet bestaande exclusieve samenwerking tussen de oogarts en de technisch-oogheelkundig assistent, en voorts omdat die technisch-oogheelkundig assistent niet alleen voor de oogarts maar ook voor de maatschap oogartsen werkzaam was.

De oogarts stelde van deze uitspraak beroep in.

Met betrekking tot de vermelding 'tevens contactlensaangepassing' kwam de Raad van Beroep tot een iets ander oordeel dan de districtsraad. De Raad van Beroep oordeelde dienaangaande:

– Dat alle oogheelkundigen in Nederland bevoegd zijn tot het aanmeten van brillen en contactlenzen.

– Dat in die zin het aanmeten van contactlenzen derhalve niet kan worden beschouwd als een sub-specialisme of 'deelgebied van de geneeskunst' in de zin van Gedragsregel 82.

– Dat tegen die achtergrond de vermelding 'tevens contactlensaangepassing' derhalve op gespannen voet staat met het voorschrift van Gedragsregel 82.

– Dat echter in aanmerking dient te worden genomen dat onder oogartsen in brede kring een dergelijke vermelding niet als ongeoorloofd wordt beschouwd, en voorts dat de werkgroep Contactlenzen van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap het wenselijk acht dat oogartsen die zich daadwerkelijk met contactlensaangepassing bezighouden daaraan ook uiting geven.

– Dat onder die omstandigheden de enkele vermelding 'tevens contactlensaangepassing', hoewel zij tegen de achtergrond van Gedragsregel 82 minder gewenst voorkomt, op zichzelf niet als klachtwaardig kan worden beschouwd.

Wel was de Raad van Beroep van oordeel, dat de oogarts jegens de maatschap oncollegiaal

had gehandeld, door de vermelding 'tevens contactlensaangepassing' te laten opnemen zonder daarover tevoren met de maatschap overleg te plegen. Aannemelijk werd geacht, dat de oogarts die toevoeging had laten opnemen met het oogmerk, of mede met het oogmerk, zich aldus te onderscheiden van de eveneens in het ziekenhuis werkzame leden van de maatschap. Wetende dat de leden van de maatschap eveneens contactlensaangepassing verrichtten, had hij bedoelde toevoeging niet mogen laten opnemen zonder de voorafgaande toestemming van de leden van de maatschap, althans niet zonder de maatschap van zijn voornemen daartoe zo tijdig op de hoogte te stellen dat deze desgewenst eveneens een dergelijke toevoeging had kunnen laten opnemen bij de vermelding van haar leden in dezelfde editie van de Gouden Gids. Door daarover noch met de leden van de maatschap tevoren overleg te plegen, noch aan de maatschap tijdig kennis te geven van zijn voornemen, had de oogarts naar het oordeel van de Raad van Beroep jegens de leden van de maatschap oncollegiaal gehandeld.

Met betrekking tot de vermelding in de rubriek 'Contactlenzen' verenigde de Raad van Beroep zich volledig met het oordeel daaromtrent van de districtsraad.

Tijdens de mondelinge behandeling van de zaak ter zitting van de Raad van Beroep beriep de oogarts zich er nog op, dat Gedragsregel 82 onverbindend was wegens strijd met artikel 10 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. In dat verdragsartikel wordt het recht op vrijheid van meningsuiting gewaarborgd. De Raad van Beroep verwierp het hierop gebaseerde betoog, omdat het eraan voorbijzag dat genoemd verdragsartikel zich richt tegen van overheidswege opgelegde beperkingen van het recht op vrijheid van meningsuiting. Daarvan was echter in het onderhavige geval geen sprake. In dezen ging het immers om een door de KNMG vastgestelde gedragsregel, die zijn gelding ontleent aan de uit het civiele verenigingsrecht voortvloeiende gebondenheid van KNMG-leden aan de statuten, reglementen en andere bepalingen van de KNMG. Bovendien geldt, aldus de Raad van Beroep, dat bij publikaties, van welke aard ook, de regels van collegialiteit nimmer mogen worden geschonden. □

## Klacht tegen leden-geneeskundigen van een medisch tuchtcollege

### Samenvatting RvB 899/88/03

Zie voor de feiten samenvatting RvB 895/87/12 (MC nr. 8/1988, blz. 246).

Nadat de zaak door de Raad van Beroep naar de districtsraad was terugverwezen, heeft de districtsraad de zaak alsnog behandeld en zich vervolgens bij uitspraak onbevoegd verklaard tot kennisneming van de klacht. Tegen deze uitspraak werd door de klager beroep ingesteld. De Raad van Beroep verklaarde het

beroep ongegrond, verwijzend naar het in zijn eerdere uitspraak tussen dezelfde partijen reeds gegeven oordeel dat de rechtsprekende organen van de KNMG niet bevoegd zijn tot kennisneming van een klacht die alleen betrekking heeft op het functioneren en de taakvervulling van medici als leden-geneeskundigen van een Medisch Tuchtcollege.

Zie ook de samenvattingen RvB 880/86/09 (MC nr. 16/1987, blz. 504) en RvB 889/87/06 (MC nr. 45/1987, blz. 1448). □

## Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem

# Cholesterol

## Strategie voor allen, velen of enkelen

*Bijdrage van Prof. Dr. D. W. Erkelens, hoogleraar Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, in de sessie 'Preventie van hart- en vaat-ziekten' op het 40ste KNMG-Ledencongres te Haarlem.*

*'Quousque tandem . . .'*

Curatieve en preventieve geneeskunde zijn essentieel verschillend. Bij de curatieve geneeskunde beoogt men de ziekte zodanig te beïnvloeden dat de patiënt met zo min mogelijk lasten in een zo goed mogelijke conditie zo lang mogelijk kan leven. De preventieve geneeskunde zoekt naar oorzakelijke factoren voor veel voorkomende ziektebeelden. Dit zoeken betekent impliciet dat men zal pogen bij het vinden van zo een oorzaak deze te elimineren. Het individu is makkelijker te bewegen bepaalde curatieve maatregelen te nemen bij een hem hinderende aandoening dan zijn levenspatroon te wijzigen met het oog op een aandoening die mogelijk ook hem zou kunnen treffen. Weinigen zullen ziekenhuisopname weigeren bij een bestaand hartinfarct, of een aangetoond longcarcinoom, maar velen zijn niet bereid het roken van sigaretten te staken terwijl hun overduidelijk is dat roken de kans op hartinfarct of longcarcinoom een aantal malen doet toenemen.

Voorkomen is moeilijker dan genezen. Het is een uitdaging voor de medische stand na het vaststellen van een oorzakelijke factor voor een ziekte, strategieën te ontwikkelen het individu te bewegen de invloed van deze factor terug te dringen. Genoeg pedanterie, nu ter zake over het probleem van cholesterol in Nederland.

Atherosclerotische hart- en vaatziekten vormen niet alleen verreweg de voornaamste doodsoorzaak in Nederland<sup>1</sup>, zij veroorzaken ook een aanzienlijke morbiditeit op jonge en oude leeftijd<sup>2</sup>. Bij het zoeken naar oorzakelijke factoren, reeds vroeg in deze eeuw ook door een Nederlander<sup>3</sup>, is ondubbelzinnig komen vast te staan dat een hoog cholesterolgehalte in het bloed een voorwaardelijke risicofactor is<sup>4</sup>.

Is deze aanwezig in ernstige mate, zoals bij homozygote familiäre hypercholesterolemie, dan is hij zonder bijdrage van andere risicofactoren in staat op zeer jonge leeftijd, reeds vóór het twintigste jaar, atherosclerose met myocardinfarcten te veroorzaken<sup>5</sup>. Is hij afwezig dan zijn andere vastgestelde risicofactoren zoals roken en hypertensie nauwelijks in staat de incidentie van atherosclerose te doen toenemen<sup>6,7</sup>. Tevens blijkt reductie van het cholesterolgehalte de incidentie van atherosclerotische manifestaties te doen afnemen. Daarbij is

het niet van belang hoe de reductie wordt bewerkstelligd, met voedingswijziging of medicamenten, maar wel hoe sterk de reductie is en hoe lang hij aanhoudt<sup>8</sup>.

Als dit zo duidelijk is, welke weg dan te volgen om het te hoge cholesterolgehalte in Nederland terug te dringen<sup>9</sup>? Welke strategie is wijsheid, wat is de rol die verschillende groeperingen kunnen spelen? Moeten we de hele Nederlandse bevolking aanpakken of onze aandacht richten op alleen diegenen bij wie een hoog cholesterolgehalte is vastgesteld?

In het onderstaande zal ik een pleidooi houden de voedingsgewoonten van een ieder zonodig aan te passen en individuele maatregelen te adviseren voor personen met een sterk verhoogd risico.

### STRATEGIE VOOR ALLEN

Een cholesterolgehalte onder de 5 mmol/l is 'ideaal' ten opzichte van het risico voor atherosclerotische aandoeningen, boven de 6.5 mmol/l hoog en boven de 8 mmol/l sterk verhoogd. Justificatie voor deze grenswaarden is te vinden in publikaties over de Amerikaanse, Europese en Nederlandse consensusbijeenkomsten<sup>10-12</sup>.

Het cholesterolgehalte van kinderen<sup>13, 14</sup> en keurlingen voor de militaire dienst<sup>15</sup> valt gemiddeld omstreeks de 4.5 mmol/l. Dit is onder de grens van ideaal, ongeveer gelijk aan het gemiddelde van de totale bevolking in bijvoorbeeld Japan, maar hoger dan dat van kinderen in Japan en zelfs in de Verenigde Staten. Na de adolescentie stijgt het gemiddelde gehalte tot  $\pm 6.5$  mmol/l bij 40-60-jarigen<sup>16</sup> (zie tabel 1). Hoe komt deze stijging? Is het een genetisch fenomeen of zijn uitwendige oorzakelijke factoren aan te wijzen?

Genetische factoren zoals variaties in LDL-receptoren, apolipoproteïne E fenotypen en apolipoproteïne B varianten<sup>17</sup> zijn hoogstwaarschijnlijk verantwoordelijk voor een zekere variatie van het cholesterolgehalte binnen een bepaalde populatie, in Japan zowel als in Nederland, bij kinderen zowel als bij 40-60-jarigen. Maar de verschillen tussen gehele populaties zijn het gevolg van verschillen in voedingspatroon. Argumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld de beïnvloedbaarheid van het cholesterolgehalte door voedingselementen (soort vet, hoeveelheid cholesterol<sup>18</sup>), de correlatie tussen het gebruik van die voedingsele-

menten in populaties en hun gemiddeld cholesterolgehalte<sup>18</sup>, de stijging van het cholesterolgehalte van genetisch dezelfde Japanners bij migratie naar Hawaii en Californië<sup>19</sup> en de daling van het cholesterolgehalte bij genetisch dezelfde Finnen die een Middellandse Zee-diet gaan volgen<sup>20</sup>. Of ook dichterbij: Zevende-dag-adventisten in Nederland die een vegetarische voeding gebruiken hebben een lager cholesterolgehalte dan hun genetisch vergelijkbare vleesetende broeders<sup>21</sup>. Tenslotte is een argument dat kinderen in het hoogste cholesterolgebied ook later tot het (hogere) hoogste gebied behoren<sup>22</sup>. Dit fenomeen wordt wel met 'tracking' aangeduid.

Wil men nu het over de hele genetische linie te hoge cholesterolgehalte van de volwassen Nederlander verlagen, dan zal men dit moeten bereiken door het voedingspatroon van een ieder aan te passen. Dit betekent vermindering van consumptie van vet en cholesterol en vervanging van verzadigde vetzuren door enkel- en meervoudig onverzadigde vetzuren. Deze benadering heeft het gewenste effect<sup>23</sup>. Voor de vertaling in voedingsmiddelen wordt verwezen naar het voor iedereen geldend 'Advies Goede Voeding' van de Nederlandse Voedingsraad<sup>24</sup>.

De uitvoering van deze strategie zal niet alleen berusten op individuele advisering door de medicus en voedingsdeskundige, maar ook door educatie van de consument via alle beschikbare media. Het blijkt dat voedselverkopers hetzij als produktschappen, hetzij als voedingsmiddelenindustrie zich aanpassen aan de vraag van de consument. Accijnzen met het doel de consumptie te beperken blijken slechts een matig succes te hebben.

### SCREENEN

In de huidige discussie over cholesterol neemt screenen vaak een centrale plaats in. Is het zinvol? Is het uitvoerbaar? Is het ethisch verantwoord? Men moet daarbij duidelijk maken wat met screenen wordt bedoeld. Screenen van de gehele bevolking of van bepaalde groepen om achter het gemiddelde cholesterolgehalte te komen is reeds op uitgebreide schaal gebeurd en dus niet meer nodig<sup>9</sup>. Hoogstens is het zinvol in bepaalde groepen het cholesterolgehalte in de tijd te volgen om veranderingen in consumptiegedrag te registreren. Ook dit gebeurt reeds op zogenaamde peilstations<sup>25</sup>.

Screenen zonder meer van hele praktijken op instigatie van de medicus is niet zinvol omdat het gemiddelde gehalte en de standaarddeviatie van de verschillende leeftijdsgroepen bekend zijn<sup>9</sup>. Men weet van te voren dat van de 40-60-jarige personen de helft een waarde boven de 6.5 en de andere helft een waarde onder de 6.5 mmol/l heeft. Toepassing van de consensusadviezen<sup>12</sup> zou onterecht ostracisme meebrengen: de ene helft als 'goed' betitelen die rustig met zijn leefwijze kan doorgaan en de andere helft als 'slecht' die een wijziging in tenminste eetpatroon moet volgen. Om een dergelijke tweedeling van de populatie te vermijden is het veel verstandiger de bovenbeschreven strategie voor allen te volgen.

Opsporing van individuen met een sterk verhoogd atherosclerose risico door cholesterolbepaling bij bepaalde subgroepen die in de consensus tekst<sup>26</sup> zijn beschreven (tabel 2) is wel degelijk zinvol. Men moet dan echter aan de belangrijkste voorwaarden voor screening voldoen: het cholesterolgehalte moet goed gestandaardiseerd kunnen worden gemeten, men moet de betreffende patiënt een adequate behandeling kunnen aanbieden en die behandeling moet bij die patiënt succes kunnen hebben. Meet men alleen het gehalte en meldt men dit aan de patiënt zonder verder advies dan is het onvoldoende. Vindt men een verhoogd gehalte dan dient men de hieronder beschreven strategie voor enkelen te volgen.

Het is tenslotte natuurlijk mogelijk dat de patiënt zelf zijn cholesterolgehalte heeft of wil laten bepalen. Men dient dan bij het bekend worden van de cholesterolwaarde te handelen zoals in het consensusadvies omschreven.

## STRATEGIE VOOR ENKELEN

Patiënten met een sterk verhoogd cholesterolgehalte, meestal op basis van een erfelijke aandoening<sup>17</sup>, zijn op populatieniveau gering in aantal. Men schat dat er in Nederland ± 100.000 zijn. Bij mensen met een sterk verhoogd risico voor atherosclerose door hypercholesterolemie al of niet in combinatie met andere risico-indicatoren (tabel 3) zal men er naar streven het cholesterolgehalte binnen het ideale gebied te krijgen; dat wil zeggen liefst onder de 5.0 maar tenminste onder de 6.5 mmol/l. Dit lukt in een aantal gevallen door het opvolgen van een dieetadvies, dat niets anders is dan de sterkst verzadigde vet- en cholesterolbeperking die door de Voedingsraad wordt aanbevolen.

In de meeste gevallen zal daarnaast medicamenteuze therapie nodig zijn. Deze kan de dieetmaatregelen echter niet vervangen. De therapie bestaat in de huidige tijd uit galzure zoutenbindende harsen voor zuivere hypercholesterolemie en fibraten voor gemengde hyperlipidemie (verhoogd cholesterol en triglyceriden)<sup>27</sup>. In de nabije toekomst komen in Nederland hoogstwaarschijnlijk de cholesterolsyntheseremmers voor gebruik beschikbaar. Zij zijn niet alleen effectiever dan galzure zoutenbinders maar gaan gepaard met minder bijwerkingen en kennen daardoor een grotere therapietrouw<sup>28</sup>.

Tabel 1. Cholesterolgehalte bij drie leeftijdsgroepen uit een demografisch vergelijkbare populatie.

leeftijd	n	gemiddelde	Cholesterol (mmol/l)		ref
			P75	P95	
11-13	300	4.44		4.80	13
19	3.000	4.46		5.95	15
40-60	210	6.61	7.28	8.23	16

Tabel 2. Indicaties voor het bepalen van het cholesterolgehalte.

- I diagnostiek
  - patiënten met klinische manifestaties van coronaire atherosclerotische hartziekte (CAHZ)
  - personen met een familie-anamnese van CAHZ voor het 60e jaar
  - personen met een familie-anamnese van hyperlipidemie
  - personen met xanthomen, personen met xanthelasmata en/of arcus lipoides voor het 40e jaar
  - personen met lipemisch (troebel) serum onder nuchtere omstandigheden
  - patiënten met diabetes mellitus
  - patiënten met hypertensie
- II evaluatie
  - evaluatie van therapeutische maatregelen
- III individuele argumentatie
  - personen met andere risicofactoren zoals hypertensie en roken
  - ter beantwoording van de vraag: is er bij mij een (sterk) verhoogd risico op atherosclerose?

Tabel 3. Risico-indicatoren voor atherosclerose, anders dan hypercholesterolemie.

- Laag HDL-cholesterol
- Gemengde hyperlipidemie
- Familiair voorkomen van atherosclerose
- Doorgemaakt hebben van atherosclerose manifestatie
- Manlijk geslacht
- Roken
- Hypertensie

Het is hier niet de plaats in te gaan op alle details van de behandeling maar het is mis-schien wel nuttig enige aspecten van kosten-effectiviteitsanalyse aan te stippen met name omdat op dat gebied wel kritische kanttekeningen zijn geplaatst<sup>29</sup>.

In de eerste plaats is natuurlijk alle behandeling kostbaar. Het goedkoopst is niets te doen en de hypercholesterolemiepatiënt aan zijn infarct te laten overlijden op een moment dat hij productief geweest is voor de maatschappij en nog geen gezondheidszorgkosten heeft gegenereerd. Ten tweede moet men de kosten van 'niet behandelen', dat wil zeggen de kosten van een eventueel infarct en de gevolgen daarvan in mindering brengen, al dient men zich te realiseren dat de meeste gezondheidszorgkosten in de laatste levensjaren worden gemaakt en dat deze kosten in de meeste gevallen slechts worden uitgesteld.

Ten derde moet men dieet- of geneesmiddelonderzoekingen ('trials'), die met het doel zijn opgezet een bepaalde vraag te beantwoorden, niet voor het beantwoorden van een andere

vraag gebruiken. De veel geciteerde LRC-CPPT-trial<sup>30</sup> werd opgezet om de vraag te beantwoorden of medicamenteuze cholesterolverlaging de coronaire hartziekte kan reduceren. Het antwoord bleek 'ja'. Het is echter onjuist de getallen van deze trial te gaan gebruiken om kosteneffectiviteitsanalyses te doen of om te gaan berekenen hoeveel mensen men in een bevolking moet behandelen om hoeveel infarcten te voorkomen<sup>29</sup>. Men moet dan onherroepelijk aannamen doen die de waarde van de gevonden resultaten sterk verminderen en die op hun geldigheid zouden moeten worden onderzocht. De meest interessante benadering is het bundelen van de gegevens van trials door middel van 'meta-analyse' zoals door Peto en medewerkers verricht<sup>8</sup>. Op grond daarvan kunnen uitspraken zoals bovenstaand worden gedaan over de betekenis van de mate en duur van de cholesterolreductie en de relatieve onbelangrijkheid van de methode van reductie.

Wanneer men met behulp van de gegevens van Peto en die van de Framinghamstudie kosten-effectiviteitsanalyse verricht, in de grootheid van kosten per gewonnen levensjaar, dan blijkt de cholesterolreductie door middel van cholesterolsyntheseremmers even kosteneffectief als bijvoorbeeld hypertensiebehandeling<sup>31</sup>.

## ROL NEDERLANDSE MEDICI

Met name de huisartsen, internisten en cardiologen kunnen een grote rol spelen enerzijds bij de educatie van de consument en anderzijds bij de opsporing en behandeling van patiënten met een groot risico. Een zekere twijfel, scepsis en zelfs achterdocht ten opzichte van nieuwe medische verworvenheden is de Nederlandse medicus niet vreemd en heeft hem voor een aantal misstappen behoed. De notie dat hypercholesterolemie een oorzakelijke factor is bij het ontstaan van atherosclerose en dat verlaging van het cholesterolgehalte de kans op myocardinfarct doet afnemen is het stadium van de hypothese echter ruimschoots voorbij.

Vandaar: 'Quousque tandem . . .'

De bij deze bijdrage behorende literatuurlijst kan worden aangevraagd bij de redactie.

## Nog steeds de veteranenziekte

De veteranenziekte is opnieuw in het nieuws gekomen: de ziekte wordt vermoed of is vastgesteld bij een zestigtal medewerkers van de BBC. De infectie kan zich zowel sporadisch als epidemisch manifesteren. Bij de epidemische vorm is er meestal een verband met ziekenhuizen, hotels of – minder vaak – openbare gebouwen, zoals het hoofdkantoor van de BBC. Bij een epidemie kan het aantal gevallen variëren van slechts enkele tot meer dan honderd, zoals in 1977 gebeurde bij de eerste uitbarsting in Philadelphia en in 1985 in het Stafford District General Hospital<sup>1,2</sup>, toen tenminste 29 mensen overleden. De meest recente uitbarsting komt vlak na een technisch memorandum van het Chartered Institute of Building Service Engineers over de strenge normen waaraan technische installaties in gebouwen moeten voldoen om de kans op het optreden van de veteranenziekte zo klein mogelijk te houden.<sup>3</sup> De veteranenziekte tast vooral de longen aan, maar vaak ook andere systemen. De aandoening wordt vaker gezien bij bejaarden en personen met andere ziekten en de infectie kan asymptomatisch verlopen. Ongeveer 2% van de gevallen van longontsteking is veroorzaakt door de legionella-bacterie<sup>4</sup>. Er zijn meer dan twintig legionella-soorten en op dit moment heeft men veertien serogroepen van *Legionella Pneumophila* geïdentificeerd<sup>5</sup>. Het genus prefereert plaatsen met water, natuurlijke zowel als kunstmatige, waaronder warmwaterinstallaties in woonhuizen, industriële koelwatersystemen, whirlpools en door middel van water gekoelde airconditioning-installaties. Bij een recente inspectie van de warm- en koudwaterleidingen en de koelsys-

temen van hotels, ziekenhuizen en kantoorpanden bleek legionella tot in drie van de vier watermonsters voor te komen<sup>3</sup>. Niet iedereen die met de legionella-bacterie in aanraking komt wordt ook ziek; daar zijn bijkomende factoren voor nodig, zoals een versterking van de microbiële belasting, een mechanisme waardoor het organisme zich kan verspreiden in een vorm die pathogeen is, alsook een kwetsbare gastheer. In veel waterinstallaties ontstaan infectieuze aerosols die zo fijn zijn dat ze in de alveoli kunnen doordringen.

Hoewel de legionella-bacterie ook kan worden geïsoleerd uit koudwaterinstallaties en, minder vaak, uit drinkwaterleidingen, zijn vooral de warmwaterinstallaties erg kwetsbaar. Normaal gesproken kan het organisme temperaturen lager dan 20 °C of hoger dan 46 °C niet overleven. Ook factoren als de pH-waarde, het chloridegehalte en het geleidingsvermogen van het water kunnen van belang zijn<sup>6,7</sup>. Verschillende uitbarstingen van de veteranenziekte zijn in verband gebracht met warmwaterinstallaties, vooral wanneer deze met tussenpozen worden gebruikt (zoals bij douches<sup>8</sup>) of wanneer de toevoeringen lang zijn en de watertemperatuur daalt<sup>9</sup>. Aan verschillende uitbarstingen heeft men een einde kunnen maken door eenvoudigweg de temperatuur van het water bij de aftappunten te verhogen tot 50 °C. Airconditioning-installaties werken vaak met water dat steeds opnieuw circuleert om het koelmiddel in de condensorbuizen te koelen. Tijdens het traject door de koeltoren wordt het water tegen een luchtstroom in geblazen, waarbij verdamping en daarmee warmteverlies optreedt. In deze door

middel van water gekoelde installaties kunnen zich algen en organische resten afzetten, waaruit legionella kan worden geïsoleerd. Deze installaties zijn moeilijk schoon te maken en sommige biociden kunnen ineffectief zijn. Er ontstaan gemakkelijk waterdruppeltjes, die na verdamping druppelnuclei vormen, die lange afstanden kunnen afleggen tot ze bij een luchtinlaatkanaal komen. Dit proces wordt verantwoordelijk gehouden voor verschillende uitbarstingen van de veteranenziekte in hotels en andere gebouwen<sup>10</sup>, alsmede voor de eerste uitbarsting van de Pontiac-koorts (een circumscripte influenza-achtige aandoening, die ook wordt veroorzaakt door legionella)<sup>11</sup>. De uitbarsting in Stafford werd veroorzaakt door in de lucht verspreide besmette partikeltjes die in het ventilatiesysteem van de koeltoren in het ziekenhuis waren terecht gekomen<sup>2</sup>. De veiligheid van waterinstallaties in gebouwen is vooral de zorg van de technische dienst, die veel zal hebben aan het memorandum van het Chartered Institute of Building Service Engineers<sup>3</sup>. Het memorandum heeft betrekking op alle aspecten van technische voorzieningen, waaronder de planning, het installeren, het in werking stellen en het onderhoud. Aanbevolen wordt schriftelijke gedragslijnen op te stellen, rapporten bij te houden over de werkzaamheden en regelmatig onderhoud te laten plegen. Installaties moeten zo zijn ontworpen dat ze gemakkelijk kunnen worden schoongemaakt en alleen uit niet-poreuze materialen bestaan; het gebruik van niet-metalen onderdelen die bacteriegroei kunnen bevorderen, wordt ontraden. Zones waar het water stagneert moeten worden vermeden.



Leidingen en pompen moeten gemakkelijk kunnen worden drooggelegd, doorgespoeld en schoongemaakt. Al-gengroei moet worden tegengegaan door natte oppervlakken tegen direct zonlicht te beschermen. Bij de bouw en het bedienen van verdampings-condensoren en koeltorens moet partikelvorming door het gebruik van speciale apparatuur worden tegengegaan. Ze moeten regelmatig worden schoongemaakt en met biociden behandeld. Warmwaterinstallaties moeten een warmtebron hebben waarmee een temperatuur van meer dan 55 °C in het systeem en een temperatuur van meer dan 46 °C bij uitstroming kan worden bereikt. Om veiligheidsredenen moeten deze temperaturen in scholen en gevangenissen wat lager en in ziekenhuizen wat hoger liggen. Opslagtanks voor koud water moeten geïsoleerd zijn tegen warmte, beveiligd zijn en schoon worden gehouden, terwijl moet worden toegezien op de juiste chloorconcentratie en de aanpassing van die concentraties aan de pH-waarde. Deze richtlijnen zullen onvermijdelijk vragen oproepen: hoe moeten ze worden doorgevoerd en wie zal dat betalen? De National Health Service is niet alleen de grootste werkgever van het land, maar verschaft ook hotelaccommodatie aan een clientèle die niet bepaald bekend staat om haar gezondheid. Technici die beschikken over de juiste kennis en vaardigheden moeten binnen de NHS met een kaarsje worden gezocht, dat is ook duidelijk naar voren gekomen tijdens het onderzoek in Stafford<sup>2</sup>. Alleen al het aantal ziekenhuizen (meer dan tweeduizend in Engeland en Wales), elk met een eigen wateropslag- en verwarmings-systeem, roept de vraag op of de technische diensten wel voldoende zijn toegerust. In een gedragscode van Volksgezondheid die later dit jaar zal worden gepubliceerd staan aanbevelingen voor het behoud en de bediening van warm- en koudwaterinstallaties. Tot zolang moeten de mensen van het management en de mensen van de techniek binnen de NHS

het doen met het memorandum van de Chartered Institute of Building Services Engineers. Zorgvuldige bestudering daarvan zij ook het hoofdkantoor van de BBC en alle andere die verantwoordelijk zijn voor openbare gebouwen aanbevolen.

Finch R. Minimising the risk of Legionnaires' Disease. *Br Med J* 1988; 296: 1343-4.

#### Literatuur

1. Fraser DW, Tsai TR, Orenstein W et al. Legionnaires' disease: description of an epidemic of pneumonia. *N Engl J Med* 1977; 297: 1189-97.
2. Committee of Inquiry. First report of the Committee of Inquiry into the Outbreak of Legionnaires' Disease in Stafford in April, 1985. London: HMSO, 1986.
3. The Chartered Institute of Building Services Engineers. Minimising the risks of Legionnaires' disease. London: Chartered Institute of Building Services Engineers, 1987 (Technical Memorandum 13).

4. Research Sub-Committee of the British Thoracic Association. Community-acquired pneumonia in British hospitals in 1982-3: a survey of aetiology, mortality, prognostic factors and outcome. *Q J Med* 1987; 62: 196-220.

5. Benson RF, Thacker WL, Wilkinson HW, Fallon RJ, Brenner DJ. Legionella pneumophila serogroup 14 isolated from patients with fatal pneumonia. *J Clin Microbiol* 1986; 26: 382.

6. Bartlett CLR, Macrae AD, MacFarlane JT. Legionella infections. London: Edward Arnold, 1986, 115.

7. Kurtz JB, Bartlett CLR, Newton UA, White PA, Jones NO. Legionella pneumophila in cold water systems. *Journal of Hygiene (Cambridge)* 1982; 88: 369-81.

8. Tobin J O'H, Dunhill MS, French M et al. Legionnaires' disease in a transplant unit: isolation of the causative agent from shower baths. *Lancet* 1980; ii: 118-21.

9. Bartlett CLR, Bibby LF. Epidemic Legionellosis in England and Wales 1979-1982. *Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde, Infektionskrankheiten und Hygiene I. Abteilung: Originale A* 1983; 255: 64-70.

10. Band JD, LaVenture M, Davis JP et al. Epidemic Legionnaires' disease; airborne transmission down a chimney. *JAMA* 1981; 255: 64-7.

11. Glick TH, Gregg MB, Berman B et al. Pontiac fever: an epidemic of unknown etiology in a health department: I. clinical and epidemiological aspects. *Am J Epidemiol* 1978; 107: 149-60.

## Preventieve 'health checks' voor bejaarden

De nota 'Promoting better health' die de Engelse regering onlangs heeft uitgebracht, heeft de nodige verwachtingen gewekt, doordat ze suggereert dat de overheid in Engeland positief staat tegenover zogeheten 'health checks' voor ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg<sup>1</sup>. Met de betrokken beroepsgroepen moet overleg worden gepleegd over de mogelijkheid van 'regelmatige en frequente health checks . . . voor bepaalde ouderen'. Er zou zelfs sprake kunnen zijn van een speciale vergoeding: 'Door het huidige vergoedingstelsel aan te passen zal de overheid bevorderen dat artsen hun bejaarde patiënten regelmatig uitgebreid onderzoeken'. Hoewel het hier gaat om een stap in de goede richting – in feite hebben speciaal op oudere mensen gerichte preventieve maatregelen al veel te lang op zich laten wachten – moeten we wel goed weten wat hier met 'health checks' wordt bedoeld. Uit gecontroleerd experimenteel onderzoek is gebleken dat medische screening, in het

bijzonder 'multiphasic screening', waarbij men tal van laboratoriumtests en metingen moet ondergaan, niet leidt tot een lagere morbiditeit en mortaliteit of tot een beter gebruik van medische voorzieningen<sup>2,3</sup>. Het enthousiasme voor preventieve screening van bejaarden is door deze negatieve resultaten nogal bekoeld. De laatste jaren is duidelijk geworden dat we met preventieprogramma's voor deze leeftijdsgroep niet zozeer moeten mikken op het in een vroeger stadium opsporen van bepaalde aandoeningen, maar veeleer op beoordeling van de mate waarin iemand functioneel is verslechterd<sup>4</sup>. De interventie moet erop gericht zijn, door middel van stelselmatige opsporingsprogramma's ('case finding') iets te doen aan de nadelige gevolgen van geconstateerde gebreken. Gekeken moet worden naar iemands lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren. Omdat het welzijn van veel bejaarden afhangt van de mentale veerkracht en de bekwaamheid van infor-

mele verzorgers, moet de arts ook de behoeften van de verzorg(st)er in zijn oordeel betrekken. Opsporingsprogramma's als deze bestrijken een breed terrein, zodat ze het best kunnen worden uitgevoerd als een multidisciplinaire activiteit binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Veel bejaarden zijn gezond en voelen zich goed. Het is dan ook niet nodig alle mensen boven de 65 jaar te bezoeken en aan een uitgebreid onderzoek te onderwerpen. Om deze reden moeten de opsporingsprogramma's uit twee fasen bestaan: in de eerste fase van de 'case finding' dient men zich te beperken tot het identificeren van patiënten met een verhoogd risico die waarschijnlijk gebaat zullen zijn bij fase twee: een gedetailleerde beoordeling van de functionele capaciteit. Eén manier om ouderen met een verhoogd risico te selecteren is in het bijzonder te letten op: hoogbejaarden (85 jaar of ouder), ouderen die kort geleden uit het ziekenhuis zijn ontslagen, oude mensen die recent een sterfgeval in hun naaste omgeving hebben meegemaakt en oudere mensen die verschillende medicijnen gebruiken; volgens Taylor hebben we alleen bij de eerste twee categorieën te maken met kennelijk valide indicatoren voor een hoge kwetsbaarheid<sup>5</sup>. Een andere manier is het versturen van vragenlijsten<sup>6,7</sup>. Onlangs is het initiatief genomen vrijwilligers in te zetten om alle bejaarden op te zoeken<sup>4</sup>; degenen onder hen die zorg behoeven worden vervolgens bezocht door de huisarts en door verpleegkundigen ('health visitor', wijkverpleegkundige). Zoals Freer heeft aangetoond, kunnen bejaarden met een hoog risico ook worden geïdentificeerd via een 'opportunistische' opsporingsmethode, en wel door te profiteren van het feit dat driekwart van alle bejaarden minstens eenmaal per jaar naar de huisarts gaat. Dit contact kan worden benut voor vragen en observaties, gericht op de identificatie van patiënten met een verhoogd risico; de arts kan deze patiënten dan uitnodigen zich verder te laten onderzoeken<sup>8</sup>.

Verskillende onderzoekers hebben gewezen op de voordelen van stelselmatige opsporingsprogramma's waarbij de nadruk ligt op het beoordelen van de wijze waarop mensen functioneren<sup>9,10</sup>. Het is hoog tijd dat deze programma's worden ingevoerd in de eerstelijnsgezondheidszorg, zodat we verbetering kunnen brengen in de kwaliteit van het leven van de kwetsbaarten onder de ouderen en de vraag naar permanente institutionele zorg kunnen verminderen.

\*  
\*\*

Tot slot: het zou jammer zijn als de recente belangstelling van de overheid voor preventieve zorg voor de ouderen onder ons zich zou toespitsen op de medische screening. Liever zouden wij zien dat de overheid de 'case finding' gaat stimuleren, onder andere door dit soort opsporingsprogramma's financieel mogelijk te maken. Die programma's moeten uiteraard ook een evaluatie omvatten, waarbij tevens wordt gekeken naar de bevrediging in het leven: 'case finding' schijnt daar goed voor te zijn.

Buckley EG, Williamson J. What sort of 'health checks' for older people? *Br Med J* 1988; 296: 1144-5.

#### Literatuur

1. Secretaries of State for Social Services. Wales, Northern Ireland, and Scotland. Promoting better health. The government's programme for improving primary health care. London: HMSO, 1987.
2. The South-East London Screening Study Group. A controlled trial of multiphasic screening in middle age. *Int J Epidemiol* 1977; 6: 357-63.
3. Olsen DM, Kane RL, Protor PH. Controlled trial of multiphasic screening. *N Engl J Med* 1976; 294: 925-30.
4. Taylor RCM, Buckley EG (eds). Preventive care of the elderly: a review of current developments. London: Royal College of General Practitioners, 1987 (Occasional paper 35).
5. Taylor RC, Ford GG. The elderly at risk. A critical examination of commonly identified risk groups. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 699-700.
6. Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30: 49-51.
7. Duke OARS. Multidimensional functional assessment. Durham, NC: Duke University Medical Care, 1978.
8. Freer CB. Consultation-based screening of the elderly in general practice: a pilot study. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 455-6.
9. Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice. *Br Med J* 1984; 288: 369-72.
10. Hendricksen C, Lund E, Stromgard F. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J* 1984; 289: 1522-4.
11. Tulloch AJ, Moore V. A randomised controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 733-42.

## Insuline bij diabetes op latere leeftijd

Het besluit, een patiënt die op latere leeftijd diabetes krijgt het advies te geven zich met insuline te laten behandelen, nemen we niet zo één, twee, drie. Recent verworven inzichten maken dat we daar niet meer zo mee hoeven worstelen<sup>1</sup>. In de eerste plaats is het van belang ons duidelijk voor ogen te stellen waar we met de behandeling naar streven. Een goede controle van het bloedsuikergehalte vertraagt of voorkomt veel van de complicaties die op de lange duur bij diabetespatiënten ontstaan<sup>2</sup>. Lukt het niet de geglycolyseerde hemoglobine- of nuchtere bloedsuikerconcentratie te bereiken die we voor een bepaalde patiënt voor

ogen hebben, dan zullen we ons beleid moeten bijstellen: als de patiënt zich optimaal houdt aan het voorgeschreven dieet en de maximale doses orale antidiabetica trouw inneemt, dan is het duidelijk dat hij of zij insuline nodig heeft. Over de exacte criteria kunnen de meningen uiteenlopen, maar de meeste artsen zullen het erover eens zijn dat de controle op het bloedglucosegehalte nauwer luistert naarmate de patiënt jonger is. Bij mensen die al wat ouder zijn, zijn numerieke doelstellingen minder belangrijk en gaat het er vooral om de symptomen te verlichten<sup>3</sup>. Alvorens bij een 70-jarige patiënt de mogelijkheid van complicaties op de lange ter-

mijn weg te wuiven, moeten we ons echter wel rekenschap geven van de duur van de asymptomatische ziekteperiode en van de gemiddelde levensverwachting: 10 jaar voor een normoglykemische man, 14 jaar voor een normoglykemische vrouw<sup>4</sup>.

De belangrijkste redenen waarom patiënten soms ontwijkend antwoorden zijn allereerst de angst om zichzelf te moeten inspuiten en, als goede tweede, de niet-terechte veronderstelling dat een ziekenhuisopname nodig is om de behandeling te starten. Door de komst van gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen is opname echter niet meer noodzakelijk en dank zij moderne weggooispuiten en -naalden is het zelf spuiten tegenwoordig veel draaglijker geworden<sup>5,6</sup>.

Het risico van hypoglykemie hangt af van het gekozen insulinerégime en van de therapeutische doelstellingen. Bij een régime van eenmaal per dag Insuline Ultralente is de kans op hypoglykemie vrij groot, mogelijk doordat de snelheid waarmee de insuline wordt geabsorbeerd van dag tot dag sterk kan verschillen<sup>7</sup>. Een régime van tweemaal per dag een injectie Insuline Monotard of Insulatard wordt over het algemeen goed verdragen, terwijl het risico van hypoglykemie kleiner is.

Patiënten die op insuline overgaan worden vaak wat zwaarder, omdat hun lichaam de glucose vasthoudt die anders in de urine wordt uitgescheiden. De gemiddelde gewichtstoename in het eerste jaar bedraagt echter maar 2 kg (vaak een druppel aan de emmer) en zelfs dat is niet nodig als de patiënt van tevoren wordt geïnformeerd en gewaarschuwd<sup>8</sup>. Het probleem wordt groter wanneer patiënten hun beroep niet meer kunnen uitoefenen als ze insuline gaan gebruiken. Dit geldt vooral voor vrachtwagenchauffeurs en bestuurders van bus, tram of trein. De arts moet de sociale factoren en de medische factoren dan ook goed tegen elkaar afwegen, voordat hij een patiënt adviseert met insuline te beginnen. Verschillende overwegingen van

theoretische aard hebben de zaak nogal vertroebeld. De term 'secundaire sulfonylureum-insufficiëntie' suggereert dat er iets met deze middelen aan de hand is en verdoezelt het feit dat het de pancreas is die niet goed werkt en niet het medicijn. Het bepalen van de concentratie C-peptide in het serum is een nuttige diagnostische procedure, maar ze biedt doorgaans weinig houvast bij de vraag of de patiënt in kwestie insuline nodig heeft. Patiënten die op latere leeftijd diabetes krijgen vertonen vaak een zeer hoge resistentie tegen insuline<sup>9</sup>, maar het zou onjuist én onterecht zijn deze patiënten geen insuline te geven in de veronderstelling dat toediening van exogene insuline de resistentie verhoogt<sup>10</sup>. Van tijd tot tijd wordt hyperinsulinemie genoemd als reden om af te zien van een behandeling met insuline; dit vanwege de kans op versnelde atherosclerose<sup>11,12</sup>. Een dergelijk theoretisch risico valt echter in het niet bij het reële feit dat hyperglykemie eerder complicaties geeft. Recent is men in het geweer gekomen tegen de steeds weer opduikende, maar klinisch irrelevante gewoonte de arme patiënt vol te stoppen met sulfonylureum én insuline<sup>13</sup>; als de pancreas niet goed werkt, kan de patiënt door zo'n 'veelzijdige' aanpak alleen maar in verwarring raken. De term 'niet-insuline-afhankelijke diabetes', tenslotte, is louter beschrijvend en wil niet zeggen dat het verkeerd is patiënten met deze diagnose insuline te geven. Ouderdomsdiabetes is een heterogeen syndroom, geen ziekte, dat de insuline-afhankelijke diabetes, die naar men nu beseft een lange preklinische fase heeft, overlapt<sup>14</sup>; bij veel mensen bij wie zich op latere leeftijd diabetes ontwikkelt is de langzaam maar zeker doorzettende functievermindering van de bèta-cellen die kenmerkend is voor insuline-afhankelijke diabetes, al begonnen<sup>15</sup>.

Artsen die op zoek zijn naar een goed doordachte en praktische handleiding voor het gebruik van insuline bij patiënten die op latere leeftijd diabetes krijgen, wijzen we op wat Tatter-

sall en Scott hierover hebben geschreven<sup>13</sup>. De boodschap is duidelijk: het is beter vroeg met insuline te beginnen en dan na enkele jaren hyperglykemisère. Als er aanwijzingen zijn dat behandeling met insuline nodig is, zullen de patiënten daaraan de voorkeur geven.

Taylor R. Insulin for the non-insulin dependent? *Br Med J* 1988; 296: 1015-6.

#### Literatuur

1. Peacock, I, Tattersall RB. The difficult choice of treatment for poorly controlled maturity onset diabetes; tablets or insulin? *Br Med J* 1984; 288: 1956-9.
2. Tchobrousky G. Relationship of diabetic control to development of microvascular complications. *Diabetologica* 1978; 15: 143-7.
3. Tattersall RB. Diabetes in the elderly – a neglected area. *Diabetologica* 1984; 27: 167-3.
4. Griffin T (ed). Government Statistical Service. Social Trends. London: HMSO, 1988, 114.
5. Kyne D. The specialist role. *Senior Nurse* 1986; 5: 17-8.
6. Wilson RM, Clarke P, Barks H, Heller SR, Tattersall RB. Starting insulin treatment as an outpatient: report of 100 consecutive patients followed for a year. *JAMA* 1986; 256: 877-80.
7. Holman RR, Steenson J, Turner RC. Sulphonylurea failure in type 2 diabetes: treatment with a basal insulin supplement. *Diabetic Medicine* 1987; 4: 457-62.
8. UK Prospective Diabetes Study II. Reduction in HbA1c with basal insulin supplement, sulphonylurea or biguanide therapy in maturity onset diabetes. *Diabetes* 1985; 34: 793-8.
9. Reaven GM, Chen Y-DI, Donner CC, Frazee E, Hollenbeck CB. How insulin resistant are patients with non-insulin dependent mellitus? *J Clin Endocrinol Metab* 1985; 61: 32-6.
10. Hollenbeck Clarie B, Reaven GM. Treatment of patients with non-insulin dependent diabetes mellitus: diabetic control and insulin secretion and action after different treatment modalities. *Diabetic Medicine* 1987; 4: 311-6.
11. Stout RW. Diabetes and atherosclerosis: the role of insulin. *Diabetologica* 1979; 16: 141-50.
12. Falholt K, Alberti KGMM, Heding L. Aurora and muscle metabolism in pigs with peripheral hyperinsulinaemia. *Diabetologica* 1985; 28: 32-7.
13. Tattersall RB, Scott AR. When to use insulin in the maturity onset diabetic. *Postgrad Med J* 1987; 63: 859-64.
14. Tarn AC, Smith CP, Spencer KM, Botazzo GF, Gale EAM. Type I (insulin dependent) diabetes: a disease of slow clinical onset? *Br Med J* 1987; 294: 342-5.
15. Gale EAM, Dorman TL, Tattersall RB. Severely uncontrolled diabetes in the over fifties. *Diabetologica* 1981; 21: 25-8.

# HRC

## Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen ingeschreven in de periode van 1 januari 1988 t/m 30 juni 1988:

### *UHI Amsterdam-UvA*

1 oktober 1987

Bartels, E. P., Born, A. J. van der, Bruins, R. B., Cox, D. C. H., Croese, J. W., Dijkstra, R. H., Engelhard-van Mansfeld, Mw. R. A. M., Franse, C. H., Groen, A., Hamer, J. J., Kalverdijs, L. J., Kiewiet, J., Kwekkeboom, J., Loo, R. A., Mes, J. A. A. G., Oidtmann, C. M., Schagen, S. J., Westerhuis, Mw. J. B., Wilhelmus, Mw. E. J., Wouda, P. J.

15 oktober 1987

Andel, F. van, Beemster, G. J., Benecke, L. V. E., Boontje, Mw. M. I. Brands, M., Cramer, P. M., Delft, G. P. J. M. van, Hafkamp, G. J., Jagtenberg, C. A., Peters, E. R., Roos, G. B., See, Mw. R., Venema, F. J. H., Vloon, J. H. M., Weerdt, E. P. de, Willems, W. L. M., Jsselhof, R. R.

31 maart

Kuiter-Janssen, Mw. M. C., Leeuwen, A. J. van

1 april 1988

Arndt, U. P., Boomstra, R., Bosman, Mw. A. H. P., Broek-Muncher, Mw. A. F. W. M., Doran, Mw. R. F., Dubbelman, Mw. M. B., Evers, Mw. P., Hoeven-van Ammers, Mw. M. H. van de, Jansen, A. E., Jansen, J. J., Kroon, J., Logemann, Mw. M. G., Petten, Mw. M. C. van, Spouke, A. J., Speelman, H. J., Vader, Mw. E. J., Weenink, F. B., Westenhof, H. P., Wiersma, T., Wilde, Mw. E. K. de

### *UHI Groningen*

1 november 1987

Brosterhaus Dors, F. P., Kemp-Orellana Cisneros, mw. A. S.

27 november 1987

Bakker, Mw. B. A.

1 februari 1988

Tuinman, N. H. P.

1 maart 1988

Borgman, Mw. A. E., Drenth, N. G., Egijedi, Mw. M. S., Feijen, Mw. M. K. E., Feijter, P. de, Herles, A., Hordijk, P. R., Huismans, S. M., Jong, H. D. de, Kerbert, C., Kroeze, P. F. J., Luttmer, I. R.

1 maart 1988

Manen-van Klinken, Mw. M. G. van, Nieuwenhuis, A. B., Prins, L. A., Schweiger, Mw. D. M. M., Soeteman, J. H., Spanjer, J., Stege, Mw. G. J. van der, Talsma, Mw. F. H., Wolde, P. J. ten, Woudstra, T.

### *UHI Leiden*

27 juni 1986

The, Mw. M. L.

27 november 1987

Blok, C. F., Hiemstra, Y., Koning, P. de, Meij-Burger, Mw. F. J. van der, Santen, J. F. van, Slot, R. M., Tendeloo, C. H., Vermeulen, J. M. R., Vierbergen A. P. van

1 december 1987

Sander, Mw. J. C. J.

5 februari 1988

Beelen, A. van, Bie Leuveling Tjeenk, Mw. S. P. de, Debets, H. E. M., Driever, Mw. E. J. W., Eijkelenboom, P. R., Janssen, Mw. A. J. M., Koster, T. G. C., Meer, C. E. van der, Rens, J. P. J. van, Wuister, J. D.

29 februari 1988

Snoep, P.

1 maart 1988

Karcher, Mw. S.

29 april 1988

Luykx, Mw. E. L. M.

### *UHI Nijmegen*

1 april 1988

Albert, P. C. M., Baake, W. A. M., Beens, D. A. C., Duif, N. F. J. M., Egging, A. H. H., Frietman, J. F. M., Hellinga, G. H., Hoebert, Mw. T. W. C., Huberts, A. H. G. M., Jongen, F. A. M., Joosten, H. J. M., Kloppenborg, Mw. M. E., Looy, W. J. J. van de, Luijn, J. A. G. van, Meeus, Mw. W. E. A. M., Olsson, E. R. W., Orban, L. A. J. F., Schampers, P. T. F. M., Schraven, Mw. D. L. M., Simons, S. W. H. M., Veldhuizen, G. L. van, Vergouwen, J. M. A. M., Zomerdijs, J.

### *UHI Maastricht*

1 oktober 1987

Blokland, P. C. M., Roos, A. G. J. M., Vroemen, J. J.

1 november 1987

Jongen, Mw. M. L. E.

3 november 1987

Dijk, Mw. M. W. M. J. van

### *UHI Rotterdam*

1 december 1987

Bender, P. P. M., Groot, M. F., Harting, R., Kerkhof, A. van, Mikolajczyk, M. P., Nitalessy-Tahitu, Mw. M. R., Steenks, R. G., Vrijdag, P. J. H., Weber, R. J.

1 februari 1988

Bloois, F. de, Boerwinkel, Mw. C. M., Driest-Dijkgraaf, Mw. C. T. van den, Kuiper, H. T., Logtenberg, E., Oelrich, E. O., Popp, A., Roffelsen, J., Rijst, Mw. P. van der, Smalen, N. P. de, Tenk, Mw. M., Tussenbroek, J. P. van, Verduijn, Mw. C. P.

1 april 1988

Bekkers, Mw. M. A. C., Bezem, Mw. M. J., Bles, G. W. A. M., Ham, J. A., Karstanje, J., Made, H. D. van der, Migalski, C. M., Steentjes, Mw. M. C. G. A., Vletter, R., Westeinde, Mw. C. G. J. M. van 't

### *UHI Utrecht*

18 augustus 1987 PT

Valk, M. J. M.

15 september 1987

Dolmans, E. H. M. V., Lely, D.

15 september 1987

Krüs, Mw. M. A. D.

20 oktober 1987

Bouma, Mw. M., Pasman, J. B. V.

21 november 1987 PT

Groote, Mw. A. M. J. de

24 november 1987

Dieleman, Mw. J. A. P.

30 maart 1988

Dijk, Mw. A. M. J. van, Kromwijk, Mw. A. P. M., Mulder, F. A., Poot, P. A.

1 april 1988

Blankenspoor, J. G. R., Fluitsma, F., Heide, F. van der, Smits, R., Tjong-A-Hung, Mw. L.

1 april 1988

Cozijnsen, J., Meijer, Mw. P. C.

6 april 1988

Bogaerde, R. H. N. van den, Dagevos, J. M., Janssen, C. R., Horst, J. van der, Schlösser, N. J. J., Ven, J. L. van der, Vries, W. de, Vroon-Roukema, Mw. N. J.

### *Artikel III*

23 maart 1988

Broekkamp, C. H. A.

14 april 1988

Tenkink, J. W. G.

30 juni 1988

Vermeulen, J.

### *Uitgeschreven*

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft ingevolge artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG onder meer inhoudende dat zij die gedurende vijf jaar niet regelmatig als huisarts werkzaam zijn geweest uit het register van erkende huisartsen kunnen worden uitgeschreven hiertoe besloten met betrekking tot onderstaande artsen in de periode van 1 januari 1988 t/m 30 juni 1988.

Dr. Aarts, J. H.

Amerongen, mw. E. van

Berkel, J. F. J. M. van

Best, B.L.  
 Biemer-Bertram, mw. W.G.  
 Blankevoort, N.  
 Boer, J.P. de  
 Boonstra, mw. M.H.  
 Bosch, J.S.G. van den  
 Brummen, D.J. van  
 Brijnen, J.M.A.  
 Burgers, P.I.C.J.  
 Cozijnsen-Bruin, mw. N.K.M.  
 Curfs, M.A.W.  
 Dalen, T.B.J. van  
 Damen, L.H.M.F.  
 Gerretse, D.S.  
 Gier, G.J. de  
 Groot van Embden, E.C. de  
 Haagen, R.F.F. van der  
 Ten Ham, P.B.G.  
 Hauer, H.H.  
 Heide, W. ter  
 Herk, H.J. van

Hootegeem, F.H.J.M. van  
 Houtman, D.  
 Hylkema, mw. B.G.M.  
 Jagt, J.T.H.M.  
 Kerkhof, P.D.  
 Knocke van der Meulen, H.G.P. de  
 Kokenberg, J.C.  
 Kort, J. de  
 Kupers, E.  
 Lankester, mw. I.  
 Lemmens, J.M.  
 Levy van Vinninghe, G.J.H.  
 Lof-de Kruif, mw. P.J.E.M. van der  
 Loolij, P.F.A.J. de  
 Luder, R.A.  
 Marck-Verhorst, mw. M.C.  
 Meussen, H.W.P.  
 Meijer, mw. W.  
 Moerkerke, mw. G.

Muilwijk, J.P.  
 Os, T.W.D.P. van  
 Oudenhoven-Oehlen, mw. G.J.W.M.  
 Postma, mw. D.H.  
 Reniers, J.R.  
 Rienks, J.A.  
 Roosch, mw. G.L.  
 Rottier, W.P.T.J.  
 Ruskus, J.J.H.  
 Rutgers, G.  
 Rijpstra, mw. I.I.  
 Schepman, J.A.J.  
 Schilder, mw. A.M.M.  
 Selim, M.  
 Sie-Thio, mw. P.K.N.  
 Smackers, mw. A.A.M.  
 Smit, J.J.  
 Sneep, mw. M.R.  
 Snijders, E.P.J.  
 Snijders, J.I.J.M.

Soethoudt, C.J.M.  
 Strik, M.E.M.  
 Struik, H.J.  
 Theeuwes, C.J.G.  
 Tongeren, E.J. van  
 Veeren, E.H. van  
 Verduin, P.R.N.  
 Vermeij, D.J.B.  
 Vink, J.  
 Waalwijk van Doorn, N.A. van  
 Wansink, J.G.  
 Wassink, mw. C.A.  
 Wennekers, R.C.  
 Werf, H.F. van der  
 Werkema, J.S.  
 Westhoff, C.H.A.  
 Wildenberg, P.G.H.M. van den  
 Wijkman, C.M.  
 Zadelhoff, A.W. van  
 Zoonen, mw. J.C.M. van  
 Zijp, mw. E.M.

## SRC Nieuwe inschrijvingen

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

### Allergologie

Mw. R. A. S. 't Hart-Phaff 1.2.1988

### Anesthesiologie

F. Boer, 18.4.1988  
 F. E. A. Geisler, 1.7.1988  
 L. J. Hoogenboom, 1.7.1988  
 F. Meijer, 15.2.1988  
 J. W. P. Kok, 1.7.1988  
 I. A. Posner, 1.7.1988  
 C. D. Punt, 1.5.1988  
 R. J. Stolker, 1.7.1988  
 Mw. M. P. Vermeulen, 9.5.1988  
 J. Visscher, 1.4.1988

### Cardiologie

B. Cernohorsky, 30.3.1988  
 F. R. den Hartog, 1.8.1987  
 H. P. C. M. Lambregts, 1.4.1988  
 R. J. Lionarons, 1.4.1988  
 J. W. Louwerenburg, 1.1.1988  
 S. A. M. Said, 1.5.1988  
 R. L. H. Sprangers, 1.6.1988  
 Zijn inschrijving als internist per 1.1.1988 komt hiernede te vervallen  
 G. R. Sutherland, 31.5.1988  
 L. H. Takens, 1.4.1988

### Cardio-pulmonale chirurgie

Dr. R. P. H. M. Hamerlynck, 1.2.1988  
 Zijn inschrijving als chirurg per 3.1.1985 komt hiernede te vervallen

### Dermatologie

R. Schiff, 1.6.1988  
 Mw. J. van Ulsen, 1.3.1988

### Gastro-enterologie

Dr. R. A. van Hogezaand, 1.1.1988  
 Zijn inschrijving als internist per 1.5.1982 komt hiernede te vervallen

### Heelkunde

G. den Butter, 1.3.1988  
 H. O. ten Cate Hoedemaker, 1.9.1986  
 A. R. A. Dijkema, 20.9.1987  
 B. J. Dwars, 1.4.1987  
 A. J. H. Kerver, 1.7.1988  
 Mr. A. Leeuwenberg, 1.9.1987  
 P. F. Liqui Lung, 1.10.1988  
 Mw. K. E. Schenk, 1.2.1987  
 C. Sieswerda, 1.7.1985  
 Dr. A. G. A. Spelde, 2.5.1988  
 T. A. Weber, 1.8.1986

### Inwendige geneeskunde

Mw. Dr. R. J. M. ten Berge, 1.5.1988  
 F. N. R. van Berkum, 1.4.1988  
 F. H. Bosch, 1.2.1988  
 Mw. J. G. M. Buijsen, 1.4.1988  
 Dr. J. H. F. Falkenburg, 1.7.1988  
 P. H. J. Frissen, 1.3.1988  
 R. O. B. Gans, 1.3.1988  
 C. Halma, 1.7.1987  
 B. van Hoek, 1.1.1988  
 J. W. M. Krulder, 1.8.1987  
 Mw. N. van der Linden, 1.5.1988  
 Mw. P. J. Lugtenburg, 1.3.1988  
 J. J. M. van Meyel, 1.9.1987  
 T. C. Noordzij, 1.4.1988  
 H. G. Peltenburg, 1.4.1988  
 D. Poldermans, 16.5.1988  
 N. C. Schaper, 1.6.1987  
 H. J. Schim van der Loeff, 1.5.1988  
 Mw. J. Vos, 1.3.1988  
 Mw. J. Wanders, 1.7.1982  
 Mw. G. Wichers, 1.10.1986  
 R. Zwertbroek, 1.4.1988

### Keel-neus-oorheelkunde

A. G. L. van der Meij, 1.5.1988  
 J. G. Mol, 1.4.1988  
 Mw. L. J. Schot, 1.6.1988  
 B. J. Tideman, 1.4.1988  
 A. G. J. A. J. Voets, 1.4.1988  
**Kindergeneeskunde**  
 G. J. van der Burg, 1.4.1988  
 H. H. F. Derkx, 1.11.1987  
 P. J. van Dijken, 1.11.1983  
 Mw. L. C. ten Have, 1.5.1988  
 Mw. E. M. van Lie-Peters, 1.3.1988  
 R. J. Roorda, 1.2.1988  
 Mw. H. M. J. Slot, 20.2.1988  
 Mw. M. J. Spaan-Groenemeijer, 20.2.1988

### Klinische Genetica

Dr. F. A. Bremer, 4.5.1987  
 Zijn inschrijving als kinderarts per 1.11.1976 komt hiernede te vervallen.  
 A. J. van Essen, 7.5.1988  
 Prof. Dr. J. J. P. van de Kamp, 4.5.1987  
 Zijn inschrijving als kinderarts per 17.11.1970 komt hiernede te vervallen  
 C. J. Wouters, 1.3.1988

### Longziekten en tuberculose

H. C. J. van Klink, 1.7.1988  
 A. Termeer, 1.4.1988  
 Zijn inschrijving als internist per 16.9.1985 komt hiernede te vervallen

### Medische microbiologie

G. Meerdink, 1.4.1988  
 B. G. Moffie, 1.5.1988  
 Dr. L. J. M. Sabbe, 1.3.1988  
 Dr. L. Spanjaard, 1.5.1988  
 A. B. Stroebel, 1.7.1987

### Neurologie

G. Douma, 1.2.1988

J. B. M. ten Holter, 1.4.1988  
D. J. Kamphuis, 1.4.1988  
R. P. Kleijweg, 1.1.1988  
Mw. M. S. van der Knaap, 1.4.1988  
H. P. H. Kremer, 1.10.1987  
J. Nihom, 1.4.1988  
F. A. Nusselder, 1.4.1987  
Mw. J. F. de Rijk-Van Andel, 1.1.1988  
Mw. W. M. Vreeswijk, 1.1.1988

#### *Nucleaire geneeskunde*

J. Baas, 1.6.1988  
Dr. J. A. C. Prenen, 1.2.1988  
Zijn inschrijving als internist per 1.7.1979 komt hiermede te vervallen

#### *Aantekening Klinische Neurofysiologie*

G. Douma, 1.2.1988  
M. D. Ferrari, 1.10.1987  
Mw. H. B. Grolman-Kovarova, 1.1.1987  
J. B. M. ten Holter, 1.4.1988  
R. P. Kleijweg, 1.1.1988  
J. P. Krooman, 1.5.1988  
J. Nihom, 1.4.1988  
F. A. Nusselder, 1.4.1987  
Mw. W. M. Vreeswijk, 1.1.1988  
Mw. E. M. de Vries-Leenders, 1.4.1988

#### *Oogheelkunde*

J. G. M. Ameln, 1.3.1988  
Mw. M. F. Bienfait, 1.4.1988  
J. M. G. C. Bonnemaijer, 1.3.1988  
R. C. Boon, 1.5.1988  
E. Veldman, 15.6.1988  
Mw. O. H. E. Visser, 1.4.1988  
L. A. M. de Vries, 1.8.1987

#### *Orthopedie*

R. M. Castelein, 1.1.1988

Mw. M. J. Guevara Bernat, 10.2.1988  
Ir. J. G. Konings, 1.5.1988

#### *Pathologische anatomie*

D. Berends, 1.12.1987  
P. H. M. H. Theunissen, 24.6.1988

#### *Psychiatrie*

Mw. G. I. J. M. ter Braak, 1.4.1988  
Mw. E. C. J. Delescen, 1.1.1988  
Mw. C. Dolman, 1.3.1988  
Mw. J. R. Douglas Broers, 1.10.1987  
Mw. N. M. Ham, 1.10.1987  
J. W. Hummelen, 1.1.1988  
E. de Jager, 1.3.1988  
H. H. J. Jongeneel, 1.4.1988  
G. H. Kuipers, 1.3.1988  
J. H. M. van Laarhoven, 1.4.1988  
D. Lam, 1.4.1988  
Zijn inschrijving als chirurg per 1.1.1983 komt hiermede te vervallen.  
E. W. J. Maex, 7.4.1988  
M. E. J. Mansveld, 1.4.1988  
A. J. W. ter Mors, 1.4.1988  
F. G. van der Oest, 1.1.1988  
J. M. J. F. Offermans, 1.4.1988  
Mw. Y. Ruys, 1.6.1988  
Mw. W. C. M. van der Schoot, 1.2.1988  
M. G. J. Smeets, 1.4.1988  
Mw. C. Spaans, 1.10.1987  
Mw. M. M. Thunissen, 1.4.1988  
K. P. A. Wieme, 18.3.1988

#### *Radiodiagnostiek*

P. T. M. Appelman, 15.1.1988  
H. M. J. G. van der Bruggen, 1.2.1988  
Dr. G. A. Hoffland, 1.1.1988  
M. H. C. Kahn, 1.1.1988  
P. H. L. Kessing, 16.2.1985

I. F. M. Lambertina, 1.10.1987  
L. J. Schultze Kool, 1.3.1986  
T. J. W. Sleijster, 1.5.1988  
R. H. M. Smithuis, 1.3.1988  
R. P. J. Vossen, 1.7.1988

#### *Radiotherapie*

A. Chin, 1.2.1988  
Mw. E. A. van der Steen-Banasik, 1.2.1988

#### *Reumatologie*

Dr. M. J. A. M. Franssen, 1.9.1986  
Zijn inschrijving als internist per 1.8.1984 komt hiermede te vervallen

#### *Revalidatiegeneeskunde*

B. Drentje, 1.1.1985  
C. H. Emmelot, 1.2.1988

#### *Urologie*

A. A. G. M. Giesbers, 1.6.1988  
R. Gilhuis, 1.1.1988  
A. J. M. Hendriks, 1.12.1987  
R. S. Kahn, 1.10.1986  
P. E. V. A. van Kerrebroeck, 18.3.1988  
J. K. Oosten, 1.1.1988

#### *Verloskunde en gynaecologie*

R. J. Tjon-Sie-Fat, 15.1.1988  
Dr. J. F. H. M. van Uem, 12.4.1988  
J. P. M. Offermans, 15.4.1988

#### *Zenuw- en zielsziekten*

D. H. J. Boeijkens, 1.1.1988  
P. J. Verhagen, 1.4.1988

## LAD

### Salarisrichtlijnen artsen in dienstverband per 1 juli 1988

Ten behoeve van de *niet-CAO-inkomens* worden de salarissen in beginsel halfjaarlijks aangepast aan het geschoonde prijsindexcijfer, zoals berekend door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

In de periode oktober 1987 tot april 1988 is het geschoonde prijsindexcijfer met 0,33% gedaald. De sociaal-economische ontwikkelingen in Nederland met betrekking tot de loonontwikkeling zijn echter van dien aard dat het Centraal Bestuur van de LAD heeft besloten de salarisbedragen in de richtlijnen voor de niet-CAO-inkomens per 1 juli 1988 niet bij te stellen.

Hierdoor wordt niet alleen bereikt dat de koopkracht van de leden wordt behouden, maar ontstaat tevens een geringe welvaartstijging. In navolging van de salarisontwikkeling in de marktsector, bij de overheid en in de trendvolgende sector, behoort deze welvaartstijging toe te komen aan de werknemers.

Nadat in de trendvolgende sector als gevolg van het ontbreken van de financiële ruimte jarenlang geen aanpassingen hebben plaatsgevonden, is er thans aanleiding om de bedragen in bijlage III wel aan te passen. Genoemde financiële ruimte is dit jaar namelijk door de minister wel toegekend, reden waarom de salarisbedragen in de

CAO-en in de trendvolgende sector zijn aangepast. Aangezien de CAO-Ziekenhuiswezen op meer dan 80% van de LAD-leden, werkzaam in de trendvolgende sector, van toepassing is, heeft het Centraal Bestuur der LAD besloten voortaan ten behoeve van de aanpassing van de salarisbedragen van bijlage III het percentage aan te houden dat gehanteerd wordt in deze CAO. Onlangs werd bekend dat het percentage voor 1988 0,85% bedraagt.

In de CAO-Ziekenhuiswezen zijn de salarisbedragen met dit percentage verhoogd. De salarisbedragen van bijlage III zijn derhalve eveneens per 1 januari 1988 met 0,85% verhoogd. Om gelijke tred te houden met de CAO-Ziekenhuiswezen, waar het effect van de terugwerkende kracht werd vertaald in een eenmalige uitkering, adviseert de LAD dit 'inhaal-effect' voor hen die conform bijlage III worden gehonoreerd, eveneens in de vorm van een eenmalige uitkering te effecteren.

Binnen het Centraal Bestuur is vervolgens de vraag aan de orde geweest of bijlage III van de salarisrichtlijnen vanwege het geringe bereik daarvan – bijna alle LAD-leden werkzaam in de trendvolgende sector vallen immers onder een CAO – niet moet worden opgeheven.

Het blijkt dat bijlage III echter nog door een aantal organisaties wordt gehanteerd. Daarnaast wordt de bijlage in de universiteiten/academische ziekenhuizen alsmede enkele grote gemeentelijke ziekenhuizen gebruikt voor de bepaling van het salarisniveau. Het Centraal Bestuur heeft daarom besloten bijlage III van de salarisrichtlijnen nog enige tijd te laten voortbestaan en op een later tijdstip tot opheffing over te gaan. De bijlage zal echter niet meer in

Medisch Contact worden gepubliceerd. Om de gebruikers van bijlage III zo goed mogelijk van dienst te blijven, zal deze bijlage in de toekomst automatisch worden toegezonden. Personen en instellingen die van deze service gebruik willen maken wordt verzocht contact op te nemen met de LAD.

Wendt u zich dan tot de LAD, Salaris- en Pensioencommissie, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, tel. 030-823360.

## KNMG Servicerubriek werkzoekende artsen

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

113. Basisarts, 27 jr., Nijmegen. Artsexamen maart 1988. Ervaring: wetenschappelijk onderzoek jeugdgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde. Interesse in wetenschappelijk onderzoek of bedrijfsgeneeskunde (liefst in opleiding, echter waarneming e.d. ook welkom). Reacties: tel. 080-550763.

114. Basisarts, 35 jr., artsexamen april 1988, sinds twee maanden

werkzaam als arts-assistent Psychiatrie. Zoekt een zelfde baan voor langere tijd. Reacties: tel. 020-847071 (alleen 's avonds).

115. Basisarts, 32 jr., Groningen. Artsexamen augustus 1988. Stage op polikliniek voor pijnbestrijding. Scriptieonderwerp: 'Neurofysiologische aspecten van pijn'. Zoekt baan in de sociale geneeskunde, tak Algemene Gezondheidszorg. Wil graag opleiding hiervoor volgen. Plaats geen bezwaar. Reacties: tel. 050-422566.

116. Vrouwelijke huisarts, 32 jr. gehuwd, 2 kinderen, zoekt langdurig huisartsassistentchap voor plusminus twee dagen per week in de omgeving van Katwijk (ZH). Reacties: tel. 01718-32212.

117. Huisarts, 30 jr., met waarnemerservaring, zoekt praktijk in het oosten of zuiden van het land, achterwacht aanwezig. Interesse: kleine chirurgie, psychosociale zorg en automatisering. Reacties: tel. 05980-27448.

118. Basisarts, 29 jr., 15 maanden ervaring in chirurgie en wetenschappelijk onderzoek oogheelkunde, zoekt assistentschap of onderzoekplaats Oogheelkunde. Reacties: tel. 010-4655919, b.g.g. 010-4689911, zoemer 226.

119. Basisarts, 29 jr., ervaring in interne geneeskunde, cardiologie en psychiatrie, is geïnteresseerd in een baan in de bedrijfsgezondheidszorg. Beschikbaar vanaf 1 november 1988. Reacties: tel. 020-713583, b.g.g. 02208-94935,

### Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur. Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitzonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot de secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep, Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

#### LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

#### CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijlstraat 14 (privé), 7522 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

#### ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnergroep Den Haag, tel. 070-463449