

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 29/30 – 29 juli – 43e jaargang

De door de medisch specialisten gevoerde actie tegen de voorgenomen verlaging van de vergoeding van de praktijkkosten werd door de LSV opgeschort toen de rechter de overheid verbood de door de COTG opgestelde richtlijn inzake praktijkkosten goed te keuren. Ook kreeg de overheid het rechterlijk bevel met de LSV in overleg te treden over de door de overheid voorgenomen opzegging van het Generaal Akkoord. Dr. F. Th. G. T. Kok, lid van het Dagelijks Specialisten Bestuur, geeft nadere toelichting.

Drie huisartsen uit 's-Hertogenbosch doen verslag van een onderzoek onder patiënten, huisartsen en doktersassistenten naar de voor- en nadelen van een weekendwaarnemingsregeling in de vorm van een centrale dokterspost aldaar.

Erfelijkheidsvoorlichting is op zich geen preventie en het preventieve gehalte van maatregelen waar adviesvragers op basis van erfelijkheidsvoorlichting toe kunnen besluiten is minimaal. Dr. Marc Christiaens presenteert het tweede van een drietal artikelen over erfelijkheidsvoorlichting en ethiek.

Zullen de modellen en expertsystemen voor de ondersteuning van medische beslismodellen de medische waakhonden van de toekomst zijn? Prof. Dr. Ir. J. H. van Bemmelen en de arts J. van der Lei over medische informatica.

Zolang nascholing niet verplicht is kan de huisarts zich onttrekken aan deelname aan nascholingsactiviteiten, waardoor mogelijk kennishiaten kunnen optreden. De Doelgroepcommissie PAOH moet derhalve haar prioriteit leggen bij kwaliteitsbewaking van die cursussen welke vanwege hun duur, kosten en vorm zijn goedgekeurd. Aldus Mw. Drs. R. Postma en Dr. E. Schadé respectievelijk secretaris en voorzitter van de Doelgroepcommissie PAOH-Amsterdam.

## INHOUD

Achtergronden bij conflicten tussen overheid en LSV. Generaal Akkoord heeft goed voldaan; losse maatregelen niet

*Dr. F. Th. J. G. Kok – 873*

Een nieuwe weekendwaarnemingsregeling voor 's-Hertogenbosch. Schipperen tussen zorg en service

*Ignace Schretlen, Dirk Wijkel en Menno Haverkort – 876*

Agressie op de dokterspost en commentaar

*Ignace Schretlen – 880*

Erfelijkheidsvoorlichting: preventieve of curatieve geneeskunde?

*Dr. Marc Christiaens – 882*

Internationaal perspectief. Engeland: gezondheidszorg in het nauw. 'Gratis, maar niet voor niets'

*W. P. Haanstra, E. A. C. M. Sanders en P. J. Wismans – 884*

Koppeling van kennis aan informatie

*J. H. van Bemmelen en J. van der Lei – 887*

Vijf jaar postacademisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde in Amsterdam. Drie stappen vooruit, twee stappen achteruit

*Drs. R. Postma en Dr. E. Schadé – 892*

Colofon 866 – Colofon officieel 866 – Hoofdredactioneel commentaar 867 – Voorzitterskolom KNMG 868 – Brieven 869 – Officieel 895 – Uit de Verenigingen 903

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—  
Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

#### Advertenties

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

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'De Charlatan'. Giambattista Tiepolo 1696-1770.  
Cambo Collectie, Barcelona.

## 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

J. Diepersloot (W. van Hof), secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der 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)  
College voor Sociale Geneeskunde (CSG)  
College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Geweld in de spreekkamer

Geweld tegen artsen heeft de laatste jaren een aantal malen de aandacht van de pers getrokken. Het is voor de KNMG aanleiding geweest voor een enquête onder Friese huisartsen.

Al in de Griekse Oudheid moesten artsen rekening houden met agressieve patiënten. Kregen ze destijds het advies de stad te ontvluchten als ze bij een ongeheel ziekte patiënt werden geroepen, tegenwoordig komt fysiek geweld nogal eens voor als bepaalde patiënten hun zin niet krijgen, als ze psychotisch zijn of onder invloed van alcohol of drugs verkeren. Huisartsen kunnen daarnaast gemakkelijk betrokken raken bij conflicten of bedreigingen thuis. In de laatste situaties wordt zelfs door politieagenten nogal eens verwacht dat artsen in staat zijn rust te scheppen. Het is niet verwonderlijk dat dit niet altijd lukt en dat de arts zelf wordt bedreigd. Het risico hiervan is nog groter voor de collegae die zijn betrokken bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten: het is niet ondenkbaar dat ze onenigheid over een advies of oordeel over arbeids(on)geschiktheid met fysiek geweld moeten bekopen; enige jaren geleden is een collega in het zuiden van het land bij zo'n conflict zelfs om het leven gekomen.

Blijkbaar hebben de verruwing van onze maatschappij, de toenemende agressie en het veranderd patroon van normen en waarden ook onze spreekkamers bereikt. We moeten erkennen dat macht en machts spelletjes belangrijke, niet weg te denken, instrumenten zijn voor iedereen die in onze samenleving iets voor elkaar wil krijgen. Dit geldt zowel voor de top als voor de voet van onze samenleving. Wie een grote mond opzet en goed van de tongriem gesneden is, krijgt meer voor elkaar. Toen Terlouw nog fractieleider van D'66 was heeft hij bij de algemene politieke beschouwingen, naar aanleiding van de vraag om euthanasie en het probleem hoe de mogelijkheid hiertoe in de wet kan worden verankerd, over deze keerzijde van mondigheid een behartigenswaardig betoog gehouden.

Ongetwijfeld dragen wij als beroepsgroep ook bij tot het agressieve gedrag van onze patiënten. Het is heel goed voorstelbaar, dat ons soms hautain en niet altijd op de problemen van de patiënt gerichte gedrag een onbeheerste primaire reactie oproept. Voor veel mensen gaat er al van een spreekkamer of een ziekenhuis een zekere dreiging uit. De

reden waarom mensen bij ons komen is soms al dat hun draagkracht is uitgeput. Mensen voelen (en zijn) vaak zeer van ons afhankelijk en weten dan niet hoe zij aan hun machteloosheid uiting kunnen geven. Het is daarom begrijpelijk dat patiënten met hun agressieve gevoelens geen raad weten en primitief reageren.

Het is tevens mogelijk, dat agressief gedrag wordt uitgelokt door de ongeschreven regel dat binnen de arts-patiëntrelatie gezonde kritiek en bij elke normale werksituatie behorende kwaadheid op elkaar niet is toegestaan. Patiënten vinden het heel moeilijk aan te geven dat ze het over iets niet met ons eens zijn en als dit dan toch gebeurt, geschiedt het onbeheerst. Een patiënt mag bij de moderne arts over van alles zijn emoties tonen, als het de helpende arts zelf maar niet betreft. Dat geldt niet alleen voor de patiënt jegens de arts; ook artsen vinden het

## Dr. C. Spreeuwenberg

moeilijk om aan irritaties uitdrukking te geven. Dat er alleen maar sprake van onderdrukking van gevoelens is, blijkt wel op het moment dat er wél boze woorden en klappen vallen: dan vliegt de vlam in de pan. Ook bij mezelf: de enige maal dat een patiënt tegen mij uithaalde, kon ik alleen maar terugmeppen; een reflex waarvan ik gelijk spijt had.

Dezelfde kwaadheid over het gedrag van patiënten komen we tegen in het artikel van Schretlen, Wijkkel en Haverkort over de nieuwe weekendwaarneming in 's Hertogenbosch (blz. 876). Door de huisartsen aldaar is met veel enthousiasme geijverd voor een centrale huisartsenpost, zodat patiënten in het weekend en op de feestdagen naar een vast adres kunnen gaan dat altijd door een huisarts en een doktersassistente is bemand. Voor de visites zijn twee andere huisartsen beschikbaar. Men doet in totaal niet langer dan 24 uur dienst en behoeft overdag niet langer dan 5½ uur ('s nachts 8½ uur) op de dokterspost te zijn. Kortom, men had een regeling gemaakt waarvan men voordelen verwachtte voor de patiënt, het artsengezin en de huisarts zelf. De resultaten van de regeling vallen de huisartsen toch tegen: 56% heeft het moeilijk met het eisend gedrag van een aantal patiënten, 50% ergert zich aan de gemakzucht en 46% ervaart de agressie als zwaar. Eén op de drie huisartsen en

assistentes voelt zich 's nachts niet veilig op de dokterspost en 64% van de artsen vreest een toename van de agressie.

Uit de toon van dit deel van hun artikel en uit eerdere interviews blijkt dat de auteurs door deze confrontatie met geweld behoorlijk zijn aangeslagen. De eigen inzet en de eigen normen en waarden staan haaks op het gedrag van een aantal patiënten. Hoe begrijpelijk ook, als er met deze constatering verder niets gebeurt is dit voor een adequate hulpverlening weinig vruchtbaar. Wellicht helpt het als men zich een realistischer beeld schept van geweld, waarneming en de eigen mogelijkheden.

Het anoniem maken van de waarneming, bijvoorbeeld door een GG&GD-gebouw te kiezen, doet vanzelfsprekend bij het publiek het gevoel ontstaan dat 'de winkel altijd open is'. Dat dit niet de bedoeling is en dat de waarneming er alleen voor noodgevallen is en door door-de-weeks al hard werkende huisartsen geschiedt, kan het publiek dan niet meer duidelijk worden gemaakt. Voor het publiek is zo'n plaats hetzelfde als een poliebureau of een EHBO-post van een ziekenhuis: die zijn ook altijd open en daar hoeft je ook geen medelijden met de politieagent of zuster te hebben. Patiënten sparen hun eigen dokter, maar voelen minder remmingen naar een anonieme arts te gaan. Een anonieme arts heeft ook een zwakkere positie tegenover een eisende patiënt; hij kan immers minder gebruik maken van eerdere ervaringen met de patiënt op grond waarvan hij met gezag een beslissing kan nemen.

Het is van belang, dat de waarnemers één lijn trekken en de bevolking duidelijk maken wat ze wel en niet van een waarnemend arts kan verwachten. Nog belangrijker is, dat artsen leren met weerstanden en frustraties om te gaan. Het heeft weinig zin over de patiënten te mopperen. Als er inderdaad zo vaak sprake is van agressie, zal men zijn gedrag daarop moeten afstemmen. Naar mijn gevoel zal men moeten kiezen: óf als huisarts de waarneming verzorgen, maar dan ook terugkeren naar de kleinschaliger waarnemingsgroepen, óf ervoor zorgen dat er buiten de normale werkuren een anonieme eerstelijns-arts is; dit kan grootschaliger en behoeft niet door de lokale huisartsen te worden uitgevoerd. Kiezen tussen werkgelegenheid en huisartsgeneeskunde, dus. □

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

## Beroepsopleiding: een visitekaartje

De media volgend, lijkt het soms of de medische beroepsgroep zich alleen zorgen maakt om haar inkomen. Dit is echter een vertekend beeld. Van oudsher wordt er veel tijd en energie gestoken in zaken die de kwaliteit van de beroepsuitoefening beogen te waarborgen en waar nodig te verbeteren. De fundamenteën voor die kwaliteit worden gelegd in de opleiding.

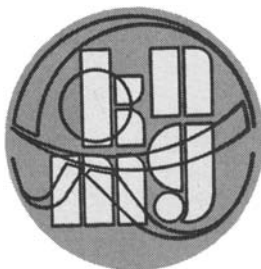
De opleiding tot arts, maar met name de medische vervolgoopleidingen, moeten de arts in staat stellen de steeds gecompliceerder wordende geneeskunde op verantwoorde wijze uit te oefenen en te blijven uitoefenen. Zolang als de medische beroepsopleiding bestaat – en dat dateert al van vóór de tweede wereldoorlog – heeft de KNMG daarin een belangrijke rol vervuld via de door de KNMG opgerichte maar overigens zelfstandige organen, de colleges en registratiecommissies.

De KNMG heeft, ondersteund en gelegitimeerd door de overheid, in 1961 voor wat betreft de erkenning en registratie van medische specialisten, in 1968 voor de sociaal-geneeskundigen en in 1973 voor de huisartsen de vervolgoopleiding geformaliseerd in haar statuten en huishoudelijk reglement. Het is niet overdreven te stellen dat de medische vervolgoopleiding niet op het huidige hoge niveau zou kunnen staan als de beroepsgroep de opleiding niet zou dragen en de beroepsorganisatie niet garant zou staan voor de continuïteit. Alle reden voor tevredenheid zo lijkt het.

Maar het is niet alleen rozegeur en maneschijn. De problemen stapelen zich op. Problemen, onder meer voortkomend uit een overschot aan artsen (althans in relatie tot het beschikbare gezondheidszorgbudget), een beperkt aantal opleidingsplaatsen en een gebrek aan passende functies. Uitgezonderd de opleiding tot sociaal-geneeskundige, is er een stijgend tekort aan opleidingsplaatsen. Voor de opleiding tot medisch specialist wordt reeds geselecteerd. Tot voor kort was dat voor de huisartsenopleiding nog niet het geval, maar functioneerde daar een wachtlijststelsel. Wie op de wachtlijst stond kwam vroeg of laat (soms na meer dan drie jaar) aan de beurt voor een opleidingsplaats.

Door de verlenging van de opleidingsduur per 1 januari 1989 van een naar twee jaar wordt het aantal door de overheid vastgestelde opleidingsplaatsen gehalveerd van 520 naar 260 per jaar. De wachtlijsten zouden dan verder groeien tot tien jaar. Een vanuit het oogpunt van kwaliteit van opleiding een onverant-

woorde zaak vonden het College voor Huisarts-geneeskunde en de Huisarts Registratiecommissie. De artsen die lang op een plaats moeten wachten hebben een zeer verschillend niveau als ze dan uiteindelijk aan de opleiding kunnen beginnen. De één heeft in die tijd geen enkele geneeskundige functie uitgeoefend en is veel essentiële kennis en ervaring kwijtgeraakt, de ander is jarenlang assistent in een ziekenhuis geweest en heeft veel aan kennis en ervaring gewonnen, zij het lang niet altijd voor het huisartsenvak relevant. Het College heeft daarom per 1 januari aanstaande met goedkeuring van KNMG en overheid een lotingssysteem ingevoerd, gecombineerd met een sollicitatieprocedure (zie MC nr. 14 van 8 april 1988, blz. 447 en 448). Loting is een onbevredigende methode om te selec-



teren, daar is eenieder het wel over eens. Men is het er echter ook over eens dat er voor de huisartsenopleiding nog geen aanvaardbaar systeem voor positieve selectie is ontwikkeld. Vandaar tijdelijk – ondanks alle bezwaren – loting. Een studietoetscommissie buigt zich intussen over een te ontwerpen positief selectiesysteem. Dat kan echter nog enkele jaren duren.

De Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen heeft bezwaren tegen deze nieuwe procedure. Zodanige bezwaren dat zij de lotingsprocedure in kort geding heeft aangevochten. De LBB wil het wachtlijststelsel continueren omdat op de lange duur (ook al is het dan na tien jaar) iedereen dan zeker is van een plaats. Nu moet ieder jaar geloot en gesolliciteerd worden met een kans van 1 op 5 op een plaats. Begrijpelijk is dat dit voor de direct betrokkenen een uiterst onaangename zaak is. Ook al is sinds 1984 gewaarschuwd dat plaatsing op de wachtlijst geen garantie of recht op een plaats gaf.

Anderzijds is er het dilemma dat de kwaliteit van de opleiding en derhalve van toekomstige

huisartsen ondergeschikt wordt gemaakt aan de belangen van die enkeling die dan in de toekomst bereid zou zijn tien jaar te wachten op een opleidingsplaats. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit als om sociale redenen een onaanvaardbare zaak. De president in kort geding heeft de KNMG daarbij volledig in het gelijk gesteld en alle vorderingen van de LBB afgewezen.

De KNMG draagt voor de procedure medeverantwoordelijkheid en meent ook dat zij die moet dragen, ook als het gaat om het nemen van pijnlijke, impopulaire maatregelen.

Gelukkig blijkt de invloed van de KNMG ook in positieve zin te kunnen worden ingezet. Het ministerie van WVC weigerde recent om vermeende budgettaire redenen de verlenging van acht medische specialistenopleidingen goed te keuren. Deze verlenging was uit het oogpunt van kwaliteit noodzakelijk, zoals door eenieder – ook de staatssecretaris – werd onderschreven. Het hoofdbestuur van de KNMG heeft ernstig protest tegen de stellingname van WVC aangetekend. Deze bezwaren hebben uiteindelijk geleid tot het opheffen van het veto over de verlenging.

Niet iedere arts zal zich elke dag realiseren dat zijn beroepsorganisatie veel meer doet dan het behartigen van materiële belangen en dat bij de behartiging van tal van immateriële zaken ook zijn opleiding dank zij de KNMG tot stand is gekomen en in stand wordt gehouden. Een vroegere secretaris van één van de registratiecommissies noemde dit het visitekaartje van de KNMG. De KNMG zal zeker trachten dit visitekaartje in optimale staat te houden.

W. H. Cense,  
voorzitter KNMG

**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.**

## INZAGERECHT (1)

### Recht en averecht

Bij de artikelen van collega G. R. van den Berg en Mr. P. J. M. van Wersch in MC nr. 15/1988, blz. 468 en blz. 472, over het thema 'inzagerecht' moge ik enkele kanttekeningen plaatsen.

1. Beide auteurs begeven zich op glad ijs, omdat het inzagerecht nog steeds geen 'recht' is in de normale betekenis, doordat op dit punt geen wetgeving bestaat. Wij beschikken evenwel in Nederland over een rechtsprekend apparaat dat zo goed en zo kwaad mogelijk tracht op grond van bovengeschikte (Grondwet) of nevensgeschikte rechtsregels (Besluit Eisen voor erkenning van ziekenhuizen!) uitspraken te doen over kwesties waar de wetgever zich tot dusver niet expliciet over heeft uitgesproken.

2. Het is in een geordende democratische rechtsstaat (hoge en sporadische uitzonderingen daargelaten?) ontoelaatbaar dat 'rechtsregels' worden gehanteerd terwijl er geen wet is! In een democratisch staatsrecht past dat de burger precies weet waar hij in het recht aan toe is. Pas dan kan hij 'geacht worden de wet te kennen.' Recht dat in elkaar wordt gefruitseld op grond van casuïstische jurisprudenties draagt in zich de kern van ónrecht. Een samenleving die in haar rechtsstructuur nog alleen te begrijpen is voor meesters in de rechten is geen democratie meer, hooguit een óngeordende, verworpen democratie. Het 'inzagerecht' is gefruitseld recht.

3. Los van de vraag of Van den Berg gelijk heeft – en dat heeft hij naar veler mening tenminste tot aanzienlijke hoogte – deugt de opmerking van Van Wersch niet waar hij zegt dat de mening van Van den Berg hopelijk 'niet representatief is' voor de mening van 'andere psychiaters in Nederland'. Die opmerking slaat terug op de advocaat Van Wersch zelf. Immers: Mr. J. Legemaate, als juridisch medewerker van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon meer dan wie ook van deze materie op de hoogte, constateerde onlangs dat advocaten en rechters uiteenlopende meningen hebben. Mr. Van Wersch zou er beter aan doen niet zo hoog van de juridische toren te blazen als hij in zijn artikel doet. In elk geval is hij (gelukkig) ook niet representatief voor juristen die zich op het netelige terrein van de gezondheidszorg heel wat genuanceerder en zorgvuldiger plegen uit te drukken (Enschedé, Van Veen, Leyten, om er enkelen te noemen).

4. De sarcastische en kritische opmerkingen die Van den Berg maakt over het aanzwellend getij van rechtsmeesters, op de golfslag van toenemende regelgeving en bureaucratisering,

## BRIEVEN

mogen Van Wersch wellicht in het averechtse keelgat zijn geschoten: wie enig oor te luisteren legt bij mensen die midden in de praktijk van alledag moeten proberen hulp aan medemensen te geven, zal met schrik moeten vaststellen dat de regelgeving inderdaad haar doel voorbij schiet. Dat gebeurt te meer naarmate die regelgeving directer ingrijpt in basisprocessen van hulpverleners en het daaraan direct verbonden handelen (ook in administratieve zin). Het inzagerecht is daarvan een kenmerkend voorbeeld. Er valt een toenemende weerzin waar te nemen tegen het hinderlijk volgen van behandelaars door juristen die uit zijn op 'behoorlijke proceskansen'. Die irritatie zal nog meer toenemen naarmate naast de rechtsmeesters ook de geldmeesters de hulpverleners steeds meer gaan inperken in de bewegingsvrijheid die zij nodig hebben om de creatieve kunst van het behandelen naar behoren te ontplooiën.

5. Tenslotte: wanneer het ooit komt tot een wettelijk geformuleerde rechtsrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener, zullen de rechtsposities van beiden in hun onderlinge samenwerking en samenhang moeten worden vastgelegd. De rechtspositie van de patiënt vergt als tegenhanger de rechtspositie van de behandelaar, zeker niet in de laatste plaats juist om die rechtspositie van de patiënt in het juiste perspectief goed te verankeren. Tot dusver wordt in hoofdzaak over de rechtspositie van patiënten en andere hulpvragers gesproken. De achtergrond daarvan is oorspronkelijk de geconstateerde wanverhouding in machtspositie tussen patiënt en behandelaar. Deze is echter steeds meer verworpen tot een gekoesterde, en ook door overheidsbeleid aangewakkerde, achterdocht jegens hulpverleners in het algemeen en artsen in het bijzonder. Een goed gestructureerde discussie over patiënten- en behandelaarsrecht zou deze emotionele scheefgroei opden duur kunnen corrigeren, al was het alleen maar door het zoeken naar de vorming van een werkelijk Recht.

Burgh Haamstede, juli 1988  
Dr. M. H. Cohen Stuart

## INZAGERECHT (2)

Jurist Van Wersch reageert op een artikel over inzagerecht en jurisdisering van psychiater Van den Berg (MC nr. 15/1988). Op de argumentatie van Van den Berg, dat een onbeperkt inza-

gerecht schadelijk is voor de patiënt en voor de kwaliteit van de dossiers, reageert Van Wersch slechts met: 'Dat valt wel mee'. Dat zou nog moeten worden aangetoond. En de schaarse publikaties hierover (zie Hirschfeld en Schagen, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1987, 42, p. 268-281) geven geen steun aan de verwachting van onschadelijkheid.

Van Wersch schrijft, dat zijn belangrijkste bezwaar tegen de opvatting van Van den Berg is dat hij volledig voorbijgaat aan het recht op privacy (p. 473, middelste kolom). Dit is heel vreemd. Van den Berg heeft aan het privacy-aspect in het korte artikel ruime aandacht besteed (p. 470, 1e, 2e en 3e kolom en p. 471, 1e kolom). Op deze manier hoeft Van Wersch op de argumenten van Van den Berg niet in te gaan. De grappig bedoelde samenvatting bij het stuk van Van Wersch, culminerend in de Engelse zeggwijze: 'First set up a strawman and then shoot him', wordt dan wat pijnlijk voor Van Wersch zelf.

Bescherming van de privacy kan niet betekenen dat een patiënt kan zeggen: 'U hebt mij in behandeling genomen. Nu bent u verplicht mij alles te zeggen wat u over mij denkt.' Ik weet wel dat dit niet de voorgestelde formulering is van het inzagerecht. Er wordt een uitzondering gemaakt voor de persoonlijke werkaantekeningen. Het probleem is echter, dat bij een juiste opvatting van de dossiervorming – en dat is een ruime opvatting, zoals Van den Berg overtuigend betoogt – deze afscherming van de werkaantekeningen geen soelaas biedt. Een strikte interpretatie van het inzagerecht zou dan toch neerkomen op verplicht alles zeggen wat je als behandelaar denkt, omdat alles wat je in de functie van behandelaar denkt, zeker in de psychiatrie, van belang kan zijn voor de behandeling en daarom in het dossier behoort te worden opgenomen.

Waarom noemen artsen dit jurisdisering? Omdat alleen juridische argumenten nog tellen en inhoudelijke overwegingen geen indruk meer maken. Artsen moeten juridische argumenten zoeken bij het verzet tegen een direct en compleet inzagerecht. Van den Berg zegt dat juist vanwege de privacy een onbeperkt inzagerecht ongewenst is. Omdat dit voor juristen waarschijnlijk niet meteen duidelijk is, wil ik het vanuit de psychiatrie toelichten: Onbewuste inhouden (gedachten, fantasieën, gevoelens) zijn niet voor niets onbewust. Ze kunnen iemand in de war brengen, angstig, suïcidaal of agressief maken, wanneer ze geforceerd bewust worden gemaakt. Bescherming van de privacy moet ook inhouden dat de grens tussen bewust en onbewust intact wordt gelaten. Dat een deskundige zich bepaalde ideeën over de onbewuste problematiek van een patiënt heeft gevormd, mag geen rede zijn om de betrokkene op onverantwoorde wijze

met deze hypothesen over zijn onbewuste inhouden te confronteren. En nu mag de gezondheidsjurist in het belang van een goed verloop van deze discussie, deze argumentatie in de juiste juridische termen formuleren.

Amsterdam, juli 1988  
F. Polak, psychiater

## FLANKEREND GERIATRISCH BELEID (1)

*Oxford, Maastricht en de klinische geriater*

Het – zo positief getinte – artikel van J. F. B. M. Fiolet, c.s.<sup>1</sup>, bereikte me op de dag dat ik van een studiereis langs de geriatrie afdelingen in Oxford terugkeerde, teleurgesteld door de kennismaking met het 'geriatrie model Oxford'. In deze oudste Britse universiteitsstad is in de afgelopen jaren, in afwijking van de gebruikelijke vormgeving in het Verenigd Koninkrijk, de klinische geriatrie samen met de interne geneeskunde, de endocrinologie en de cardiologie geïntegreerd in het John Radcliff-hospital, met de uitdrukkelijke bedoeling de klinische geriatrie met deze intern-geneeskundige disciplines te laten samenvloeden. Het bleek, althans naar Nederlandse klinisch-geriatrie maatstaven geoordeeld, geen overtuigend succes te zijn.

Over ongeveer 130 bedden, over twee bouwlagen verdeeld, waren de geriatrie patiënten verstrooid geraakt. Van enig structureel beleid leek nauwelijks meer sprake te zijn. De oorspronkelijke geriatrie afdeling was grotendeels bevolkt met intern-geneeskundige patiënten en de fraaie revalidatieafdeling werd nauwelijks effectief benut. Voor de vroegste c.q. snelste professor of diens 'senior-lecturer' was de begeleiding door de 'ward-nurse' weggelegd: er moest immers worden gekozen. Op de 'noon meetings' heb ik alles over harttransplantatie, reumaserologie, streptokina-behandelingen en DNA gehoord, maar niets over geriatrie of gerontologie. Op een grote ziekenzaal onttrok het wit van drie visite makende rijen doktoren de patiënten bijkans aan het zicht. Het was maar gelukkig dat de geriatrie patiënten reeds na gemiddeld 10½ dag alweer konden worden ontslagen of konden worden overgeplaatst naar de Rehabilitation Ward in de – op 2 km afstand gelegen – Radcliff Infirmary of de Long-term treatment Ward in het vervallen en uit hout en golfplaten opgetrokken Churchill-Hospital; paradoxaal genoeg kwam de geriatrie daar beter uit de verf. In deze anderhalve week kwam men dus ook niet veel verder dan een inventarisatie van de lichamelijke en psychische gebreken; aan de juist voor de bejaarde zo belangrijke sociale evaluatie kwam men nauwelijks toe.

Alles wees erop dat de integratie zich grotendeels ten koste van de geriatrie waarden had voltrokken. Hoe enthousiast en vol idealen men het experiment ook was begonnen, hoe hoopvol het ook in de aanvang leek wat de geriatrie betrof, een en ander was, althans in

mijn ogen, grotendeels theorie gebleven. De reden moest er wel in zijn gelegen dat de zelfstandige geriatrie afdeling in de loop der afgelopen jaren haar eigen identiteit had prijsgegeven en ook niet meer bij machte was zich op eigen professionele karakteristiek te profileren.

Het is overigens geenszins de bedoeling aan de hand van deze – ook voor Groot-Brittannië zeker uitzonderlijke – opzet een mening te pomen over de onmiskenbaar moedige, in dit begin zeker ook succesvolle formule van geriatrie beleid als door Fiolet c.s. in het Academisch Ziekenhuis Maastricht gerealiseerd. Hun poging om – bij gebrek aan een eigen afdeling in het AZM – de klinische geriatrie toch te introduceren en een eigen disciplinaire attitude te verlenen, is zeker het kennismaken waard. De goede resultaten bevestigen in overtuigende zin de uitspraken van al zovele klinische geriateren vóór hen, dat op de meeste algemene afdelingen van ziekenhuizen veel geriatrie arbeid te zoeken en te vinden is<sup>2</sup>. Inderdaad is het treffend dat de ziekte-toestand van de Maastrichtse patiëntenpopulatie grote overeenkomsten heeft met de door het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verzamelde GAAZ-gegevens<sup>3</sup>, maar het is zeer de vraag of een onmiskenbare selectie van de Maastrichtse populatie, die deels om andere redenen was opgenomen, een dergelijke vergelijking wetigt. De hoge mate van bedlegerigheid – in de helft der gevallen is men ook nog korter dan drie weken aanwezig – en de hoge frequenties intraveneuze therapie, sondevoeding en operatie doen vermoeden dat in een aantal gevallen een min of meer acute verslechtering de verklaring vormt voor de al even snelle verbetering.

Het is bovendien de vraag of het bonte palet aan afwijkingen wel de werkelijke aard en mate van handicapvorming weergeeft. Immers, hierdoor worden tempo en omvang van het herstel grotendeels bepaald<sup>4</sup>.

Ook het 'afroomeffect', even opmerkelijk duidelijk aanwezig als voorbijgaand bij de start van een klinisch-geriatrie afdeling, kan tot de resultaten hebben bijgedragen: de vermelding dat 29% van de patiënten nog recentelijk in het ziekenhuis was opgenomen, wijst wel in die richting. Ook en juist het feit dat slechts 4% van de patiënten wegens sociale problematiek geriatrie hulp behoefde, doet er twijfel aan rijzen of de patiëntengroep wel aan de welomschreven klinisch-geriatrie kenmerken voldoet<sup>5-7</sup>.

Zullen de komende jaren wel identieke resultaten te zien geven? Het is lovenswaard bij gebrek aan een eigen klinisch-geriatrie bedden-unit niet met de geriatrie handen in de schoot te blijven zitten. Doch het bovengenoemde NZI-rapport kiest niet op losse gronden vóór de aanwezigheid van een eigen klinisch-geriatrie afdeling en tégen een geriatrie consulentenschap zonder bedden<sup>3</sup> (rapport blz. 26 e.v.); niet voor niets wordt dit in 1987 overgenomen door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen<sup>8</sup>. Het ware te wensen geweest dat een dergelijke optie in het

Maastrichtse ook was vermeld. Het Committee Consensus Geriatric Assessment of the elderly stelt impliciet, dat 'assessment is preferably to occur in the setting of the geriatric assessment ward'<sup>9</sup>.

Het Maastrichtse model moge specialisten van andere disciplines duidelijk maken dat nog te veel en te vaak zinvolle geriatrie zorg aan hun bejaarde patiënten wordt onthouden, het ontslaat de klinische geriater niet van de noodzaak te blijven streven naar een eigen thuisbasis, van waaruit die zorg wordt gestructureerd, gecoördineerd en gerealiseerd: de eigen GAAZ. Slechts vanuit zulk bolwerk kan blijvende klinische geriatrie worden gegeneerd, uitgebreid en bijgesteld; slechts op deze wijze kan de klinisch-geriater de eigen identiteit blijven bewaken en behouden.

Overveen, juni 1988  
J. A. de Fockert, internist

### Literatuur

1. Fiolet JFBM, Proosdij C van, Wendte MJJ, Flendrig JA et al. Flankerend geriatrie beleid: het model-Maastricht. Medisch Contact 1988; 43: 566-71.
2. Fockert JA de. De geriatrie patiënt in het ziekenhuis. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1985; 38: 425-7.
3. Nationaal Ziekenhuisinstituut. Geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, september 1986 (NZI 86-486).
4. Fockert JA de. Handicap in ste van ziekten. Vox Hospitalii 1986; 10: 43-9.
5. Bruyns E, Ameyden van Duym EE van. Contouren van een geriatrie afdeling in een algemeen ziekenhuis (GAAZ). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1984; 15: 15-23.
6. Ouweelen-Persijn LE van den, Wit-Ornee JM de, Gilson F. Het ontstaan en functioneren van een GAAZ. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1983; 14: 11-5.
7. Fockert JA de. Ervaringen op de GAAZ te Haarlem. Vox Hospitalii 1988 (ter perse).
8. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen (advies 1987-4013-43), 18.
9. Geriatric Assessment: Methods for Clinical Decision Making. JAMA 1988; 259: 2450.

## FLANKEREND GERIATRISCH BELEID (2)

*Commentaar van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie*

In hun artikel in Medisch Contact van 6 mei jl. (MC nr. 18/1988, blz. 566) doen J. F. B. M. Fiolet c.s. verslag van hun activiteiten ten behoeve van geriatrie problemen bij patiënten in het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Terecht stellen zij dat het ziekenhuis, waarin het aantal patiënten ouder dan 65 jaar en met name de groep hoogbejaarden sterk zal toenemen, qua organisatie, outillage en attitude geschikt moet worden gemaakt voor opvang en begeleiding van deze oudere patiënten. Daartoe is door hen het zogeheten flankerend geriatrie beleid ontwikkeld. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op het ontstaan/verergeren van geriatrie



problematiek toe, hoewel niet elke hoogbejaarde ooit geriatrische patiënt zal worden. Er zal derhalve een geleidelijke overgang bestaan van patiënten met alleen of voornamelijk orgaanspecialistische problemen naar de complexe situatie die bij (een deel van) de hoogbejaarde patiëntengroep als geriatrische problematiek wordt aangeduid. Van de totale groep bejaarden behoort naar schatting van de auteurs 1%-5% tot 'de echte geriatrische patiënten'; dit komt ongeveer overeen met het aantal opnames in een GAAZ (geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) ten opzichte van het totaal aantal opnames van patiënten ouder dan 65 jaar. In het artikel wordt niet duidelijk welk deel van de beschreven patiënten tot deze groep behoort.

Hoewel de patiëntengroepen uit Maastricht en die welke zijn beschreven in het NZI-onderzoek wel overeenkomen met betrekking tot leeftijd, verwijzingspatroon en aantal diagnosen, zijn er ook belangrijke verschillen. Deze betreffen vooral het verschil in aantal spoedopnames (75% versus 30%), volledige hulpbehoefte (68% versus 51%) en bedlegerigheid bij opname (42% versus 23%). Hieruit ontstaat het beeld dat in Maastricht veel patiënten werden gezien met een acute aandoening, die daardoor volledig hulpbehoefte en bedlegerig waren.

De verbetering van het functieniveau aan het eind van de opname is waarschijnlijk meer het gevolg van de behandeling van de acute aandoening dan van de interventie door de werkgroep Geriatrie. Vergelijking met patiënten bij wie deze interventie niet plaatsvindt zou hierop een antwoord kunnen geven.

Verder komt bij de beschrijving van de patiëntengegevens niet naar voren op welke (deelspecialistische) afdelingen de patiënten werden opgenomen. Evenmin is aangegeven of de werkgroep Geriatrie in alle gevallen de complementaire zorg naast de zorg door een (orgaan)specialist gaf of dat zij in een deel der gevallen ook hoofdbehandelaar was (bijvoorbeeld bij de patiënten die door de werkgroep zelf waren opgenomen).

In het artikel wordt betoogd, dat immobiliteit en sociale deprivatie veel voorkomende problemen zijn. De mate van herstel van mobiliteit wordt wel weergegeven. Over de gevolgen van sociale deprivatie worden verder geen mededelingen meer gedaan.

In de gepresenteerde gegevens worden verschillende patiëntengroepen met elkaar vergeleken. De conclusie dat het flankerend geriatrisch beleid een goed alternatief voor een GAAZ is, kan dan ook niet op deze gegevens worden gebaseerd.

Naar de mening van ondergetekenden en volgens de literatuur is vooral de kleine groep (1%-5%) van 'echte' geriatrische patiënten, dat wil zeggen zij die mede op basis van verouderingsprocessen in een zodanig label evenwicht zijn geraakt dat er ten gevolge van een verandering in hun biologisch, psychisch of sociaal functioneren een bedreiging van de integriteit van hun bestaan optreedt, gebaat bij een opname in een GAAZ. Die bejaarde patiënten bij wie de orgaanspecialistische pro-

blematiek op de voorgrond staat maar bij wie tevens sprake is van sociale problemen, verwardheid, dreigende immobilisatie en/of incontinentie, zijn gebaat bij een flankerend geriatrisch beleid tijdens hun verblijf op de deelspecifieke afdeling<sup>1-5</sup>.

Het flankerend geriatrisch beleid dient dus te worden beschouwd als een aanvulling op de klinisch-geriatrische afdeling en polikliniek; onderlinge samenwerking (eventueel regionaal) is daarvoor een voorwaarde. Alleen op deze wijze kan zoveel mogelijk geriatrische problematiek in het ziekenhuis tijdig en goed worden behandeld, zowel door klinische geriaters als door andere specialisten, ieder met de hun ter beschikking staande middelen en mensen. Beiden zijn dan complementair en niet concurrerend. Stimulering van consultatiemogelijkheden kan dan ook niet los worden gezien van de overige klinisch-geriatrische faciliteiten.

Arnhem, juli 1988

E. Bruijns,

mede namens het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie:

D. H. Sipma,  
P. Hupkens,  
P. A. F. Jansen,  
L. E. Persijn,  
P. B. M. Robben,  
W. Schaling en  
J. P. J. Slaets,

en namens de volgende specialisten:

G. C. A. van der Aa,  
T. van der Cammen,  
J. A. de Fockert,  
G. M. A. Groutars,  
W. H. L. Hoefnagels,  
M. J. H. J. Jellesma-Eggenkamp,  
J. F. van Nieuwkerk,  
M. Ornée en  
C. Thyssen

#### Literatuur

1. Rai GS, Murphy P, Pluck RA. Who should provide hospital care for elderly people? *Lancet* 1985; 1: 683-5.
2. Anonymus. Geriatrics for all? Editorial *Lancet* 1985; 1: 674-5.
3. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *New Engl J Med* 1985; 311: 1664-70.
4. Rubenstein LZ. Documenting impacts of geriatric consultation. *J Am Ger Soc* 1987; 35: 829-30.
5. Anonymus. Geriatric consultation teams. Editorial. *Lancet* 1987; 1: 602-4.

#### Naschrift

Het is verheugend dat ons artikel over het flankerend geriatrisch beleid zo duidelijk weerklank heeft gevonden binnen de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Dat daarbij opmerkingen zijn te maken betreffende de vergelijkbaarheid van de beschreven patiëntengroep met patiënten opgenomen in een

GAAZ, werd door ons reeds vermeld. Wij wijzen op het belang van verdere optimalisering van de patiëntengegevensregistratie; hierover zal door ons in de nabije toekomst worden gepubliceerd. Op enkele opmerkingen gaan wij nader in:

Het verschil in het percentage spoedopnames (75% versus 30%) wordt ons inziens niet alleen bepaald door het frequenter aanwezig zijn van acute aandoeningen. Het kan worden verklaard uit het feit dat het Academisch Ziekenhuis Maastricht het enige ziekenhuis is in het verzorgingsgebied. Bovendien wordt, in tegenstelling tot de door een aantal GAAZ-afdelingen gehanteerde strategie, ten onzent *geen* wachtlijst voor opnames gehanteerd. Dit betekent dat patiënten met acute aandoeningen direct kunnen worden medebehandeld, dus niet pas nadat de acute fase is verstreken. Dit sluit goed aan bij de doelstelling van een ziekenhuis dat, in tegenstelling tot een verpleeghuis, juist primair is gericht op interventie bij acute aandoeningen. Bovendien zullen juist in de fase van acute intercurrente aandoeningen de gevolgen van het wankel evenwicht en het onderscheid tussen 'gewone klinische zorg' en 'geriatrisch georiënteerd beleid' het duidelijkst merkbaar zijn.

Dat patiënten in een dergelijke situatie frequenter hulpbehoefte en bedlegerig zijn, is geen wonder. Het is onze ervaring, dat uitsluitend de behandeling van de acute aandoening geen garantie biedt dat het functieniveau aan het einde van de opname inderdaad is verbeterd. Integendeel, in de inleiding van het artikel werd betoogd dat het omgekeerde veelal het geval is. Uitsluitend door doelgerichte aandacht voor mobiliteit en hulpbehoefte, waarbij de uitvoerende taken voor een belangrijk deel in handen zijn van verpleging en paramedische verzorgers, kan de beoogde (re)activering worden gerealiseerd. Het organiseren en bewaken van deze activiteiten is een belangrijk onderdeel van het flankerend geriatrisch beleid.

Een studie waarbij het effect van het al dan niet toepassen van flankerend geriatrisch beleid wordt geëvalueerd, is theoretisch interessant, maar stuit op medisch-ethische bezwaren. De bekende schadelijke gevolgen van ziekenhuisopname voor ouderen zonder speciale aandacht voor die aspecten welke niet de acute aandoening betreffen, kunnen dagelijks worden waargenomen. In het verleden heeft vooral dat geleid tot het concept van het specialisme geriatric.

De patiënten waren, zoals beschreven, opgenomen op vrijwel alle afdelingen van het ziekenhuis. De complementaire zorg werd daarbij *altijd* gegeven *naast* de zorg van de specialist van die afdeling. Dit gegeven maakt duidelijk dat steeds sprake was van *medebehandeling* en dat de auteurs nooit *hoofdbehandelaar* waren in de zin van *enige* behandelaar. Zoals uit de gepubliceerde gegevens blijkt, heeft daarnaast frequent consultatie van andere specialisten plaatsgevonden.

'Sociale deprivatie' is een moeilijk hanteerbaar begrip. Ook in de NZI-studie wordt geen verdere mededeling gedaan over het lot van

patiënten met sociale deprivatie. Wij hebben wel onderzoek gedaan naar het onderscheid in termen van behandelingsresultaat en ontslagrichting tussen patiënten bij wie er wel en patiënten bij wie er niet sprake was van sociale deprivatie; hierover zal binnenkort nader worden bericht.

Uit het bovenstaande blijkt dat, hoewel wordt onderkend dat er verschil is tussen de beide patiëntengroepen, dit onderscheid niet significant kan worden genoemd. Voor de overgrote meerderheid van de op leeftijd gekomen patiënten is flankerend geriatrisch beleid derhalve een bruikbaar en vooral goed en verhoudingsgewijs goedkoop realiseerbaar alternatief. Dat geldt vooral voor algemene ziekenhuizen waarbinnen, om welke reden dan ook, een geriatrische afdeling ontbreekt. Alleen door samenwerking en voortgaand wetenschappelijk onderzoek kan nader worden bepaald hoe het GAAZ-concept en het flankerend geriatrisch beleid zich in de toekomst tot elkaar zullen verhouden.

\*\*

De door collega De Fockert beschreven 'Engelse toestanden' mogen teleurstellend wezen, hij zal het met ons eens zijn dat een dergelijke situatie niet alleen het gevolg is van de poging geriatrische patiëntenzorg in het grotere geheel van bijvoorbeeld de interne kliniek te integreren. Zijn bevindingen in Engeland zijn niet hoopgevend, maar er zijn voldoende gronden om aan te nemen dat een dergelijk experiment, afhankelijk van lokale organisaties en persoonlijke inzet, elders wel kans van slagen heeft. Voor zover vergelijkbaar, komt uit de Maastrichtse gegevens het beeld naar voren dat een goed geïntegreerde geriatrische zorg wel degelijk mogelijk is binnen de structuur van deelspecialistische afdelingen.

Wij zijn het met collega De Fockert eens, dat de mate van handicapvorming een belangrijker indicator is in de geriatrie dan het louter registreren van diagnoses en afwijkingen. Het is om deze reden dat in de beschrijving zo zeer de nadruk is gelegd op aspecten als zelfzorgvermogen, mobiliteit, hulpbehoefendheid en ontslagrichting.

Onjuist is de veronderstelling dat 4% van de patiënten een sociale opname-indicatie had. Zoals vermeld, had 15% van de totale patiëntenpopulatie een sociale opname-indicatie. Bij 4% van hen was er daarnaast *geen additionele* somatische of psychisch-cognitief getinte opname-indicatie.

Het door De Fockert gememoreerde 'afroom-effect' laat vooralsnog op zich wachten. Het patiëntenaantal is nog sterk groeiende. Gedurende de eerste vijf maanden van 1988 werden reeds meer patiënten gezien en behandeld dan in het jaar 1987. De eerste verwerking van de desbetreffende patiëntengegevens toont slechts geringe verschuivingen. Een definitieve evaluatie kunnen de geïnteresseerden binnen een jaar verwachten.

Door ons wordt niet bestreden dat de klinisch geriatrische afdeling een uiterst bruikbare

vorm is om geriatrische patiëntenzorg te realiseren. Echter op de vraag: 'Is het de enig mogelijke vorm?', luidt ons antwoord: 'Neen!'

Maastricht, juli 1988

J. F. B. M. Fiolet,  
C. van Proosdij,  
C. J. J. Wendte,  
J. A. Flendrig

## BASISGEZONDHEIDSDIENST EN CAMPINGHYGIËNE

In zijn artikel 'Basisgezondheidsdienst en campinghygiëne' in MC nr. 23/1988, blz. 724, stelt R. Melchers dat de bemoeienis van basisgezondheidsdiensten op het gebied van hygiënische advisering van kampeerplaatsen de activiteiten van andere instanties overlapt en zelfs overbodig zou zijn.

De Basisgezondheidsdienst West- en Noord-Groningen is dit zomerseizoen begonnen met een inventarisatie van de hygiënische en veiligheidssituatie op kampeerterreinen (35) in haar regio. Onze ervaring tot nu toe is, dat de invalshoek van de preventieve gezondheidszorg duidelijk een andere is dan die welke door andere instanties wordt gehanteerd. De advisering is daarop afgestemd en blijkens de positieve reacties voldoet de informatievoorziening over gezondheidsbeschermende, ziektevoorkomende en veiligheidsmaatregelen aan een behoefte. Gezien de vragen die worden gesteld en de onderwerpen die aan de orde komen, blijken leemten in kennis te kunnen worden aangevuld. Vooral in het voorseizoen, als de campinghouder/beheerder nog tijd heeft, blijkt een gesprek over gezondheid, risicofactoren en gevolgen van onvoldoende hygiënische maatregelen op een (over)volle zomercamping als waardevol te worden ervaren. Er is (nog) geen sprake van overlappingsen in adviezen.

De conclusie van de schrijver, dat er met diverse instanties die zich al met de hygiëne op campings bezighouden afspraken moeten worden gemaakt, is juist. Maar zijn de medewerkers van de basisgezondheidsdiensten in feite niet de ambtearen die het Besluit Hygiëne en Gezondheid Kampeerplaatsen van de Kampeerwet moeten uitvoeren? En wat de taken van de regionale inspecties betreft: is de sanitaire inspectie van campings nu nog wel hun taak?

Het aandeel van de basisgezondheidsdiensten is mijns inziens duidelijk: zolang er onderwerpen als 'hygiënische voorlichting aan en opvoeding van de kampeersers', 'de inhoud van de EHBO-trommel', 'condoomautomaten', 'desinfectiemiddelen', enz. aan de orde komen, lijkt basisgezondheidszorg op kampeerterreinen niet overbodig.

Het aandeel van de basisgezondheidsdiensten is mijns inziens duidelijk: zolang er onderwerpen als 'hygiënische voorlichting aan en opvoeding van de kampeersers', 'de inhoud van de EHBO-trommel', 'condoomautomaten', 'desinfectiemiddelen', enz. aan de orde komen, lijkt basisgezondheidszorg op kampeerterreinen niet overbodig.

Bedum, juli 1988

I. Wekker-Heitbrink,  
verpleegkundige Algemene Gezondheidszorg

## Internationale onderwijsprijs voor BMG Erasmus Universiteit

Aan de nog jonge studierichting Beleid, Management en Gezondheidszorg (BMG) van de Erasmus Universiteit is een internationale onderwijsprijs toegekend. Op het congres van de European Healthcare Management Association (EHMA) in Milaan (14 juni) is de prijs in ontvangst genomen door Dr. Aad de Roo en Drs. Jan Moen. Deze internationale onderwijsprijs, de 'Baxter Travenol World Trade Award', wordt ieder jaar uitgereikt door de EHMA, een organisatie waarbij tachtig opleidingen voor beleid en management in heel West-Europa zijn aangesloten. De internationale jury is van mening, dat de BMG als beleids- en managementopleiding voor de gezondheidszorg erkenning in de vorm van een prijs verdient vanwege een aantal onderwijsvernieuwingen.

De opleiding is uniek door de wijze, waarop zij de arbeidsmarkt voor beleids- en managementondersteunende functies in de gezondheidszorg vóór de start van de opleiding (1982) heeft onderzocht. In afwijking wat men gewoonlijk aan de universiteiten aantreft, wordt in het onderwijs het probleemdenken gestimuleerd door de manier waarop de studiestof wordt aangeboden. Doorgaans wordt in kleine

groepen de studiestof en het geleerde besproken aan de hand van een gezondheidszorgvraagstuk. De opleiding onderscheidt zich verder door het toepassen van managementtheorieën op de eigen opleiding. Dit houdt in dat het programma doorlopend wordt geëvalueerd en bijgesteld, terwijl er bovendien docentrainingen en docentenbeoordelingen plaatsvinden.

In 1985 werd de opleiding door een internationale groep van deskundigen gevisiteerd. Dit heeft vorig jaar geleid tot wijzigingen in het vakkenpakket. Een belangrijke wijziging betreft de naamgeving: van studierichting Algemene Gezondheidszorg naar studierichting Beleid, Management en Gezondheidszorg. De opleiding heeft zich in haar korte bestaansperiode een sterke positie in het veld van de gezondheidszorg verworven, mede door advisering en contractresearch. Zo heeft de opleiding vijftig afgestudeerden, die op een enkele uitzondering na een functie hebben gekregen. De opleiding kent momenteel een beperkte toelating van honderd eerstejaars studenten. De belangstelling voor deze opleiding is bijna drie maal zo groot als het aantal beschikbare plaatsen. □



## Achtergronden bij conflicten tussen overheid en LSV

# Generaal Akkoord heeft goed voldaan; losse maatregelen voldoen niet

*De medisch specialisten hebben actie gevoerd tegen de voorgenomen verlaging van de vergoeding van de praktijkkosten. Anders gezegd, tegen een tariefsverlaging die vertaald naar de inkomenssituatie dramatische gevolgen heeft. Dit betreft niet alleen het inkomen van de vrijgevestigde specialisten. Waar specialisten in dienstverband zijn, dalen ook de inkomsten van het ziekenhuis dat zelf bij de patiënten declareert. De actie is door de LSV opgeschort toen de rechter de overheid verbood de door het COTG opgestelde richtlijn inzake praktijkkosten goed te keuren. De overheid kreeg tegelijkertijd het rechterlijke bevel met de LSV in overleg te treden over de door de overheid voorgenomen opzegging van het Generaal Akkoord. Tot twee keer toe heeft inderdaad het bedoelde overleg plaatsgevonden. Toch is het Generaal Akkoord door de overheid per 1 augustus opgezegd. Het zijn enkele in het oog springende gebeurtenissen, echter met achtergronden die voor velen wat duister zijn en daarom toelichting verdienen.*

Het in 1984 tussen de overheid en LSV gesloten Generaal Akkoord was primair gericht op een herstructurering van de tarieven waarbij een verband wordt gelegd tussen norminkomen, normatieve praktijkkosten en een normpraktijk. In een logische formule uitgedrukt betekent dit:

$$\text{tarief} = \frac{\text{norminkomen} + \text{normatieve praktijkkosten}}{\text{normpraktijk}}$$

De normpraktijk kan worden uitgedrukt in een aantal declarabele werkuren, het tarief in een uurtarief. Wanneer men vervolgens weet hoeveel tijd een bepaalde behandeling normaal gesproken vergt, kan worden vastgesteld wat het tarief voor die behandeling is.

In het Generaal Akkoord was afgesproken hoe de verschillende onderdelen van deze formule op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau zouden kunnen worden vastgesteld. Maatschappelijk aanvaardbaar betekende – juist de overheid benadrukte dit – dat er strikte koppeling zou zijn tussen de werkelijkheid en de vast te stellen normen. Dus een tariefvaststelling op basis van in onderlinge samenhang gebrachte tariefsbepalende factoren én rekening houden met de werkelijkheid. Daar ging het om.

### RICHTLIJN ZONDER GROND

Wat gebeurde er recent? Daartoe aangezet door de staatssecretaris van Volksgezondheid en ook door de VNZ kwam het COTG tot een richtlijn, die niet alleen het tarief muteert op basis van slechts één

### Dr. F. Th. J. G. T. Kok

lid van het Dagelijks Specialisten Bestuur

apart onderdeel van de weergegeven formule, maar ook op geen enkele wijze rekening houdt met de werkelijkheid van vandaag.

Zonder iets dat ook maar enigszins op een onderbouwing lijkt heeft het COTG besloten het kostenpakket normatief vast te stellen op f 65.000 voor alle specialismen. Als referentiepunt hoe dit moet worden vertaald in een concrete tariefsverlaging hanteert het COTG gegevens die door de commissie-Van Mansvelt bijeen zijn gebracht in 1977 en dus elf jaar oud zijn. Een tweetal deskundigen heeft in 1981 deze gegevens – overigens slecht betrekking hebbend op veertien specialismen – nog naar dat jaar geëxtrapoleerd maar tegelijkertijd verklaard dat ze daarna onbruikbaar zouden zijn.

In de Staatscourant van 8 maart jl. verklaarde de overheid nadrukkelijk hetzelfde: ze zijn op dit moment niet meer bruikbaar voor beleid. De resultaten van de Van Mansvelt-enquête worden gesteld op een kostenpakket van f 107.000. Dat op zichzelf al onjuiste kostenpakket is nu door het COTG voor alle specialismen vastgesteld op f 65.000.

De LSV heeft in samenwerking met de Nederlandsche Internisten Vereeniging en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde door een groot accountantskantoor laten onderzoeken hoe bijvoorbeeld

de feiten bij internisten en chirurgen in werkelijkheid liggen. De gemiddelde praktijkkosten van een internist liggen op f 114.000, die van een chirurg op f 133.000! De LSV heeft tot nu toe in de onderhandelingen met het COTG een bedrag van f 138.000 gehanteerd.

### TARIEF DAALT 12%

Wat de VNZ ooit voor het kostenpakket heeft voorgesteld, waar de LSV vanuit is gegaan en wat het COTG ervan heeft gemaakt blijkt uit de tabel (zie volgende bladzijde). Overigens mag daarbij niet onvermeld blijven dat normering niet alleen een verlaging maar ook een verhogend effect kan hebben, met name als het om kwaliteitseisen gaat. Dat verklaart het bedrag van de LSV. Verder is het onmogelijk één norm voor alle 28 specialismen vast te stellen. Een zekere fictie is onvermijdelijk. Het gaat dan ook meer om het model waarin wordt gedacht.

Het door het COTG vastgestelde kostenpakket leidt over 26 specialismen en de particuliere en ziekenfondspraktijk bij elkaar genomen tot een gemiddelde tariefsdaling van 12%.

Het effect op het inkomen is vanzelfsprekend veel groter. Dit blijkt uit het volgende voorbeeld:

	tarief -12%	
Omzet	f 300.000 - f 36.000 =	f 264.000
Kosten	f 120.000	f 120.000
Inkomen	f 180.000	f 144.000

Dit voorbeeld geeft aan dat een tariefsmutatie van -12% een inkomensdaling teweegbrengt van f 180.000 naar f 144.000, te weten 20%.

Men moet daarbij beseffen dat de medisch specialisten over de periode 1980 – 1986 reeds 36% van hun gemiddelde inkomen hebben ingeleverd, zoals blijkt uit de grafiek (zie volgende bladzijde). Als we verder weten dat het kostenpakket volstrekt willekeurig en zonder enig onderzoek naar de feitelijke situatie is vastgelegd en dat het tarief tegen alle afspraken wordt aangepast op basis van een aanpassing van één tariefcomponent, kan niemand verwonderd zijn dat medisch

specialisten in actie komen. Het is ook niet verwonderlijk dat de LSV dan 'weer' naar de rechter stapt, hetgeen de vereniging door sommigen wordt verweten. Dat de rechter de LSV volkomen in het gelijk stelt is het beste bewijs dat die stap terecht was.

Bij dit alles is nog niet eens gesproken over het gevaar dat het bovenstaande inhoudt voor de kwaliteit van de specialistische gezondheidszorg. Minder mogelijkheden tot na- en bijscholing, minder mogelijkheden tot verslaggeving naar de huisarts. Het zijn maar twee voorbeelden die voor zichzelf spreken.

## OPZEGGING VERWACHT

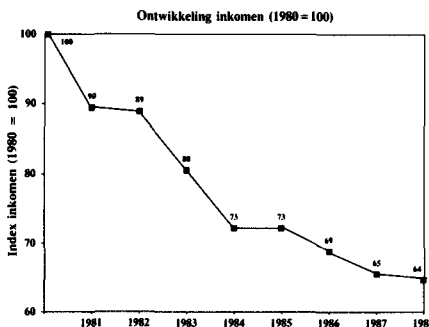
Terug naar het Generaal Akkoord. Terwijl het conflict over de praktijkkosten hoog oploaide sprak het kabinet het voor-nemen uit van het akkoord af te willen. Het deed dit in de vorm van een compleet onverwachte brief. Daarin deelde het kabinet tot ontsteltenis en ver-

Tabel. Overzicht per kostenpost (in guldens)

kostenpost	VNZ	LSV	COTG
a. Huisvesting studeerkamer verwarming onderhoud onr. goedbelasting	4.145	6.500	4.129
b. Algemeen telefoon semafoon verzekeringen werkkleding	4.300	5.000	4.300
c. Oriëntering nascholing congressen vakliteratuur contributies	6.900	12.000	9.200
d. Administratie accountant financiële administratie + facturering	5.500	37.000 <sup>1</sup>	10.000 <sup>1</sup>
e. Vervoer	3.358	14.000	4.100
f. Interest investeringen vorderingen	1.199	7.000	3.100
Interest goodwill	0	12.000	0
g. Verslaggeving en praktijkorganisatie personeel automatisering + video + overhead projector	0 <sup>2</sup>	37.500 <sup>3</sup>	30.000 <sup>3</sup>
h. Diversen representatie	500	7.000	171
Totaal	25.902	138.000	65.000

1. inclusief 0,4 secretaresse
2. ten laste van het ziekenhuis
3. inclusief 0,6 secretaresse

Grafiek. Inkomen medisch specialisten 1980-1988



bijstering van de LSV mee zich reeds langere tijd op de inhoud en de strekking van het akkoord te beraden. In géén van de bestuurlijke contacten van de afgelopen maanden is daarvan iets gebleken. Het kabinet stelde dat de intenties en doelstellingen van het Generaal Akkoord slechts zeer beperkt zijn verwezenlijkt. De LSV is het daarmee in het geheel niet eens.

De hoofdoorzaak van de problemen is echter gemakkelijk aan te wijzen. De uitwerking van de verschillende onderdelen van het Generaal Akkoord wordt door de overheid op de eerste plaats getoetst aan de aan zichzelf opgelegde budgettaire doelstellingen en niet aan het Generaal Akkoord dat met name was gericht op een juiste en maatschappelijk aanvaardbare inkomenspolitiek voor medisch specialisten. Waarmee niet is gezegd dat de overheid geen budgettair voordeel heeft behaald. Het kabinet verwijt de LSV dat over de jaren 1984, 1985 en 1986 een afgesproken ombuiging van f 165 miljoen niet werd gerealiseerd. Het tegendeel is waar. Aantoonbaar is dat over die jaren zelfs een bedrag van ruim f 230 miljoen is behaald, zoals blijkt uit het hier afgedrukte overzicht.

Dat de overheid anders tegen het Generaal Akkoord aankijkt dan was afgesproken, blijkt ook goed uit de klacht over de degressie. Afgesproken was dat de omzet (en daarmee het inkomen) boven een bepaalde grens zou worden afgeroomd om op deze wijze instroom te realiseren. Dat is voor de ziekenfondspraktijk geschied. De overheid zegt nu dat dit te weinig geld heeft opgebracht. Degressie kan echter nooit een middel zijn om geld te verdienen. Het is alleen een instrument voor instroom en in het vervolg daarvan voor inkomenspolitiek. Als degressie optimaal werkt, te weten wan-

neer iedereen op het 'juiste' inkomen zit, levert het zelfs helemaal niets op!

## VEEL GEREALISEERD

Behalve het zogenaamd niet realiseren van de eerdergenoemde ombuiging heeft de overheid meer klachten over zaken die niet, niet tijdig of niet volledig zouden zijn verwezenlijkt. Daartegenover kan de LSV stellen hetgeen wel is gerealiseerd. Een greep uit deze punten: De Werkgroep Normatieve Workload heeft basismateriaal aangedragen voor het vastleggen van de normpraktijk voor de verschillende specialismen. Voor alle specialismen zijn door de LSV normatieve kostenpakketten gedeponeerd bij het COTG. Verschillende adviescommissies hebben uitspraken gedaan over de functiewaardering, de toeslag voor sociale voorzieningen en de ouderdagsvoorziening. De LSV conformeert zich geheel aan deze uitspraken. De overheid niet. De LSV heeft alle medewerking verleend aan de overeengekomen structuur- en kostenopbrengstenenquête. Volgens een rechterlijke uitspraak is de gegevensverzameling door het COTG echter op een onrechtmatige wijze geschied. Er heeft volgens de afspraken een flinke instroom van 476 jonge specialisten plaatsgevonden. Het kabinet twijfelt aan dit cijfer en houdt het op een derde daarvan. Eerder heeft het ministerie van WVC het genoemde cijfer als juist

Overzicht. Ontwikkelingen sinds het Generaal Akkoord (in miljoenen guldens)

1. Tariefontwikkelingen	
- particulier per 1 november 1984 (-5%)	45
- particulier per 1 januari 1986 (-2,56%)	23
- cardiochirurgie en -anesthesie	4
- effect stelselwijziging	27
- effect all-in/all-out	7
2. Degressie	
- invoering voor alle vakken	10
- invoering mensjarensysteem	10
3. Budgettair neutrale instroom (476 specialisten, die anders ieder f 300.000 zouden hebben gekost, konden budgettair neutraal instromen omdat de reeds gevestigde specialisten een deel van hun inkomen inleverden.)	143
4. Praktijkkostenontwikkeling vanaf 1984	39
(De praktijkkosten zijn in feite wel gestegen maar hiervoor is geen compensatie gegeven.)	
	308
Af:	
5. Volume-ontwikkeling	77
(Volgens het FOGM 1988 is over 1984, 1985 en 1986 het totale volume van de specialistische gezondheidszorg met het genoemde bedrag overschreden, hoewel het volume per specialist juist daalde.)	
Totaal	231

bevonden terwijl de LSV beschikt over een lijst van ingestroomde specialisten met naam en toenaam.

Wat betreft de instroom gaat het kabinet in zijn definitieve opzeggingsbrief echter nog veel verder, of liever: geheel de andere kant uit. Onomwonden wordt gesteld dat het beleid in plaats van op instroom – en daarmee op een vermindering van de werkbelasting – nu daadwerkelijk is gericht op de afbouw van specialistenplaatsen. Het is duidelijk dat daarmee de werkbelasting van de overblijvende specialisten tot een absurde hoogte zal worden opgevoerd en bovendien voor de patiënten de wachtlijsten in aantal en lengte zullen toenemen.

In de argumentatie voor het opzeggen van het Generaal Akkoord heeft het kabinet ook nog aangevoerd dat het niet meer past binnen het overheidsbeleid, zoals dat onder meer is gewijzigd naar aanleiding van het rapport van de Commissie Dekker. In dat beleid blijkt echter de doelstelling van herstructurering van de tarieven ongewijzigd te zijn gebleven. Dus passen in ieder geval de intenties van het Generaal Akkoord juist nog wel in het overheidsbeleid.

Daarbij komt in zijn algemeenheid nog het volgende. De uiteindelijke opzegging is gestoeld op tientallen argumenten, die soms gaan tot in de kleinste details. Daarmee valt echter niet recht te praten wat krom is. Het kabinet laat volledig buiten beschouwing dat op grond van de in het akkoord overeengekomen medewerking van medisch specialisten aan de ziekenhuisbudgettering per jaar circa 1,5 miljard gulden wordt bezuinigd. Het Centraal Bestuur van de LSV heeft zichzelf inmiddels de vraag gesteld hoe deze medewerking verder zal moeten gaan verlopen nu deze niet meer is gestoeld op afspraken.

Al met al is de LSV steeds van mening geweest – en is dat nog – dat verdere realisering van het Generaal Akkoord de enig aangewezen weg is. Dit afgezien van de vraag of opzegging niet in strijd is met alle recht en redelijkheid, een vraag die ook aan de rechter zal worden voorgelegd.

Beleidsmatig is de opzegging eveneens uiterst onverstandig. Na het vele dat is bereikt, zij het niet allemaal binnen de afgesproken termijn, lijkt het immers onzinnig weer helemaal 'terug naar af' te gaan. De medisch specialisten zullen dit niet anders kunnen zien als een bewijs dat er überhaupt geen afspraken met de overheid zijn te maken, ook geen nieuwe. Op deze wijze lijkt zich een pe-

riode aan te dienen waarin opnieuw moet worden begonnen aan een lange en moeizame weg, die alleen maar geplaveid lijkt met voetangels en klemmen en conflict na conflict.

#### LSV-VOORSTELLEN

Mede gezien dit laatste is de LSV graag in het overleg getreden dat de rechter aan de overheid had bevolen. Ondanks alles heeft de LSV daarbij toch begrip geuit voor de wens van de overheid de besluitvorming over de herstructurering van de tarieven zo snel mogelijk af te ronden. Zelf heeft de LSV daar eveneens belang bij. De inbreng van de LSV bij dit overleg was dan ook medewerking aan een versnelde wijze van enquêtering op die punten waar dit nog nodig is. De LSV bracht echter meer in. In 1987 zijn door de LSV aan het COTG voorstellen gedaan tot herstructurering van de tarieven, zodanig dat deze prikkels bevatten tot het streven naar doelmatigheid. In deze voorstellen wordt een advieskaart voorzien en het abonnementskarakter versterkt. De LSV wilde bezien hoe deze voorstellen uit 1987 kunnen worden aangescherpt.

Een tweede voorstel van de LSV was op zeer korte termijn een eerste start te maken met de concretisering van de gedachte de specialist ook managementverantwoordelijkheid te geven. In overleg met de ziekenhuizen zou hij houder van een deelbudget voor zijn afdeling kunnen worden. Daarbij zou dan de afspraak komen dat op het bestaande budget voor medische middelen een bepaald percentage moet worden bezuinigd door doelmatiger met de beschikbare middelen om te gaan. Hierbij werd dan nog een prikkel ingebouwd om het gestelde bezuinigingsdoel ook daadwerkelijk te bereiken. Een en ander zou per jaar vele tientallen miljoenen guldens kunnen opleveren. En als belangrijk – zo niet als belangrijkste – werd daarbij gesteld dat op die wijze de medische specialist zijn motivatie en de specialistische gezondheidszorg zijn kwaliteit zou behouden.

Doelmatigheid én kwaliteit, het is ook de leidende gedachte achter de begin dit jaar door het Centraal Bestuur van de LSV uitgebrachte beleidsnota 'De specialist van morgen'. De nota ligt nog in de bovenste bureaula van het bestuur. Een reële, integrale benadering van de vergoeding van praktijkkosten en de realisering van het Generaal Akkoord, of in ieder geval van de intenties daaruit zou-

den kunnen bewerkstelligen dat de nota weer snel op het bureau komt.

#### ONZORGVULDIG

Maar eigenlijk begint het allemaal nog eerder. Van een overheid mag worden verwacht dat zij in de eerste plaats voldoende zorgvuldigheid in acht neemt jegens de burgers, dus ook de medisch specialisten. Het getuigt beslist niet van zorgvuldigheid om een vier jaar lang bestaand akkoord op te zeggen op de uiterst korte opzegtermijn van slechts veertien dagen. Het kabinet stelt dat de LSV geen belangen heeft die een langere opzegtermijn noodzakelijk maken. Daarbij wordt echter het belangrijkste punt waar het thans om gaat, namelijk de vaststelling van een juist tarief, zonder meer verwezen naar onderhandelingen met de verzekeraars dan wel het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. De vaststelling van het norminkomen, dat een grote invloed kan hebben op het tarief, behoudt het kabinet wel weer aan zichzelf. Het kabinet zegt minder overheidsbemoeienis te bepleiten maar wil tegelijkertijd met de opzegging van het akkoord juist de handen vrij hebben om overheidsmaatregelen te treffen.

Onzorgvuldigheid, die het Centraal Bestuur van de LSV flagrant in strijd acht met de laatste zinsneden in de brief waarin het Generaal Akkoord definitief wordt opgezegd. Het kabinet stelt daar dat alle partijen in de gezondheidszorg jegens de overheid in dezelfde mate aanspraak kunnen maken op zorgvuldigheid. □

# Een nieuwe weekendwaarneemregeling voor 's-Hertogenbosch

## Schipperen tussen zorg en service

De voordelen liegen er niet om: nooit langer dan een half weekend dienst, geen patiënten meer aan huis, geen achterwacht meer nodig, en voor de patiënten tijdens het weekend een directe en permanente bereik- en beschikbaarheid van een huisarts op één vaste plaats. Is de van juli '79 daterende weekendwaarneemregeling in 's-Hertogenbosch inderdaad het ei van Columbus?

De centrale huisartsenpost (CHP) leek vanaf de eerste opzet een zeewaardig alternatief voor de bestaande regeling in de woelige baren van de Bossche weekendwaarneming aan het einde van de jaren zeventig. Veel huisartsen hielden echter aanvankelijk de boot af. Nu de CHP de eerste, stormachtige jaren heeft overleefd, wil er nagenoeg niemand meer terug naar de oude situatie. Bijna nog meer tevreden zijn de patiënten, die in het weekend nooit meer hoeven te bellen bij welke huisarts ze waar en hoe laat terecht kunnen. Ondanks alle positieve geluiden maakt de helft van de doktersassistenten zich evenwel zorgen over de veiligheid op de centrale huisartsenpost. Eveneens de helft van de huisartsen heeft moeite met het gemakzuchtige, eisende en agressieve gedrag van een aantal patiënten en evenveel huisartsen zijn minstens eenmaal lichamelijk bedreigd tijdens een weekenddienst op de CHP.

Met medewerking van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) te Utrecht en de afdeling Sociale Geneeskunde van de Katholieke Universiteit (KU) te Nijmegen werden de voor- en nadelen van de Bossche CHP op een rijtje gezet door een werkgroep, bestaande uit de huisartsen Aad Kemperman, Guus Maas, Jan Mensen en Ignace Schretlen (projectleider). Het project, waarvan onlangs een rapport is verschenen<sup>1</sup>, omvatte een kwantitatieve analyse van het beroep dat door de patiënten op de CHP wordt gedaan en een drietal enquêtes: een onderzoek onder de patiënten, verricht door de arts Menno Haverkort (KU) in het kader van een wetenschappelijke stage; alsmede onderzoeken onder de huisartsen en de doktersassistenten, verricht door bo-

Ignace Schretlen,  
Dirk Wijkkel en  
Menno Haverkort

*Verslag van een onderzoek onder patiënten, huisartsen en doktersassistenten in 's-Hertogenbosch naar de voor- en nadelen van een weekendwaarneemregeling in de vorm van een centrale dokterspost.*

vengenoemde werkgroep en de medisch socioloog Dirk Wijkkel (Nivel), die verantwoordelijk was voor de computerbewerking en statistische analyse. In dit artikel zijn de belangrijkste resultaten samengevat. Tevens zijn enkele interessante nieuwe gegevens toegevoegd.

### OPZET CENTRALE POST

's-Hertogenbosch wordt beschouwd als een middelgrote stad en telde op 1 januari 1987 – rond deze datum vonden de enquêtes plaats – 89.749 inwoners. Er waren toen 46 huisartsen gevestigd, van wie er 37 waren aangesloten bij de Bossche Huisartsen Vereniging (BHV).

De centrale huisartsenpost is een initiatief van deze vereniging. Deze post wordt louter gerund door (34 van de 37) leden en is derhalve alleen bedoeld voor de circa 80.000 – eveneens uit de randgemeenten afkomstige – patiënten uit praktijken van huisartsen die bij de plaatselijke huisartsenvereniging zijn aangesloten.

De CHP is ontstaan uit onvrede bij zowel de huisartsen als de patiënten over de oude weekendwaarneemregeling. In het kader van die oude regeling was 's-Hertogenbosch geografisch in drie sectoren verdeeld, met voor iedere sector een eigen waarneemgroep. Ook in Tilburg bleek een dergelijke regeling een bron van ergernis. Terwijl men in Tilburg de conventionele waarneemregeling (een aantal waarneemgroepen bestaande uit circa zes huisartsen) verkoos, werd in 's-Hertogenbosch gestreefd naar één centraal punt voor de weekenddienst. De

centrale post ging officieel in juli 1979 van start en kreeg in november 1981 een eigen accommodatie in het GG&GD-gebouw.

De CHP functioneert louter tijdens de weekends en op feestdagen. Op doordeweekse dagen wordt de avond- en nachtdienst geregeld door waarneemgroepen. De weekenddienst loopt van zaterdagochtend 9.00 uur tot zondagnacht 24.00 uur en wordt gedaan door 2 groepen van 3 huisartsen, die elkaar op zondagochtend om 8.30 uur aflossen. De CHP wordt tijdens de dienst permanent bemand door een huisarts en een doktersassistente, terwijl de 2 andere collegae bereikbaar zijn voor het rijden van visites. De dienst op de dokterspost duurt 4-5½ uur met uitzondering van de nachtdienst die 8½ uur omvat en waarbij louter de dienstdoende arts in het GG&GD-gebouw aanwezig is.

De CHP is bereikbaar via een dubbele telefoonlijn. Van alle consulten, visites en telefonische contacten die resulteren in het uitschrijven van een recept wordt een waarneembriefje gemaakt; deze briefjes worden zondagavond verstuurd, zodat elke huisarts maandag weet wie van zijn patiënten een beroep op de centrale post heeft gedaan. De kosten van de CHP (huur, instrumentarium) worden opgebracht door de BHV; in 1987 beliepen ze f 400,— per lid).

Omdat alle binnenkomende telefoongesprekken, consulten en visites worden geturfd, kan een goede indruk worden verkregen over de kwantitatieve belasting van de CHP. Uit steekproefgewijs verzamelde turflijsten over de periode 1981-1987 blijkt dat er per weekenddienst gemiddeld 196 telefoongesprekken binnenkomen, 161 consulten plaatsvinden en 27 visites worden gereden. Uit dezelfde cijfers blijkt een grote spreiding van het aantal telefoongesprekken, consulten en visites per dagdeel. Op dagen met topdrukke doen ruim anderhalf maal zoveel patiënten als gemiddeld een beroep op de centrale huisartsenpost; de arts op de dokterspost moet dan urenlang werken met een gemiddelde consultduur van 5-6 minuten!

Om een vergelijking met de conventione-

le weekenddienst mogelijk te maken lijkt het aantal patiënten dat per 1.000 zielen en per 24 uur in het weekend een beroep doet op de huisarts de beste maatstaf. Helaas zijn de beschikbare gegevens schaars, gedeeltelijk (nog) niet gepubliceerd en niet op alle punten vergelijkbaar. Ondanks deze beperkingen tekent zich na herberekening een duidelijke trend af: zo bedroeg het betreffende promillage in 1970 0,70 (Hofmans), in 1971 0,77 (Van der Meer), in 1972 0,79 (Van der Meer) – tot nu toe exclusief telefonische consulten – en in 1974 0,66 (Boer) en 0,89 (Waisfisz), in 1985 1,29 (Van Berge en Van Zutphen), in 1986 1,19 (Schormans) en in 1987 1,25 (Schormans). In de loop van de jaren wordt er in het weekend steeds vaker een beroep op de dienstdoende huisarts gedaan. Bij de CHP blijkt dit cijfer nog tweemaal zo hoog te liggen, namelijk 2,51 (1981-1987). Zelfs wanneer rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat een patiënt die eerst belt en daarna de dokterspost bezoekt dubbel wordt geteld, doen op de CHP veel meer patiënten een beroep dan bij een conventionele waarneemregeling.

## ONDERZOEK

Doelstelling van dit onderzoek was een evaluatie van het functioneren van de centrale huisartsenpost met betrekking tot een aantal aspecten, waarbij onder meer werd gestreefd naar een vergelijking met de conventionele waarneemregeling. De aspecten waar de aandacht naar uitging verschilden per doelgroep. Bij de patiënten stonden de meningen betreffende de bereik- en beschikbaarheid van de dienstdoende huisarts in het weekend centraal, alsmede de mate van (on)tevredenheid over de verleende zorg. Bij de huisartsen spitste het onderzoek zich toe op een achttal aspecten: mate van (on)tevredenheid over de CHP als weekendwaarneemregeling, accommodatie op de dokterspost in het GG&GD-gebouw, taakopvatting inzake de weekenddienst, collegiale samenwerking, samenwerking met andere hulpverleners in het weekend, belasting van het werk tijdens de weekenddienst, veiligheid op de dokterspost en voorkomen van probleemsituaties tijdens de weekenddienst. In het onderzoek onder de doktersassistenten ging het vooral om de belasting van het werk tijdens de weekenddienst en de veiligheid op de dokterspost. Dit artikel beperkt zich tot de aspecten die van meer dan plaatselijk belang zijn.

Het onderzoek omvatte voor elk van de doelgroepen een schriftelijke enquête met respectievelijk 40 (patiënten), 129 (artsen) en 37 (doktersassistenten) 'multiple choice'-vragen. Volledige anonimiteit werd gewaarborgd. De vragenlijsten werden uitgereikt of verzonden aan na genoeg alle patiënten (204), die in het weekend van 13 en 14 december 1986 een beroep op de CHP deden, en aan de 34 huisartsen alsmede 35 doktersassistenten, die meewerken aan de CHP.

### Respons

Bij de patiënten was de respons met 46,1% aan de lage kant. Vermoedelijk is dit te wijten aan de geringe motivatie om in een drukke tijd (voor Kerstmis) een relatief lange en moeilijke vragenlijst in te vullen over een onderwerp dat zich niet mag verheugen op een grote belangstelling. Enerzijds is er zowel door de keuze van de onderzochte patiëntenpopulatie als door de matige respons sprake van een duidelijke selectie, anderzijds komt uit het onderzoek zo'n duidelijk beeld van de CHP, dat hieraan zeker voldoende waarde kan worden toegekend.

Bij de huisartsen en doktersassistenten was de respons 100%. Van de 35 geënquêteerde doktersassistenten ging het in 20 gevallen om de assistente in vaste dienst, in 12 gevallen om de assisterende echtgenote of partner van de huisarts, in 2 gevallen om een ander assisterend familielid, terwijl in 1 geval de hoedanigheid onbekend bleef. Mede in verband met de toegenomen belangstelling voor de problematiek van de achterwacht werd bij alle vragen een vergelijking gemaakt tussen de antwoorden van de assistentes in vaste dienst en de assisterende partners. Zoals was te verwachten, ging het hierbij om wat de leeftijd, de opleiding en de praktijkervaring betreft sterk heterogene groepen. Toch bestond er betreffende de visie op en de beleving van de werkzaamheden op de CHP een opvallende eensgezindheid; er waren nauwelijks vragen met een statistisch relevant verschil tussen de antwoorden van beide groepen. In het vervolg van dit artikel zullen beide groepen dan ook gezamenlijk worden omschreven als 'doktersassistenten'.

## UITKOMSTEN

### (On)tevredenheid over centrale post

Een ruime meerderheid van de geënquêteerde patiënten is tevreden over de CHP: 98% vindt het belangrijk dat de

weekenddienst wordt gedaan op één vaste plaats in de stad, 98% is tevreden over de telefonische bereikbaarheid, 76% kon de dokterspost binnen een kwartier bereiken, 96% vond dat men er vlot wordt geholpen, 93% respectievelijk 97% was tevreden over de benadering door de dienstdoende huisarts respectievelijk doktersassistente, 90% was tevreden over de beschikbare tijd en 91% was tevreden over de behandeling. Voor 85% van de geënquêteerde patiënten voldoet de centrale huisartsenpost in alle opzichten aan de verwachtingen en 76% vindt dan ook dat de post ook op doorde-weekse dagen tijdens de avond- en nachtdienst zou moeten functioneren.

In aanvulling op deze gegevens kan terzijde worden opgemerkt dat in de periode 1981-april 1987 drie klachten over de CHP bij de Geneeskundige Inspectie zijn ingediend, die overigens geen betrekking hadden op de medische behandeling maar op de bejegening door de dienstdoende huisarts.

Ook de huisartsen zijn tevreden over de centrale post als waarneemregeling. Driekwart van hen vindt de CHP beter dan de oude regeling van weekendwaarneeming per stadsdeel. In vergelijking met de conventionele waarneemregeling door middel van waarneemgroepen, die in 's-Hertogenbosch zoals reeds vermeld op doordeweekse dagen functioneren, beschouwt één derde van de huisartsen de CHP als een beter alternatief, één derde als een gelijkwaardig alternatief en één derde als een slechter alternatief. Toch voelt 79% er weinig of niets voor, ook de weekenddienst met de doorde-weekse functionerende waarneemgroepen te regelen en de CHP dus te laten vervallen. Omgekeerd voelt de meerderheid er weinig voor, de weekenddienst op vrijdagavond te laten ingaan (91%) of deze dienst uit te breiden tot de maandagochtend (85%), terwijl 92% zich niet kan verenigen met de wens van de geënquêteerde patiënten de CHP ook op doorde-weekse dagen te laten functioneren.

Als grootste voordelen van de CHP worden aangegeven, dat er geen achterwacht noodzakelijk is (97%), dat men slechts een half weekend (per gemiddeld vier weken) dienst heeft (97%) en dat men thuis of in de eigen praktijk geen patiënten hoeft te ontvangen (91%). De verplichting tijdens de dienst gedurende één dagdeel over assistentie te beschikken wordt door de meesten (94%) niet als een nadeel ervaren, evenmin als de financiële lasten.

Voor de meeste doktersassistenten — in

casu de assistentes in vaste dienst – impliceert de CHP, dat ze ook bij de weekenddienst worden betrokken; driekwart van hen ervaart dit niet als bezwaarlijk. Van de 12 op de CHP assisterende partners van huisartsen prefereren er 3 (25%) de rol van achterwacht gedurende het gehele weekend boven de assistentie op de dokterspost.

#### *Verwachtingspatroon versus taakopvatting*

Komt het verwachtingspatroon van de patiënten ten opzichte van de CHP overeen met de taakopvatting van de huisartsen die aan deze weekendwaarneemregeling meewerken? Ondanks alle positieve geluiden over de centrale huisartsenpost is een kwart van de geënquêteerde patiënten van mening dat eigenlijk de eigen huisarts permanent bereikbaar moet zijn.

Is de CHP er volgens de patiënten alleen voor spoedgevallen? Van de respondenten is 32% het hiermee oneens: 38% vindt dat een patiënt er ook terecht moet kunnen indien deze doordeweeks geen tijd heeft om de eigen huisarts te bezoeken en een zelfde percentage acht het juist dat patiënten de CHP bezoeken om een 'second opinion' over een al langer bestaande klacht te vragen. Ook midden in de nacht is de dienstdoende huisarts er volgens 33% van de patiënten niet alleen voor spoedgevallen! Het verwachtingspatroon dat de centrale huisartsenpost ook kan worden geconsulteerd voor niet-urgente klachten leeft sterker bij de jongeren, uitgezonderd degenen die pas kort in 's-Hertogenbosch wonen en dus nog gewend zijn aan een ander waarneemsysteem.

De KNMG (1982) is van mening, dat 'door de bevolking niet meer dan strikt nodig wordt geacht een beroep mag worden gedaan op de hulpverlening van waarnemende artsen'. Toch was slechts één derde van de geënquêteerde huisartsen de visie toegedaan dat tijdens de weekenddienst in principe alleen de urgente problematiek moet worden behandeld; tweederde behandelt zoveel mogelijk alle gepresenteerde problematiek.

Om na te gaan of men ook handelt conform de taakopvatting die men heeft aangegeven waren in de enquête een aantal praktijkvoorbeelden opgenomen; daarin werd gevraagd naar het daadwerkelijke gedrag van de arts: zou deze bijvoorbeeld tijdens de weekenddienst een oor uitspuiten of aandacht schenken aan langer bestaande rugklachten? Uit de beantwoording bleek een opvallende discre-

pantie tussen iemands taakopvatting en zijn of haar (in de enquête aangegeven) daadwerkelijke gedrag; van consistent gedrag blijkt in dit opzicht nauwelijks sprake te zijn!

Op analoge wijze werd de visie nagegaan op het vraagstuk of men als (weekend)waarnemer het beleid moet afstemmen op de werkwijze van de eigen huisarts van de patiënt (44% voor, 56% tegen) om vervolgens deze visie te toetsen aan een praktijkvoorbeeld; wederom kon weinig consistentie worden aangetoond. Ofschoon 67% van de geënquêteerde huisartsen van mening is, dat de patiënten in het algemeen te vroeg een beroep doen op de CHP en 76% vindt dat de drempel voor patiënten om een beroep op de centrale huisartsenpost te doen te laag ligt, heerst er bij de artsen zelf dus bepaald geen overeenstemming over de taakopvatting, terwijl er evenmin een duidelijke samenhang bestaat tussen de taakopvatting van ieder afzonderlijk en het daadwerkelijke gedrag.

#### *Hoe zwaar is de weekenddienst?*

De werkzaamheden tijdens de weekenddienst concentreren zich op het dagdeel dat men in het GG&GD-gebouw de patiënten te woord staat. Van de geënquêteerde huisartsen ervaart 50% het aantal consulten als zwaar; wat het aantal telefonische consulten betreft geldt dit voor 27%. Geen van de artsen heeft moeite met het aantal visites per weekenddienst. Er zijn echter andere aspecten die als meer belastend worden ervaren dan de drukte op de dokterspost. Zo heeft 56% van de responderende huisartsen het moeilijk met het eisende gedrag van een aantal patiënten; 50% ergert zich aan de gemakzucht en 46% ervaart de agressie als zwaar. Ofschoon de doktersassistenten hun werkzaamheden op de CHP in het algemeen als minder belastend ervaren dan de huisartsen, heeft ook een groot aantal van hen moeite met het eisende gedrag (46%), de gemakzucht (54%) en de agressie (29%) van een aantal patiënten. Alles bij elkaar genomen ervaart 35% van de huisartsen en 11% van de doktersassistenten de werkzaamheden op de centrale post als zwaar; wat de huisartsen betreft geldt dit vooral zowel voor de jongste (25-35 jaar) als de oudste (55 jaar en ouder) leeftijdscategorie.

Dat het gedrag van een aantal patiënten zowel de artsen als de doktersassistenten zorgen baart, blijkt ook uit vragen over de veiligheid van de dokterspost. Van de doktersassistenten voelt 31% er zich on-

veilig en bij de huisartsen heeft hetzelfde percentage het gevoel tijdens de nachtdienst niet veilig te zijn. Volgens 51% van de doktersassistenten en 76% van de huisartsen moet de veiligheid op de CHP beter worden gewaarborgd. Over de toekomst is men bepaald niet optimistisch: 64% van de geënquêteerde artsen vreest een toename van de agressie. Dat de veiligheid inderdaad wel eens in het gedrang komt, blijkt uit het feit dat de helft van de huisartsen minstens éénmaal lichamelijk is bedreigd tijdens een weekenddienst op de centrale post in de periode 1981-1986. In tegenstelling tot hetgeen men misschien zou verwachten gaat het hierbij vooral om de jongere artsen. Helaas zijn over de oorzaak en de aard van de bedreigingen geen nadere gegevens bekend. Wel blijkt uit de antwoorden op een aantal vragen over mogelijk ergerniswekkend gedrag van patiënten dat er een grote neiging bestaat om conflicten te vermijden, eventueel door het doen van concessies. Mede om meer zicht te krijgen op conflictsituaties die zich op de CHP voordoen, werd nagegaan of er bij de huisartsen behoefte bestaat om incidenten centraal te melden; bijna unaniem blijkt men hiervan een voorstander te zijn!

#### BESCHOUWING

In 1980 publiceerde de toenmalige huisarts F. Croonen, één van de initiatiefnemers van de centrale huisartsenpost in Den Bosch, in dit tijdschrift een artikel over deze nieuwe waarneemregeling<sup>2</sup>. Hierin werd een aantal voor- en nadelen van zo'n regeling besproken. De volgende voordelen werden aangegeven: 1. de weekenddienst is zo beter herkenbaar voor patiënten; 2. voor de huisarts is de werkwijze tijdens de weekenddienst doelmatiger, doordat de werkzaamheden zich op één dagdeel toespitsen; 3. een goede accommodatie en assistentie verhogen de motivatie, terwijl de samenwerking met de twee collegae die gelijktijdig dienst doen het onderlinge overleg met 'een (weliswaar) gering toetsingseffect' stimuleert; 4. de kwaliteit van de geboden hulp wordt verbeterd door betere informatie vooraf en een betere mogelijkheid tot overleg met niet-dienstdoende collegae.

Ons onderzoek bevestigt de eerste twee door Croonen aangegeven voordelen. De laatste twee voordelen kunnen niet door het onderzoek worden ondersteund: in de praktijk vindt noch met de dienstdoende noch met de niet-dienstdoende



collegae veel overleg plaats; hetzelfde geldt voor overleg achteraf naar aanleiding van de waarneembriefjes.

Als *nadelen* van de centrale huisartsenpost werden door Croonen vermeld: 1. de anonimiteit van de hulpverlener; 2. het 'afhouden' van visites om de collegae die hiermee zijn belast te sparen; en 3. de aantrekkingskracht van de CHP voor niet-spoedeisende problemen.

Wat het eerste nadeel betreft beperkt Croonen zich tot de opmerking, dat 'vooral bij grotere drukte de patiënt niet steeds weet welke huisarts hem te woord heeft gestaan c.q. heeft geholpen'. Dit euvel lijkt met een naamplaatje te kunnen worden verholpen; 83% van de patiënten, 68% van de huisartsen en 57% van de doktersassistenten blijkt hiervan een voorstander te zijn. Tegen de achtergrond van de gesignaleerde problemen omtrent het gedrag van een aantal patiënten en de veiligheid op de dokterspost, kan men zich afvragen of de anonimiteit louter een kwestie is van een naamplaatje. De weekenddienst wordt gedaan vanuit het min of meer openbare GG&GD-gebouw. Daarmee is de CHP een instantie geworden waar men zich in het weekend toe kan wenden: een groot verschil met de huisarts die thuis of in zijn eigen praktijk patiënten ontvangt; bij de centrale post zullen maar weinig patiënten behept worden met gene, dat ze de dokter in het weekend lastig moeten vallen.

Het tweede door Croonen gesignaleerde nadeel, het 'afhouden' van visites, moet in de praktijk inderdaad worden onderkend. Er zullen in 's-Hertogenbosch weinig huisartsen zijn die niet zijn geconfronteerd met klachten van patiënten over tevergeefs aangevraagde visites. Uit de verzamelde gegevens blijkt, dat het aantal visites per 1.000 patiënten en per 24 uur in het weekend bij de CHP op 0,17 ligt. Dit aantal is precies gelijk aan het aantal visites dat in Tilburg bij een conventionele waarneemregeling tijdens het weekend wordt gereden<sup>3</sup>. Terloops kan wel worden opgemerkt, dat in het algemeen het gemiddelde aantal visites tijdens de weekenddienst de laatste vijftien jaar niet is toegenomen, in tegenstelling tot het aantal consulten.

Over het derde nadeel, 'een toeloop van een groot aantal niet-acute gevallen', verzucht Croonen: 'Het blijkt helaas dat vele patiënten uit gemakzucht en ter vermindering van de doordeweekse drukte bij hun eigen huisarts in het weekend gebruik maken van de dokterspost'. In het onderzoek komt dit inderdaad tot uiting,

en wel in het feit, dat tweemaal zoveel patiënten als bij een conventionele waarneemregeling een beroep doen op de centrale huisartsenpost; eveneens blijkt dit uit het gegeven dat éénderde van de geënquêteerde patiënten van mening is dat de CHP er ook is voor niet-spoedeisende medische problematiek. Wat deze ontwikkeling in de hand heeft gewerkt, is veel moeilijker met zekerheid te zeggen. In zijn artikel schrijft Croonen: 'Afgesproken is, grote soepelheid te betrachten bij het beoordelen van het spoedeisend karakter van een consult in het weekend.' Dit rechtvaardigt de vraag of de dienstdoende huisartsen niet té soepel zijn? Uit het onderzoek kunnen hierover geen directe conclusies worden getrokken. Wel mag worden gesteld dat het gebrek aan consensus onder de geënquêteerde huisartsen over de werkzaamheden op de CHP en het weinig consequente gedrag van deze huisartsen alsmede de neiging om conflicten met patiënten te vermijden, bijdragen tot een onduidelijk beeld bij de patiënten over de functie van de centrale post. Natuurlijk zou ook het waarneemsysteem zélf een onjuist gebruik van de CHP in de hand kunnen werken. Vergeleken met de gemiddelde huisartspraktijk biedt de centrale post immers voor menigeen een ongekennde luxe: zonder afspraak kan men er in het weekend dag en nacht terecht, terwijl de wachttijd doorgaans minimaal is. Tenslotte kan men de patiënten verwijten dat ze te gemakkelijk en te snel de hulp van een huisarts in het weekend inroepen.

Welke toekomst is er voor de CHP weggelegd? In een vorig jaar verschenen artikel zette de Haagse huisarts J. Engelenburg uiteen dat er twee mogelijkheden ook op de CHP van toepassing zijn: óf er worden organisatorische en financiële maatregelen genomen om ook buiten de kantooruren tegemoet te komen aan de tendens niet-spoedeisende medische hulpverlening te vragen, óf er worden maatregelen genomen om de medische hulpverlening buiten de kantooruren te beperken tot spoedgevallen. Indien wordt geanticipeerd op het in ons onderzoek bestaande verwachtingspatroon bij vooral veel jongere patiënten en dientengevolge wordt gekozen voor het eerste alternatief, zal dit volgens Engelenburg de volgende consequenties hebben: 1. Het aantal conflicten tussen huisarts en patiënt zal drastisch verminderen. 2. De werkgelegenheid voor de huisartsen zal enorm toenemen. 3. De eerstelijnsgezondheidszorg zal duurder, maar daar-

mee niet per definitie onbetaalbaar worden. 4. De medische hulpverlening wordt onpersoonlijker, maar uit onderzoeken – zoals ook dit onderzoek – blijkt dat dit voor veel patiënten geen bezwaar is.

Vooralsnog heeft de Bossche Huisartsen Vereniging in november 1987 het advies van de werkgroep overgenomen om een poging te doen de dienstverlening op de centrale huisartsenpost te beperken tot in medisch opzicht spoedeisende gevallen. Wel moet hierbij worden beseft dat arts en patiënt verschillend kunnen denken over wat 'in medisch opzicht spoedeisend' is. Patiënten die met andere motieven een beroep doen op de CHP moeten in principe naar de eigen huisarts worden verwezen. Een structurering van meer service aan de patiënt die bijvoorbeeld de dokterspost bezoekt omdat hij doordeweeks geen tijd heeft om zijn huisarts te bezoeken, impliceert in organisatorisch en financieel opzicht maatregelen die nu wellicht nog niet kunnen worden getroffen. Om oneigenlijk gebruik van de CHP te voorkomen en tevens de veiligheid op de dokterspost te vergroten, heeft de werkgroep in het rapport een negental voorstellen gedaan. Daarvan werden er acht aangenomen. Alleen het meest concrete voorstel, te weten het voorstel de onbeperkte en vrije toegankelijkheid van de centrale huisartsenpost, mede in verband met de veiligheid van de dienstdoende huisarts, tussen zaterdagavond 24.00 uur en zondagochtend 8.30 uur te beperken en de patiënten te verplichten eerst telefonisch contact op te nemen met de CHP, werd afgestemd: de meerderheid ervaaarde dit voorstel als een fundamentele aantasting van de weekendwaarneemregeling.

Het is nog maar de vraag of het mogelijk is verandering te brengen in een situatie die al ettelijke jaren bestaat zonder aan de waarneemregeling zelf te tornen. Patiënten die een oneigenlijk gebruik van de centrale post willen maken, zullen naar het spreekuur van de eigen huisarts worden verwezen. Ongetwijfeld zal dit tot onplezierige discussies kunnen leiden, die vaak meer tijd en energie vergen dan wanneer de betrokken patiënt wél zou worden geholpen, zoals nu wellicht nog vaak gebeurt.

Uiteraard is het een noodzakelijke voorwaarde, dat alle huisartsen die meewerken aan de CHP zich achter dezelfde regels scharen en deze ook daadwerkelijk hanteren. De onderzoekresultaten laten evenwel over de mogelijkheid hiertoe weinig reden tot optimisme. Bovendien blijkt uit de jurisprudentie, dat de dienst-

doende arts als waarnemer voor de huisarts het fundamentele recht heeft naar eigen inzicht te handelen; intercollegiale afspraken over de inhoud van de werkzaamheden op de centrale huisartsenpost zullen dan ook geen bindend karakter kunnen hebben. De kans op een vaste koers is daarom gering. Onderwijl zal het schipperen blijven tussen zorg en service.

## SAMENVATTING

In een onderzoek onder patiënten, huisartsen en doktersassistenten werden de voor- en nadelen van een nieuwe weekendwaarneemregeling in de vorm van een centrale huisartsenpost (CHP) te 's-Hertogenbosch, nagegaan. Hieruit blijkt dat deze waarneemregeling voor zowel de patiënten als de huisartsen grote voordelen heeft, terwijl de meeste doktersassistenten er geen bezwaar tegen hebben in het weekend dienst te doen. Uit verge-

lijkend cijfermateriaal blijkt echter dat op de CHP veel vaker een beroep wordt gedaan dan bij een conventionele waarneemregeling tijdens de weekenddienst. Eénderde van de patiënten is van mening dat de centrale dokterspost er ook is voor niet-spoedeisende medische problematiek. Uit het onderzoek blijkt eveneens dat veel huisartsen en doktersassistenten moeite hebben met het eisende, gemakzuchtige en agressieve gedrag van een aantal patiënten; de helft van de huisartsen is minstens éénmaal lichamelijk bedreigd tijdens de weekenddienst op de CHP en ook een aantal doktersassistenten voelt zich er onveilig. □

*Het hier beschreven onderzoek kon worden gerealiseerd met financiële steun van de Provincie Noord-Brabant, Beecham Farma BV, het Ziekenfonds Midden-Brabant en het Centraal Ziekenfonds, beide te Tilburg.*

## Literatuur

1. Schretlen I et al. Verslag van het onderzoek naar het functioneren van de Centrale Huisartsen-Post te 's-Hertogenbosch. 's-Hertogenbosch, 1987.
2. Croonen F. De centrale dokterspost; een weekenddienstregeling in een grotere plaats. Medisch Contact 1980; 40: 800-2.
3. Schormans F. Frequentietabellen betreffende kwantitatieve belasting tijdens de weekenddiensten in 1986 en 1987. Tilburg, 1987 (niet gepubliceerde gegevens).
4. Engelenburg J. Medische hulpverlening buiten kantooruren: hinken op twee gedachten. Medisch Contact 1987; 42: 1611-2.
- Berge H van den, Zutphen W van. De waarneemdienst; tussen belasting en serviceverlening. Praktijkmanagement voor de huisarts 1987; mei: 14-5.
- Boer D. Weekendregeling in een groep van 7 Tilburgse huisartsen met een beschrijving van de door deze groep gedurende een jaar gedane verrichtingen. Tilburg, 1974 (niet gepubliceerde scriptie).
- Hofmans A. Weekenddienst. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 247-50.
- KNMG. Richtlijnen voor waarneming door artsen. Utrecht: KNMG, 1982.
- Meer K van der. Weekenddienst. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 223-8.
- Waisfisz H. Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 226-9.

# Agressie op de dokterspost

## Een commentaar

Agressie van de hulpvrager jegens de hulpverlener lijkt theoretisch een tegenstrijdigheid. Agressief gedrag lijkt niet te stroken met het vertrouwen, waarop de betreffende relatie moet zijn gefundeerd. Ook in de medische praktijk roept agressie van de patiënt jegens de arts tegenstrijdige gevoelens op: of de patiënt wordt als volstrekt onredelijk afgedaan of de arts begint het zelfvertrouwen dat nodig is om een gesprek normaal te laten verlopen te verliezen. Zeker in de huisartsgeneeskunde, waarin veel waarde wordt gehecht aan de communicatieve vaardigheden van de hulpverlener, staat de competentie van de arts in dit opzicht al snel op het spel. In elk geval hoort agressie volgens velen niet thuis in een goede relatie tussen arts en patiënt. In de medische opleiding wordt aan agressief gedrag van de patiënt jegens de hulpverlener geen aandacht besteed, als praktiserend arts geneert men er zich vaak voor om er met collega's over te spreken en tot nu toe leek agressie tegen de arts ook buiten het gezichtsveld van de onderzoekers te vallen.

### Onderzoek 's-Hertogenbosch

Misschien behoort het onderzoek naar het functioneren van de centrale huisartsenpost (CHP) te 's-Hertogenbosch tot de eerste onderzoeken waarin aandacht werd geschonken aan agressief gedrag van patiënten<sup>1</sup>. Dit ver-

## Ignace Schretlen

klaart wellicht de belangstelling voor de onderzoekresultaten, ook van de media, waarin trouwens de laatste tijd vaker melding wordt gemaakt van incidentele uitingen van agressie jegens artsen.

Enerzijds moet worden benadrukt, dat het onderzoek niet was toegespitst op agressief gedrag; dit was slechts één van de aspecten die aandacht hebben gekregen in het kader van de belasting van de werkzaamheden op de dokterspost en de (on)veiligheid aldaar. Bovendien richtte het onderzoek zich – zoals inmiddels duidelijk is geworden – niet op de doorsnee-huisartspraktijk, maar op een nieuwe weekendwaarneemregeling. Anderzijds kon het functioneren van de betrokken dokterspost, juist door een aantal facetten ervan te bestuderen en door de drie betrokken groepen – patiënten, huisartsen en doktersassistenten – te enquêteren, vrij volledig in beeld worden gebracht, zodat ook het aspect 'agressie' in een bredere context kon worden geplaatst. Vooral het gegeven dat de helft van de mede-werkende huisartsen in gemiddeld vijf jaar tijd minstens eenmaal lichamelijk is bedreigd tijdens een weekenddienst op de CHP, is in de

publiciteit breed uitgemeten. In vijf jaar doet men circa zeventig diensten van een half weekend, waarbij de werkzaamheden zich toespitsen op het dagdeel dat men op de dokterspost patiënten te woord staat; indien een dienst zou worden gelijkgesteld met een doorweekse werkdag, zou de helft van de huisartsen onder gelijke omstandigheden eens per kwartaal lichamelijk worden bedreigd. Daar dit weinig plausibel is, mag worden aangenomen dat agressief gedrag van patiënten op de centrale huisartsenpost vaker voorkomt. Omdat het om een waarneming gaat en bekend is dat de kans op conflicten tussen arts en patiënt in die situatie groter is dan in de eigen praktijk, hoeft deze conclusie niet te bevreemden. Overigens blijkt uit de enquête onder de patiënten nauwelijks of geen ontevredenheid over het functioneren van de CHP<sup>2</sup>; minstens tweederde van hen vindt zelfs dat men op de dokterspost even vriendelijk en deskundig wordt geholpen als door de eigen huisarts!

Het zou natuurlijk interessant zijn te weten of tijdens de weekenddiensten op de centrale dokterspost meer agressie voorkomt dan in een weekenddienstregeling met conventionele waarneemgroepen. Helaas zijn hierover heel weinig gegevens bekend. Er is alleen een enquête over de weekenddienst in Enschede<sup>3</sup>, waar de stad tijdens die diensten in vier gedeelten wordt opgesplitst<sup>4</sup>. Daaruit is naar vo-

ren gekomen dat volgens 44% van de huisartsen tijdens het weekend 'veel agressief gedrag van patiënten voorkomt'.

Over de aard en de mate van het lichamelijk geweld waarmee een aantal huisartsen op de CHP is bedreigd, zijn geen nadere gegevens bekend. Wel bleek uit kruistabellen dat vooral jongere artsen tot deze groep behoren. Hiermee wordt het vooroordeel tenietgedaan dat agressie juist zou voorkomen jegens oudere artsen. In dit verband dringt zich de vraag op, welke houding van de huisarts agressief gedrag bij de patiënt in de hand werkt. Via een vertrouwenspersoon, tot wie zowel artsen als patiënten zich kunnen wenden bij conflicten op de CHP en waaraan blijkens de enquête opmerkelijk grote behoefte bestaat bij de huisartsen, wordt getracht meer inzicht te krijgen in de problematiek van de agressie. Verder is inmiddels bekend geworden dat de KNMG in Friesland een onderzoek start naar geweld in de spreekkamer; overigens gaat het hierbij niet alleen om de huisartspraktijk.

Lichamelijk geweld kan worden beschouwd als een extreme uiting van agressie. Minder opvallend, maar ongetwijfeld vaker voorkomend en daarom ook van groter belang, is verbale agressie. Uit het CHP-onderzoek blijkt dat de helft van de medewerkende huisartsen moeite heeft met het gemakzuchtige, eisende en agressieve gedrag van een aantal patiënten. Ofschoon de werkzaamheden op de dokterspost soms kunnen worden vergeleken met een 'non-stop-sprekkuur' van 4-5½ uur, worden ze minstens zo zwaar ervaren vanwege het gedrag van een aantal patiënten als wegens het aantal consulten. Wederom zijn het de jongere huisartsen die de meeste moeite hebben met agressief gedrag van patiënten.

#### Waarom ontstaat agressie?

In de psychologie bestaat een aantal theorieën over agressie, die ook experimenteel worden getoetst: agressief gedrag zou erfelijk zijn bepaald, van kindsaf zijn aangeleerd, ontstaan wanneer de behoeftebevrediging wordt geblokkeerd en/of onder druk van macht. Vooral de 'frustratie-agressietheorie' lijkt in dit kader relevant.

De centrale huisartsenpost in 's-Hertogenbosch onderscheidt zich van de conventionele weekendwaarnemingsregeling doordat er gemiddeld meer patiënten – mogelijk zelfs het dubbele aantal – een beroep op doen. De mogelijke redenen hiervan worden in het parallel-artikel besproken. Er zijn argumenten om te veronderstellen dat het oneigenlijke gebruik van de CHP wordt bevorderd door zowel de waarnemingsregeling op zich als het weinig consistente en consequente gedrag van de medewerkende huisartsen. Nu echter blijkt al bij éénderde van de geënuquëerde patiënten de stelselmatige verwachting te zijn ontstaan dat zij ook in niet-spoedeisende gevallen de post kunnen bezoeken. Vooralsnog heeft dit verwachtingspatroon niet geleid tot een toename van het aantal weekendconsulten in de periode 1981-1987. Toch ontkomt men ook in de praktijk niet aan de indruk, dat de dienstverle-

ning op de CHP door menigeen meer wordt gezien in het verlengde van het doordeweekse spreekuur van de eigen huisarts dan als een regeling voor spoedgevallen die niet tot na het weekend kunnen wachten. Ofschoon uit de enquête onder de huisartsen blijkt dat patiënten die een oneigenlijk gebruik maken van de centrale huisartsenpost vaak toch worden geholpen, zal juist bij deze groep de kans op agressie het grootst zijn. Afhankelijk van de frustratiedrempel van de patiënt zal dit gedrag zich kunnen manifesteren, indien hij een volgende maal om wat voor reden dan ook door de dienstdoende huisarts op de CHP naar het spreekuur van de eigen huisarts wordt verwezen.

Vanuit dit gezichtspunt zal de kans op agressie dan ook toenemen, indien er – zoals in de bedoeling ligt – een straffer beleid zal worden gehanteerd ten aanzien van patiënten die in principe met hun klacht kunnen wachten tot na het weekend. Uiteraard zal worden getracht door voorlichting en duidelijke afspraken tussen de medewerkende huisartsen het verwachtingspatroon bij een aantal patiënten betreffende de CHP bij te stellen. In het artikel over het onderzoek is aangegeven waarom de verwachtingen hieromtrent niet te hoog gespannen mogen zijn.

#### Agressie in het weekend en doordeweeks

Hoe relevant is het onderzoek naar het functioneren van de centrale huisartsenpost te 's-Hertogenbosch voor de huisartsgeneeskunde in Nederland? Weerspiegelt de huidige situatie op de Bossche dokterspost de problematiek zoals deze zich over enige tijd in de gemiddelde huisartspraktijk zal voordoen? Deze vrees is niet geheel ongegrond. Bij de CHP concentreert de problematiek zich momenteel op het beleid ten aanzien van patiënten met niet-spoedeisende gevallen. Waar het hier in feite om gaat is de vraag of hulpverlening in het weekend op dat moment *medisch geïndiceerd* is. Hierop wordt het handelen van de dienstdoende huisarts gebaseerd. Financiële aspecten bijvoorbeeld zullen in het weekend nauwelijks een rol spelen, omdat de verrichtingen van de waarnemer bij particuliere patiënten doorgaans in rekening worden gebracht door de eigen huisarts van de patiënt. Terwijl de arts zich dus in het weekend laat leiden door medische maatstaven, blijken er voor een aantal patiënten andere redenen te kunnen zijn om in het weekend een huisarts te consulteren.

Doordeweeks kan zich hetzelfde voordoen, maar dit zal vooralsnog minder vaak tot conflicten leiden. De huisarts zal eerder geneigd zijn om aan de wensen van zijn patiënten tegemoet te komen en zich hierbij dus niet alleen laten leiden door stringente medische overwegingen. Het zal voor veel huisartsen niet meevallen een visite-aanvraag van een particuliere patiënt niet te honoreren. Overigens mag hiermee niet worden gesuggereerd dat de niet-medische argumenten louter van financiële aard zijn: als huisarts kan men ook tegemoet komen aan de wensen van bepaalde patiënten vanwege andere omstandig-

heden, waarvan men juist als huisarts op de hoogte is; ook gevoelens van sympathie kunnen hierbij een rol spelen. Toch kan men voor het gemak een onderscheid maken tussen de relatie 'arts-patiënt' en de relatie 'ondernemer-cliënt'; in de eerste relatie spelen louter medische aspecten een rol, terwijl in de tweede relatie ook niet-medische factoren van belang zijn. Wellicht hebben deze relaties lange tijd synchroon gelopen en treedt er nu steeds vaker een discrepantie op. Deze discrepantie hoeft pas tot conflicten te leiden indien de huisarts zich niet kan verzoenen met de niet-medische aspecten van de hulpvraag van de patiënt, die bijvoorbeeld een visite aanvraagt omdat hij zijn tijd niet wil verspillen in de wachtkamer.

#### Tendensen in de samenleving

De signaleerde discrepantie tussen de relaties 'arts-patiënt' en 'ondernemer-cliënt' te verklaren, komt niet uit met een concept waarbij louter wordt gekeken naar de hulpvrager en de hulpverlener en waarbij men ook alle componenten van het wederzijdse gedrag uit deze relatie tracht te verklaren. Dat men hiertoe in de medische wereld sterk geneigd is, blijkt ook uit de titel van het vorig jaar gehouden congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap: 'Huisarts en patiënt: duel of duet?' Het kan niet anders of juist in de discrepantie waar het hier over gaat doen zich dezelfde maatschappelijke tendensen gelden die ook merkbaar zijn in andere geledingen van de samenleving. Deze tendensen zijn op zich niet positief of negatief, maar kunnen wel een positieve of negatieve uitwerking hebben. In de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener zullen deze tendensen wellicht leiden tot een contract tussen arts en patiënt, juist om de hierboven beschreven discrepantie weer te overbruggen. Ontwikkelingen binnen andere dienstverlenende sectoren zullen zich ook binnen de gezondheidszorg doen gelden. De patiënt zal niet alleen verlangen dat hij deskundig, maar ook dat hij binnen een bepaalde tijd – en het liefst zo snel mogelijk – wordt geholpen. Wanneer de arts zich hiervan niet bewust is, loopt hij het risico dat menige patiënt zich agressief tegenover hem of haar opstelt. Want ook de toegenomen agressie lijkt het gevolg te zijn van deze tendensen. En wie nu opnieuw, maar dan vanuit een breder perspectief – dus vanuit het decor van de samenleving – de relatie arts-patiënt in ogenschouw neemt, beseft dat agressie van de hulpvrager jegens de hulpverlener geen tegenstrijdigheid meer is, maar goed kan worden verklaard. □

#### Literatuur

1. Schretlen I et al. Verslag van het onderzoek naar het functioneren van de Centrale Huisartsen-Post te 's-Hertogenbosch. 's-Hertogenbosch, 1987 (rapport).
2. Haverkort M. De Bossche Dokterspost: een inventarisatie van ervaringen en meningen van patiënten over het functioneren van de centrale dokterspost in Den Bosch. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987 (rapport).
3. Koorn T. Weekenddienstregeling Huisartsen Enschede: een peiling van de behoefte aan herziening van de waarnemingsregeling. Enschede: Basisgezondheidsdiensten Twente, 1987 (rapport).

# Erfelijkheidsvoorlichting: preventieve of curatieve geneeskunde?

De noodzaak van een meer gericht preventiebeleid is een steeds wederkerend refrein in alle recente overheidsdocumenten en adviesrapporten over het toekomstige gezondheidsbeleid. Daarin wordt flink wat plaats ingeruimd voor 'preventie van aangeboren/erfelijke aandoeningen door intensivering van erfelijkheidsadvies en prenatale diagnostiek'<sup>1</sup>.

Gaat het hier eigenlijk wel om preventieve maatregelen? Op het eerste gezicht klinkt deze vraag wellicht wat vreemd. Niet alleen voor de overheid maar ook voor de medische wereld is het vanzelfsprekend deze vormen van medisch handelen tot de preventieve geneeskunde te rekenen; het gaat immers om 'het voorkomen van leed' en 'het voorkomen van de geboorte van ernstig afwijkende kinderen'. Maar is dat wel zo vanzelfsprekend? Is erfelijkheidsvoorlichting een tak van preventieve geneeskunde, of vertonen de karakteristieken van dit medisch specialisme niet meer verwantschap met die van de curatieve geneeskunde?

## CURATIEVE GENEESKUNDE?

De curatieve arts-patiëntrelatie kan heel algemeen worden beschreven als een proces dat een zestal fasen omvat: de patiënt formuleert zijn klacht; de arts stelt de diagnose; de arts informeert de patiënt over de diagnose; de arts legt de patiënt de behandelmogelijkheden voor; beide partijen overleggen met elkaar, wat resulteert in een therapiebesluit; tenslotte volgt de therapeutische fase, inclusief eventuele nazorg.

In de praktijk worden niet altijd alle fasen doorlopen. Soms stopt het proces, bijvoorbeeld omdat er geen adequate behandeling voorhanden is. De primaire doelstelling van de curatieve gezondheidszorg, namelijk genezing, wordt dan niet gehaald. Elke medische discipline kent dit fenomeen. Gelukkig is dit geen algemene regel, maar uitzondering, zij het in bepaalde disciplines een vaak voorkomende uitzondering. Soms kan worden overgeschakeld naar een secundaire therapeutische doelstelling, namelijk symptoombestrijding. Wanneer ook dat niet meer haalbaar is, rest enkel nog pijnbestrijding.

## Dr. Marc Christiaens

*Erfelijkheidsvoorlichting is op zich geen preventie en het preventieve gehalte van maatregelen waar adviesvragers op basis van erfelijkheidsvoorlichting toe kunnen besluiten is minimaal. De desbetreffende vorm van medische hulpverlening lijkt onder de curatieve geneeskunde te vallen, al is de primaire therapeutische doelstelling daarvan – het genezen – (nog) niet haalbaar. Dr. Marc Christiaens presenteert het middendeel van een drieluik over erfelijkheidsvoorlichting en ethiek.*

Wat in de curatieve geneeskunde uitzondering is, is voor erfelijkheidsvoorlichting algemene regel: echte genezing is niet mogelijk, want fouten in het genen- of chromosomenpatroon zijn op dit moment niet te herstellen. Ook voor de nabije toekomst zijn er op dit punt weinig spectaculaire ontwikkelingen te verwachten. Wat de geneeskunde aan behandelmogelijkheden te bieden heeft, is vrij miniem. Hoogst uitzonderlijk is symptoombestrijding mogelijk: compenserende therapieën (bijvoorbeeld bij fenylketonurie) of correctieve therapieën (bijvoorbeeld een chirurgische correctie van malformaties), die de levenskwaliteit (soms) aanzienlijk kunnen verbeteren. Maar daardoor wordt de oorzaak van de aandoening niet weggenomen, zodat de erfelijke afwijking zich in de volgende generatie(s) opnieuw kan manifesteren.

Erfelijkheidsvoorlichting begint met het stellen van een diagnose: de arts onderzoekt of (één van) beide ouders lijder of drager zijn (is) van een erfelijke aandoening. Is dat het geval, dan kan hij hun geen behandeling in het vooruitzicht stellen. Dat verwachten zij ook niet: zij hebben zich erbij neergelegd dat de geneeskunde niet bij machte is hen te genezen van hun lijder- of dragerschap. Maar zij zijn wel geïnteresseerd in de consequenties voor hun nageslacht. Bij erfelijkheidsvoorlichting geldt het predikaat 'patiënt' niet zozeer de adviesvragers dan wel het (eventuele) toekomstige kind –

een situatie vergelijkbaar met die in de kindergeneeskunde. Voor deze patiënt wordt vervolgens de diagnose gesteld: de risicoraming, de aard en het waarschijnlijke beloop van de aandoening. Die diagnose, met wat eventueel aan behandelmogelijkheden voorhanden is, wordt aan de ouders meegedeeld.

Tot hier zijn in de relatie tussen erfelijkheidsvoorlichter en adviesvragers de eerste vier fasen van de curatieve arts-patiëntrelatie duidelijk te onderkennen. In de overlegfase houdt het parallelisme op. In de curatieve arts-patiëntsituatie speelt de specifiek medische deskundigheid een grote rol in het overleg: de arts weet wat voor de patiënt medisch goed en haalbaar is en de patiënt zal doorgaans met het therapievoorstel instemmen, vertrouwend op de medische deskundigheid van de arts. Wanneer het erfelijkheidsonderzoek een verhoogde (herhalings)kans op een ernstige genetische afwijking heeft vastgesteld, heeft de medische wetenschap meestal weinig therapieperspectieven te bieden. Of en hoe in de gegeven omstandigheden inhoud moet worden gegeven aan het verlangen naar een kind, is hier geen zaak van medische deskundigheid. Behalve diagnose en informatie over mogelijk beslissingsalternatieven en hun implicaties, heeft erfelijkheidsvoorlichting niets anders te bieden dan *communicatie*: de ouders aanmoedigen en hen begeleiden op hun weg naar een voor hen goede beslissing. Maar de beslissing zelf is, in tegenstelling tot het therapiebesluit van de curatieve geneeskunde, geen zaak van arts en ouders, maar van de ouders alleen.

## PREVENTIEVE GENEESKUNDE?

De titel van het bekende boekje 'Voorkomen is beter dan niet genezen' typeert de situatie heel juist<sup>2</sup>: 'niet genezen' verwijst naar de doelstelling van de curatieve geneeskunde, namelijk de zieke behandelen en hem willen genezen, maar zegt tegelijk dat deze doelstelling utopisch is. En dus, bij gebrek aan beter: voorkómen dat de aandoening zich herhaalt. Is erfelijkheidsvoorlichting dus een vorm van preventieve geneeskunde? Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden is het nodig vooraf een juist beeld te hebben van wat onder preven-

tieve geneeskunde moet worden verstaan. Pas dan is na te gaan of en, zo ja, in welke mate, die algemene definitie ook op erfelijkheidsvoorlichting van toepassing is.

Preventieve geneeskunde is die tak van de geneeskunde waarbinnen maatregelen worden getroffen om personen, groepen of de hele bevolking tegen bepaalde ziekten te beschermen. Preventie 'is alleen mogelijk bij aandoeningen, waarbij een bepaalde factor de beslist nodige voorwaarde is voor het ontstaan van de desbetreffende aandoening. (...) Preventief-geneeskundig werk bestaat dan, in het elimineren van deze obligate voorwaarde'<sup>3</sup>. Wat bondiger geformuleerd: preventieve geneeskunde wil 'mens en schadelijke factor ruimtelijk van elkaar gescheiden houden'<sup>4</sup>.

Erfelijkheidsvoorlichting beweegt zich op een dubbel spoor: het klinisch-genetische spoor, met name het vaststellen van de aan- of aanwezigheid van een (verhoogde kans op een) erfelijke of aangeboren aandoening bij de progenituur van de adviesvragers, en – zie de gangbare definitie van de American Society of Human Genetics<sup>5</sup> – het spoor van de communicatie over menselijke problemen die samenhangen met de uitkomst van de diagnose. Preventieve geneeskunde, zo bleek uit de omschrijving, is een doe-geneeskunde, een geneeskunde die welbepaalde maatregelen treft. 'Vaststellen' en 'communicatie' gaan aan het nemen van maatregelen vooraf. Erfelijkheidsvoorlichting is geen doe-geneeskunde. Erfelijkheidsvoorlichting kan dus, strikt genomen, niet als een vorm van preventieve geneeskunde worden beschouwd.

Maar misschien hebben (sommige van) de maatregelen waartoe ouders op basis van erfelijkheidsvoorlichting kunnen besluiten wel een preventief karakter. Er zijn drie beslissingsalternatieven waaruit ouders moeten kiezen:

1. Zij kunnen samen definitief afzien van biologisch-eigen kinderen en opteren hetzij voor kinderloosheid, hetzij voor adoptie, hetzij voor de inbreng van een donorgenoem in plaats van het genetisch belaste sperma en/of ovum.
2. Zij kunnen opteren voor selectieve voortplanting: de zwangerschap afbreken wanneer prenatale diagnostiek de aanwezigheid van een genetisch defect heeft aangetoond.
3. Zij kunnen beslissen geen bijzondere maatregelen te nemen en dus kiezen voor het krijgen van eigen kinderen, ongeacht het genetisch risico.

Wat is het preventieve gehalte van elk van deze drie behandelingsalternatieven? Preventieve maatregelen hebben tot doel mensen te beschermen tegen een bepaalde ziekmakende factor waarvan zij het slachtoffer dreigen te worden. In deze context is de bedreigende factor de gediagnostiseerde erfelijk overdraagbare anomalie bij (één van) beide ouders. Een verhoogde kans op nageslacht dat drager is van of lijdt aan een genetische afwijking kan slachtoffers maken op drie niveaus: het is bedreigend a. uiteraard voor de progenituur; b. ook voor de ouders; en c. wellicht ook voor de genetische kwaliteit op populatieniveau. Op elk van deze drie niveaus moeten de drie handelingsalternatieven op hun preventief karakter worden getoetst.

#### Progenituur

ad 1: geen biologisch-eigen kinderen. Kiezen de adviesvragers voor adoptie- of donorkind(eren), dan zullen deze kinderen zijn gevrijwaard van de genetische aandoening. Zieke nakomelingen worden voorkomen, niet door de bedreigde nakomelingen te beschermen tegen de bedreigende ziektefactor maar door het eigen bedreigde nageslacht te vervangen door een biologisch (geheel of gedeeltelijk) vreemd, dus onbedreigd, nageslacht. Deze 'kunstgreep', evenals de optie 'kinderloosheid', beantwoordt, althans m.b.t. de progenituur, niet aan de definitie van 'preventieve maatregelen': er zijn immers geen nakomelingen die tegen de bedreigende, ziekmakende factor moeten worden beschermd.

ad 2: selectieve voortplanting. Wanneer prenatale diagnostiek een genetische aandoening heeft aangetoond, elimineert men de ziekte door de (hier: nog niet geboren) zieke te elimineren. Selectieve voortplanting wil voorkomen dat mensen die ziek zijn, worden geboren. Preventieve geneeskunde daarentegen wil voorkomen dat mensen ziek worden. Dat is een wezenlijk andere doelstelling.

ad 3: geen maatregelen. Uiteraard is hier geen sprake van preventieve maatregelen. Wanneer, in een beperkt aantal gevallen zoals bij fenylketonurie of sommige malformaties, fenotypische correctie van de erfelijke afwijking mogelijk is, blijft het kind gevrijwaard van verergering of hinderlijke consequenties van de genetische aandoening, maar genotypisch blijft de anomalie voortbestaan. Dit is een vorm van secundaire preventie.

#### Ouders

Een paar doet een beroep op een erfelijkheidsdeskundige, omdat het weet of vreest dat (één van hen) beiden lijder of drager (is) zijn van een genetische aandoening. Hun vraag betreft niet hun eigen defect, maar dat van hun progenituur. Wat zij, bij aangetoond verhoogd risico, uiteindelijk beslissen, heeft primair betrekking op hun nageslacht. Uiteraard heeft dat ook consequenties voor henzelf. Maatregelen die moeten voorkomen dat zij (nog) een kind krijgen met die genetische ziekte (afzien van biologisch-eigen kinderen of selectieve voortplanting) kunnen het paar veel kommer en zorg besparen. Dat is een welkom neveneffect, een afgeleide van hun beslissing ten aanzien van hun progenituur. Ten aanzien van henzelf zou men hier hoogstens kunnen spreken van 'indirecte preventie'.

#### Bevolking

Het effect van de verschillende beslissingsalternatieven op het genetisch evenwicht in een populatie is onderzocht door een commissie van de Gezondheidsraad<sup>6</sup>. Ik vat de belangrijkste conclusies kort samen:

ad 1: geen biologisch-eigen kinderen. Geen kinderen (meer) verwekken via de afstammingslijn(en) met verhoogd erfelijk risico leidt uiteraard tot een frequentiedaling van die afwijking binnen de populatie. Op bevolkingsniveau heeft deze maatregel dus een preventief effect.

ad 2: selectieve voortplanting. Voor zover erfelijk zieke kinderen worden wegeselecteerd door abortus, geldt op bevolkingsniveau hetzelfde effect als ad 1. Als de betrokken gezinnen evenveel gezonde kinderen ter wereld brengen als gemiddeld gebruikelijk is, stijgt de frequentie van dragers van die erfelijke aandoening, wat op langere termijn leidt tot een toename van de frequentie van de desbetreffende afwijking.

ad 3: geen maatregelen. Dankzij de vorderingen van de geneeskunde kan een toenemend aantal kinderen met een genetische afwijking fenotypisch worden geholpen. Daardoor kunnen ook zij, anders dan vroeger, veelal deelnemen aan het voortplantingsproces. Dit heeft tot gevolg dat binnen de populatie de frequentie van die erfelijke aandoening toeneemt.

## CONCLUSIES

1. Van de drie beslissingsalternatieven waaruit ouders met een verhoogde kans op nageslacht met een erfelijke aandoening een keuze moeten maken, kan er slechts één worden aangemerkt als een vorm van (primaire) preventie, en dan nog slechts op één niveau: de optie 'geen biologisch-eigen kinderen' is ten aanzien van de genetische kwaliteit van de bevolking een preventieve maatregel. Daar staat tegenover dat de andere twee beslissingsalternatieven de ziektefrequentie op langere termijn doen toenemen. De resultante van deze tegengestelde verschuivingen van het genetisch evenwicht in een bevolking is echter beperkt en niet alarmerend.

2. Fenotypische therapieën bij kinderen met een erfelijke aandoening zijn een vorm van secundaire preventie.

3. Wetende dat erfelijkheidsvoorlichting op zich geen preventie is en dat het preventieve gehalte van de maatregelen waar adviesvragers op basis van erfelijkheidsvoorlichting toe kunnen besluiten, minimaal is, is er weinig aanleiding om van preventieve geneeskunde te spreken. Het lijkt juist deze vorm van medische hulpverlening onder te brengen bij de curatieve geneeskunde, zij het dat de primaire therapeutische doelstelling van de curatieve geneeskunde, namelijk genezen, (nog) niet haalbaar is.

\*  
\*\*

In een derde en laatste bijdrage zal worden ingegaan op de ethische implicaties van het denken over erfelijkheidsvoorlichting en klinische genetica in curatieve dan wel in preventieve categorieën. □

## Literatuur

1. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986, 183.
2. Galjaard H, Strubbe W, Zijdeveld B van. Voorkomen is beter dan niet genezen. Vier druk. Nijkerk: Intro, 1983.
3. Galjaard H, Sachs ES, Kleijer WJ, Jahoda MGJ. Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2252-62.
4. Mertens AThLM. De medicus in de individuele gezondheidszorg, de sociale gezondheidszorg, de welzijnszorg. (Afscheidscollege) Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1981, 12.
5. Kuiper JP. Waar begint het kiezen in de gezondheidszorg? Medisch Contact 1973; 28: 403-6.
6. Wertz DC, Fletcher JC. Ethics and medical genetics in the United States: A national survey. American Journal of Medical Genetics 1988; 29: 815-27.
7. Gezondheidsraad. Advies inzake Ethiek van de erfelijkheidsadviesgeving (Genetic Counseling). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980 (rapport nr. 10), 44-9.

## Internationaal perspectief

# Engeland: gezondheidszorg in het nauw

## 'Gratis, maar niet voor niets'

Sinds 1948 kent Groot-Brittannië een gezondheidssysteem dat voor iedereen gratis toegankelijk is<sup>1</sup>. De 'National Health Service', een veelvuldig geprezen vorm van zorg, onafhankelijk van charitatieve en commerciële initiatieven, staat sinds kort bloot aan toenemende kritiek. Door vergaande budgettering en aanpassing van de salarissen nam het Engelse ministerie van Volksgezondheid in 1987 'slechts' 7,5 procent van het bruto nationaal produkt voor zijn rekening, hetgeen beduidend minder is dan de kosten in andere Westeuropese landen. Hoe is het gesteld met de patiëntenzorg van alledag in dit door Margaret Thatcher verder gesnoeide systeem?

Wij, drie Nederlandse arts-assistenten, hebben twaalf maanden gewerkt in twee van Londen's oudste 'teaching hospitals'. We maakten kennis met eerste klas geneeskunde, uitmuntend onderwijs en toonaangevende research. De werkomstandigheden zijn evenwel sober en het comfort voor patiënten gering. Daarnaast kenmerken een uitgesproken hiër-

W. P. Haanstra,  
E. A. C. M. Sanders en  
P. J. Wismans

*Drie arts-assistenten uit Utrecht hebben een jaar lang in Londen de ziekenhuisgeneeskunde mogen be-drijven. Het bood hun de kans van binnenuit kennis te maken met de National Health Service cum annexis.*

archische structuur en forse werkbelasting genoemde ziekenhuizen. Nadat in deze kolommen eerder vanuit de Nederlandse optiek een luchtige kijk op de Nederlandse gezondheidszorg is gegeven<sup>2</sup>, willen wij, overigens zonder pretentie van volledigheid of deskundigheid, op deels anekdotische wijze een aantal van onze ervaringen weergeven. Natuurlijk gaat het daarbij slechts om persoonlijke indrukken uit de genoemde ziekenhuizen in wereldstad Londen.

## 'NATIONAL HEALTH'-ZIEKENHUIS

### Dagboek aantekeningen:

Het is inmiddels 23.45 uur in Bartholomew's Hospital en ik spoed mij tollend van de slaap naar de 15e opname van vandaag. Er zijn nu nog drie wachtenden na Mrs. Johnson, die al eerder het voorrecht had haar geliefde 'Bart's' met een bezoek te vereren. Van de burens komt er een summiere heteroanamnese. Men had haar enkele dagen niet gesignaleerd en daarop de deur geforceerd. De alleenstaande 82-jarige werd in deerniswekkende toestand op de grond van haar kamer aangetroffen. Van achter de gordijntjes op 'casualty' stijgt gelach op als ik – in verband met patiënte's doofheid luidkeels – informeer of ze ook 'Wheels on meals' (in plaats van de bedoelde 'maaltijd op wielen') heeft. Na een snel uitgevoerd onderzoek moet de waarschijnlijkheidsdiagnose 'cerebraal infarct' luiden en kan na het afronden van verdere diagnostiek de jacht op een ziekenhuisbed voor de zoveelste maal die dag worden geopend. Zo'n bed is wellicht het meest begeerde artikel in de National Health Service-ziekenhuizen van Centraal Londen anno 1987. De 'admission ward' is op dit uur immers overvol.



Mrs. Davis die, na twee en een half jaar wachten en drie keer uitstellen, tandenborstel en pyjama in gereedheid heeft gebracht om opgenomen te worden voor haar electieve heupkoprothese-operatie, krijgt om 07.00 uur opnieuw een telefoontje als blijkt dat haar bed door deze spoedopname hedenochtend bezet moest worden.

### 'LELIJK EENDJE OF JAGUAR'

Hoe moeilijk de evaluatie van een gezondheidszorgsysteem is, werd onlangs fraai geïllustreerd in een commentaar in het *British Medical Journal*<sup>3</sup>. Het beschrijft hoe de National Health Service in de ogen van de ene waarnemer een groeiend, florerend en efficiënt bedrijf is en in de ogen van de ander, die zich op hetzelfde cijfermateriaal baseert, aftakelend, inefficiënt en derderangs. In het betoog wordt de kwaliteit van de National Health Service vergeleken met die van de laagst geprijste onder de automobielen, de Deux Chevaux: weliswaar functioneel en betrouwbaar, maar gespeend van ieder comfort. De particuliere tegenhangers lijken in dit opzicht meer op Jaguars. Veertig jaar na zijn creatie kampt de National Health Service met demotivatatie en ontevredenheid bij z'n werknemers, veroorzaakt door verregaande bezuinigingen, voortdurende overbelasting en gebrek aan middelen. In Nederland en Frankrijk wordt per hoofd van de bevolking ca. 60% meer aan gezondheidszorg besteed. Opiniepeilingen en de mate waarin de National Health Service in opspraak is tonen aan dat de Britten aan een 'Ford' toe zijn. Onder de Labour-premier Atlee werd na de oorlog de National Health Act aangenomen. Deze wet maakte een einde aan het particulier initiatief, waardoor de patiënt niet meer met gebogen hoofd de charitatieve zorg in ontvangst hoefde te nemen. Hoewel er veel ten goede is veranderd, zijn de voorzieningen voor chronische zorg achtergebleven. Er heerst nog een groot tekort aan revalidatiecentra en verpleeghuisfaciliteiten, zodat sociaal zwakkeren of hulpbehoevende oudere patiënten net als vóór 1948 op lokale thuishulp zijn aangewezen. Door budgettering per district wordt behandeling van patiënten uit een ander district vrijwel onmogelijk, aangezien dit zou drukken op het budget van het eigen district. Binnen de National Health Service bestaat thans een wachtlijst van naar schatting 688.000 mensen voor electieve operaties. Van hen wachten er 162.000 al langer dan een jaar! Voor electieve heupchirurgie zijn er wachttijden tot drie jaar.

De traditionalistisch ingestelde Britten zijn erg gesteld op hun eeuwenoude, dikwijls slecht te onderhouden ziekenhuizen. 'Florence Nightingale wards', met soms tot 26 bedden en beperkte sanitaire faciliteiten, versterken weliswaar gevoelens van solidariteit tussen patiënten onderling en de verpleegkundigen, maar staan geenszins garant voor privacy en comfort. Zo eist ook het achterstallig onderhoud van gebouwen zijn tol. In Guy's Hospital, waar de afdeling Neurologie afhankelijk is van drie liften, is het iedere ochtend een gok welke van de drie zal functioneren; door gebrek aan geld worden veel reparaties provisorisch uitgevoerd en is er van vervanging in het geheel geen sprake.

### OPLEIDING

#### Dagboek aantekeningen:

Mijn 38-jarige, inmiddels grijzende, 'senior registrar' keerde vandaag bedrukt terug van zijn 25e sollicitatiegesprek voor een 'consultant'-plaats, nu in Cardiff. Zijn staat van dienst is indrukwekkend, met goede publikaties op velerlei terrein. De concurrentie is moordend en de carrièremogelijkheden zijn beperkt. Gelukkig zag onze vriend nog wel kans in '84 deel te nemen aan een Himalaya-expeditie, een vast gespreksonderwerp bij de sollicitaties. Los van de frustraties en onzekerheden voor het gezin (zo er tijd was daar in te voorzien) doen de frequente avond- en nachtdiensten een aanslag op ieders conditie. Werkweken van 120 uur zijn geen uitzondering. De 'rat-race' naar een hogere trede op de carrière ladder eist zijn tol: 'house officer', 'senior house officer' (SHO) en 'registrar', met daartussen onder meer het beruchte MRCP-examen (Member of the Royal College of Physicians) en ten slotte 'consultant'. Aanstellingen geschieden, op het 'house officer'- en SHO-niveau, in principe maar voor zes maanden. Steeds weer overvolle, gedesorganiseerde 'outpatient clinics' (polikliniek) drijven me zeker in het begin welhaast tot wanhoop. De kans dat uitslagen dan wel 'discharge summaries' voorhanden zijn is te verwaarlozen, hetgeen resulteert in de wat vermoeiende aanhef: 'Regret old notes missing' boven het nog blanco anamneseblad. De entourage ademt, soms maar al te letterlijk, het stof van eeuwen. Zo je je verstout op te merken dat een en ander in een aan de eisen van deze tijd aangepast geheel wellicht soepeler zou verlopen, wijzen onze Engelse collegae spreekwoordelijk naar het voorhoofd. Maar goed we komen dan ook van 'abroad'. De 'medical students', die relatief vroeg in hun opleiding in de kliniek worden geïntroduceerd, zijn zonder uitzondering 'very eager' en enthousiast om de lijdende mensheid van nabij te mogen zien. Ze worden ook daadwerkelijk door de 'consultants' persoonlijk onderricht. Hun welbespraaktheid is

indrukwekkend en zelfs een 'medical student' is in staat een ziektegeschiedenis met veel gevoel voor dramatiek en understatement, uit het hoofd, te presenteren. In dit verband spreekt ook het antwoord dat een van de 'consultants' gaf aan een patiënte met een diabetisch ulcus op de vraag hoelang de opname schattenderwijs nog zou gaan duren, boekdelen: 'I hate to be optimistic . . .'. Zaalvisites met de 'consultants' staan centraal in de Londense opleidingsziekenhuizen: hoogleraar, 'consultant', 'senior registrar', 'junior registrar', 'senior house officers', 'junior house officers' en 'students' in ouderwets ogende lange witte jassen, onderwerpen iedere patiënt aan een consciëntieuze anamnese en fysisch-diagnostisch onderzoek. De 'consultant' onderscheidt zich door in drie delig streepjeskostuum compleet met vlinderdasje en bijkleurende bretels zaalvisite te doen<sup>4</sup>.

### ONGELIJKE BEHANDELING

In de ongebreidelde bezuinigingswoede is veel van het paramedische personeel (afdelingssecretaresses en laboranten) weggesaneerd en worden tal van administratieve werkzaamheden door een onderbetaalde, overbelaste 'junior medical staff' verricht. Door dit alles is in Engeland sedert het begin van de jaren tachtig de tijd rijp geworden voor particuliere verzekeringsmaatschappijen die privé-ziekenhuizen exploiteren. Ongeveer 10% van de Engelsen is nu particulier bijverzekerd.

Een belangrijk voordeel van de Engelse particuliere ziekenhuizen is dat er nagenoeg geen wachtlijst bestaat. Voor de National Health Service zelf maakt het bestaan van particuliere ziekenhuizen budgettair weinig uit; integendeel, kleine ingrepen worden nu van de National Health Service weggehouden, terwijl de grotere ingrepen alsook de aandoeningen die hoge onkosten en nazorg met zich meebrengen, bijvoorbeeld leukemie, uiteindelijk weer op de National Health Service draineren.

De grootste particuliere ziektekostenverzekeraar, BUPA, adverteert onder het motto: 'Britain feels better for it', een slogan die met venijnig understatement aanspreekt en – zij het niet al te openlijk – de steun geniet van Mrs. Thatcher en haar minister van Volksgezondheid. 'The National Health Service should be ruled as a Marks and Spencer store', aldus een verbeterden Norman Tebbit, lijsttrekker van de conservatieven in 1986. Hiermee lijkt men, bijna veertig jaar na de National Health Act, weer te zijn aangeland op het punt van particulier initiatief en ongelijke behandeling.

## TERUG IN NEDERLAND

### Dagboekantekeningen:

Na een straf bakje koffie, een verademing na de Engelse variant<sup>2</sup>, beginnen we aan de visite. Ik doe dat vanochtend in gezelschap van mijn hooggeleerde opleider. Terwijl we de acht patiënten, ieder op zijn of haar individuele kamer, waar nodig omgekeerd geïsoleerd, bezoeken kan ik niet nalaten te mijmeren over hetgeen me nog geen week geleden op de afdeling oncologie van 'Bartholomew's' bezighield. Leukopenische patiënten naast elkaar op de zesentwintig bedden tellende zaal. Nee, een koortsige, ernstig zieke of succomberende buurman is niet prettig. Hier helemaal alleen liggend in je gedachten gevangen en 24 uur om je eigen kwalen te overdenken wellicht het andere uiterste. Voor de dokter is het prettig in alle rust kennis te maken met de patiënten. Pas nu voel ik hoe de taal tussen de regels hetgene is waarmee je wezenlijk communiceert. Dat lukte overzee, deels door de taalbarrière (al dan niet versterkt door het Londonse dialect, dat een glaasje water doet onttaarden in een 'gla oh waoh'), deels door het volstrekte gebrek aan privacy, minder goed. En toch . . . alles heeft zijn prijs. Op de Engelse zaal kon je soms geraakt worden door de ontroerende hartelijkheid van patiënten onderling en van troostende woorden waarmee familieleden van ernstig zieke patiënten elkaar bemoedigden. Goed dat mijn ernstig zieke transplantatiepatiënten 'hier rust, ruimte en aandacht krijgen. Uiteindelijk is het belangrijkste placebo dat mensen op de been houdt, 'zorg', niet op recept verkrijgbaar. Nee . . . dan toch maar geen 24 opnames per dag. Eigenaardig, dat de huidige honoreringsstructuur 'luisteren' – een bezigheid met ongekende diagnostische specificiteit en sensitiviteit en daarnaast onmiskenbaar therapeutisch potentieel – onbetaald laat.

### BESCHOUWING

Voor het eerst in zijn nog korte geschiedenis verkeert de National Health Service in een crisissituatie. 'Metaalmoeheid' binnen het eigen apparaat en de onevenredig grote druk waaronder wordt gewerkt door de niet aflatende bezuinigingswoede, geven aan dat de rek er zowel bij arts als patiënt geheel en al uit is.

\* De geschiedenis van de ziekenhuizen in Londen gaat terug tot 1123, het jaar waarin St. Bartholomew's voor het eerst zijn poorten voor de allerarmsten opende. Het zou overigens nog zo'n vierhonderd jaar duren (1560) alvorens de eerste arts zijn intrede deed. Het Guy's Hospital werd in 1725 gesticht door Thomas Guy (boekbinder en -drukker in Londen), bedoeld als 'Home for incurable patients' die vanuit St. Thomas' Hospital (1547) werden overgeplaatst. Rijke kooplieden of industriëlen steunden deze instellingen tot meerdere eer en glorie van zichzelf. Met het destijds uit Nederland door Herman Boerhaave (1668-1738) geïnduceerde klinisch geneeskundig onderwijs groeiden St. Bartholomew's, St. Thomas' en Guy's Hospital uit tot gerenomeerde elkaar naar de kroon stekende 'medical schools'.

Een rapport van de Universiteit van York becijferde een, door systematische 'ondervoeding' opgebouwd, tekort aan 1,7 miljard pond sterling waar het achterstallig onderhoud betreft<sup>6,7</sup>! Door de verregaande budgettering is nu de zotte situatie ontstaan dat men is gebaat bij het weigeren van patiënten en het sluiten van operatiekamers en hele verpleegafdelingen.

In principe waarborgt een National Health Service een mogelijkheid tot nuchtere bewaking van prioriteiten binnen de curatieve en preventieve sector van de gezondheidszorg. Economische motieven kunnen dan de overhand krijgen<sup>8</sup>. Leeftijdsgrenzen voor bijvoorbeeld dialysebehandeling zijn een geaccepteerd gegeven. Daarnaast zijn er in vergelijking met ons land nauwelijks voorzieningen voor nazorg, zoals revalidatie en chronische verpleging.

De ontspanningsweg naar de privé-sfeer is alleen weggelegd voor de gefortuneerde burger. Dat dit eerst onlangs tot nationale verontwaardiging aanleiding heeft gegeven, zegt wellicht iets over de Engelse lankmoedigheid en de van oudsher sterk gestratificeerde maatschappij. Naast de schaarse faciliteiten voor patiënten is ook de gemiddelde salariering (per uur omgerekend, rekening houdend met de enorme kosten van levensonderhoud in Londen) van hen die binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn – met name in de verpleegkundige sector<sup>9</sup> – beslist niet riant.

Bij alle verwondering over de geschetste entourage<sup>5</sup>, past bewondering voor de relativiteitszin en buitengewone wetenschappelijke prestaties. Deze laatste worden overigens deels geleverd in een moordend competitief klimaat. Welsprekendheid en een uitgesproken gedegen kennis van zaken zijn eigenschappen die de Britse collegae bijzonder sieren. Observatievermogen, handen en stethoscoop worden optimaal gebruikt. Zonder uitzondering kijken we dan ook terug op een boeiend, en in vele opzichten leerzaam<sup>10</sup>, jaar.

Terwijl er in Nederland een begin wordt gemaakt met budgettering en regionalisatie, is dat reeds jaren praktijk binnen de National Health Service, die zich vooral in een omstreeks 8 miljoen inwoners tellende stad als Londen voor steeds grotere problemen geplaatst ziet. Ongetwijfeld zijn de gesignaleerde tekorten en verdiensten van dit systeem belangrijke lessen waar het erom gaat in Nederland niet het gekoesterde zieke kind met het bezuinigingsbadwater weg te gooien.

De conclusie moet, althans voorlopig, luiden dat de Engelse patiënt, voor zover onze waarnemingen vanuit Londen representatief kunnen worden geacht, voor minder dan een dubbeltje beslist niet altijd op de eerste rang zit. □

W. P. Hanstra en P. J. Wismans zijn beiden werkzaam als internist in opleiding in het Academisch Ziekenhuis Utrecht. De werkzaamheden vonden plaats binnen het recent in de Lancet (Literatuurverwijzing 10) beschreven uitwisselingsprogramma.

E. A. C. M. Sanders is neuroloog in het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

### Literatuur

1. Lister J. By the London Post. Essays on Medicine in Britain and America. Waltham (USA): New Engl J Med, 1985.
2. Hull F. M. Een verhaal over twee steden. Medisch Contact 1986; 41 nrs. 1-51/52.
3. Smith T. Deux chevaux, Jaguar – or Ford. BMJ 1987; 294: 1636.
4. Dennis Potter. The Singing Detective. (TV-serie BBC 1986 onder regie van Jon Amiel met Michael Gambon in de hoofdrol van P. E. Marlow.)
5. Vat D van der. Een ongeneeslijke verbijstering. Amsterdam: Sijthoff, 1986.
6. Money and the NHS: a new phase. Editorial. Lancet 1985; ii: 1221-2.
7. Smart T. Draper P. Public health and economic policy: Financing the National Health Service. Lancet 1985; ii: 1233-5.
8. Daniels N. Why saying no to patients in the United States is so hard. Miller FH, Miller GAH. The painful prescription: A procrustean perspective? New Engl J Med 1986; 314: 1380-5 (Sounding board).
9. Delamothe T. Nursing grievances. II: Pay. BMJ 1988; 296: 120-3.
10. Ypersele C van, Dickinson CJ. The European exchange for junior doctors in internal medicine. Lancet 1987; ii: dec 20/27: 1446-8.  
Trainer PJ. European medical exchanges: London/Utrecht. Lancet 1987; i: 864 (Letters to the editor).

# Koppeling van kennis aan informatie

In de laatste tien jaar is er een grote belangstelling ontstaan voor computerdiagnostiek en medische besliskunde. Deze belangstelling werd niet in het minst veroorzaakt door de opkomst van de zogeheten kunstmatige intelligentie ('artificial intelligence', AI). Toch is deze golf van vernieuwde interesse niet de eerste van deze soort. Het lijkt er nu evenwel op dat de golf niet alleen maar de research overspoelt, maar tevens uitvloeit naar de praktijk van het medisch handelen.

In het begin van de ondersteuning van diagnostiek en therapie met computers waren het in hoofdzaak strikt wiskundige methoden die werden ingezet, heden ten dage zijn het de AI-technieken, in het bijzonder de heuristische (Eureka: 'Ik heb het gevonden') methoden, die opgeld doen. De zogeheten *expertsystemen* nemen daaronder een centrale plaats in; deze systemen zijn alle gebaseerd op kennis die afkomstig is van deskundigen op een bepaald gebied, experts.

Wij zullen in onze verhandeling kort de achtergrond van zulke kennisverwerkende methoden nagaan, vervolgens enige ordening aanbrengen in de verschillende benaderingen en de voor- en nadelen daarvan bespreken. Daaruit trekken we dan consequenties met betrekking tot de ontwikkeling van besluitvorming-ondersteunende systemen voor de praktijk van het medisch handelen. Het zal uitmonden in een pleidooi voor de koppeling van kennis aan informatie, ofte wel de integratie van medische informatiesystemen en expertsystemen.

## NAAR FORMEEL BESLISSEN

In de jaren vijftig en ook in de vroege jaren zestig werden er zeer optimistische verhandelingen geschreven over de simulatie van het menselijk denken door computers. We denken met name aan het werk van McCulloch en Pitts, Wiener, Rosenblatt, Simon of Minsky. In plaats van vele aparte referenties te geven naar het omvangrijke werk van deze onderzoekers, verwijzen wij naar het boek van Pamela McCorduch uit 1983<sup>1</sup>; dit boek biedt een overzicht van de geschiedenis van de simulatie van het menselijk denken door machines, later kunstmatige intelligentie genoemd. Velen van de genoemden meenden in hun optimisme dat ingewikkelde denkproblematiek – denk aan bijvoorbeeld medische beslissingen –

J. H. van Bommel en  
J. van der Lei

*Over medische informatica. Prof. Dr. Ir. J. H. van Bommel onderwijst het aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. De arts J. van der Lei werkt bij dezelfde vakgroep.*

zouden kunnen worden opgelost door speciale apparaten, die van hun ervaring zouden kunnen leren, zoals een kind dat spelenderwijs ook doet. Immers, zo was de gedachtengang, als neuronen parallel verontonen met complexe elektronische schakelingen en als zenuwbanen te vergelijken zijn met de elektrische bedrading van een computer, dan bestaat er alle reden om te menen dat na enige tijd de machine dezelfde complexiteit van de menselijke hersenen gaat verontonen en bijna spontaan ook de eigenschappen daarvan gaat bezitten.

Die golf van over-optimistisch enthousiasme ebde bij een grote groep onderzoekers langzaam weg en maakte plaats voor een veel pragmatischer benadering. Die maakt op het ogenblik de hoofdstroom uit van de AI-ontwikkelingen: het gebruik van computers voor goed omschreven gebieden waarop ook menselijk denken, beslissen en herkennen ondersteuning verdienen. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan schakmachines of robots. In de geneeskunde zijn er toepassingen voor de bewaking van de patiënt, de interpretatie van elektrocardiogrammen of de differentiële diagnostiek van vage buikklachten. Denk overigens niet dat de euforie in het denken over denk-machines reeds geheel is verdwenen. Nog steeds zijn er tal van mensen die stellig geloven in de machine als 'General Problem Solver' (een uitdrukking van Simon uit de jaren zestig<sup>2</sup>) of die geloven dat er een parallel is tussen het 'denken' van een computer en het bewust denken door mensen, een geloof dat onder meer is verwoord door Feigenbaum en door Hofstadter<sup>3-5</sup>. We zien tevens de opkomst van de zogeheten neuro-informatica, die poogt de grondslagen van nieuwe generaties computers terug te voeren op de structuur van neuronale netwerken zoals die in onze hersenen bestaan.

Tegelijkertijd is er echter een meer fundamentele, wijsgerig onderbouwde tegenstroom op gang gebracht, waarvan onder meer Weizenbaum en Dreyfus de exponenten zijn<sup>6-8</sup>. Tot het kamp van degenen die nu kritisch staan tegenover te hoog gespannen verwachtingen gaan zelfs oorspronkelijke fervente voorstanders behoren, zoals Winograd<sup>9</sup>. Recentelijk gaf ook Gremy, een van de pioniers op het gebied van de medische informatica, er blijk van zeer gereserveerd tegenover deze ontwikkelingen te staan<sup>10</sup>. Ook de auteurs van dit artikel delen deze reserves, vastgelegd in enkele vakwijsgerige publikaties<sup>11-12</sup>.

Er is echter geen reden in zwart-witschisma's te vervallen ten aanzien van een houding ten opzichte van 'artificial intelligence'. Integendeel, er is reden voor gematigd optimisme, als we de vorderingen op het gebied van de ondersteuning van het menselijk denken door computers onder de loep nemen. Dat optimisme wordt niet zozeer veroorzaakt door het feit dat machines menselijk denken zouden kunnen overnemen, maar vooral doordat de gereedschappen (machines en programmatuur) die dit denken kunnen ondersteunen een enorm snelle evolutie hebben doorgemaakt.

De matiging van het optimisme blijkt uit de constatering, dat er naast de verruiming van alle mogelijkheden ook *princiële grenzen* zijn aan de computerondersteuning van menselijk denken en beslissen. Die grenzen worden vooral ingegeven door het feit dat computers van ons in alle omstandigheden een gestructureerde en formele benadering vergen. Dit geldt uiteraard ook voor de ondersteuning van medische beslissingen in diagnostiek en therapie. Speciaal op dit laatste willen wij in de volgende paragraaf nadrukkelijk ingaan.

## MEDISCHE KENNIS

Methoden voor het nemen van beslissingen in de geneeskunde ter ondersteuning van diagnostiek en therapie zijn gebaseerd op twee kennisbronnen: *wetenschappelijke kennis*, dat wil zeggen inzicht in problemen en processen, en *empirische kennis*, dat wil zeggen ervaring opgedaan in de medische praktijk<sup>12</sup>. De eerste vorm van kennis wordt voornamelijk verkregen gedurende wetenschappelijk onderzoek, de tweede is fenomenolo-

gisch van karakter en wordt verzameld bij het omgaan met patiënten en het documenteren van patiëntengegevens. Beide soorten kennis worden vastgelegd in leerboeken en artikelen. De wetenschappelijke kennis wordt vooral onderwezen tijdens de preklinische fase van de medische studie. Ervaring wordt in de regel minder formeel beschreven dan theoretische kennis, hoewel de arts in de praktijk van de patiëntenbehandeling niet zelden vooral de laatste vorm van kennis gebruikt. Dit soort kennis is dan ook altijd aanwezig in het brein van de getrainde arts en wordt ook wel aangeduid als 'klinische blik'; een goed diagnosticus blijkt dan ook over een uitstekend geheugen voor ziektebeelden te (moeten) beschikken.

Kunnen beide vormen van kennis zodanig worden geformaliseerd dat we ze in computers kunnen gebruiken? Ten dele. Indien we computers daarvoor willen inzetten (dat wil zeggen modellen en algoritmen willen ontwikkelen) dan veroorzaakt vooral de tweede vorm van kennis, de empirische, aanzienlijke problemen wanneer we die pogen te extraheren uit het brein van de ervaren arts. Dat komt met name doordat artsen in de regel zelf niet bewust weten hoe hun redenering verloopt bij het stellen van een diagnose, hoe de 'vonk' (de 'Aha-Erlebnis') doorbreekt bij het doorzien van een bepaald probleem. Dit zien of schouwen is verwant aan de creatieve vonk die ontspringt in het brein van iemand die wetenschappelijk werk verricht en de ordening achter zijn probleem doorziet en tot synthese geraakt.

Van het proces van redeneren dat zich in het hoofd van een getrainde arts voltrekt is nauwelijks iets bekend<sup>13</sup>. Wel is er uitvoerig onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid van medische diagnostiek, al dan niet ondersteund door computers<sup>14-16</sup>. In de terminologie van de beslissingsmodellen van onze dagen zou men kunnen zeggen dat dit redeneringsproces aspecten vertoont van patroonherkenning<sup>12</sup>, en – in het taalgebruik van de huidige expert systemen – zowel 'data-driven' als 'goal-driven' lijkt te zijn<sup>17</sup>. Samenvattend kan het eerste type kennis dat we benutten bij de ontwikkeling van zulke modellen worden omschreven als 'know-why' (inzicht) en de tweede als 'know-how' (ervaring). In computers vertalen we de eerste in de vorm van theorieën, vastgelegd in algoritmen en modellen, de tweede als ervaring, vastgelegd in bijvoorbeeld gedocumenteerde kennisbestanden of 'knowledge bases'.

Het is opvallend, dat in de vele rapporten en artikelen die over systemen en modellen voor besliskundige ondersteuning zijn verschenen (voor een overzicht zie bijvoorbeeld Clancey en Shortliffe<sup>18</sup>) zelden gewag wordt gemaakt van de verschillen in soorten kennis die aan zulke benaderingen ten grondslag liggen. Toch zouden deze verschillen wel eens heel principieel kunnen blijken te zijn wanneer het erom gaat de mogelijkheden en grenzen van zulke modellen te begrijpen. Immers, overal waar computers worden gebruikt, wordt een zeer gestructureerde aanpak vereist, aangezien dit aan de computer – met zijn grondslag in de logica – eigen is.

### Stadia bij methoden voor medische beslissingen

Bij het ontwikkelen van een beslissingsmodel en het verkrijgen van kennis zijn verschillende stappen van belang. We gaan ze kort na voor de methoden voor medische beslissingen.

Ten eerste is er de keuze van het *probleemgebied* in kwestie. Vragen zijn daarbij onder meer: is het gebied beperkt of uitgebreid, is het fysiologisch, fysisch of chemisch van aard of stoelt het voornamelijk op ervaringsregels? Een voorbeeld van een nauw (maar toch nog zeer omvangrijk) gebied is de computerinterpretatie van het elektrocardiogram of het spirogram<sup>19 20</sup>; een voorbeeld van een zeer breed gebied is het hele terrein van de inwendige geneeskunde<sup>21</sup>.

Een volgende stap is het verzamelen van voldoende waarnemingen in de vorm van goed gedocumenteerde *patiëntengegevens*: de basis voor alle methoden en modellen, of deze nu voor de ontwikkeling daarvan worden gebruikt dan wel voor het evalueren van de methoden. Zulk materiaal zou afkomstig kunnen zijn van een ziekenhuis, maar bijvoorbeeld ook van populatieonderzoek in de epidemiologie. Men dient hierin een bewuste keuze te maken, omdat die consequenties heeft voor de stappen erna. Hoewel het verzamelen van betrouwbare gegevens in de praktijk erg duur blijkt te zijn, is het probleem in principe wel oplosbaar.

Moelijker zijn het *structureren* en het *documenteren* van de gegevens, dat wil zeggen het nagaan op welke wijze de gegevens (waarnemingen) worden gebruikt c.q. geïnterpreteerd. De relaties tussen de waarnemingen en anderzijds de uitspraken (bijvoorbeeld over ziekteklassen of combinaties daarvan) dienen

te worden geëxpliciteerd. Hier gaat het om het bijeenbrengen van onafhankelijk wetenschappelijk inzicht of kennis van experts, wat de referentie gaat vormen voor de te ontwikkelen modellen of kennisbestanden; zulke kennis dient te stoeien op wetenschappelijk onderzoek dan wel op gedocumenteerde ervaring.

Vervolgens komt de keuze van de methode of het *beslissingsmodel*, het model waarin we de verschillende vormen van kennis willen structureren. Zulke modellen kunnen worden verdeeld in een hele scala van vormen, van puur mathematisch tot in hoofdzaak heuristisch; we gaan daarop in de volgende paragraaf nader in.

Belangrijk is ook de keuze van kostenfactoren en '*utilities*', teneinde de opbrengst (in correcte uitslagen en/of economische parameters uitgedrukt) van het model te optimaliseren. Computers vergen te allen tijde van ons dat wij zulke factoren expliciteren in samenhang met zogenoemde voorwaardelijke kansen op het voorkomen van ziekten in een bepaalde populatie; deze aspecten spelen een centrale rol in de medische beslis-kunde<sup>22</sup>.

Een laatste punt van belang is de evaluatie of *verificatie* van het model. Daarbij is van belang de keuze tussen het gebruik van geselecteerd en het gebruik van gerandomiseerd patiëntenmateriaal. Acceptatiecriteria moeten bij voorkeur tevoren bekend zijn; de modellen moeten liefst worden geverifieerd aan de hand van onafhankelijk materiaal en door verschillende onafhankelijke centra.

### BESLISSINGSSTRATEGIEËN

Methoden voor de ondersteuning van medische diagnostiek kunnen in velerlei opzicht worden vergeleken met technieken die in zwang zijn in onder meer de patroonherkenning<sup>23</sup>. In het medisch-diagnostisch proces wordt het patiëntenprofiel (ziektebeeld) vergeleken met verschillende patronen die óf aanwezig zijn in het brein van de ervaren arts óf als geformaliseerde kennis in een computer zijn opgeslagen. Het is duidelijk dat de keuze voor een bepaalde beslissing wordt bepaald door dát patroon waarvoor de beste of meest waarschijnlijke 'matching' met het onbekende ziektebeeld bestaat. Compleet is die 'matching' nimmer.

Er zijn verschillende benaderingen mogelijk om dit probleem op te lossen, inachtig de omstandigheid dat hoe meer wetenschappelijke kennis wij bezitten

over de aard van een probleem, hoe beter en vollediger onze 'pattern-matching' kan zijn. Hoewel in de praktijk de beslissingsmodellen niet door slechts een bepaalde methode zijn te karakteriseren, maar altijd bestaan uit een combinatie van verschillende technieken, kunnen we toch zeggen dat ruwweg vier verschillende strategieën en modellen zijn aan te duiden<sup>12</sup>:

- inverse modellen. Deze veronderstellen een tamelijk complete kennis over het ziektebeeld en de onderliggende processen;
- statistische modellen. Deze zijn gebaseerd op goed gedocumenteerde gegevensbestanden, met bekende a priori-kansen;
- logische methoden (tabellen, beslissibomen). Deze maken gebruik van ja/nee-beslissingen en zijn meer gerelateerd aan ervaring dan aan wetenschappelijk gefundeerde kennis;
- heuristische methoden of redeneermodellen, waarvan de expertsystemen voorbeelden zijn. Ervarings- en andere kennis is daar geformaliseerd aanwezig in de vorm van een kennisbestand.

Wij zullen de vier benaderingen van commentaar voorzien, zij het in een enigszins andere volgorde dan zojuist aangeduid (een uitvoeriger bespreking zal verschijnen in het Handboek Medische Informatica<sup>24</sup>).

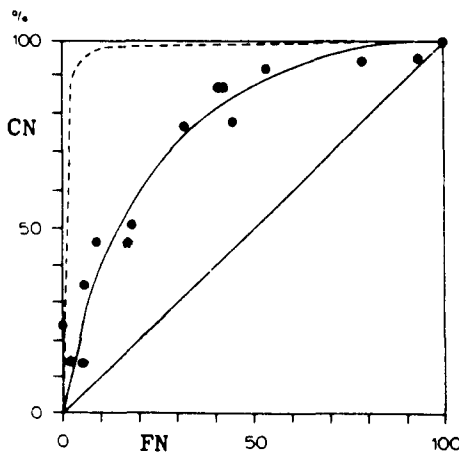
#### Statistische methoden

Wanneer we statistische methoden voor diagnostische ondersteuning ontwikkelen, dan maken wij bijvoorbeeld gebruik van betrouwbaarheidsintervallen ('confidence limits') voor bepaalde ziektecategorieën. Zulke modellen worden ook gebruikt voor differentiële diagnostiek. Met behulp van statistische methoden discrimineren tussen drie of meer klassen van ziekten in plaats van tussen twee klassen is minder eenvoudig. In bijzondere gevallen, wanneer wij de precieze vorm van de verdelingen van symptomen of kenmerken en alle voorwaardelijke kansen van de verschillende ziekten kennen, kunnen we gebruik maken van de regel van Bayes. In werkelijkheid zijn de omstandigheden niet zo ideaal en kan deze regel niet exact worden gevolgd. Het grote voordeel van het gebruik van statistische methoden is de mogelijkheid de modellen te optimaliseren met behulp van een leer- of *trainingspopulatie* en te evalueren met een onafhankelijke *testpo-*

*Figuur 1. Beslissingsmatrix voor een twee-klassenprobleem, gekenmerkt door tenminste twee getallen (bijvoorbeeld CP en CN, of FP en FN).*

		COMPUTERUITSPRAAK		
		+	-	
R E A L	+	CP	FN	100%
	-	FP	CN	100%

*Figuur 2. Verband tussen twee onafhankelijke getallen uit figuur 1 (hier CN en FN), uitgezet in een 'operating characteristic' (OC).*



Getallen die afkomstig zijn van methoden die op identieke symptomen of kenmerken zijn gebaseerd, liggen op een curve als hierboven getekend. Een diagnostische methode is beter naarmate de OC dichter het hoekpunt linksboven benadert (gestippelde lijn).

De punten zijn afkomstig uit publicaties op het gebied van hart-vaatziekten, die blijkbaar essentieel niet van elkaar verschillen. De keuze van een punt op de lijn wordt bepaald door overwegingen als kosten, nut, voorwaardelijke kansen en dergelijke.

*pulatie*. Een verder voordeel is, dat er krachtige 'software'-pakketten bestaan voor het ontwikkelen van statistische beslissingsmodellen (zoals SPSS), die ook steeds meer interactief kunnen worden gebruikt.

De gebruiker heeft invloed op alle stadia van de ontwikkeling en het gebruik van statistische modellen: bij het definiëren van de trainingspopulatie, bij het selecte-

ren van de optimale verzameling van symptomen of kenmerken ('features'), bij de keuze van het classificatiemodel en bij het gebruik en de evaluatie van de methode. Een nadeel is, dat de eindgebruiker vaak niet inziet hoe het model tot bepaalde conclusies is geraakt; bekende voorbeelden van statistische modellen zijn onder meer De Dombal's model voor abdominale ziekten of de multivariate modellen voor de diagnostiek van hart-ziekten<sup>25,26</sup>. Over de evaluatie van (statistische) modellen gaat het volgende.

Idealiter wordt de opbrengst van een twee-klassenbeslissingsmodel gerepresenteerd door slechts twee getallen: correct positieve (CP) en correct negatieve (CN) beslissingen (figuur 1). Deze getallen kunnen, gegeven de verdelingen voor twee klassen, niet onafhankelijk van elkaar worden geoptimaliseerd. Hun relatie wordt zeer elegant gerepresenteerd door een zogeheten diagnostische 'operating characteristic' (OC), waarin CP tegen CN wordt uitgezet (zie figuur 2). Hoe meer een OC de ideale curve die door het punt van 100% CP en 100% CN heen gaat benadert, hoe beter de diagnostische opbrengst van het model is. Een OC levert ons derhalve een techniek om ook kosten en opbrengst van de methode in rekening te brengen.

#### Logische methoden

Logische methoden stelen op de uitkomst van ja/nee(micro-)beslissingen, geformaliseerd in beslissings- of waarheidstabellen of beslissibomen (zie figuur 3 voor een voorbeeld). De medische besliskunde maakt meestal gebruik van beslissibomen. Theoretisch gezien zijn er geen principiële verschillen tussen statistische en logische strategieën voor beslissen, behalve dat we in statistische modellen meestal alle symptomen of kenmerken ineens, en in een beslissboom of -tabel deze consecutief of gefragmenteerd gebruiken. Elk punt in een boom of tabel kan echter op zichzelf een statistisch subprobleem inhouden. Tot de groep van logische methoden kan men ook de scoringstechnieken rekenen waarbij aan elke microbeslissing ('node') een bepaald aantal punten (beloning of straf) wordt toegekend. Logische methoden veronderstellen dat er empirisch inzicht beschikbaar is om het probleem in verschillende stadia of stappen te splitsen. Voorbeelden vindt men in de geneeskunde onder andere bij de diagnostiek van hartritmestoornissen en in de gastro-enterologie<sup>27,28</sup>.

Een probleem bij de logische methoden vormt de balans tussen de algehele structuur van de beslisboom of -tabel en de micro-beslissingen op de knooppunten. Optimalisering van deze methoden met een leerpopulatie is om die redenen aanzienlijk moeilijker dan bij de statistische methoden. Voor de eindgebruiker zijn de uitkomsten van beslisbomen meestal begrijpelijker dan die van statistische methoden. Dat voordeel is, zoals zal blijken, nog in sterkere mate van toepassing bij heuristische benaderingen.

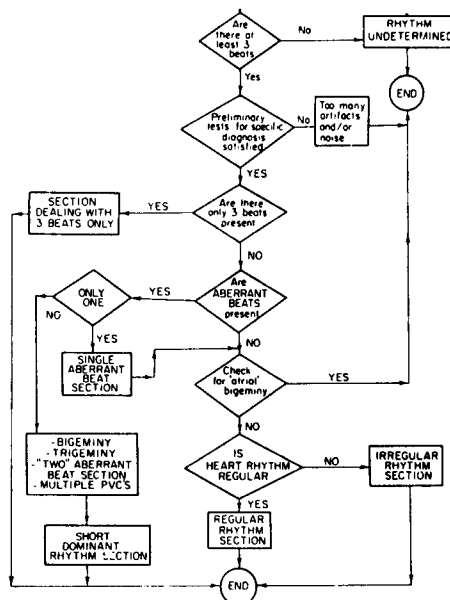
### Inverse methoden

Zeër kort willen wij het – zeer beperkte – gebruik van inverse modellen noemen. In de geneeskunde zijn dergelijke modellen nauwelijks in zwang, vanwege het feit dat de benodigde theoretische voorkennis zelden volledig genoeg aanwezig is. Inverse modellen veronderstellen een tamelijk compleet inzicht in de werking van processen, om aan de hand van gegevens te kunnen zeggen hoe de parameters van het onderhavige proces zijn ingesteld, wat weer kan leiden tot betere diagnostiek. Een nadere reden van het zeer beperkte gebruik van deze categorie modellen is de grote inter-individuele variabiliteit van vele biologische (en pathofysiologische) processen. Goede voorbeelden van een (meestal eenvoudige) inverse benadering zijn farmacokinetische modellen<sup>29</sup>, alsmede een model van het depolarisatieproces in het hart<sup>30</sup>. Inverse modellen zijn door hun aard zeer goed verifieerbaar, mits geplaatst binnen een wetenschappelijke context van abstractie en generalisatie. Immers, zodra het probleem van de individuele patiënt zich onttrekt aan het gegeneraliseerde model, gaan de wetenschappelijke vooronderstellingen niet langer op en is deze benadering niet langer valide. Dit geldt uiteraard voor elk model, maar vanwege de sterk wetenschappelijke basis van de inverse benadering geldt het voor deze benadering a fortiori.

### Heuristische methoden

Zoals gezegd, hebben we zelden voldoende wetenschappelijke kennis om inverse modellen te ontwikkelen. Bij het type kennis dat in de geneeskunde het meest in gebruik is, ervaringskennis, wordt gewoonlijk een redeneerproces gevolgd waarin, binnen een continuum van vragen en antwoorden, de eindoplossing op iteratieve wijze wordt bereikt; deze benadering staat ook bekend

Figuur 3. Voorbeeld van een logische beslisboom voor de diagnostiek van aritmieën (naar Willems), zoals deze in gebruik is in computerprogramma's voor de interpretatie van ECG's.



als 'heuristisch redeneren'. Ze stoelt grotendeels op kennis van experts op een bepaald gebied, in plaats van op in hoofdzaak theoretische kennis.

Met name technieken uit de eerder genoemde kunstmatige intelligentie hebben nieuwe mogelijkheden gebracht om zulke heuristische expertise formeel vast te leggen in de vorm van regels in kennisbestanden ('knowledge bases', KB). In de geneeskunde is daardoor een nieuwe tak van onderzoek ontstaan, bekend onder de naam 'artificial intelligence in medicine' (AIM), waarin de ontwikkeling van 'expert systems' een belangrijke rol speelt: zie Shortliffe c.s.<sup>17</sup>. Laatstgenoemde referentie gaat ook uitvoerig in op de hieronder kort te bespreken be- grippen:

– Om kennis in een 'knowledge base' te representeren wordt een formalisme gekozen. Veel gebruikte formalismen zijn *produktiereregels* en *framestructuren*. Kennis wordt daarin bijvoorbeeld vastgelegd in de vorm van 'IF (bepaalde logische redenering) THEN (bepaalde actie) ELSE (bepaalde actie)'. Op deze wijze kan een in principe groot kennisgebied formeel in kaart worden gebracht.

– Het redenerings- of *interferentiemechanisme* is het programma dat de patiëntgegevens toetst aan de in de 'know-

ledge base' aanwezige kennis. De wijze van redeneren zal afhangen van het formalisme dat voor de kennisrepresentatie werd gekozen. Voor op produktiereregels gebaseerde systemen kunnen verschillende vormen van redeneren worden gevolgd, bekend onder de namen 'forward-reasoning' en 'backward-reasoning', of combinaties daarvan.

– In toenemende mate wordt gepoogd kennis op verschillende abstractieniveaus te representeren. Inzicht in reeds aanwezige kennis ('kennis over kennis') wordt bijvoorbeeld vastgelegd in de vorm van *meta-kennis* ('meta-rules'). Dergelijke regels bepalen veelal welke delen van het kennisbestand zullen worden gebruikt en wat de prioriteiten in het systeem zijn tijdens een consultatie.

– Een expertsysteem – en dat is in de geneeskunde van groot belang – heeft meestal *uitlegfaciliteiten*, die de gebruiker op verzoek duidelijk kunnen maken hoe en waarom het systeem tot een bepaalde conclusie is geraakt.

Een van de voordelen van de heuristische benadering, zoals gevolgd in een 'expert system', is – in tegenstelling tot de eerder genoemde modellen – de mogelijkheid de kennis syntactisch uit te breiden zonder het gehele model te hoeven veranderen. Het handhaven van de consistentie is hierbij overigens geen gering probleem. Geheel onopgelost is verder het probleem hoe op gesystematiseerde wijze kennis van diverse experts is te verkrijgen en te onderhouden; tot op heden wordt daartoe meestal een 'knowledge engineer' ingezet, die 'tolkt' tussen deskundigen en model. Een ander, daarmee samenhangend probleem is, hoe het model te optimaliseren, bijvoorbeeld met een leerpopulatie, of te testen met een representatieve testpopulatie. Als kennisbestanden heel groot worden blijkt het model nauwelijks beheersbare vormen aan te nemen; ook daarvoor zal nog veel research nodig zijn. Daarmee samenhangend is het nodig dat er geformaliseerde methoden komen om kennisbestanden te testen op interne consistentie en mogelijke conflicten tussen delen van aanwezige en/of nieuw toe te voegen kennis.

Voorbeelden van bekende expertsystemen zijn MYCIN, ontwikkeld voor antibacteriële therapie<sup>31</sup>; ONCOCIN, ten behoeve van de oncologische therapie<sup>32</sup>; INTERNIST of de opvolger daarvan: CADUCEUS, voor de diagnostiek van inwendige ziekten<sup>21</sup>; en AI-RHEUM, voor reumatische ziekten<sup>33</sup>. Geen van deze systemen



heeft het tot op heden gepresteerd zich een plaats te verwerven buiten het centrum waar het werd ontwikkeld; wel hebben sommige systemen tot een interessante 'spin-off' geleid, zoals QMR (Quick Medical Reference), dat uit INTERNIST werd afgeleid. Men kan zich afvragen in welke richting de ontwikkeling van deze modellen zal (dienen te) gaan en wat de juiste plaats ervan is in de geneeskunde. Daarover de volgende paragraaf.

## KOPPELEN KENNIS INFORMATIE

Bij het gebruik van methoden voor de ondersteuning van medische beslissingen in diagnostiek en therapie staan we voor een groot aantal dilemma's. Het centrale punt daarbij is, of we de arts die zulke methodes gebruikt wel voldoende in zijn of haar waarde laten en recht doen aan zijn of haar eigen verantwoordelijkheid, kennis en kunde.

Een volgend punt is de spanning tussen de formele benadering volgens het model dat we hanteren en dat stoelt op wetenschappelijke principes, en de behandeling van de individuele patiënt, die zich in de regel niet gedraagt volgens het geïdealiseerde model. Die spanning is eigen aan vele methoden die wij heden ten dage in de geneeskunde hebben geïntroduceerd, maar ze weegt hier extra zwaar, aangezien het in het medisch beslissen om het hart van de geneeskunde gaat.

Een verder punt van overweging betreft de balans tussen de kosten en het nut van bepaalde medische handelingen, die in principe op strakke wijze met behulp van de genoemde methode kan worden geoptimaliseerd. Daarbij is de verleiding groot, slechts de efficiency die in financiële termen wordt uitgedrukt in rekening te brengen.

Vervolgens hebben wij te maken met het feit dat tot op heden brede toepassingen van computer-ondersteund medisch beslissen zijn uitgebleven, 'breed' zowel in de zin van een omvangrijk gebied omvattend als het aantal toepassingen betreffend. We hebben geleerd dat we zorgvuldig de grenzen van de methoden in het oog moeten houden, ze grondig moeten evalueren en ze slechts daar moeten toepassen waar een aanwijsbaar voordeel kan worden aangetoond.

Bovenstaande overwegingen kunnen wij nog met het volgende dilemma aanvullen: Aan de ene kant geldt, dat we besluitkundige methoden nu juist daar nodig hebben waar het ons aan de nodige expertise ontbreekt en waar de verschillende mogelijkheden voor beslissingen legio

en de keuzen 'fuzzy' zijn. Aan de andere kant is het zo, dat we aan zulke modellen minder behoefte hebben naarmate we onze kennis beter en scherper kunnen omschrijven en definiëren. We kunnen ook zeggen, dat de niet-expert er weliswaar behoefte aan heeft maar dat de kennis om zulke modellen te bouwen vaak ontbreekt, en dat de expert zelf het voorlopig beter kan dan de ontwikkelde modellen.

Toch zullen we er ook in omstandigheden waarin we voldoende kennis in huis of brein hebben vaak verstandig aan doen besluitkundige modellen te ontwikkelen en te gebruiken, teneinde bijvoorbeeld vergissingen te voorkomen en anderen op de achtergrond mee te laten denken. Op die wijze kunnen de besluitkundige modellen en expertsystemen de *medische waakhonden* worden van de toekomst. Dat geeft ook voordelen met betrekking tot het actueel houden van de eigen kennis, nodig voor het overzien van de toestand van de individuele patiënt, maar ook voor het eigen functioneren en mogelijke leemten in kennis en kunde.

Er komt een belangrijke voorwaarde bij, als we de systemen laten *meedenken* in plaats van *ze voor ons* te laten denken. Zulke systemen dienen dan te zijn gekoppeld aan de gegevensbestanden die reeds in informatieverwerkende systemen aanwezig zijn. Immers, als een arts op zijn of haar spreekuur al te weinig tijd heeft om met de patiënt voldoende contact te hebben, dan zal het zeker niet mogelijk zijn geruime tijd door te brengen achter een computer-terminal om bijvoorbeeld met een expertsysteem te communiceren; dat dient in de normale klinische of huisartsgeneeskundige routine te zijn geïntegreerd. Het ontwikkelen van zulke geïntegreerde systemen is een van de opgaven waarvoor we ons in de komende jaren gesteld zien, maar de voorbereidingen daarvan zijn al in volle gang; enkele voorbeelden:

Informatiesystemen voor de medische praktijk worden steeds meer voorzien van de mogelijkheid alle gegevens over de patiënt te bevatten. Dat geldt in de eerste plaats voor gespecialiseerde klinieken, waar we een tamelijk afgebakend toepassingsterrein van de informatica hebben, zoals een neonatologische, endocrinologische, hypertensie- of fertilitetskliniek, maar ook voor een veel breder toepassingsterrein, zoals een polikliniek voor inwendige geneeskunde, cardiologie, pediatrie of een huisartspraktijk. Voor verschillende van deze terreinen

hebben wij in het verleden (delen van) informatiesystemen ontwikkeld, die in sommige gevallen alle gegevens bevatten die eertijds aan papier werden toevertrouwd.

Zulke gegevens behoeven derhalve niet langer apart in een expertsysteem te worden ingevoerd, maar kunnen automatisch uit het informatiesysteem worden gehaald. Het is interessant dat een belangrijke aanzet daarvan juist voor de huisartsgeneeskunde kon worden gerealiseerd<sup>34</sup>. Binnen het laatste gebied wordt dan ook gewerkt aan methoden voor de ondersteuning van de behandeling van de hypertensie en diabetes, alsmede voor de farmacotherapie, om een paar voorbeelden te noemen.

Zulke beslissings-ondersteunende systemen worden ontwikkeld in researchprojecten volgens de eerder aangegeven lijnen en stadia, maar de 'spin-off' wordt vertaald in onderdelen (modules) voor de reeds operationele informatiesystemen. De gebruiker zal alleen op eigen initiatief de hulp inroepen van zo'n module, maar wanneer er belangrijke afwijkingen in het menselijk beslissen worden geconstateerd, kan de module ook een suggestie voor de behandeling doen. Op deze wijze zal de arts voornamelijk de voordelen van kennisverwerkende systemen, zonder tegelijkertijd kennis te maken met de nadelen.

Interessant hierbij is de constatering dat dergelijke systemen hoe langer hoe meer op kleine, zelfs draagbare computers worden geïmplementeerd. De informatietechnologie legt nauwelijks nog beperkingen op, zelfs niet met betrekking tot de aanschafprijs. Het ontbreekt ons evenwel veelal aan kennis. Reden om met kracht onderzoek op dit gebied voort te zetten.

## CONCLUSIES

Modellen voor computer-ondersteunde medische beslissingen zijn, zoals we zagen, gebaseerd op een tweetal uitgangspunten: kennis en ervaring. De tweede bron is meer heuristisch van aard dan de eerste, maar van wie computermodellen wil ontwikkelen wordt altijd een geformaliseerde aanpak gevergd. Vanaf de inverse modellen lijkt de mate van formalisering, gaande langs statistische en logische tot aan heuristische modellen, te verminderen. Anders gezegd: hoe beter een probleem in formele terminologie kan worden beschreven, hoe beter het geschikt is voor een gestructureerde benadering van een model; dit laatste is

slechts het geval voor die gebieden waarop we door generalisatie en abstractie tot een wetenschappelijke aanpak kunnen komen.

Aan de ene kant geldt, met name in de geneeskunde, dat we zulke modellen nu juist nodig hebben op die plaatsen waar het ons aan de nodige expertise ontbreekt en waar de verschillende mogelijkheden voor beslissingen legio en de keuzen 'fuzzy' zijn. Aan de andere kant hebben we aan zulke modellen minder

behoefte naarmate we onze kennis beter en scherper kunnen omschrijven en definiëren. Toch doen we er ook in omstandigheden waarin we voldoende kennis hebben, door de aard en de omvang van de problematiek, verstandig aan besluitkundige modellen te ontwikkelen, bijvoorbeeld om beslissers voor vergissingen te behoeden en op de achtergrond met hen mee te denken.

Wellicht zullen de modellen en expertsystemen voor de ondersteuning van me-

dische beslissingen de medische waakhonden van de toekomst zijn. Nodig daarvoor is integratie van kennissystemen en informatieverwerkende systemen. □

De bij dit artikel behorende literatuurlijst kan bij de redactie worden opgevraagd

# Vijf jaar postacademisch onderwijs in de huisartsgeneeskunde in Amsterdam

## Drie stappen vooruit, twee stappen achteruit

Ruim vijf jaar geleden, in het najaar van 1981, gingen in Amsterdam de eerste nascholingscursussen voor huisartsen van start in het kader van het postacademisch onderwijs in de geneeskunde. De cursussen werden georganiseerd onder auspiciën van de Doelgroepcommissie PAO-Huisartsgeneeskunde (PAOH) Amsterdam, waarin samenwerken de vakgroepen Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit en vertegenwoordigers van 'derden', voorheen de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH), thans de Stichting Deskundigheidsbevordering huisartsen (SDH).

### OPBOUW

In de eerste jaren van haar bestaan liet de Doelgroepcommissie PAOH zich vooral leiden door de ideeën over nascholing, zoals die waren uitgewerkt door de SNH.

In deze beginjaren was er sprake van een enigszins onsamenhangend aanbod van nascholingscursussen, dat vooral tot stand kwam op grond van persoonlijk enthousiasme van één of enkele huisartsen uit de commissie in samenwerking met in nascholing geïnteresseerde universitaire vakgroepen. Deze vakgroepen kwamen zelf ook met ideeën, die dan in overleg met één of meer geïnteresseerde huisartsen voor de doelgroep huisartsen geschikt werden gemaakt.

Drs. R. Postma en  
Dr. E. Schadé

*Zolang nascholing niet verplicht is kan de huisarts zich onttrekken aan deelname aan nascholingsactiviteiten, waardoor mogelijk kennishiaten kunnen optreden. De Doelgroepcommissie PAOH zal derhalve haar prioriteit moeten leggen bij de kwaliteitsbewaking van die cursussen welke vanwege de te verwachten aantrekkelijkheid van thema en extrinsieke kenmerken als duur, vorm en kosten zijn goedgekeurd. Aldus Mw. Drs. R. Postma en Dr. E. Schadé, respectievelijk secretaris en voorzitter van de Doelgroepcommissie PAOH-Amsterdam, bogend op vijf jaar ervaring.*

Geleidelijk aan werden cursusprogramma's ontwikkeld die door hun opzet, inhoud dan wel uitvoering van de kwaliteit thans min of meer tot het permanente PAOH-nascholingsaanbod behoren. Voorbeelden zijn cursussen met als onderwerp: reumatische klachten, verloskunde en gynaecologie, (kinder)oogheelkunde en dermato-venereologie. De meeste cursussen werden opgezet als samenwerkingsverband tussen vakgroep-

pen van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit en dienen als voorbeeld voor een PAOG-regio die van aanvang de samenwerking tussen de medische faculteiten van beide universiteiten voorstaat.

Niet altijd verliep het zo ideaal en in enkele gevallen werd dan besloten tot het compromis de overeenkomstige vakgroepen afwisselend hun eigen cursus te laten organiseren, waarvan de afstemming van de inhoud werd bewaakt door de Doelgroepcommissie PAOH.

Ook het in overleg met de beroepsgroep samenstellen van het cursusprogramma was voor sommige universitaire docenten een leerproces. Eenmaal is de uitvoering van een cursus ruim een jaar gestagneerd, omdat de cursusleider 'vergat' de commissieleden namens de beroepsgroep uit te nodigen.

Alle cursussen die in 1981 en 1982 voor huisartsen werden georganiseerd kenmerkten zich door een cursusmodel waarbij voor kleine groepen aan de hand van casuïstiek (papierpatiënten of GOV's) probleem- en procesgericht kennis werd overgedragen. Dit specifieke onderwijsmodel (vooral bekend onder de naam 'Warffum-cursus') vindt in toenemende mate ingang in de nascholing voor huisartsen. Het zijn vooral de perifere nascholingsgroepen die hiervan gebruik maken. Teneinde onnodige duplicering te voorkomen en mede uit het oogpunt

van kostenbeheersing werd in de loop van de tijd geleidelijk overgeschakeld op onderwijsmethodieken waar op voorhand geen beperking voor het aantal cursusdeelnemers gold.

Hoewel het PAOH zich vooral richt op regionale activiteiten werd besloten een plan voor permanente nascholing te ontwikkelen, dat in opzet bestemd was voor activiteiten van huisartsen in hun eigen perifere werkgebied (PHV'en, lokale ziekenhuizen). Dit experimentele nascholingsprogramma richtte zich op voor de huisarts relevante kennis van maligne aandoeningen, alsmede de vaardigheid in het omgaan met kankerpatiënten. Het plan werd opgezet in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Amsterdam en de SNH.

Het voor de huisarts relevante gebied van de oncologie werd door middel van papieren patiënten, vragen of opdrachten in zijn geheel samengevat in 14 cursusboeken. In totaal namen in 1984 t/m 1986 meer dan duizend huisartsen aan deze nascholing in hun eigen werkgebied deel. Omdat deze programma's inmiddels volledig zijn geïntegreerd in andere nascholingsprogramma's in de diverse regio's is het zeer waarschijnlijk dat het aantal van duizend cursisten ruimschoots is overschreden. Op basis van deze resultaten kan men voorzichtig concluderen dat de gevolgde methodiek en de organisatiestructuur van dit plan zeer effectief waren en voor herhaling vatbaar zijn.

De Doelgroepcommissie PAOH stelde al vrij snel een werkgroep in, die voorstellen moest doen voor een regionaal nascholingsplan. Uitgangspunten hierbij waren dat de nascholing moest worden georganiseerd voor de totale doelgroep van 900 huisartsen in de regio. Er diende een nascholingspakket te komen waaruit men naar keuze voor 80 uur nascholing zou kunnen volgen. Onderwijsdoelen daarvoor moesten worden gebaseerd op het LHV-basistakenpakket voor de huisarts, aangevuld met informatie uit andere huisartsgeneeskundige bronnen, met name vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Gezien de veelheid van doelen zou behoeftebepaling een essentieel onderdeel van dit nascholingsplan dienen te zijn. Bij voorkeur moest de onderwijsmethodiek probleem- en procesgericht zijn, afgestemd op de typische werkwijze van de huisarts. De werkgroep werd vooral aangeraden te beginnen met een inventarisatie van alle nascholing in de regio, met name die verzorgd wordt onder auspiciën van de

SNH, thans SDH. Het nieuwe plan zou binnen alle redelijkheid logisch moeten aansluiten op de thans ontstane nascholingstraditie voor huisartsen. In afwachting van een meerjarenplanning door de inmiddels ingestelde landelijke Voorbereidingscommissie PAOH die zichzelf deze taak toerekende, namen initiatieven vanuit de commissie af.

Het aantal georganiseerde PAOG-cursussen voor huisartsen stabiliseerde zich gaandeweg op tien per jaar. Het betreft voor het merendeel door de universitaire vakgroepen voorgestelde cursussen, die positief werden beoordeeld door de commissie, alsmede herhalingen van cursussen voor een beperkt aantal deelnemers, waarvoor een wachtlijst van belangstellenden was aangelegd. Alle voorgestelde cursussen worden ter beoordeling voorgelegd aan de Doelgroepcommissie PAOH.

Naast de inhoudelijke beoordeling heeft de commissie een adviserende taak. De commissie kan een huisarts voordragen als lid van de cursuscommissie. Het vroegtijdig aanmelden van ideeën voor nascholingscursussen maakt het eenvoudig de wensen van de huisartsen en die van de desbetreffende vakgroepen op elkaar af te stemmen.

## SAMENWERKING

De samenwerking binnen de Doelgroepcommissie PAOH lag bij aanvang nogal ingewikkeld. De universitaire huisartsleden waren enerzijds gemotiveerd als huisarts mee te werken aan een nascholingsopzet, anderzijds als staf lid voorzichtig. Voorzichtig omdat de komst van PAOG/PAOH als bedreigend werd ervaren door de SNH: 'De PAOH verdringt al het leuke en goede dat wij al (lang) hebben georganiseerd'; 'Wat denkt het PAOH te kunnen wat wij al bewezen hebben te kunnen'; 'Medewerkers van de universitaire huisartsinstituten kennen de praktijk niet'. Kortom, het PAOH werd beschouwd als iets dat werd opgelegd en werd als concurrerend ervaren voor de bestaande SNH-nascholing. Dit wantrouwen werd bevorderd door de onderlinge competitie tussen de huisartsen ver vóór de SNH-nascholing.

Bij de samenstelling van de Doelgroepcommissie werden dan ook op basis van pariteit twee huisartsen uit Amsterdam en twee huisartsen namens de SNH Noord-Holland (minus Amsterdam) voorgedragen. Door de verslagen van de eerste vergaderingen loopt als een rode draad de discussie over de inrichting van

de nascholing en de taakafbakening PAOH/niet PAOH. De angst voor te hoge cursusgelden en de speculatie dat bij verplichte nascholing alleen de PAO-nascholing zou 'meetellen', moesten eveneens worden overwonnen.

Mede onder invloed van deze extrinsieke barrières leidden de inspanningen van de commissie in aanvang niet tot een concreet nascholingsplan. Wel ontstond in goed overleg overeenstemming over de hierboven genoemde onderwijsmethodiek, alsmede over het principe van de participatie van de huisarts bij de totstandkoming van de nascholing.

Aan prioriteitstelling met betrekking tot programma's is de commissie niet toegekomen. Uiteraard speelt ook het willekeurige aanbod vanuit de universiteit hierin een rol. Bovendien werd nascholing door derden steeds meer geëxploreerd als marketing instrument, hetgeen de coördinatie in de regio niet vergemakkelijkte.

In de loop der tijd werd duidelijk dat de SNH-structuur, door de inmiddels opgerichte SDH, zou worden versterkt. Dit bevorderde bij de SNH-vertegenwoordigers het gevoel van gelijkwaardigheid in de commissie, en stimuleerde – naar goed organisatiepsychologisch inzicht – de samenwerking sterk. De laatste jaren worden dan ook gekenmerkt door een open en plezierige sfeer.

## CONCURRENTIEPOSITIE

Het aanbod van nascholing wordt steeds groter. Elke week glijden bij de huisarts convocaties voor cursussen, symposia en andere bijeenkomsten in de bus; vele daarvan zijn gratis. Omdat voor PAOG geen subsidie (meer) beschikbaar is, worden bij PAOH-cursussen alle kosten doorberekend. Het zal duidelijk zijn dat de PAOH in een moeilijke concurrentiepositie verkeert.

Inmiddels professionaliseert de nascholing voor huisartsen die dicht bij huis wordt georganiseerd zich vooral dankzij de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen. Het samenvoegen van toetsingsactiviteiten en nascholingsactiviteiten binnen de SDH sluit beter aan bij de actuele ontwikkelingen dan het beleid van het PAOH. De inbedding van het PAOH heeft bepaald nog niet plaatsgevonden. Universitaire huisartsen hebben (uitzonderingen daargelaten) onvoldoende tijd kunnen vrijmaken voor het formuleren van doelstellingen en criteria ten behoeve van de nascholing voor de gehele doelgroep. In 1984 constateerde de

Commissie Evaluatie PAO dat het belangrijkste knelpunt in de organisatie en verzorging van het PAO, de spanning was tussen de geringe betrokkenheid van vakgroepen en faculteiten bij het PAO en de noodzaak om juist daar de contacten met het *beroepenveld* te intensiveren. Het PAO was nog te veel een zaak van individuele inzet en te weinig van betrokkenheid van de organisatie als geheel. Deze constatering heeft intussen niet veel aan waarde ingeboet. De universiteiten c.q. faculteiten zijn er verantwoordelijk voor de taak PAO te verzorgen in samenwerking met derden. Zij bepalen door al dan niet adequate realisering hiervan de marktpositie van de universitaire nascholing.

## TOEKOMST

De formuleringen voor een toekomstig beleid wijzigden zich gaandeweg. Zo werd door de PAOH-commissie tussentijds het standpunt ingenomen, dat het organiseren van nascholingscursussen uitsluitend bestemd voor huisartsen in eerste instantie een verantwoordelijkheid is van de SDH. Het PAOH zou zich vooral moeten richten op een brede doelgroep met huisartsen als belangrijkste groep. Als gevolg hiervan worden de nieuwe nascholingsactiviteiten grootschalig opgezet, waarbij een gedeelte van de activiteit geschikt zou zijn voor de doelgroep als geheel (frontaal onderwijs) en het andere deel van de activiteit zou worden afgestemd op de specifieke wensen en het niveau van homogeen bepaalde doelgroepen (mini-symposia).

Nascholing is inmiddels een geaccepteerd onderdeel van de activiteiten van huisartsen. De eigen nascholing professionaliseert zich en de vraag wordt actueel welke plaats de PAOH-nascholing hierbij inneemt. De ervaringen van de laatste jaren hebben ons bevestigd in de mening dat een universitaire bijdrage aan nascholing voor huisartsen gewenst is. Zo is het mogelijk de bij huisartsgeneeskundig onderzoek verkregen gegevens (gekwantificeerde patiëntgebonden informatie) te vertalen naar de normale dagelijkse activiteiten van de huisartsen. Dit wordt ook in de beleidsvoornemens van de beide Amsterdamse universiteiten ten aanzien van de door de minister van O & W voorgestelde 'Selectieve Krimp en Groei' vermeld.

De uitbreiding van de senior-coschappen huisartsgeneeskunde alsmede de verlenging van de beroepsopleiding tot huisart-

sen vragen een hoog niveau aan kennis en vaardigheden van de huisarts-docent en huisartsopleiders. Toetsing en nascholing zijn hulpmiddelen waarmee zij hun vakbekwaamheid kunnen onderhouden. Het is onder meer een taak van de universitaire huisartsinstituten hierbij behulpzaam te zijn. Door de aard van het soort onderwijs hoeft dit niet beperkt te zijn tot de huisartsen die direct bij dit onderwijs zijn betrokken.

De discussienota van de Landelijke Huisartsen Vereniging 'De positie van de huisarts in de toekomst' spreekt van een verplichtstelling van de deskundigheidsbevordering. Toetsing krijgt hierbij prioriteit boven georganiseerde nascholing ook omdat toetsing als eerste in aanmerking komende methodiek wordt gezien om de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering periodiek te inventariseren. Herregistratie is in deze nota direct gekoppeld aan verplichte deskundigheidsbevordering.

Dit neemt niet weg dat ook de motivatie van de huisartsen voor het volgen van nascholing zal worden bepaald door de politieke wil de versterking van de eerste lijn, waarbinnen de huisartsen een spilpositie innemen, ter hand te nemen. Teneinde daaraan een bijdrage te kunnen leveren in goede harmonie met alle andere groepen die hiervoor verantwoordelijk zijn, heeft de Doelgroepcommissie PAOH-Amsterdam een taakafbakening tussen de perifere nascholing (onder coördinatie van de SDH) en de universitaire nascholing (onder auspiciën van het PAOH) voorgesteld. Deze taakafbakening laat zich het best illustreren met de uitspraak: 'Laat perifeer gebeuren wat perifeer kan en doe centraal wat centraal moet'. Hierbij biedt Postacademisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde huisartsen de gelegenheid zich na te scholen in die – relevante – aspecten van de huisartsgeneeskunde waarvan mag worden verwacht dat deze door het vereiste niveau van kennis, docenten en outillage en/of onderwijsvorm niet binnen de eigen SDH-nascholingsactiviteiten kan worden gevolgd.

Deze nascholing zal moeten worden gekenmerkt door:

1. aansluiting bij het werkveld van de huisarts gebaseerd op gegevens van patiëntgebonden onderzoek;
2. kennis en vaardigheden op academisch niveau te benaderen;
3. zo veel als mogelijk gebruik te maken van wisselende onderwijsvormen (kleine groepen, werkcolleges, plenaire voordrachten, AV-onderwijs).

## BESLUIT

De geschiedenis van het PAOH is sterk bepaald door de procedurediscussie. Deze discussie mag voorlopig als afgerond worden beschouwd. De taak om inhoudelijk prioriteiten in de programma's te stellen zal vooralsnog langduriger en moeizamer zijn. Uit het onlangs verschenen rapport 'Nascholingsbehoeften en -wensen bij de Nederlandse huisarts' (Orgaan PAOG, 1987) komt naar voren dat verschillende huisartsen aan verschillende onderwerpen in nogal verschillende mate belang hechten. Niet zozeer het verschillende denken over het belang van een bepaald onderwerp voor de gezondheidszorg, maar het belang van een bepaald onderwerp voor de eigen kennis en vaardigheden spelen hierbij een rol. Zolang nascholing niet verplicht is kan de huisarts zich onttrekken aan deelname aan nascholingsactiviteiten, waardoor mogelijk kennishiaten kunnen optreden.

De doelgroepcommissie-PAOH zal derhalve haar prioriteit moeten leggen bij de *kwaliteitsbewaking* van die cursussen welke vanwege de te verwachten aantrekkelijkheid van thema en extrinsieke kenmerken als duur, vorm en kosten zijn goedgekeurd. □



## Besluit Gastro-enterologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 2-1985 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme gastro-enterologie bevat. Het besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

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

### Besluit nr. 2/1985 – Gastro-enterologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 18 maart 1985; gezien het voorstel van het Bestuur van de Commissie Maag-Darmartsen tot wijziging van de opleidingseisen voor het specialisme gastro-enterologie;

gehoord een vertegenwoordiging van bovengenoemde Commissie;

overwegende dat de totale opleidingsduur voor het specialisme sedert 1959 vijf jaar bedraagt en dat deze sedert 1973 bestaat uit twee en een half jaar inwendige geneeskunde en twee en een half jaar gastro-enterologie;

dat sindsdien door de toename van kennis op morfologisch en pathofysiologisch gebied en van het aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen en de daarbij toegepaste technieken, waarin de assistent-geneeskundige inzicht en vaardigheid dient te verkrijgen, de opleidingsduur in de gastro-enterologie met een half jaar dient te worden verlengd;

dat het voor de aanstaande gastro-enteroloog tevens noodzakelijk is zelf voldoende kennis van de inwendige geneeskunde te bezitten, teneinde zinvol te kunnen samenwerken met internisten en dat de huidige opleidingsduur in de inwendige geneeskunde daarvoor evenmin toereikend is;

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Commissie Maag-Darmartsen op 5 september 1981 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

gelet op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Besluit nr. 2-1973 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme gastro-enterologie bedraagt zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1-1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C) in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding van zes jaar bestaat uit:

drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde, te volgen in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting, gevolgd door drie jaar opleiding in de gastro-enterologie, te volgen in een voor

dat specialisme erkende opleidingsinrichting, zulks met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de zorg heeft voor het aantal patiënten genoemd in de bijzondere eis C.11.1;

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding in de gastro-enterologie ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert;

h. er zorg voor dragen dat regelmatig besprekingen met de radio-diagnost c.q. radioloog plaatsvinden;

i. er zorg voor dragen dat regelmatig besprekingen met de chirurg, de patholoog-anatoom en de hematoloog/oncoloog plaatsvinden;

j. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige cursorisch onderwijs in de gastro-enterologie tijdens het specifieke deel van de opleiding kan volgen.

Ingevolge A.22. van de algemene eisen geeft zowel de opleider in de inwendige geneeskunde als die in de gastro-enterologie de noodzakelijke beoordelingen af, de opleider in de inwendige geneeskunde brengt de door hem afgegeven beoordeling ter kennis van de opleider in de gastro-enterologie.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen is het volgende vereist: In de opleidingsinrichting moet voor het specialisme gastro-enterologie

a. het aantal opnamen per jaar tenminste 180 zijn;

b. een voldoende aantal bedden voor de opleiding ter beschikking zijn in relatie tot de gemiddelde opnameduur en het aantal patiëntencontacten;

c. een polikliniek ter beschikking van de opleider staan.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1 sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie. Aan de algemene eis van C.1. sub b wordt toegevoegd dat voor de erkenning als opleidingsinrichting aan de afdeling gastro-enterologie

1. verbonden moet zijn een scopie-afdeling voor het verrichten van de gangbare vormen van diagnostische en therapeutische endoscopieën en endobiopsieën;

2. ter – mede – beschikking moet staan een klinisch-chemisch laboratorium waar de specifieke onderzoeken gericht op de gastro-enterologische ziekten, kunnen worden verricht.

Ingevolge C.2. van de algemene eisen is bovendien vereist:

1. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde en psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie) in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

2. In de inrichting moeten regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, longziekten en tuberculose, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), nucleaire geneeskunde, oogheelkunde, radiotherapie, reumatologie en urologie in het register zijn ingeschreven.

3. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde, inwendige geneeskunde en voor gynaecologie en verloskunde als opleider zijn erkend; indien geen erkende opleider gynaecologie en verloskunde in de inrichting werkzaam is, kan de Specialisten Registratie Commissie voor een bepaalde tijd ontheffing van deze eis verlenen.

Ingevolge C.11. van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de dagelijkse zorg hebben voor ten minste acht en ten hoogste 20 patiënten.
2. Naast de erkende opleider moet ten minste één specialist die voor het specialisme gastro-enterologie in het register van erkende specialisten is ingeschreven, in volledige of nagenoeg volledige dagtaak in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

De bepalingen C.12. sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. De bibliotheek van de opleidingsinrichting moet op ten minste vijf vaktijdschriften zijn geabonneerd en in de bibliotheek behoren naslagwerken op het terrein van de gastro-enterologie aanwezig te zijn.
2. Het instrumentarium dient zodanig te zijn dat het verkrijgen van de ervaring in de onder punt II sub 1.c-d van het opleidingsschema vermelde onderzoek gewaarborgd is.

### Opleidingsschema

I. Voor de opleiding in de inwendige geneeskunde:

1. De drie jaar opleiding in de inwendige geneeskunde dient in een voor dit specialisme erkende opleidingsinrichting te worden gevolgd. Tijdens de opleiding inwendige geneeskunde dient de assistent-geneeskundige het cursorisch (basis-)onderwijs te volgen en de daaraan verbonden toetsen af te leggen, conform hetgeen onder auspiciën van de Nederlandsche Internisten Vereniging wordt georganiseerd.
2. De opleiding in de inwendige geneeskunde moet zijn gericht op het brede spectrum van de inwendige geneeskunde en dient te beginnen met een periode van anderhalf jaar algemene interne kliniek. Tijdens de opleiding inwendige geneeskunde dient de assistent-geneeskundige een stage in de intensive care en zo mogelijk in de haematologie en/of oncologie, elk van ten minste vier maanden, te volgen.

II. Voor de opleiding in de gastro-enterologie:

De drie jaar opleiding in de gastro-enterologie is als volgt ingedeeld:

- a. ten minste een jaar klinische werkzaamheden;
- b. twee jaar poliklinische werkzaamheden gedurende ten minste twee dagdelen per week;
- c. een voldoende lange periode dient te worden besteed aan het verkrijgen van ervaring in endoscopieën en andere verrichtingen en in de verslaggeving daarvan. Hierbij gelden de volgende minima\*:

– oesofago-gastro-duodenoscopies	200
– recto-procto-sigmoidoscopies	100
– coloscopies	100
– poliepectomieën colon	40
– endoscopische retrograde cholangio-pancreatografieën (ERCP)	50
– endoscopische papillotomieën	15
– laparoscopies	30
– dilataties slokdarmstenosen	30
– leverbiopsieën	20
– dunne darmbiopsieën	20

De assistent-geneeskundige dient tevens:

- d. voldoende ervaring te krijgen in het plaatsen van slokdarm- en andere prothesen en in procedures ter dilataties van de cardia en ter verkrijging van maagsap en duodenumvocht, in het verrichten van ascitespuncties, in het oplossen van problemen die betrekking

\* De hier genoemde minima betreffen richtgetallen welke op verzoek van de plenaire visitatiecommissie door de Specialisten Registratie Commissie kunnen worden gewijzigd, indien de stand der wetenschap hiertoe aanleiding geeft.

hebben op AP-stomata, in het plaatsen en controleren van een Sengstaken tube en in kleine proctologische ingrepen.

- e. zich op de hoogte te stellen van indicaties voor en uitvoering van percutane transhepatische cholangiografieën, van het skleroseren van slokdarmvarices en van drukmetingen in de slokdarm;
- f. kennis te verkrijgen van het instrumentarium;
- g. kennis te nemen van de voedingsleer en inzicht te krijgen in de diëet bij gastro-enterologische patiënten en ervaring met het toepassen van sondevoeding en parenterale voeding;
- h. kennis te nemen van de wijze van uitvoering en ervaring te krijgen in de interpretatie van radiodiagnostisch en echografisch onderzoek van de tr. digestivus bijv. door het volgen van stages;
- i. gedurende de opleiding voldoende kennis te verkrijgen van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen en van de wijze waarop bescherming tegen deze gevaren kan worden verkregen bijv. door het volgen van een cursus Stralingshygiëne.

De assistent-geneeskundige dient regelmatig deel te nemen aan:

- j. klinische en poliklinische besprekingen en demonstraties, ook tezamen met andere specialisten; literatuurbesprekingen; cursorisch onderwijs in de gastro-enterologie en de daaraan verbonden toetsen, conform hetgeen door of namens de Commissie Maag-Darmartsen wordt georganiseerd.

De assistent-geneeskundige dient:

- k. in de status van de patiënten duidelijk te vermelden een differentiaal diagnose en een onderzoek- en behandelingsplan; te zorgen dat in de door hem/haar te schrijven of te controleren ontslagbrieven duidelijk staan vermeld de verwijzingsindicatie, de klachten van de patiënt, de uitkomsten van het onderzoek, de therapie, het beloop en de afspraken en/of mededelingen aan de patiënt en diens familie;
- l. mede te werken aan het coderen van de diagnosen van zijn/haar patiënten;
- m. deel te nemen aan gastro-enterologische consultdiensten binnen en buiten de afdeling inwendige geneeskunde;
- n. deel te nemen aan de wachtdiensten binnen de afdeling inwendige geneeskunde indien realiseerbaar;
- o. tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht te houden voor een wetenschappelijke vereniging of een artikel in een vaktijdschrift te publiceren.

III. In bijzondere gevallen kan na verkregen toestemming der Specialisten Registratie Commissie de assistent-geneeskundige in overleg met de opleiders ten hoogste een jaar van de opleiding, te verdelen over de opleidingsperiodes in de inwendige geneeskunde resp. de gastro-enterologie, besteden aan een wetenschappelijke stage op het gebied van de gastro-enterologie.

### Slotbepalingen

De opleiders stellen in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

Eventuele wijzigingen in het schema behoeven de voorafgaande goedkeuring van de Specialisten Registratie Commissie.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten aan de Specialisten Registratie Commissie een overzicht van de door hem tijdens de opleiding verrichte wetenschappelijke activiteiten inclusief een lijst van voordrachten en publikaties, over te leggen, alsmede een overzicht van de door hem uitgevoerde endoscopieën en andere verrichtingen als genoemd in het opleidingsschema onder II.c.





## Besluit Cardiologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 3-1985 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme cardiologie bevat. Het besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

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

### Besluit nr. 3/1985 – Cardiologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 15 april 1985; *gezien* het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme cardiologie;

*gelet* op de met het Bestuur van de Vereniging gevoerd overleg; *overwegende* dat de opleiding in de cardiologie zelf, welke tot dusverre drie jaar duurt, dient te worden uitgebreid tot vier jaar; dat deze verlenging mede noodzakelijk wordt door nieuwe onderzoeksmethoden, waaronder te noemen de coronair angiografie, de echocardiografie en nucleaire technieken, welke zowel voor het leren verrichten als interpreteren ervan, toenemende extra opleidingstijd vragen;

*in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie;

*gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

*heeft besloten*

Besluit nr. 3-1974 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te leggen.

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme cardiologie bedraagt zes jaar.

Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1-1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en de overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd.

De zesjarige opleiding bestaat, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, uit een opleiding in de inwendige geneeskunde en een opleiding in de cardiologie. De opleiding in de inwendige geneeskunde wordt gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting. De opleiding in de cardiologie kan worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting-A en in een erkende opleidingsinrichting-B, zoals nader omschreven in de bijzondere eis C.10.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat het aantal assistent-geneeskundigen werkzaam in de cardiologische afdeling het maximum genoemd in de bijzondere eis C.11.2. niet overschrijdt.

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de cardiologische opleiding ten minste 50 hartcatheterisaties verricht;

h. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens de cardiologische opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een artikel publiceert of een voordracht houdt;

i. er zorg voor dragen dat regelmatig besprekingen met de radioloog c.q. radiodiagnost en met de nucleair geneeskundige plaatsvinden, mede gelet op de bijzondere eis A.14.

De algemene eis van A.14. wordt vervangen door:

Gedurende de opleiding moet de opleider er op toezien dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en de wijze waarop bescherming tegen die gevaren kan worden verkregen, zulks met het oog op de eisen gesteld in het Toestellenbesluit Kernenergiewet. Voorts moet de opleider er op toezien dat de assistent-geneeskundige in kennis wordt gesteld van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende stoffen.

In gevolge A.22. van de algemene eisen geeft zowel de opleider in de inwendige geneeskunde, als die in de cardiologie de noodzakelijke beoordelingen af; de opleider in de inwendige geneeskunde brengt de door hem afgegeven beoordeling ter kennis van de opleider in de cardiologie.

##### B. Te stellen aan de opleiders

In gevolge B.12. van de algemene eisen is het volgende vereist. In een opleidingsinrichting moet voor het specialisme cardiologie:

- het aantal opnamen per jaar ten minste 300 zijn met inbegrip van het aantal dagbehandelingen en van voldoende variëteit;
- een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 400 zijn.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a. moet het specialisme radiologie vervangen worden door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Ingevolge C.2. van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

1. Wat betreft een opleidingsinrichting-A:

a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anesthesiologie, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose en medische microbiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, alsmede een deskundige op het terrein van de nucleair geneeskundige diagnostiek. Voorts moeten in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de cardio-pulmonale chirurgie zijn ingeschreven. Bij hoge uitzondering, ter beoordeling door de Specialisten Registratie Commissie, kan op voorstel van de visitatiecommissie worden volstaan met een vast samenwerkingsverband met niet in de inrichting werkzame specialisten die voor de cardio-pulmonale chirurgie zijn ingeschreven. In dat geval moet de assistent-geneeskundige een jaar doorbrengen in een opleidingsinrichting waar wél cardio-pulmonaal chirurgen werkzaam zijn.

b. Als consulent moeten regelmatig worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen keel-neus-oorheelkunde, oogheelkunde, neurologie en psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten in het register zijn ingeschreven.

c. De inrichting moet beschikken over uitgebreide voorzieningen op het gebied van de cardiologische diagnostiek waaronder een hartcatheterisatiekamer, een functieproevenruimte, een hartbewa-

## OFFICIEEL

kingseenheid en apparatuur voor ultra geluid (echocardiografie) en cardiovasculair radionucleair onderzoek.

2. Wat betreft een opleidingsinrichting-B:

a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anesthesiologie, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose en medische microbiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

b. Als consulent moeten regelmatig worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen keel-neus-oorheelkunde, oogheelkunde, neurologie en psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten in het register zijn ingeschreven.

Ingevolge C.10. van de algemene eisen kan de Specialisten Registratie Commissie de inrichting erkennen als opleidingsinrichting-A voor de gehele duur van de cardiologische opleiding of als opleidingsinrichting-B voor een opleidingsduur van maximaal een jaar.

Ingevolge C.11. van de algemene eisen is voor een opleidingsinrichting het volgende vereist:

1. Het aantal assistenten werkzaam in de cardiologische afdeling zal niet groter zijn dan één assistent per 300 opnamen per jaar en één assistent per 1000 polikliniekbezoekers per jaar.

2. Naast de erkende opleider moet ten minste één specialist die voor het specialisme cardiologie in het register van erkende specialisten is ingeschreven in de inrichting in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken. Is het aantal opnamen groter dan 750 per jaar, dan moeten dit twee specialisten zijn.

De bepalingen van C.12 sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. In de bibliotheek van een opleidingsinrichting moeten ten minste 10 vaktijdschriften aanwezig zijn, welke niet alleen de cardiologie betreffen maar ook in voldoende mate de inwendige geneeskunde bestrijken, benevens een aantal moderne naslagwerken. Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

2. De assistent-geneeskundige moet het röntgenografisch materiaal betreffende zijn patiënten kunnen bestuderen.

3. Het instrumentarium moet voldoende zijn voor een goede opleiding voor het specialisme, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie.

4. In de opleidingsinrichting moet in het kader van de opleiding wetenschappelijk onderzoek worden gedaan.

### Opleidingsschema

1. De opleiding van zes jaar bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Twee jaar opleiding in de inwendige geneeskunde.

2. Vier jaar opleiding in de cardiologie.

De opleiding in de inwendige geneeskunde dient plaats te vinden onder verantwoordelijkheid van een voor dit specialisme erkende opleider. Tijdens de opleiding inwendige geneeskunde dient de assistent-geneeskundige het cursorisch (basis-)onderwijs te volgen en de daaraan verbonden toetsen af te leggen, conform hetgeen onder auspiciën van de Nederlandsche Internisten Vereeniging wordt georganiseerd. Tijdens de opleiding in de inwendige geneeskunde mag geen stage cardiologie worden gevolgd.

De opleiding inwendige geneeskunde dient bij voorkeur vooraf te gaan aan de opleiding cardiologie, in elk geval dienen de laatste drie jaar van de opleiding aan de cardiologie te worden besteed.

II.1. Tijdens de specifieke opleiding in de cardiologie moet de assistent-geneeskundige:

a. gedurende ten minste 12 maanden de zorg hebben voor de behandeling van (niet in het hartbewakingscentrum) opgenomen patiënten met cardiovasculaire aandoeningen.

b. gedurende zes maanden in een hartbewakingscentrum werkzaam zijn.

c. gedurende ten minste zes maanden de zorg hebben voor de poliklinische behandeling van patiënten met cardiovasculaire aandoeningen.

d. gedurende zes maanden de echocardiografie beoefenen.

e. gedurende zes maanden werkzaam zijn op de hartcatherisatiekamer.

f. gedurende de opleidingsperiode voldoende aandacht besteden aan de problematiek van aangeboren hartziekten, aan de vóór- en nazorg van hart-vaatchirurgische patiënten, aan de revalidatiemethoden bij hartpatiënten en aan de nucleaire cardiologie.

g. gedurende de opleidingsperiode deelnemen aan het onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie centraal te geven cursorisch onderwijs.

2. De assistent-geneeskundige moet voorts:

a. zich de volgende technieken eigen maken: electrocardiografie, inspannings-electrocardiografie, fonocardiografie, gangmaker therapie, electro regulatie, het röntgenonderzoek van de thorax.

b. kennis nemen van de invasieve methoden van diagnostiek van ritme- en geleidingsstoornissen; kennis nemen van de diagnostiek en de behandelingsmogelijkheden van perifere vaatziekten.

3. De assistent-geneeskundige moet gedurende zijn opleiding in staat worden gesteld regelmatig bij te wonen:

– klinische besprekingen en bijeenkomsten, bij voorkeur tezamen met andere specialisten;

– literatuurbesprekingen;

– cursussen in praktische onderdelen van de cardiologie;

– postmortaal en klinisch-pathologisch onderzoek, alsmede macroscopische en microscopische demonstraties door de patholoog-anatoom.

4. De assistent-geneeskundige moet voorts:

– medewerken aan de patiëntenregistratie en -codering;

– in de ziektegeschiedenissen tevens de overwegingen tot indicatiestelling en de decursus opnemen;

– in de door hem te schrijven en door of namens de opleider te controleren ontslagbrieven de anamnese, het onderzoek, de diagnose en de therapie vermelden.

5. De assistent-geneeskundige dient tijdens de cardiologische opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de cardiologie betreffende een voordracht voor een wetenschappelijke vereniging te houden of een artikel te publiceren.

### Slopbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie Commissie te worden gemeld.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten aan de Specialisten Registratie Commissie een overzicht van de door hem tijdens de opleiding gevolgde stages, uitgevoerde verrichtingen – met name betreffende invasieve onderzoeken en pace-maker behandelingen – en wetenschappelijke activiteiten, over te leggen.

In bijzondere gevallen kan op verzoek van de assistent-geneeskundige en op aanvraag van de opleider in de cardiologie eventueel tezamen met de opleider in de inwendige geneeskunde, de Specialisten Registratie Commissie, zonedig gehoord de visitatiecommissie, toestemming verlenen een jaar van de opleiding te besteden aan wetenschappelijke scholing verband houdende met de cardiologie. Deze toestemming dient te voren te zijn verleend.



## Besluit Radiotherapie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 4-1985 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie bevat. Het besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

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

### Besluit nr. 4/1985 – Radiotherapie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 16 september 1985; gezien het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie; *in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie op 26 november 1983 haar instemming heeft betuigd met de herziene opleidingseisen; gehoord de Specialisten Registratie Commissie; gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; heeft besloten*

Besluit nr. 6-1973 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

De duur van de opleiding voor het specialisme radiotherapie is vijf jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1-1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd: De opleiding kan, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting, te weten: in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiotherapie en in een radiotherapeutisch instituut.

Aan de algemene eisen van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert.

De algemene eis van A.14. wordt vervangen door:

Gedurende de opleiding moet de opleider er op toezien dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen en de wijze waarop bescherming tegen deze gevaren kan worden verkregen, zodat de assistent-geneeskundige bij de inschrijving in het register van erkende specialisten voldoet aan de eisen gesteld in het toestellenbesluit en het radioactieve stoffenbesluit Kernenergiewet. Ter voldoening aan deze eis dient de opleider de assistent-geneeskundige gedurende de opleidingstijd in de gelegenheid te stellen een op deze kennis gerichte cursus te volgen en aan de daaraan verbonden toetsen deel te nemen.

De algemene eis van B.13. wordt als volgt aangevuld:

f. bereid en in staat zijn in teamverband samen te werken met de specialisten van die disciplines die betrokken zijn bij het onderzoek, behandeling en de nazorg van patiënten met aandoeningen waarvoor radiotherapie aangewezen zou kunnen zijn; hij dient in consultatief verband ook in andere ziekenhuizen deel te nemen aan oncologische besprekingen en werkgroepen.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a. wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie. Ingevolge C.2. van de algemene eisen is voor de erkenning van een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiotherapie als opleidingsinrichting bovendien het volgende vereist:

a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anesthesiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, longziekten en tuberculose, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), nucleaire geneeskunde en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven. In bijzondere gevallen, ter beoordeling van de Specialisten Registratie Commissie, kan indien één of enkele van bovengenoemde specialisten niet in de inrichting werkzaam zijn, er mede worden volstaan dat deze specialisten regelmatig als consultant worden geraadpleegd, zulks met toestemming van de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatie-commissie en voor bepaalde tijd.

b. Als consultant moeten regelmatig worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde, neurochirurgie en orthopedie in het register zijn ingeschreven.

c. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heekunde en inwendige geneeskunde als opleiders zijn erkend.

d. Aan de inrichting moet verbonden zijn ten minste één stralingsfysicus.

Ingevolge C.3. van de algemene eisen is voor de erkenning van een radiotherapeutisch instituut als opleidingsinrichting het volgende vereist:

a. Als consultant moeten regelmatig worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen anesthesiologie, dermatologie, heekunde, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), neurochirurgie, orthopedie, pathologische anatomie, radiodiagnostiek, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven. Het is vereist voor een radiotherapeutisch instituut dat de assistenten in opleiding tot radiotherapeut samenwerken en contacten onderhouden met assistenten die in het kader van hun opleiding voor een ander medisch specialisme, in het instituut zijn gedetacheerd en tevens met assistenten in die ziekenhuizen waarmee het instituut samenwerkt.

b. Aan het instituut moeten ter beschikking staan een pathologisch-anatomisch, een klinisch-chemisch, een bacteriologisch-serologisch en een isotopen laboratorium.

c. Aan het instituut moet zijn verbonden ten minste één stralingsfysicus.

Ingevolge C.11. van de algemene eisen is het volgende vereist:

Wat betreft de opleidingsinrichting:

De inrichting moet voor de radiotherapie beschikken over voldoende opnamemogelijkheid voor patiënten die onder verantwoordelijkheid van de opleider worden behandeld. Naast de erkende opleider moeten ten minste twee specialisten die voor het specialisme radiotherapie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, in volledige of nagenoeg volledige dagtaak aan de inrichting zijn verbonden en actief bij de opleiding zijn betrokken.

## OFFICIEEL

In een opleidingsinrichting zal het maximale aantal assistenten in opleiding afhankelijk zijn van het aantal radiotherapeuten, met een maximum van 1 assistent op 1 radiotherapeut alsmede van het aanbod en de variatie van patiënten met maligne aandoeningen; een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

Aan een opleidingsinrichting behoort ten minste één stralenfysicus in volle dagtaak te zijn verbonden. Deze fysicus dient te kunnen beschikken over voldoende hulppersoneel, apparatuur en ruimte. In de opleidingsinrichting dienen registratie van bestralingsgegevens van patiënten en de archivering daarvan zodanig te zijn, dat goede documentatie van ziekte en behandeling mogelijk is en de resultaten van de behandeling kunnen worden geëvalueerd; een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

In een opleidingsinrichting moet het aantal radiotherapie-patiënten dat in één jaar één of meer bestralingsbehandelingen ondergaat, ten minste 700 – met een voldoende variatie aan afwijkingen – bedragen.

Het is gewenst dat ten minste driekwart van het aantal behandelde patiënten met verschillende categorieën tumoren op korte en op lange termijn door de radiotherapeut voor follow-up wordt terug gezien, een en ander ter beoordeling door de visitatiecommissie. Dit kan zijn op een eigen follow-up spreekuur, dan wel op een gezamenlijk follow-up spreekuur met andere disciplines.

De bepalingen van C.12. sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

a. De bibliotheek van een opleidingsinrichting moet op ten minste 8 vaktijdschriften zijn geabonneerd en in de bibliotheek behoren recente radiotherapeutische handboeken en handboeken over radiobiologie en radiofysica aanwezig te zijn.

b. Het instrumentarium en de apparatuur dienen zodanig te zijn dat een goede opleiding voor het specialisme is gewaarborgd, één en ander ter beoordeling van de visitatie-commissie.

### Opleidingsschema

A. De opleiding vangt aan met een stage van zes maanden op een voor de opleiding erkende afdeling inwendige geneeskunde of heelkunde.

B. In het eerste jaar van de opleiding, na de 6-maandse klinische stage, moet de assistent-geneeskundige algemene kennis verkrijgen van:

- de fysica van de ioniserende straling met o.a. vaardigheid in de dosismetingen;
- de stralenreacties;
- de dosis tijd relatie bij fractionering van bestralingen;
- de indicaties en contra-indicaties tot een bestralingsbehandeling, waartoe o.a. behoort de kennis van het gedragspatroon van maligne aandoeningen (tumoren) der verschillende organen en van de stralingsgevoeligheid van maligne tumoren en het normale weefsel. Voorts moet de assistent-geneeskundige vaardigheid verkrijgen in die klinische onderzoeksmethodes die noodzakelijk zijn voor de diagnostiek van en de mate van uitbreiding van maligne tumoren en voor de beoordeling van de reacties van het tumor- en normale weefsel tijdens en na de bestralingsbehandeling. Tevens wordt een begin gemaakt met het leren opmaken en uitvoeren van bestralingsplannen voor orthovolt- en megavoltbestralingen.

C. Tijdens de verdere opleiding moet de assistent-geneeskundige deze algemene kennis verdiepen en bovendien:

- onder verantwoordelijkheid van de opleider bestralingsplannen opmaken en laten uitvoeren, voor orthovolt- en megavoltkwaliteiten, zowel bij stationaire als bij bewegende bundels en combinaties daarvan;
- met ioniserende stralen uitzendende gesloten bronnen voor therapeutische doeleinden leren werken;

– voldoende kennis verkrijgen van de mogelijkheden en beperkingen van radio-therapeutische, heelkundige en inwendig-geneeskundige behandeling van maligne aandoeningen (tumoren), ten einde met de betrokken specialisten gezamenlijk de optimale behandelingswijze te bepalen;

– patiënten die bestraald zijn, vervolgen;

– inzicht en ervaring verwerven in een statistische bewerking van behandelingsresultaten;

– vaardigheid verwerven bij de begeleiding van de patiënt tijdens de behandeling en de follow-up.

D. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige kennis te nemen van de klinische aspecten der geneeskunde door o.a. gemeenschappelijke besprekingen en demonstraties met andere disciplines. De assistent-geneeskundige dient de volgende besprekingen en bijeenkomsten als regel bij te wonen:

– radiotherapeutische besprekingen, ten minste éénmaal per week;

– radiotherapeutische refereeravonden, ten minste éénmaal per maand (radiotherapeuten, stralingsfysici uit de staf nemen aan deze besprekingen deel);

– geïntegreerde oncologische besprekingen met verschillende oncologische disciplines, ten minste éénmaal per maand;

– oncologische refereerbijeenkomsten, enkele malen per jaar;

– wetenschappelijke bijeenkomsten (o.a. algemene oncologie) enkele malen per jaar;

– gedurende de opleiding moet de assistent-geneeskundige ten minste éénmaal een internationaal oncologisch congres of een internationale oncologische workshop hebben bijgewoond, of een buitenlandse radiotherapeutische cursus hebben gevolgd.

E. De assistent-geneeskundige moet gedurende de opleiding voldoende kennis opdoen met betrekking tot de radiodiagnostiek door middel van het bijwonen van besprekingen. Hij moet kennis nemen van alle gangbare radiodiagnostische onderzoekstechnieken, zoals computer-tomografie, echografie en andere beeldvormende technieken. Deze kennis kan worden verworven door gebruik te maken van de mogelijkheid tot het volgen van een stage van 3 maanden op een afdeling radiodiagnostiek. In plaats van deze stage kan de assistent-geneeskundige gedurende een langere periode van de opleiding de radiodiagnostiek in de dagelijkse taak inpassen. Een en ander behoeft vooraf de goedkeuring van de Specialisten Registratie Commissie.

F. De assistent-geneeskundige kan voorts, in overleg met en onder verantwoordelijkheid van zijn opleider, maximaal 6 maanden besteden aan het volgen van een andere, zgn. 'vrije' stage op oncologisch gebied. Dit dient niet plaats te vinden in het laatste half jaar van de opleiding.

G. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige ten minste éénmaal over een wetenschappelijk onderwerp de oncologie betreffende een voordracht te houden voor een landelijke of internationale bijeenkomst, of een artikel te publiceren.

H. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding bij voorkeur in de vorm van cursorisch onderwijs kennis op te doen op het gebied van:

– de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, zowel wat betreft de patiënten als de radiologische werkers;

– de radiobiologie en de stralengenetica.

I. De assistent-geneeskundige dient het cursorisch onderwijs zoals dat in het kader van de opleiding wordt gegeven, te volgen en aan de daaraan verbonden toetsen deel te nemen.

### Slotbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige

## OFFICIEEL

dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie Commissie te worden gemeld.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van door hem verrichte werkzaamheden, gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.



## Besluit Dermatologie en Venerologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit CC nr. 1-1986 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme dermatologie en venerologie bevat. Het besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

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

### Besluit no 1/1986 – Dermatologie en Venerologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 21 april 1986; *gezien* het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie tot wijziging van de opleidingseisen voor het specialisme dermatologie en venerologie; *gelet* op de met het Bestuur van de Vereniging gevoerde correspondentie;

*in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie op 22 september 1982 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen; *gehoord* de Specialisten Registratie Commissie; *gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; *heeft besloten*

Besluit nr. 2 – 1971 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme dermatologie en venerologie is vier jaar.

Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2 – 1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1 – 1982, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C) in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.13 wordt toegevoegd:

- f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de zorg heeft voor het aantal patiënten, genoemd in de bijzondere eis C.11;
- g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste éénmaal over een wetenschappelijk onderwerp de dermatologie en venerologie betreffend een voordracht houdt of een artikel publiceert;
- h. er zorg voor dragen dat er regelmatig besprekingen plaatsvinden tezamen met de radiotherapeut en, eveneens tezamen met de radiotherapeut, er op toezien dat de assistent-geneeskundige de

vereiste kennis verkrijgt van de therapie met ioniserende stralen, voor zover van toepassing in de dermatologie.

De algemene eis van A.14 wordt vervangen door:

Gedurende de opleiding moet de opleider er op toezien dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitwendende toestellen en stoffen en de wijze waarop bescherming tegen die gevaren kan worden verkregen, zulks met het oog op de eisen gesteld in het Toestellenbesluit Kernenergiewet. Mede ter verkrijging van deze kennis zullen met de radiotherapeut regelmatig besprekingen plaatsvinden.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12 van de algemene eisen moet in de opleidingsinrichting:

1. het aantal opnamen per jaar ten minste 150 zijn;
2. een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 2500 zijn; er dient voldoende variëteit te zijn in klinische en poliklinische patiënten, blijkend uit het diagnosesregister.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Aan de algemene eis van C.1 wordt toegevoegd:

C. Dat in de opleidingsinrichtingen gelegenheid bestaat voor röntgenoppervlakte-therapie en röntgencontacttherapie.

Ingevolge C.2 van de algemene eisen is bovendien vereist:

- a. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, oogheelkunde, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), reumatologie en urologie, in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven. In bijzondere gevallen, ter beoordeling door de Specialisten Registratie Commissie, kan indien een of enkele van bovengenoemde specialisten niet in de inrichting werkzaam zijn, er mede worden volstaan dat deze specialisten regelmatig als consulent worden geraadpleegd, zulks met toestemming van de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie, en voor een bepaalde tijd;
- b. dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen orthopedie en revalidatie in het register zijn ingeschreven;
- c. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten, die als opleider voor de specialismen inwendige geneeskunde en heelkunde zijn erkend en dat er een geformaliseerde samenwerking is met een afdeling radiotherapie, waarin een specialist werkzaam is, die in het register van erkende specialisten is ingeschreven.

Ingevolge C.11 van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. De opleidingsinrichting moet voor de afdeling dermatologie beschikken over voor de opleiding voldoende opnamemogelijkheid.
2. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij



## OFFICIEEL

klinisch werkzaam is, de zorg hebben voor ten minste 10 en ten hoogste 20 klinische patiënten.

3. Het aantal assistent-geneeskundigen moet ten minste twee zijn.

4. Naast de erkende opleider moeten ten minste twee specialisten die voor het specialisme dermatologie en venerologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn.

5. De ratio specialisten:assistent-geneeskundigen dient ten minste 1:1 te zijn.

De bepalingen van de algemene eis C.12 worden als volgt aangevuld:

1. In de bibliotheek moeten ten minste tien abonnementen op dermatologische en venerologische tijdschriften aanwezig en beschikbaar zijn, benevens algemene medische tijdschriften en belangrijke recente (hand)boeken op dermato-venerologisch, algemeen klinisch, basaal- en deelspecialistisch gebied.

2. Er dient onderzoeksruimte beschikbaar te zijn voor speciale dermatologische (functie-)onderzoekingen, zoals allergologisch onderzoek, lichttesten, flebologisch onderzoek e.d. en tevens behandelingsruimte voor de gangbare dermatologische en venerologische therapieën.

3. Aan de afdeling dermatologie en venerologie van een opleidingsinrichting dienen tevens laboratoriumfaciliteiten ter beschikking van de assistent-geneeskundige te staan bij voorkeur in de naaste omgeving van de afdeling. De aan de opleidingsinrichting verbonden laboratoria moeten zodanig zijn ingericht, dat de in de dermato-venerologie gangbare laboratoriumonderzoekingen kunnen worden verricht en dat er gelegenheid is voor bijzondere researchprojecten.

### Opleidingsschema

a. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding inzicht en ervaring te verkrijgen in de diagnostiek, pathogenese en behandeling van ziekten van huid en aangrenzende slijmvliezen alsmede van geslachtsziekten en voor Nederland belangrijke dermatologisch en venerologisch relevante importziekten.

b. De assistent-geneeskundige moet gedurende minstens een half jaar klinische werkzaamheden verrichten en gedurende minstens twee jaar poliklinische werkzaamheden.

c. In het bijzonder moet de assistent-geneeskundige praktische ervaring opdoen in de hierna volgende deelgebieden:

1. *Venerologie* met speciale aandacht voor epidemiologie, registratie, contacttracing en caseholding.

2. *Klinische immunologie en immunopathologie* m.b.t. de huid, met speciale aandacht voor contactdermatosen geneesmiddelen-erupties, immediate type huidreacties, w.o. atopische huidreacties en urticaria, auto-immuundermatosen en immunologische laboratoriummethodieken van belang voor de diagnostiek.

3. *Arbeidsdermatologie*.

4. *Dermatohistopathologie*.

5. *Mykologie en parasitologie*.

6. *Flebologie en proctologie*, voor zover voor de dermatologie en venerologie van betekenis.

7. *Fysische therapie*, waaronder radiotherapie (opleiding in het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, voor zover van toepassing in de dermatologie en het gedurende een half jaar en op gezette tijden eigenhandig uitvoeren van röntgenbestralingen), foto(chemo)therapie, electrotherapie en cryotherapie.

8. *Dermatochirurgie* (het verrichten van excochleaties, excisies, incisie- en excisiebiopsieën).

9. *Oncologie*: regelmatige klinische oncologiebesprekingen met de oncologische werkgroep.

Deze praktische ervaring zal ten dele als onderdeel van de patiëntenzorg gedurende de gehele opleidingsperiode worden opgedaan. In bepaalde gevallen zal het noodzakelijk zijn deze vaardigheden gedurende een omschreven stageperiode te verkrijgen.

d. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige deel te nemen aan:

– klinische besprekingen en bijeenkomsten, waaronder: regelmatige klinische PA-besprekingen in aanwezigheid van de PA-consulent en oncologische besprekingen als genoemd in punt c.

– literatuurbesprekingen;

– cursussen in praktische en theoretische onderdelen van de dermato-venerologie.

e. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige ten minste éénmaal over een wetenschappelijk onderwerp de dermatologie en venerologie betreffend een voordracht te houden of een artikel te publiceren.

### Slotbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij het begin van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. De assistent-geneeskundige dient overeenkomstig de daaromtrent vigerende bepalingen bij de aanvang van de opleiding dit opleidingsschema aan de Specialisten Registratie Commissie ter goedkeuring voor te leggen.

Eventuele wijzigingen in het schema dienen terstond aan de Specialisten Registratie Commissie te worden gemeld.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van door hem gedane verrichtingen, gevolgde cursussen en gehouden voordrachten of gepubliceerde artikelen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.

## 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 art-

sen' 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.*



## UIT DE VERENIGINGEN



## Huisartsen in opleiding

Tussen gevestigde huisartsen en hun nog niet gevestigde of praktijkzoekende collega's kan op onderdelen een reële belangen-tenegstelling bestaan. De Landelijke Huisartsen Vereniging wordt hiermee regelmatig geconfronteerd bij haar te voeren beleid. Dat beleid komt tot stand op basis van zorgvuldige overweging en het doet zoveel mogelijk recht aan de belangen van beide groepen huisartsen. Daarbij kan een krachtig geluid, zoals dat bijvoorbeeld de Landelijke Belangenvereniging voor Basisartsen (LBB) en de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH) wel eens laten horen, voor het Centraal Bestuur van de LHV zelfs inspirerend en ondersteunend zijn.

Heel anders wordt het echter als deze organisaties – door gebruikmaking van de landelijke media en Medisch Contact (MC nr. 24/1988, blz. 749) – onjuiste en onvolledige informatie aan de buitenwereld verstrekken. Ik doel hiermee op de zeer recente uitlatingen in de pers en voor de radio, die afbreuk doen aan de over de salariering en de rechtspositieregeling van de huisartsen in opleiding gevoerde discussie en de door het Centraal Bestuur van de LHV gedane toezeggingen tijdens de ledenvergadering van 9 juni jl.

## Onderhandelingen

De LHV, wetende dat de huisartsen in opleiding financieel belangrijk ondergewaardeerd worden en dat er voor hen geen adequate rechtspositieregeling bestond, kwam in het convenant van 1985 met WVC/EZ het volgende overeen:

- begin 1985 overlegt de staatssecretaris van WVC met de minister van O&W en de LHV over mogelijkheden voor verbetering van de rechtspositie van aspirant-huisartsen en huisartsen-opleiders;
- de achtergrond van de zogenoemde inverdienregeling is door maatschappelijke ontwikkelingen achterhaald.

WVC en LHV nemen zich voor begin 1985 naar een oplossing voor dit probleem te zullen zoeken.

In de daarop volgende onderhandelingen werd slechts langzaam vooruitgang geboekt. Dat was mede te wijten aan het feit dat de financiering van de beroepsopleiding een speelbal werd tussen de ministeries van WVC en O&W.

In de eindrapportage van de Werkgroep Rechtspositieregeling (REPO), waarbij behalve de LHV ook de overheid en de huisartsen in opleiding (vertegenwoordigd door de LAD) werden betrokken, kwam een aantal opties naar voren dat als basis kon dienen voor de uiteindelijke onderhandelingen tussen LHV en WVC. Bij deze onderhandelingen werd bereikt dat het macro-bedrag van f 25 miljoen, bestemd voor de rechtspositieregeling, met f 11 miljoen kon worden verhoogd tot f 36 miljoen op jaarbasis.

Binnen dit resultaat kwam in augustus 1987 in de onderhandelingen tussen WVC, KNMG, LHV en CHG het volgende bod van WVC: 'De honorering van huisartsen in opleiding wordt op 75% van schaal 10.0 BBRA gesteld overeenkomstig die van de artsen in opleiding, behoudens de voor deze geldende opbouw. Bij deze opbouw wordt gekeken naar de te leveren productie'.

Het Centraal Bestuur van de LHV kon zich niet vinden in dit aanbod van WVC en antwoordde bij brief van 29 september 1987 het volgende (citaat):

'... Voor wat betreft de salariering van de huisartsen in opleiding werd voorgesteld deze te honoreren op basis van 75% schaal 10.0 BBRA.

De algemene termen waarin dit voorstel is verrat, maken het niet goed mogelijk het volledig op zijn waarde te schatten. Onze voorlopige indruk is dat wat de inkomenspositie van de assistenten betreft

er eerder sprake is van een achteruitgang vergeleken bij de huidige situatie.

Ook is niet werkelijk plausibel gemaakt waarom de rechtspositie van assistenten zou moeten afwijken van die van artsen in opleiding; het naar voren halen van de productiefactor mag op praktische gronden aantrekkelijk zijn, maar moet toch als een oneigenlijke argumentatie worden beschouwd, gegeven dat het gaat om onderwijssituaties. Dit alles mede gelet op de eisen die ten aanzien van huisartsopleiders en opleidingspraktijken worden gesteld. Zowel artsen in opleiding als assistenten in opleiding tot huisartsen bevinden zich in een leersituatie en het is niet goed in te zien waarom verschil in rechtspositie zijn grondslag zou moeten vinden in – aan de respectievelijke opleidingsmilieus ontleende – produktiviteitsverschillen. Productie is ten principale een nevenverschijnsel van de opleiding en dient niet bepalend te zijn voor de rechtspositie van de leerling . . .'

## Inverdienregeling

De LHV bevond zich in een moeilijke positie, te meer daar de ontwikkelingen rond de inverdienregeling op dat moment onbevredigend waren. Op 5 november 1986 namelijk had de LHV tegen alle afspraken in een brief van de staatssecretaris van WVC ontvangen waarin de volgende maatregel werd afgekondigd: 'Als uitvloeisel van een herbezinning op de zogenoemde inverdienregeling voor de aspirant-huisarts heb ik – in het kader van de ombuigingsaankondiging 1987 voor de gezondheidszorg – besloten de inverdienregeling met ingang van heden te doen beëindigen.

Het Centraal Bestuur van de LHV, gesteund door een motie van de ledenvergadering van 11 december 1986, gaf opdracht aan onze juridisch adviseur te onderzoeken welke juridische mogelijkheden openstonden om zich tegen deze eenzijdige afkondiging te verweren. Hoewel het advies van de adviseur negatief was, heeft de LHV door te dreigen met juridische maatregelen een bepaalde versoepling in deze regeling kunnen bewerkstelligen.

Resumerend was de situatie eind 1987 de volgende:

- er bestond geen inverdienregeling meer;
- er lag een bod van de overheid inzake honorering van de huisarts in opleiding conform 75% schaal 10.0 BBRA. Dit houdt in bruto f 44.600 per jaar, waarvan f 5.000 onkostenvergoeding. Volledige toekenning van schaal 10.0 BBRA zou voor LHV en LAD (namens LOVAH) een redelijke benadering zijn geweest van één van de modellen die in de werkgroep REPO werd voorgesteld. Honorering van 75% van deze schaal is volstrekt ontoereikend. Alle pogingen echter van de LHV bij WVC om deze honorering op te trekken naar 100 bleken eind 1987 zonder succes. Het door de overheid beschikbaar gestelde macro-budget kon niet worden overschreden.

Per 1 januari 1988 moest de tweejarige beroepsopleiding van start. De LHV besloot toen in aller ijl – om pragmatische redenen – vanuit de toenmalige onderhandelingspositie een voorlooptichting in het leven te roepen om alvast op deze wijze erkenning van een rechtspositie voor huisartsen in opleiding te kunnen binnenhalen. Via deze erkenning door de overheid dient vervolgens een adequate honorering te worden bereikt.

## Ledenvergadering van 9 juni 1988

De beroepsopleiding tot huisarts was tevens onderwerp op de agenda van de ledenvergadering van 9 juni jl. Gelet op boven-

## UIT DE VERENIGINGEN

staande en het negatief advies over eventuele juridische procedures tegen de overheid over afschaffing van de inverdienregeling, heeft het Centraal Bestuur van de LHV een dringend beroep gedaan op de ledenvergadering de rechtspositieregeling voor de huisartsen in opleiding te accorderen. Dat gebeurde. Het Centraal Bestuur is van mening dat erkenning door de overheid van een rechtspositie voor huisartsen in opleiding op dit moment voorrang verdient. Er is vanuit deze situatie meer rechtsgrond om verder te onderhandelen.

Het Centraal Bestuur heeft – mede naar aanleiding van de uitgebreide toelichting van de voorzitter van de LOVAH, collega Van der Lugt, tijdens deze ledenvergadering – erkend dat de rechtspositieregeling onvoldoende is en toegezegd de onderhandelingen hierover met WVC te willen voortzetten.

Ook op aandrang van de ledenvergadering werd verder toegezegd

te onderzoeken op welke wijze via de leden van de LHV of financiers leningen op gunstige voorwaarden ten behoeve van de huisartsen in opleiding konden worden gerealiseerd.

In overleg met de LOVAH zal de LHV een en ander op korte termijn uitwerken.

Het Centraal Bestuur en de gevestigde leden van de LHV hebben zich op de ledenvergadering van 9 juni jl. solidair verklaard met de huisartsen in opleiding en wilden ook daadwerkelijk opkomen voor de belangen van de huisartsen in opleiding. Dat moge ook blijken uit de uiteenzetting, die ik hier heb gegeven.

De op die avond getoonde betrokkenheid en stellingname waren voor mij reden te reageren op onder meer de publikatie op blz. 749 in Medisch Contact nummer 24/1988 van LOVAH en LBB.

S. Buijs, huisarts, secretaris-penningmeester

## LAD

## CAO voor het ziekenhuiswezen rond

## Salarisverhoging van 0,85% per 1 augustus

Er is een principe-akkoord bereikt met betrekking tot de CAO voor het Ziekenhuiswezen. De nieuwe CAO gaat in met terugwerkende kracht op 1 april 1988. De belangrijkste wijzigingen betreffen:

- een salarisverhoging per 1 augustus 1988 van 0,85%;
- een eenmalige uitkering in de maand juli van 0,75%;
- indien in de instelling een beoordelingssysteem wordt gehanteerd waarmee de OR heeft ingestemd, kan hieraan het toekennen van periodieke verhogingen worden gekoppeld;
- de reikwijdte van de salarisgarantie is verruimd. Wanneer een werknemer een functie aanvaardt op ten minste gelijk functieniveau in een andere (CAO-Ziekenhuiswezen) instelling dan behoudt hij zijn salarisgarantie;
- het aanstellings- en ontslagbeleid is vereenvoudigd. Uitgangspunt bij het aanstellingsbeleid is de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd;
- de FWG-salarisgarantieregeling zal ook bij de herindeling van toepassing zijn;
- het zwangerschapsverlof is met twee weken extra betaald verlof uitgebreid;
- de regeling arbeidsduurverkortings is vereenvoudigd. Door een verschuiving van diensten kan een te verschuiven ADV-deel worden omzet in uitbetaling van een evenredig deel van het salaris.

Verder worden in de CAO aanbevelingen gedaan met betrekking tot het personeelsbeleid inzake het loopbaanbeleid van vrouwelijke werknemers, aanname van gehandicapte werknemers, kinderopvang etc. De positie van werknemers, die als gevolg van de huidige medische ontwikkelingen in ernstige gewetensnood dreigen te

komen indien zij bepaalde verrichtingen zouden moeten doen, is beter beschermd.

De CAO heeft een looptijd van één jaar.

## Wijzigingen CAO-Sociale Begeleiding

Apart van het CAO-Ziekenhuiswezen is voor fusies, reorganisaties of gehele en/of gedeeltelijke sluitingen van instellingen indertijd een CAO-Sociale Begeleiding afgesloten. De onderhandelingen over deze CAO zijn onlangs eveneens afgesloten. Partijen zullen het onderhandelingsresultaat voorleggen aan hun leden. Voor de toepassing van de CAO bij reorganisaties is het woord reorganisatie als volgt gedefinieerd:

- a. 'Een wijziging in de organisatie van de instelling waardoor ten minste 10% van de in de instelling werkzame werknemers, indien het een instelling van meer dan 400 werknemers betreft, ten minste 40, in een periode van één jaar eventuele nadelige sociale gevolgen ondervinden'.
- b. 'Een wijziging in de organisatie van een instelling waardoor 20 werknemers, indien het een instelling voor minder dan 200 werknemers betreft ten minste 10% van de in de instelling werkzame werknemers, in een periode van één jaar zullen worden ontslagen'. Een en ander betekent dat de werknemersorganisaties niet meer zullen worden betrokken bij kleine reorganisaties. Deze reorganisaties worden aan het overleg van de directie met de ondernemingsraad overlaten.

De CAO-Sociale Begeleiding is verder enigszins gewijzigd van opzet. De te volgen trajecten bij fusie, gehele of gedeeltelijke sluiting dan wel reorganisatie zijn duidelijker onderscheiden. De CAO heeft een looptijd van 5 jaar.

## LAD

## Rectificaties jubileumverslag

In Medisch Contact nummer 25/1988 d.d. 24 juni is in ons jubileumverslag op bladzijde 795 een storend foutje geslopen. In de tekst onder de linker foto zijn op de elfde regel twee essentiële woorden weggevalen, namelijk achter de zin: 'Fouten die daarbij worden gemaakt worden vooral veroorzaakt doordat mensen met apparatuur moeten omgaan waarvoor ze niet zijn opgeleid, en daarnaast door aangeleerd gedrag dat niet of moeilijk is' had nog behoren te

staan: *te veranderen*, hetgeen de zin wel een geheel andere betekenis geeft. Voorts staat op blz. 796 van hetzelfde MC-nummer in de rede van LAD-voorzitter Aghina in de tweede kolom, tweede alinea, achtste regel: 'in de ijskast. Het normale uurloon aan overwerkvergoeding is' enz. enz. en dit had moeten zijn: 'in de ijskast. 25% Van het normale uurloon aan overwerkvergoeding is' enz. enz., hetgeen een aanmerkelijk verschil uitmaakt.