

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 34 – 21 augustus – 42e jaargang

Zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg kan een belangrijke voorwaarde zijn voor het veiligstellen en bevorderen van gezondheid. Voortgaand op die (eigen) bevinding, onderzoekt men thans in Maastricht zowel als in Leuven, onder nationale en internationale belangstelling, hoe 'health promotion' te promoten.

Waar het bij de communicatie tussen arts en mediterrane patiënt precies aan schort hebben Drs. R. Naudin, Drs. L. Stegmann en Prof. Dr. H. Bonarius vorige week in Medisch Contact aan de hand van literatuur in schema gebracht. Deze week toetsen zij in een tweede artikel hun model aan de ervaringen van buitenlandse patiënten en hun Nederlandse hulpverleners in één ziekenhuis.

In het streven het krimpend budget zo lang mogelijk toereikend te laten blijven voor een kwalitatief goede gezondheidszorg kan de radiodiagnost een belangrijke rol spelen. Dr. G. H. Ritsema, radiodiagnost in het Zuiderziekenhuis te Rotterdam, geeft aan de hand van twee praktijkvoorbeelden aan op wat voor manier.

Over de technische, psychosociale en ethische aspecten van de kunstmatige voortplanting heeft (een commissie uit) de Gezondheidsraad eind vorig jaar gerapporteerd. De in dit rapport verwoorde ideeën én de manier waarop die zijn verwoord laten eerder de indruk van een klantvriendelijk dan die van een kindvriendelijk beleidsadvies na. Een kritiek van Dr. M. Christiaens, Drs. J. Rolies (beiden ethicus) en Prof. Dr. P. Nijs, psychiater-seksuoloog.

Constaterend dat er enige wildgroei optrad in de initiatieven voor centra voor chronische beademing, verstrekke de Gelderse Raad voor de Volksgezondheid de Nijmeegse stagiaire (inmiddels med. drs.) A. J. A. Bremers de opdracht een overzicht te leveren van de huidige situatie en ook iets te zeggen over de behoefte aan voorzieningen voor chronische beademing nu en in de toekomst.

INHOUD

Training en onderzoek inzake zelfzorg
Mw. M. Bremer Schulte, W. van der Veen en J. Branckaerts - 1051

Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. Slot: Ervaringen in de regio Schiedam
Drs. Roger Naudin, Dr. Luuk Stegmann en Prof. Dr. Han Bonarius - 1053

Het radiodiagnostisch onderzoek
Dr. G. H. Ritsema - 1057

Kunstmatige voortplanting. Over het rapport van de Gezondheidsraad
Dr. Marc Christiaens, Prof. Dr. Piet Nijs en Drs. Jan Rolies - 1059

Onderzoek naar afwijkingen ongeboren kind geconcentreerd in zeven academische centra - 1063

Chronische beademing anno 1987
Drs. A. J. A. Bremers - 1065

Colofon 1046 - Agenda 1046 - Hoofredactioneel commentaar 1047 - Voorzitterskolom IAD 1048 - Brieven 1049 - Boeken 1058 en 1068 - Diversen 1068 - Colofon Officieel 1069 - Uit de Verenigingen - 1070

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

Prof. Dr. J. C. van Es, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, 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.
Telefoonnummer KNMG: 030-823911.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 134,30 (inclusief BTW); overige landen f 237,30

Administratie: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 29,
1065 EG Amsterdam.
telefoon 020-172829/174855, 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 opgave van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 29,
1065 EG Amsterdam,
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Geldend advertentietarief: 1 januari 1986.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat

'The Agnew Clinic' (1889) van Thomas Eakins.
University of Pennsylvania, School of Medicine,
Philadelphia.

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk 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.

Wenken voor schrijvers van brieven en auteurs van artikelen

Brieven

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.

Artikelen

Als een auteur kopij aanbiedt dient dit in te houden dat deze niet tevens aan een ander tijdschrift ter publicatie is aangeboden of reeds elders is gepubliceerd.

Door het aanbieden van kopij draagt de schrijver de auteursrechten aan de redactie over. Als het artikel niet in Medisch Contact wordt gepubliceerd vervalt de overdracht van de auteursrechten.

De redactie streeft, mede terwille van de leesbaarheid, naar publicatie van artikelen van beperkte omvang. Deze dienen bij voorkeur niet meer dan tweeduizend woorden (= twee bladzijden in Medisch Contact) te bevatten. Een auteur kan een langer artikel ook in twee delen aanbieden ter publicatie in opeenvolgende nummers.

De voorkeur gaat uit naar een zeer beperkt aantal tabellen en figuren: per artikel niet meer dan drie tot vier in totaal. Tabellen en illustraties dienen ieder op een apart vel te worden getekend, bij voorkeur met zwarte inkt. Contrastrijke zwart-witfoto's kunnen daarvoor ook dienen. De literatuurlijst mag niet meer dan tien nummers bevatten; de voorkeur gaat uit naar een opstelling volgens de regels van Vancouver.

Een artikel moet worden voorzien van een korte samenvatting en vergezeld gaan van een summiere beschrijving van de functie van de auteur.

Inzenders van artikelen worden verzocht deze in tweevoud toe te sturen, getypt op A4-formaat met anderhalve interlinie en voorzien van een brede marge.

..

Niets uit dit tijdschrift mag elders worden gepubliceerd zonder toestemming van de redactie van Medisch Contact.

AGENDA

15 oktober - Nederlands Congresgebouw Den Haag, congres van het Nederlands Centrum van Directeuren en Commissarissen (NCD), thema 'Het ziekenhuis als onderneming'. Informatie: NCD, Mr. A. J. H. G. Goote of Mw. A. Jelles, Amsterdam, tel. 020-646211 (na 12 augustus 020-5738837).

22 en 23 oktober - RAI Congrescentrum Amsterdam, symposium 'Oud(er) worden nu', georganiseerd door het Gerontologisch Instituut Amsterdam. Informatie: Symposiumsecretariaat, p.a. Organisatie Bureau Amsterdam BV, Mw. A. N. J. Reinders Folmer, tel. 020-440807.

22 en 23 oktober - Medische Faculteit Erasmus Universiteit, PAOG-cursus 'Ontwikkelingen in de geneeskunde'. Informatie: Bureau PAOG Rotterdam, Mw. I. F. Dekkers, tel. 010-4635013/5011.

24 oktober - Groot Auditorium Erasmus Universiteit Rotterdam, symposium 'Tien jaar kind en ziekenhuis - een stap verder?' Kosten:

f 85,- per persoon inclusief koffie, lunch en borrel over te maken op girorekening 3559000 ten name van Kind en Ziekenhuis Amsterdam. Informatie: Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis, Amsterdam, tel. 020-363712.

29-31 oktober - Maternushaus Köln, '5. Kölner Symposium '87 für bildgebende Verfahren'. Onderwerpen: nucleaire geneeskunde, radiologie, sonografie, computertomografie, stralenbescherming enz. Informatie: Symposiumsecretariaat, Heide Harzheim, Postfach 501470, 5000 Köln 50, tel. (02236) 66067/68.

30 oktober - Mariënhaven Warmond, seminar 'Dagbehandeling psychogeriatric'. Informatie: Dienst klinische psychogerontologie (Mw. K. van Egmond), Warmond, tel. 01711-19300.

30 oktober - Biologisch Centrum van de Rijksuniversiteit Groningen, symposium 'Ongelijkheid in gezondheid (szorg): voorkomen en voorkomen'. Inlichtingen: Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken, Groningen, tel. 050-632868.

Herwaardering zelfzorg

De zorg voor het behoud en voor het herstel van de eigen gezondheid is een van de fundamentele activiteiten om in leven te blijven, zoals ook de zorg voor voldoende voeding en beschutting. Voor al deze activiteiten heeft men vaak de ander nodig; dat is zeker het geval als ziekte het vermogen om voor zichzelf te zorgen heeft aangetast. Het nut en de noodzaak van de hulp van anderen verklaart de ratio van het bestaan van de gemeenschap: men kan niet zonder anderen overleven. De oorspronkelijke hulp van naasten, die hier en daar nog in de vorm van 'noaberhulp' bijna als een curiosum voortbestaat, is vrijwel verdwenen. De arbeidsdifferentiatie op alle terreinen heeft het principe van wederkerigheid, die de grondslag van de noaberhulp was, afgebroken. De sociale structuren van een agrarische samenleving zijn al lang verdwenen en hebben plaatsgemaakt voor de individuerende tendensen van de moderne (post-)industriële samenleving.

Deze ontwikkeling leidde ertoe dat de ervaringsdeskundigheid die men in de wederzijdse hulpverlening kon opdoen niet meer werd ontwikkeld: niet alleen de sociale structuren voor hulpverlening aan de basis gingen ontbreken, maar ook de kennis en de routine die daarvoor nodig was. Daar komt bij dat de kennis niet meer primair werd ontwikkeld op grond van opgedane ervaring, maar op grond van wetenschappelijk onderzoek, hetgeen de professionalisering – onder andere van de geneeskunde – ten goede kwam. Deze professionalisering deed op zich ook weer de ervaringsdeskundigheid verder devalueren en atrofiëren. Deze atrofie heeft tot niet zelden groteske en karikaturale vormen van hulp vragen aanleiding gegeven: iedere huisarts kan daarover meespreken. Deze ontwikkeling heeft tot gevolg gehad dat de geneeskunde niet alleen meer een professionele aanvulling moet geven op de zelfzorg, maar steeds meer die zelfzorg ook is moeten gaan vervangen. De autoriteit van artsen strekte zich mede daardoor over een steeds breder terrein uit; een van de gevolgen hiervan was dat artsen steeds meer macht werd toegekend.

Zo'n proces voltrekt zich nooit ongestraft en tegenbewegingen konden dan ook niet uitblijven. Die tegenbewegingen werden mede gestimuleerd door het feit dat menig arts door de beschreven rolverbreiding niet altijd meer de grenzen van de

J. C. van Es Hulp van artsen aanvullend op zelfzorg

eigen deskundigheid in de juiste proporties zag. Daardoor hebben artsen zelf de tegenbewegingen mee opgeroepen, maar – zoals gezegd – de oorzaken daarvan liggen dieper. De golven van negativiteit ten opzichte van de geneeskunde zijn daaruit deels te verklaren, al spelen andere factoren – zoals een ambivalente houding tegenover alle autoriteiten – mede een rol. Legt men zijn oor te luisteren – en dat is niet moeilijk – dan speelt de richting waarin de geneeskunde zich ontwikkelt – enerzijds een toenemend technisch kunnen met als gevolg een wijken van de grens tussen leven en dood, anderzijds een afnemende zorg op minder spectaculaire terreinen – een doorslaggevende rol bij dat proces. Een van de tegenbewegingen is een hernieuwde oriëntatie op de zorg voor het behouden en herstellen van de eigen gezondheid. De motieven voor de bevordering van zelfzorg zijn zeer complex. Ten dele kunnen zij een gevolg zijn van een teleurstelling in hetgeen de geneeskunde vermag, voor een ander deel liggen er positieve gevoelens aan ten grondslag: zich verantwoordelijk weten voor de eigen gezondheid, deze in overeenstemming brengen met eigen inzichten en met de grondslagen van het eigen bestaan. Deze inzichten behoeven niet altijd in overeenstemming te zijn met de inzichten van de officiële geneeskunde en kunnen derhalve ook wel afbuigen naar andere vormen van hulpverlening.

Nu zelfzorg niet meer een uit traditie voortkomende activiteit is, is het om vele redenen van belang deze zorg op een verantwoorde wijze tot stand te brengen. Er zijn al tal van activiteiten ontwikkeld door patiëntengroeperingen, al of niet ondersteund door adviezen van professionele hulpverleners. Op grond van haar eigen aard dient de basis van de zelfzorg geen professionele te zijn. Wel is het van de grootste betekenis dat zelfzorg en professionele zorg op elkaar zijn afgestemd, hetgeen niet hoeft te betekenen dat beide vormen van hulp altijd op dezelfde principes zijn gebaseerd. Het is zeer goed

denkbaar dat ervaringen die in zelfhulp-groepen worden opgedaan niet altijd met begrippen uit de professionele gezondheidszorg kunnen worden verklaard. Zelfzorg moet niet zonder meer een verlengstuk of een voorstadium van de professionele hulp zijn; dat zou de relatie tussen beide op z'n kop zetten.

Dit is geen pleidooi voor een onnozele zelfzorg; wel voor de eigenheid van de zelfzorg, die natuurlijk van de kennis van de officiële geneeskunde gebruik kan, maar niet altijd hóeft te maken.

Het is daarom goed dat er in 1986 een instituut is opgericht dat zich bezighoudt met de zelfzorg: het Instituut Onderzoek Zelfzorg (IOZ), dat binnenkort de status van Collaborating Centre van de World Health Organization zal krijgen. Mevrouw M. Bremer Schulte schrijft in dit nummer van Medisch Contact over het werkterrein van dit instituut (blz. 1051).

Het is onvermijdelijk dat zelfzorg ook de aandacht van de overheid heeft: deze zou er een reductie van de kosten van de gezondheidszorg van kunnen verwachten. De overheid moet zich echter goed realiseren dat ook zelfzorg niet zonder maatschappelijke basisstructuur kan. We zagen immers dat de noaberhulp slechts mogelijk is in een samenleving die het 'do ut des'-principe kent en ook waar kan maken. De huidige maatschappij staat daar ver van af en kan ook niet van bovenaf in die richting worden gedirigeerd.

De zelfzorgbeweging vergt dus toch ook bejaardenhulpsters en gezinsverzorgsters, om maar een voorbeeld te noemen. Aantasting van die vormen van hulp zal de zelfzorg niet bevorderen, maar hulpbehoevenden eerder in de richting van de professionele hulpverlening drijven. Een effectieve ontwikkeling van zelfzorg zou van de grootste betekenis zijn, niet in de laatste plaats om het zelfvertrouwen van mensen te bevorderen. Als er een goede zelfzorg bestaat dan heeft dit ook consequenties voor de professionele hulp van artsen. Professionele hulpverlening zal het oorspronkelijke karakter van de medische hulpverlening: aanvullend te zijn op de zelfhulp, moeten herwinnen. □

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

De medische universiteit als oplossing

Reeds vele jaren speelt de vraag wie nu eigenlijk de baas is in de academische ziekenhuizen. Is dat de minister van Onderwijs en Wetenschappen omdat het academisch ziekenhuis geldt als werkplaats voor de medische faculteit?, of is het de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur die de gezondheidszorg in zijn pakket heeft?

In 1969 ontstond de Wet 'Status academische ziekenhuizen' en daarna zijn er tot en met 1984 talloze rapporten, beleidsnotities, convenanten etc. over verschenen. Geen van deze geschriften kan echter een oplossing bieden voor de echte problemen. Kort geleden werd er een nieuwe poging gedaan. Onder de veelzeggende titel 'Nadere regeling van de verantwoordelijkheid voor academische ziekenhuizen' verscheen in februari van dit jaar een beleidsnotitie van de minister van Onderwijs en Wetenschappen (O&W) en van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).

Omdat de LAD in diverse relevante overlegcircuits is vertegenwoordigd werd ons gevraagd commentaar te leveren.

De beleidsnotitie valt te prijzen vanwege het streven de academische ziekenhuizen inzichtelijker te financieren. De academische ziekenhuizen zijn miljoenenbedrijven. De laatste jaren vooral gaan zij gebukt onder tal van maatregelen die de organisaties sterk onder druk zetten. Ik denk aan de omstreden onderwijskorting, de kernnota Beleidsvoornemens betreffende het universitaire wetenschappelijk personeel (BUWP), de Taakverdeling en concentratie (TVC), de Selectieve krimp en groei (SGK), de voortdurende korting van de rijksbijdrage als maatregelen van de zijde van O&W. Van de zijde van WVC de budgetfinanciering, die nu ook geldt voor de academische ziekenhuizen. Een en ander vond nooit gecoördineerd plaats, maar altijd elkaar versterkend.

Daarnaast is een belangrijk deel van de medewerkers wel werkzaam in een academisch ziekenhuis, maar in dienst van de universiteit ('twee bazen'); dit geldt ook voor het grootste deel van de medisch specialisten. Dat heeft tot gevolg dat op dezelfde werkplek verschil in rechtspositie bestaat en een gemis aan directe hiërarchische lijnen, die onontbeerlijk zijn in een zo grote werkorganisatie.

De beleidsnotitie stelt daarom voor de academische ziekenhuizen meer gelijk te stellen met de algemene ziekenhuizen. Daarbij dient men echter wel te bedenken dat in een academisch ziekenhuis nu



eenmaal meer medisch specialisten nodig zijn dan in een algemeen ziekenhuis vanwege de topklinische functies (denk aan onderzoek) en het bijzondere karakter als topopleidingsziekenhuis (denk aan onderzoek) en het bijzondere karakter als topopleidingsziekenhuis (denk aan de onderwijsfuncties voor de faculteit) naast de algemene taken in de gezondheidszorg als algemeen ziekenhuis. En als er toch gelijkstelling met algemene ziekenhuizen zou moeten komen zou ook de inhoud van de rechtspositie vergelijkbaar moeten worden. Daarmee bewerk je niet alleen een heldere financieringsstructuur maar bevorder je ook een evenwichtige concurrentiepositie met de algemene ziekenhuizen. Bovendien zou een landelijk financieringsplan kunnen voorkomen dat nu eens WVC dan weer O&W vaak ongecoördineerd bezuinigingen doorvoeren.

Het voorstel van de minister voor de 'twee bazen'-problematiek is om de directie en het bestuur respectievelijk de Raad van Bestuur en Raad van Commissarissen te noemen. Daarboven stelt hij bij wet een nieuwe bestuursraad in die vergaande bevoegdheden krijgt en een door de minister benoemde voorzitter. Het is te betwijfelen of daarmee de 'twee bazen'-problematiek wordt opgelost. De LAD geeft de voorkeur aan de organisatorische samenvoeging tot één werkorganisatie van de medische faculteit en het academisch ziekenhuis: de medische universiteit. Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek kan op contractbasis goed worden samengewerkt met de belendende universiteit. Dit past bovendien in het streven van de minister van Onderwijs en Wetenschappen meer contractresearch te laten plaatsvinden.

Ik ben ervan overtuigd dat indien academische ziekenhuizen en universiteit in de toekomst gezamenlijk één medische universiteit zullen vormen, een groot aantal problemen, met name op bestuurlijk niveau, zal wegvallen. Gezien de belangrijke taken op het gebied van de volksgezondheid en het feit dat zo'n 75% van de geldstroom nu reeds uit de patiëntenzorg afkomstig is, vind ik dan bovendien dat het ministerie van WVC de eindverantwoordelijkheid zou moeten dragen.

J. C. F. M. Aghina,
voorzitter LAD

CHARGE-SYNDROOM

Aangezien ikzelf een zoon heb met het charge-syndroom en omdat er hierover zo weinig bekend is zou ik in contact willen komen met artsen die reeds vaker kinderen met het charge-syndroom hebben behandeld en begeleid en met ouders die kinderen hebben met het charge-syndroom. Ik wil mijn naam niet in dit blad plaatsen vanwege privéredenen, maar artsen en/of ouders die op het artikel reageren wil ik verwijzen naar mijn huisarts, Dr. L. R. Krijger, Bergselaan 24, 3037 CN Rotterdam, telefoon 010-4663358.

Juli, 1987

(Naam en adres bij de redactie bekend)

NB: Het charge-syndroom is een zeldzame congenitale afwijking die gepaard gaat met afwijkingen waarvan de beginletters het woord charge vormen: colobomen, hartdefecten, atresie van de choanen, retardatie in groei en ontwikkeling, genitale afwijkingen en (ear)-gehoorstoornissen.

BROODJE GEZOND

Een onwaarschijnlijk sprookje

Er leefde eens, niet zo heel lang geleden, in een land hier niet erg ver vandaan, een kleine zelfstandige. Zijn beroep was broodjesverkooper. Hij bereidde broodjes in vele soorten: harde broodjes, dwarsgebakken broodjes, maar vooral broodjes gezond. Die laatste waren namelijk erg gewild. Dus zwoegde kleine zelfstandige van 's morgens vroeg tot 's avonds laat en een enkele keer 's nachts als het zo uitkwam. Hij deed dat met blijmoedigheid, want hij was een ijverig mens. En het verdiende aardig. Bovendien had hij het gevoel dat zijn werk gewaardeerd werd. Steeds meer mensen kwamen namelijk hun broodje gezond bij hem kopen. En dus maakte kleine zelfstandige steeds langere dagen.

Nu woonden er in dat land, behalve ijverige, ook naïjverige mensen. Ze gingen naar de koning, die Jan heette, en zeiden: 'Kleine zelfstandige verdient te veel. Dat is niet netjes! Zo blijft er te weinig geld over om theaters te bouwen die twee maal zo duur zijn als was begroot en pijlerdammen waar de miljoenen harder doorheen stromen dan het water.' Toen liet de koning die Jan heette kleine zelfstandige bij zich komen. 'Jij verdient te veel', sprak hij streng. 'Zelfs meer dan mijn ambtenaren die toch een heel aardig inkomen hebben'. 'Jawel', antwoordde kleine zelfstandige, 'maar ik werk ook langer dan zij'. De koning zuchtte. 'Dat is het nu juist', zei hij. 'Er moet in dit land steeds minder gewerkt worden. Anders komen we nooit uit de problemen. Maar ik zal het goed met je maken. Van nu af aan is de prijs van de broodjes gehalveerd. Dan kun je lang blijven werken en toch minder verdienen dan mijn ambtenaren, of in elk geval niet méér, want ik hou niet van dat gedonder!'

BRIEVEN

Dit maakte kleine zelfstandige erg bedroefd. Hij was namelijk wel ijverig maar niet gek. Dus besloot hij, na enig nadenken, om ook maar in dienst van de koning te gaan. Er braken rustige tijden aan. Voortaan kon kleine niet-meer-zelfstandige korter werken; véél korter! Was hij 's nachts uit bed gehaald, dan mocht hij 's morgens uitslapen. Bovendien kreeg hij ongevraagd roostervrije dagen, waarop natuurlijk geen brood kon worden ge-roosterd.

Met dat al ontstond er wel gebrek aan broodjes gezond. Want de vraag bleef stijgen, maar de productie liep terug. Gewone mensen konden op het laatste zo'n broodje nauwelijks meer bemachtigen. Rijken wel. Want kleine niet-meer-zelfstandige, die nog altijd zeer ijverig was, verhuurde zich 's avonds aan Grote Zelfstandige. Dan wrochte hij luxebroodjes die uitsluitend voor veel geld te koop waren. Toen men zich echter bij de koning daarover wilde beklagen, bleek deze te zijn afgetreden om te genieten van een riant staatspensioen. En al wie in aanmerking wilde komen voor een broodje gezond moest eindeloos wachten, of verre reizen maken.

Zo leefde men in dat land, hier slechts een klein eindje vandaan, minder lang dan voorheen en beslist ongelukkiger . . .

Tot zover dit sprookje, een verzinsel, dat met de werkelijkheid gelukkig niets te maken heeft. Of misschien tóch een beetje ?

Almelo, juli 1987

J. C. Brakelé, oogarts

LOSSE FLODDER

In het kader van haar wanhopig zoeken naar beheers-(lees: bezuinigings-)instrumenten denkt de regering nu aan het invoeren van een vergoeding per receptregel voor de apotheker of apotheehoudend huisarts, voor de laatste vooralsnog alleen voor particulier verzekeren. Door deze maatregel zal ongewenste polypragmasie in de hand worden gewerkt. We worden gestimuleerd om een patiënt met een sinusitis niet alleen een antibioticum, maar tevens wat inhalatievloeistof, een paar paracetamoltabletten, een mucolyticum en wat neusdruppels voor te schrijven en hem bij een terloops genoemde huidirritatie ook nog wat zalpjes 'aan te smeren'. Daarnaast zullen chronische gebruikers van bijvoorbeeld antihypertensia liefst elke twee weken hun potje moeten laten vullen met alle ongemak en reiskosten van dien.

Wanneer zal de regering eindelijk de moed opbrengen om tot één nieuw samenhangend beleid te komen in plaats van dit soort ondoordachte losse flodders?

Mogelijk dat dan ook de 'medicijnknaak' kan worden afgeschaft, zodat wij niet langer worden gedwongen als gratis verlengstuk van de fiscus te functioneren, daarmee de arts-patiëntrelatie steeds weer verstorend. Hoewel er verbazend veel begrip voor 'de rijksdaalder' bij de ziekenfondspatiënten is, vind ik het nog steeds genant om bij een alleenwonende bejaarde die ik een injectie voor een niersteenkoliek heb gegeven, in de kast naar de portemonnee te moeten gaan zoeken.

Zieuwent, juli 1987

G. Molleman, apotheehoudend huisarts

PRIVATISEREN OF SOCIALISEREN?

In Medisch Contact van 19 juni jl. (MC nr. 25/1987, blz. 781) schrijft collega Van Gerven over de gesocialiseerde Canadese gezondheidszorg onder meer: 'Geen eigen bijdragen en risico's. Patiënten hebben geen enkele bemoeienis met de betaling van de gezondheidsvoorzieningen.' Bij mijn diverse bezoeken aan Canada bleek mij dat deze uitspraak helaas niet juist is. De patiënt heeft wel gratis geneeskundige hulp, maar . . . moet alle geneesmiddelen zelf betalen, behalve de medicijnen tijdens de opname in het ziekenhuis. Ik merkte herhaaldelijk dat deze bedragen soms erg te genvallen. Wellicht kent de Canadese arts evenals bij ons de meeste collega's de prijs der geneesmiddelen niet, de apotheehoudende huisartsen natuurlijk uitgezonderd.

Wellicht kan collega Van Gerven opnieuw berekenen hoe hoog de door hem genoemde 7% à 8% van het BNP wordt als de geneesmiddelenconsumptie erbij wordt geteld. De Canadese artsen protesteren regelmatig in de kranten en voor de TV tegen de huns inziens te lage honorering.

Amersfoort, juli 1987

W. J. van der Hooft, gepensioneerd arts

INZAGERECHT

Met verbazing en verontrusting heb ik kennis genomen van het voorstel van het KNMG-hoofdbestuur inzake inzagerecht. Met name het recht op een 'afschrift van zijn medische gegevens' (tegen kostprijs) is iets waarover men niet lang genoeg lijkt te hebben nagedacht.

In woord en geschrift ben ik altijd een groot voorstander geweest van het inzagerecht. Voor zover men mij in KNMG-kringen kent, zal men weten dat ik sinds jaren een verdediger ben van betere rechtspositieregelingen voor patiënten, delinquenten en TBR-gestelden (alsook bejaarden, al schreef ik daar nooit over). Als het over 'inzagerecht' gaat denk ik steeds aan een vorm van begeleide inzage, die mij medisch het meest verantwoord lijkt.

Daarmee heb ik nooit bedoeld om het inzage-recht te beperken (behoudens de alom genoemde restricties), maar wél dat men de medische gegevens ter lezing geeft en tévens de gelegenheid om daar later toelichting over te vragen of tenminste over te praten.

Dat is allemaal nog iets anders dan een 'af-schrift tegen kostprijs'. Als geneesheer-directeur van het Pieter Baan Centrum overkomt het mij ongeveer eenmaal in de twee weken dat er (met schriftelijke toestemming van de patiënt uiteraard) door verzekeringsinstanties (collegae) inzage wordt gevraagd in onze rapportage. Mijn standaardantwoord is dat onze rapportage 'pro justitia' met een ander doel werd gemaakt en dat ik (de geneesheer-directeur) daarom inzage weiger. Indien in ons geval de verdachte – maar ook de patiënt – recht heeft op 'een afschrift' is die persoon chantabel voor elke verzekeringsinstantie.

Niet alleen zal een brandverzekering een PBC-rapport over iemand die ooit een brand stichtte kunnen afdwingen op straffe van het niet afsluiten van die brandverzekering. Bovendien zullen al dan niet HIV sero-positieven kunnen worden gedwongen om die hen – wettelijk? – ter beschikking staande gegevens te produceren alvorens zij aan een ziektekosten-verzekering kunnen deelnemen. Zo zijn er tal van situaties denkbaar waarin niet het recht op inzage, maar het er nu bij gesmokkelde 'recht op afschrift' schadelijk voor de patiënt zal zijn. Ik ben van mening dat we niet de wettelijke situatie moeten creëren zoals die in de VS bestaat: where 'you can die with your rights on'.

Het recht op inzage is naar mijn oordeel een slechts bij hoge uitzondering aantastbaar recht van de patiënt, delinquent, enz. Het recht op een afschrift waarover tot nu toe onvoldoende is gesproken, schept een totaal andere situatie. Het recht op een afschrift zou zich menigmaal tegen het belang van de patiënt kunnen keren.

Utrecht, juli 1987
F. H. L. Beyaert

Naschrift

Beyaert stelt met verbazing en verontrusting kennis te hebben genomen van het standpunt van de KNMG inzake het inzage-recht wat betreft het recht op een 'afschrift van zijn medische gegevens' (tegen kostprijs). Het voorstel van het hoofdbestuur is echter op dit punt niet nieuw. In de Algemene Vergadering van de KNMG d.d. 25 april 1986 is met grote meerderheid van stemmen het voorstel aangenomen dat de KNMG op het standpunt staat dat de patiënt recht heeft op inzage in en *afschrift* van zijn medische gegevens. Daarbij werd een aantal voorwaarden geformuleerd (MC nr. 42/1987, blz. 1378). In dezen zijn van belang:

a. Indien een gewichtig belang van de patiënt dit vereist (bijvoorbeeld patiënt staat onder druk van derden) wordt aan een verzoek tot inzage in een andere dan schriftelijke vorm voldaan, aangepast aan dat belang van de patiënt.

b. Strikt persoonlijke werkaantekeningen vallen niet onder het recht op inzage.

c. Gegevens, afkomstig van derden, vallen niet onder het inzage-recht, evenmin als gegevens betreffende derden.

d. Een arts kan niet tot inzage worden verplicht als inzage in of afschrift van de gegevens kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt kan opleveren.

e. Bij invoering van een (wettelijke) regeling inzake het inzage-recht is een ruime overgangstermijn noodzakelijk.

Het hoofdbestuur wenst de in het KNMG-standpunt genoemde uitzonderingen a, b en e onverminderd te handhaven, c enigszins aan te passen en d te laten vervallen.

Reeds in 1978 is in het advies van de Gezondheidsraad aan de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne reeds gesteld dat het bezwaar van het geven van *schriftelijke* gegevens kan zijn dat dit juist strijdt met het belang van de patiënt omdat dit hem aan druk van derden kan blootstellen, die hem pressen de gegevens schriftelijk op te vragen en het geschrift vervolgens aan hen te verstrekken.

In het Wetsvoorstel Persoonsregistratie (WPR) is om die reden eveneens bepaald dat aan een verzoek tot het geven van een afschrift in een andere dan schriftelijke vorm kan worden voldaan indien een gewichtig belang van de verzoeker dat eist en op een wijze die aan dat belang is aangepast (art. 29, lid 3 WPR). De KNMG heeft voorgesteld deze uitzonderingsgrond ook in het wetsvoorstel op de geneeskundige behandelingsovereenkomst op te nemen. Hoewel misbruik bij geen enkele constructie volledig uit te sluiten is, zijn de bezwaren van Beyaert wel onderkend en grotendeels ondervangen door voormelde uitzonderingsgronden. De patiënt geen recht op afschrift toekennen is immers evenmin een oplossing.

Utrecht, augustus 1987
Mr. W. R. Vroom-Kastelein, secr. KNMG

BETALINGSREGELING FONDSPATIENTEN II

Collega Aarts geeft in Medisch Contact nr. 30/1987, blz. 926, een aantal aspecten weer van het conflict tussen ziekenfondsen en specialisten, alsmede van de eigen-bijdrageregeling voor plastisch-chirurgische ingrepen zoals die geldt voor ziekenfondsverzekerden. Het gelijktijdig behandelen van twee onderwerpen heeft ertoe geleid dat een en ander bondig werd weergegeven. Gaarne daarom enige noodzakelijke aanvullingen.

Een onbetwist nadeel van het conflict, zoals dat thans ligt tussen ziekenfondsen en specialisten, is dat voor beide partijen de administratiekosten fors zijn gestegen. Als zodanig is de gedachte van collega Aarts deze onnutte kosten te willen beperken zeer voor de hand liggend. Het ligt echter voor geen der partijen in de rede deze zelf gecreëerde en bovendien

zuiver bilaterale problemen op derden te willen verhalen. Bijvoorbeeld door deze derden te verplichten met contant geld rond te lopen. In België is men overigens wel bij wet verplicht een bepaalde som geld (Bfr. 500,—) contant bij zich te hebben. Dit is om – eveneens in het kader van een eigen-bijdrageregeling – in onverhoopte gevallen de politie te kunnen betalen.

Voor de behandeling van bepaalde aandoeningen en klachten van patiënten verlangen de ziekenfondsen een eigen bijdrage van hun verzekerden. Dit is juist. Niet juist is echter de constatering in de daarop volgende zin dat het gaat om patiënten die vaak jarenlang ernstige problemen hebben met delen van hun lichaam. Ten gevolge van het Besluit Ziekenhuisverpleging Ziekenfondsverzekering, art. 3c, lid 3, kunnen dergelijke patiënten namelijk zonder meer hun recht doen gelden op een volledige vergoeding van hun behandeling. Een discussie over een eigen-bijdrageregeling is hier dus in het geheel niet aan de orde.

Daarnaast wil ik in dit verband het volgende opmerken. Operaties bij verzekerden met een overwegend cosmetisch karakter (dit criterium wordt thans vaak gebruikt ter selectie van patiënten door particuliere ziektekosten-verzekeraars) worden door ziekenfondsen zonder twijfel vaker vergoed dan bij genoemde particuliere maatschappijen. Een te grote, doch verder niet afwijkende neus, is hier een voorbeeld van.

Enkele keuringen door de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds duren soms slechts enkele seconden. Ook dat is juist. Ik wijs er echter op dat de keurend arts op de patiëntenoproep van te voren de vermoedelijke diagnose al kan lezen. Bijvoorbeeld: 'Flap-oren, gaarne uw toestemming'. Bij een jongte van zes jaar – en zoals thans de mode is met kort haar – kan dat een diagnose à longue vue worden en in short time.

Essentie in het verdere betoog van collega Aarts is dat hij vindt dat er een analogie bestaat tussen het vooraf laten betalen van verzekerden door het ziekenfonds van eigen bijdragen en het contant laten betalen door specialisten op het spreekuur. In het eerste geval spreken we dus over zaken waarvoor de patiënt na keuring niet blijkt te zijn verzekerd (en overigens dus ook geen premie heeft afgedragen), in het laatste geval spreken we over de vergoeding van specialistische hulp die middels de premie reeds maandelijks ten laste komt van de patiënt en eventueel de werkgever. Hij betaalt zodoende reeds voor mogelijke medische interventies. De analogie is dus echt heel beperkt te noemen.

Terecht wijst collega Aarts tenslotte op de zeer vervelende betalingsregeling voor de patiënt en voor de specialist. Ter informatie voeg ik daar aan toe: en voor het ziekenfonds. Het is in dezen, zoals gesteld, inderdaad een gemiste kans om niet, ook in een contractloze periode, het betalingsverkeer buiten de patiënt om te laten verlopen.

Schiedam, juli 1987
M. van Scheepen, adviserend geneeskundige

Gezondheidsbevordering bij beperkte mogelijkheden

Training en onderzoek inzake zelfzorg

Reeds geruime tijd wordt de gezondheidszorg geconfronteerd met een golf aan bezuinigingen, terwijl anderzijds beleidsnota's meer of minder duidelijk de nadruk leggen op verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en, voorts op meer zorg voor ouderen en chronisch zieken door bejaarden en zieken zelf¹⁻³. Het concept 'zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg' duidt primair een visie aan⁴, realisering van eigen verantwoordelijkheid⁵, een uitdaging tot fundamentele verandering van rollen in de gezondheidsarena, concrete vormgeving aan 'health promotion' en ook nog een optie voor kostendaling. Ons dagelijks bestel is op toepassing van deze – toch altijd nog enige weerstand verwekkende – visie nauwelijks ingesteld, maar dat neemt niet weg dat iedereen er vroeg of laat mee te maken krijgt⁶. Dit gegeven leidde ertoe zelfzorgonderzoek tot een speerpunt aan te scherpen en op grond van vooronderzoek met steun van het Praeventiefonds, het ministerie van WVC, de provinciale en lokale overheid, voor de uitbouw van dit werk ruimte te scheppen.

BEGRIPSOMSCHRIJVING

Het in toenemende mate verantwoordelijkheid willen dragen voor de eigen gezondheid komt onder meer tot uitdrukking in de groei van het aantal patiëntenorganisaties en zelfhulpgroepen. Patiënten organiseren zich om zichzelf te helpen (*zelfhulp*) en lotgenoten behulpzaam te zijn (*wederzijdse hulp*). Door deze ontwikkeling is de professionele praktijk aan verandering onderhevig, en wel door differentiatie in het gebruikelijke zorgaanbod naar een zelfzorg-ondersteunende zorgverlening. De noodzaak tot kritische bezinning dringt zich eveneens op aan de ziektekostenverzekeraars, aan wie het niet kan ontgaan dat uitsluitend opnemen van curatieve richtingen in het voorzieningspakket voorbijgaat aan de betekenis van preventieve en positieve gezondheidszorg.

De term 'zelfzorg' wordt als koepelbegrip gebruikt voor alle handelingen van mensen, gericht op instandhouding, bevordering of herstel van de eigen gezondheid en die van lotgenoten. Wanneer in

Mw. M. Bremer Schulte,
W. van der Veen
en J. Branckaerts

Zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg kan een belangrijke voorwaarde zijn voor het veiligstellen en bevorderen van gezondheid. Voortgaand op die (eigen) bevinding, onderzoekt men thans in Maastricht zowel als in Leuven, onder nationale en internationale belangstelling, hoe 'health promotion' te promoten. Een bericht van Mw. M. Bremer Schulte, directeur WHO International Information Center on Self-Help and Health te Maastricht, W. van der Veen, dermatoloog in opleiding aan het Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit te Amsterdam, en J. Branckaerts, directeur WHO International Information Center on Self-Care Research te Leuven.

de professionele gezondheidszorg deze handelingen worden ondersteund, spreken we van 'zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg'. Eigen onderzoek in het begin van de jaren zeventig heeft aangetoond dat twee soorten deskundigheid dienen te worden onderscheiden en dat deskundigheid, gebaseerd op zelfervaren van de ziekte, naast professionele kennis en kunde, een te weinig benutte capaciteit is, met name bij chronische ziekte en handicap; maar dat geldt ook bij veroudering. Eveneens werd aangetoond dat het evenwichtig samengaan van *ervaringsinzicht* aangaande de eigen gezondheid en *professionele kennis* de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt. Evenwichtige samenwerking volgens deze formule houdt geen pleidooi in voor minder, maar voor meer professionaliteit⁷.

'HEALTH PROMOTION'

De WHO definieert 'health promotion' als: een voorwaardenscheppend proces,

opdat mensen eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid op zich kunnen nemen en in staat worden gesteld deze te verbeteren⁸. De Nota 2000 biedt een ruime opening voor innovatie van volksgezondheidsbeleid², waarin het daaropvolgend Ottawa Handvest voor Health Promotion een bedding vindt voor Nederlandse interpretatie⁹⁻¹¹. Aan concretisering van deze vooralsnog globale visie wordt momenteel door WHO/EURO naarstig vervolg gegeven door de voorbereiding van het WHO Samenwerkingscentrum 'Health Promotion and Coping with Chronic Disease'¹², voorts tijdens de recente conferenties 'Healthy Cities'¹³, alsmede 'Health Promotion and Chronic Disease' (waarover binnenkort nader in dit blad).

ZELFZORGTECHNOLOGIE

Het leren leven met een chronische aandoening is een opdracht, waarbij de getroffen behalve aan professionals in toenemende mate hulp vragen aan hun lotgenoten met dezelfde chronische beperking. Ze boeken daarbij aantoonbaar resultaten^{14 15}. Bevordering van zelfzorg is gebleken van betekenis te kunnen zijn voor verhoging van de levenskwaliteit en voor gezondheidsbevordering^{14 15}. Op het derde congres van de International Society for Technology Assessment in Health Care werd ten aanzien van de bepaling van het effect van zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg het concept 'zelfzorg-technologie' aangebracht onder de noemer 'gezondheidstechnologie'¹⁶.

TOEKOMST

Sedert 1974 zijn deze bevindingen nader uitgewerkt in het project Ziektebegeleiding van de Rijksuniversiteit Limburg. Vanaf 1978 loopt de samenwerking met de WHO/EURO Unit voor (Health Education, nu:) Health Promotion. Deze samenwerking startte met verzoeken om papers (onder meer Höhr Grenzhäuser I en II, Dubrovnik Inter-university Centre for post-graduate studies) en nota's (zoals 'WHO-Focal Point: Coping with Chronic Disease' 1985), voorts met de

formatie van het WHO-International Information Centre on Self-care Research en de voorbereiding van 'Health Promotion and Coping with Chronic Disease'; deze laatste ontwikkeling vloeit voort uit de Ottawa Charter for Health Promotion, die de 'enabling'- en 'mediating'-functie aanduidt van de toepassing van gezondheidsbevordering als bestanddeel van gezondheids- en welzijnszorg.

Tegen de achtergrond van deze ontwikkeling werd in 1986 in Maastricht het *Instituut voor Onderzoek Zelfzorg* (IOZ) opgericht. Dit instituut beoogt ontwikkeling van en vormgeving aan zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg. Het onderzoek beoogt de uitwerking van theoretische en praktische aspecten van zelfzorg. Bevordering van zelfzorg, als wezenlijk bestanddeel van gezondheidsbevordering ('health promotion'), berust inmiddels op twee *postulaten*, te weten:

- dat zelfzorg een zaak is van sociale en politieke betekenis,
- dat zelfzorg gezondheidsbevorderend werkt.

Het Instituut voor Onderzoek Zelfzorg stelt zich ten *doel*:

- wetenschappelijk onderzoek te verrichten op het gebied van zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg;
- methoden te ontwikkelen en in te voeren in de praktijk;
- evenwichtige samenwerking te bevorderen tussen professionele hulpverleners, patiënten en patiëntenorganisaties ten aanzien van zelfzorg;
- voorwaarden te scheppen voor het in praktijk brengen van zelfzorg, met inbegrip van wederzijdse hulp; en
- een netwerk tot stand te brengen van soortgelijke initiatieven en activiteiten op internationaal niveau.

Om dit alles te bereiken werkt het IOZ aan:

- invoering van onderwijs en onderzoek op het onderhavige terrein in opleidingen;
- ontwikkeling van faciliteiten voor 'clearing houses on self-care activating support';
- trainingsprotocollen, workshops en cursussen voor professionele hulpverleners en patiënten(organisaties) over zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg en wederzijdse hulp door en voor lotgenoten;
- informatie aan burgers en overheid over mogelijkheden en beperkingen van zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg;

- werving van fondsen ter ondersteuning van zelfzorgprojecten;
- stimulering van publikaties over zelfzorg;
- het uitvoeren van economische evaluaties ter berekening van de kosten-effectiviteit van verschillende werkwijzen van zelfzorg en zelfzorg-ondersteunende zorgverlening;
- het opzetten van een bibliotheek en documentatiecentrum betreffende zelfzorg en 'health promotion', bestemd voor patiënten en professionals.

Het instituut voert momenteel een aantal projecten uit, onder meer betreffende:

- groepstraining gericht op vaardigheid voor zelfzorg-ondersteunende gezondheidszorg en het evalueren van deze cursussen;
- groepstraining in de duoformule voor de behandeling van psoriasis (DFGP) en evaluatie van de behandeling van psoriasispatiënten met deze en met andere chronische huidziekten;
- reïntegratie met duo's, evaluatie van de behandeling van patiënten die een hartoperatie hebben ondergaan of een hartinfarct hebben gehad;
- 'clearing-houses' voor zelfzorg- en zelfhulpactiviteiten;
- kosten-effectiviteitsberekeningen ten behoeve van reallocatie van middelen;
- gezondheidsjournaals en evaluatie van het gebruik van gezondheidsjournaals als hulpmiddel bij bevordering van de gezondheid.

Reeds geruime tijd bestaat er een vruchtbare en intensieve samenwerking met het WHO-International Centre on Selfhelp and Health, aan de Katholieke Universiteit Leuven. Daarnaast is een aantal externe samenwerkingsprojecten in uitvoering of in voorbereiding. Waar het Instituut voor Onderzoek Zelfzorg door de Wereldgezondheidsorganisatie als internationaal informatiecentrum voor zelfzorg(activiteiten) is aangemerkt, worden in het instituut internationale workshops inclusief vergelijkend onderzoek voorbereid.

Voorts wordt in opdracht van het ministerie voor WVC gewerkt aan een onderzoek naar het zorgvermogen van de burger en haar of zijn samenlevingsverbanden, een driejarig project, gericht op de verdere ontwikkeling van hulpverlening aan chronische patiënten die de zelfzorg ondersteunen, waarmee uitvoering wordt gegeven van de Tweede Kamer-motie 18.180 nr. 15.

Bij de uitvoering van het onderzoeksprogramma wordt samengewerkt met medewerkers van Yale University, afdeling Epidemiologie/Maatschappelijke Gezondheidszorg en met het Psoriasis Research Instituut van Stanford University, USA. □

Met dank aan Ad de Jong voor kritisch commentaar en aan Henny van de Kragt voor administratieve ondersteuning.

Literatuur

1. Gezondheidszorg bij beperkte middelen; KNMG-commissie rapporteert. *Medisch Contact* 1986; 41: 357-74.
2. Ministerie van WVC. Nota 2000. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985/1986, 19500, 1-2. Den Haag, 1985/1986.
3. Bereidheid tot verandering. Rapport Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. 1987.
4. Geelen K. Zelfhulp onder de loep. Tilburg: IVA, 1987.
5. Geelen K, Lafaille R, Tilborghs D, Wegman M. Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg Tilburg: IVG, 1981.
6. Brancaerts J. Birth of the movement. In: Pantcoast D, Parker G, Froland C. Rediscovery Selfhelp. Beverly Hills: Sage, 1983.
7. Es JC van. Verantwoordelijk. *Medisch Contact* 1987; 42: 711.
8. WHO/EURO. Health Promotion; a discussion document on the concept and principles. *J Health Promotion* 1986; 1: 73-7.
9. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO, 1986.
10. Saan H. Conferentie als toetssteen. *Dienblad* 1987; 1: 16.
11. Leeuwen E. van. Health Promotion: een integrale beleidsvisie op gezondheid. GVO/Preventie 1987; 8: 18-27.
12. WHO/EURO. Regional strategy for attaining health for all by the year 2000. EUR/RC 30/8 Rev 2, 04250, 1982.
13. Kickbusch I. Opening-address European Congress on Healthy Cities. Düsseldorf 14-18 June, 1987.
14. Borne H, Pruyn J. Lotgenotencontact bij kankerpatiënten. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1985.
15. Bremer Schulte M. Zelfzorg een voorwaarde tot het veiligstellen van gezondheid. *Medisch Contact* 1984; 49: 1572-5.
16. Bremer Schulte M, Jong A de. Assessing self-care technology: research on effectiveness of self-care activating support. Paper presented at the 3. International Symposium on Technology Assessment in Health Care. Rotterdam EUR 21-22 mei 1987. (Samenvatting op aanvraag beschikbaar bij het Instituut voor Onderzoek Zelfzorg (IOZ), Boschstraat 45, 6211 AT Maastricht.)

Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg

Slot: Ervaringen in de regio Schiedam

In een voorafgaand artikel is verslag gedaan van een literatuurstudie over de opvang in de Nederlandse gezondheidszorg van migranten uit Turkije en Marokko¹. Hieruit blijkt onder meer dat door de taal- en cultuurverschillen het voor een Nederlandse arts heel moeilijk is de klachten van migranten goed te begrijpen. Dit zou ertoe leiden dat migranten relatief veel medicijnen krijgen voorgeschreven en dat zij meer en sneller worden doorverwezen. Deze patiënten dringen hier ook vaak op aan: ziek-zijn zou in hun ogen een rechtvaardiging vormen voor bijvoorbeeld een disfunctioneren in gezin of werkloosheid dat anders op ernstige wijze hun sociale status en persoonlijke eer zou aantasten.

In de literatuur wordt voortdurend een gebrekkige communicatie aan de orde gesteld, zowel met de migranten als tussen de verschillende echelons en specialisten waarmee de patiënt achtereenvolgens te maken kan krijgen. De losse gegevens uit de literatuur zijn door ons geordend in een meer theoretisch model over het ontstaan van knelpunten in de communicatie tussen arts en patiënt (zie foto).

In dit artikel willen we ons op de literatuur gebaseerde communicatiemodel toetsen, en wel aan de ervaringen van artsen en patiënten in de regio Schiedam. Het desbetreffende onderzoek was samen met de literatuurstudie onderdeel van een studieproject, opgezet in overleg met en met ondersteuning van het Schiedam Ziekenhuis, inzake de opvang van migranten in deze regio; over dit studieproject is inmiddels rapport uitgebracht².

Dergelijk onderzoek op lokaal niveau wordt gerechtvaardigd door het grote aandeel van migranten in de populatie. In 1986 telde Schiedam bijvoorbeeld bijna 3.000 Turken en 500 Marokkanen: 5,3% van de bevolking. Hun aandeel in de opnames in het Schiedam Ziekenhuis ligt lager: 4,3%, mogelijk vanwege een nog jongere leeftijdsopbouw. Jaarlijks maken toch nog altijd bijna 10.000 migranten gebruik van de diensten van dit ziekenhuis.

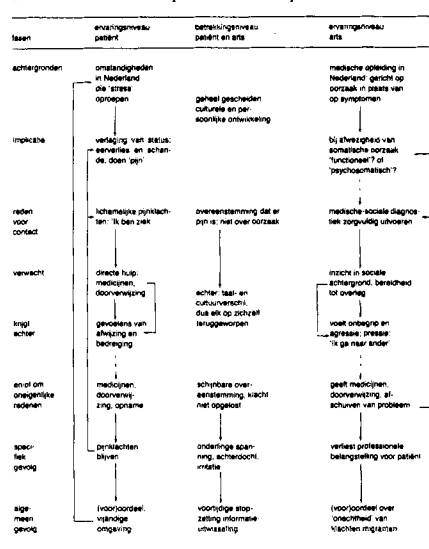
Drs. Roger Naudin
Dr. Luuk Stegmann
en Prof. Dr. Han Bonarius

Waar het bij de communicatie tussen arts en mediterrane patiënt precies aan schort hebben Drs. Roger Naudin (Basisgezondheidsdienst Heerlen), Drs. Luuk Stegmann (Schiedam Ziekenhuis Schiedam) en Prof. Dr. Han Bonarius, psycholoog te Leersum, aan de hand van de literatuur in schema gebracht (zie Medisch Contact van de vorige week). In dit tweede artikel toetsen zij hun model aan de ervaringen van buitenlandse hulpverleners in één ziekenhuis. Ook wordt gezien hoe specifiek voor migranten de problemen zijn. Conclusie van de onderzoekers: aan categorale voorzieningen voor allochtone patiënten bestaat geen behoefte, aan persoonlijke vaardigheid en bereidwilligheid tot open communicatie bij behandelend artsen wel.

Omdat de literatuurstudie al had geleid tot een inzicht in de algemene factoren, is in het onderzoek naar de ervaringen van de migranten en artsen in de regio Schiedam geprobeerd de nadruk te leggen op de 'inhoud' en de 'diepgang'. Hiertoe zijn vraaggesprekken gevoerd met patiënten en met medewerkers van het Schiedam Ziekenhuis. De ervaringen met een der allochtone patiënten (patiënt A) worden in dit artikel uitvoerig behandeld en aangevuld met ervaringen met andere migranten.

De les die uit deze ziektegeschiedenis kan worden getrokken, wordt geplaatst binnen het theoretische communicatiemodel. Om na te gaan of de gevonden inzichten ook van belang zijn voor de opvang en behandeling van andere patiënten dan migranten zijn ook ervaringen van een autochtone patiënt (patiënt B) geanalyseerd.

Schema. Communicatieprocessen tussen patiënt en arts.



COMMUNICATIESTOORNISSEN

Patiënt A is in 1987, ten tijde van de vraaggesprekken, 25 jaar oud, getrouwd en vader van drie kinderen. Hij heeft dan al een lange gang langs de verschillende schakels van de gezondheidszorg achter de rug. In 1972 is hij uit Turkije overgekomen in het kader van de gezinshereniging. In Nederland heeft hij nog twee jaar lagere school gevolgd en heeft hij de LTS bezocht, maar niet afgemaakt. Met 16 jaar begon hij te werken bij een aannemersbedrijf. In 1982 moest hij zijn militaire dienstplicht in Turkije vervullen. Omdat hij inmiddels was getrouwd, besloot hij zijn dienstplicht voor een groot gedeelte af te kopen, waarna hij slechts twee maanden hoefde op te komen. Tot op dat moment stond A in zijn naaste omgeving bekend als een levenslustige jongeman.

Na zijn terugkeer uit militaire dienst begon A last te krijgen van zware hoofdpijnen. In het regiment waaronder hij ressorteerde was meningitis uitgebroken. A was doodsbenuwd dat hij deze ziekte ook had. Voor zijn hoofdpijnklachten kreeg hij van de huisarts medicijnen. Zijn klachten verergerden echter en werden omvangrijker: behalve van hoofdpijn kreeg hij ook last van angstaanvallen en huilbuien. Hij verloor het vertrouwen in de voorgeschreven medicijnen. Na consultatie van een andere arts werd hij doorverwezen naar het ziekenhuis, afdeling Neurologie, waar hij na aandringen van zijn kant voor nadere observatie werd opgenomen. De neuroloog kon geen somatische oorzaak vinden voor de ziekteverschijnselen, hetgeen de patiënt diep teleurstelde. Na afloop van zijn opname volg-

de een verwijzing naar de psychiater. A wist echter totaal niet wat diens specialisme inhield. Toen hij achteraf hoorde dat het om een 'gekkendokter' ging, dacht hij dat de artsen hem als gek beschouwden. Hij voelde zich onzeker en meende dat zijn onbekende ziekte onbehandelbaar was.

A's vader stelde toen voor de behandeling in Turkije voort te zetten (zie ook Van Es³.) In Ankara bezocht hij een neuroloog, die hem na lichamelijk onderzoek adviseerde contact op te nemen met een psychiater. A reageerde teleurgesteld, omdat hij verwachtte een operatie te krijgen waarmee zijn ziekte zou worden uitgesneden. De psychiater concludeerde dat hij aan depressies leed, een medische term die A volslagen onbekend was. Na raadpleging van een tweede Turkse psychiater voelde A zich bevestigd in zijn ziek-zijn: hij leed aan depressies. Zijn behoefte om behandeld te worden werd opnieuw heel dringend.

Na terugkeer in Nederland nam hij weer contact op met de Nederlandse psychiater. Sedertdien, vanaf mei 1983, is hij driemaal op de psychiatrische afdeling van het Schieland Ziekenhuis opgenomen geweest. Tussentijds is hij nog drie maanden naar Turkije geweest, wat hem slechts tijdelijk deed opknappen. Toen verdere behandeling door de Nederlandse psychiater weinig opleverde, volgde doorverwijzing naar een maatschappelijk werkster. Haar behandelingswijze, gebaseerd op een confrontatie van A met zijn familieleden, leidde tot verkillen van zijn relatie met zijn naasten; deze therapie werd daarom afgebroken. Op het moment loopt A al vier jaar in de Ziektewet; hij maakt een lusteloze indruk.

Al bij een eerste kennisname van de ziektegeschiedenis van A valt op hoe hij in het tijdsbestek van ongeveer een jaar een groot aantal personen en instanties in de gezondheidszorg is gepasseerd, zonder dat dit heeft geleid tot een bruikbare diagnose, laat staan tot genezing. Achtereenvolgens bezocht hij in Nederland zijn huisarts, een consulterend arts, de neuroloog (die onder druk werd gezet om hem op te nemen) en de (vrouwelijke) psychiater van het ziekenhuis, in Turkije een neuroloog en twee psychiaters, wederom de psychiater in Nederland (met drie opnames) en een maatschappelijk werkster. In het interview gaf de huisarts aan dat migranten graag naar de specialist willen worden doorverwezen, hetgeen – onder pressie – ook gebeurde. De psychiater voegt aan deze observatie toe dat het dwingende en eigengereide gedrag van A haar irriteerde.

Een en ander bevestigt de negatieve kringloop aan de kant van 'de artsen' in het communicatiemodel. Overigens zijn er in de interviews bij hen geen vooroordelen vastgesteld, althans niet in de gebruikelijke 'discriminerende' betekenis.

Wat in de gesprekken met de verschillende artsen wel telkens als algemeen thema, vooroordeel zo men wil, naar voren komt is de neiging van A om te 'somatiseren'. Dit ervaren deze artsen ook vaak in hun behandeling van andere allochtonen. In deze mening herkennen wij de bereidheid in de Nederlandse geneeskunde om, indien er geen directe lichamelijke oorzaken worden gevonden, rekening te houden met functionele stoornissen en psychosomatische verklaringen. Over de gehele linie van het ondervraagde medische personeel werd geconstateerd dat buitenlanders geneigd zijn sneller naar medicijnen te vragen. Bij A bleek een bespreking van eventuele psychische oorzaken niet mogelijk. Van de kant van de hulpverlener gezien wordt dit heel beeldend verwoord door A's huisarts: in het algemeen verwacht een arts opluchting wanneer na zorgvuldig lichamelijk onderzoek wordt vastgesteld dat de patiënt lichamelijk niets mankeert; blijft de patiënt klagen, dan kan hij op den duur als zeurderig en irritant overkomen.

De patiënt wordt echter door een dergelijke interpretatie pijnlijk getroffen. A reageerde op twee manieren: persistentie in de klachten en krampachtig op zoek naar lichamelijke behandeling. De mededeling: 'Er is niets te vinden' doet hem niet aan zijn ziek-zijn twifelen, maar aan zijn huisarts! Het betekent immers een teruggang in zijn status als patiënt. Dit is in het communicatiemodel aangegeven bij de gevoelens van afwijzing in de ervaring van de patiënt en het daaruit voortvloeiende ervaren verlies van eer en de persistentie van pijn.

A en zijn hulpverleners zitten gevangen in een neerwaartse spiraal.

De hier geschetste processen bij A en de hem behandelend artsen worden in niet geringe mate versterkt door de ervaren taal- en cultuurverschillen, waardoor het voor elk der beide 'partijen' moeilijk is zich voor de ander duidelijk uit te drukken. Zo merkte A op dat hij in Turkije veel beter het bij de ziekte passende gevoel kon overbrengen, omdat hij in zijn landstaal sprak. De neuroloog ervoer de taalfactor als voornaamste knelpunt in het bespreekbaar maken van klachten. De huisarts stelde dat door de taalbarrière de verkregen informatie onvolledig was, waardoor het moeilijk was bij A een juiste diagnose te stellen; niet alleen was hij hierdoor eerder overgegaan tot het lichamelijk onderzoek, maar ook tot het voorschrijven van medicijnen. De aard van zo'n eerste contact bevordert dan

natuurlijk bij de patiënt een fixatie op het somatische.

Het somatiseren bij deze patiëntengroep wordt in de vraaggesprekken echter ook teruggevoerd op een cultureel verschil in pijn- en ziektebeleving. De sterke gerichtheid op een organische oorzaak levert de mediterrane patiënt in Nederland een rechtvaardiging voor zijn ziekte en daarmee een sociaal acceptabele legitimatie dat hij tijdelijk zijn rol niet vervullen kan. In het verlengde hiervan ligt de opmerking van een specialist dat de patiënt een tastbaar bewijs van zijn ziekte wil hebben. Dit wordt bevestigd door A's teleurstelling in Turkije, waar hij een operatie had verwacht waarmee 'zijn ziekte zou worden uitgesneden'. De afstand tussen de denkwerelden wordt goed weergegeven door een huisarts van een andere patiënt: 'De moeilijkheid die wij ervaren is alleen dat zij geen verband zien tussen persoonlijke problemen en lichamelijke klachten, terwijl wij dit verband wel willen zien'. Het is begrijpelijk dat een dergelijk cultureel verschil in de interactie tussen beide partijen tot een combinatie van afstandelijkheid en ambiguïteit leidt, hetgeen samen met de vermelde taalbarrière het opbouwen en in stand houden van een vertrouwensrelatie belemmert.

Uit de verslagen van de ondervraagden blijkt dat bij beide partijen wel het besef bestaat van verschillen in denken en gedrag, maar dat die verschillen geen onderwerp van het gesprek zijn. Er is sprake van een zekere berusting in de aanwezige verschillen. Wellicht wordt die berusting opgeroepen door de taalbarrière. Tegenover de ondervrager verklaarde de psychiater dat zij pas achteraf begreep dat de dwingende houding van A ook uit de strakke, cultureel bepaalde man-vrouwverhouding bij migranten kon worden verklaard. Er is nauwelijks uitwisseling van informatie over zaken die voor elke partij afzonderlijk vanzelfsprekend zijn. Pas in Turkije werd A uitgelegd wat een depressie is en dat depressies niet dodelijk zijn. Opvallend is ook de onbekendheid van A met het specialisme psychiatrie, getuige zijn schrik toen hij hoorde dat hij bij een 'gekkendokter' was geweest. Van de kant van de Nederlandse artsen wordt hij enkele malen gewezen op hun ergernis als de patiënt van arts wisselt: een gewone zaak in Turkije. De maatschappelijk werkster, die A als laatste in behandeling had gehad, erkende dat zij door gebrek aan inzicht in de cultureel bepaalde familieverhoudingen een aantal gebeurtenissen tijdens de be-

handeling verkeerd had geïnterpreteerd: A ervoer de confrontatie met de gezinsleden als bedreigend voor zijn rol binnen de familie en dus voor zijn eer en status. Uit de gesprekken met de diverse hulpverleners die bij de behandelingsronde van A waren betrokken, valt op dat er wel degelijk een behoefte was aan aanvullende informatie, maar dat men eigenlijk niet goed wist hoe men daar van gebruik zou kunnen maken bij individuele patiënten. Het aanbod van informatie over de culturele achtergronden is omvangrijk genoeg, maar verspreid. Het speciale voorlichtingsmateriaal, ontwikkeld door het ministerie van Sociale Zaken, wordt nauwelijks gebruikt. De aangeboden kennis wordt door een huisarts met 'los zand' vergeleken. Uit de reacties van de ondervraagden kan ook worden opgemaakt dat er in het algemeen te weinig sprake is van informatie-uitwisseling tussen de verschillende schakels van het hulpverleningscircuit. De huisarts noemde in dit verband expliciet het gebrek aan terugkoppeling van het RIAGG. In het algemeen leidde, ook in het geval van A, de gebrekkige samenwerking en informatie-uitwisseling tot een versnippering van kennis. Juist bij deze moeilijke patiëntengroep belemmert dit een optimale behandeling.

SPECIFIEK VOOR MIGRANTEN?

Uit de zojuist gerapporteerde bevindingen komt duidelijk naar voren hoe met het op literatuurstudie gebaseerde communicatiemodel de knelpunten in het contact tussen patiënt A en zijn artsen, en ook die tussen artsen en migranten in de regio Schiedam in het algemeen, in kaart kunnen worden gebracht. Uit de serie gesprekken komt nog als extra perspectief naar voren de invloed van gebreken in de onderlinge communicatie van medewerkers die op verschillende plaatsen in het stelsel der gezondheidszorg met dezelfde patiënt te maken krijgen. Op deze 'systeemfactor' komen we terug in de afsluitende beschouwingen en aanbevelingen. Thans is de vraag aan de orde in hoeverre de in het model gespecificeerde processen in het bijzonder de communicatie tussen arts en migrant kenmerken. Deze vraag is belangrijk, omdat bij een bevestigend antwoord de oplossing van de problematiek zou moeten worden gezocht in categorale voorzieningen: voorzieningen uitsluitend ten behoeve van migranten en hun gezinnen. Indien echter de communicatiestoornissen met migranten slechts een bijzonder

geval zijn van de communicatiestoornissen tussen arts en patiënt in het algemeen, dienen richtlijnen en oplossingen ten dienste te komen aan alle patiënten. Om die reden is besloten ook de ziektegeschiedenis van een autochtone patiënt met psychosomatische klachten te analyseren op dezelfde wijze als bij A, dus gebaseerd op vraaggesprekken met de patiënt en met de behandelende artsen.

De ondervraagde patiënte B is een werkende getrouwde vrouw van 31 jaar. Zij kreeg zo'n twee jaar geleden na de dood van haar broer voor het eerst last van spanningen en huilbuien. De huisarts schreef haar medicijnen en rust voor. Toen echter medicijnen op den duur niet hielpen, volgde een verwijzing naar de neuroloog. Somatisch onderzoek leverde geen duidelijke oorzaak op. Er volgde een doorverwijzing naar de internist, die met veel voorbehoud als diagnose de mogelijke aanwezigheid van een bloedprop stelde. Er volgden twee opnames voor nader onderzoek, waarbij men geen afwijkingen kon constateren. B reageerde hierop geschokt: de uitslag betekende dat haar niets mankeerde, terwijl zij zich toch zo doodziek voelde. Zij kreeg te horen dat haar klachten mogelijk van psychische aard waren. Na ontslag uit het ziekenhuis begonnen de klachten erger te worden: behalve aan zware hoofdpijn begon zij ook te lijden aan chronische slapeloosheid. Zij nam contact op met haar huisarts, die haar weer medicijnen gaf, die maar tijdelijk effect sorteerden. Zij voelde wel aan dat dit toch niet de oplossing was en begon te vragen om een verwijzing naar een psychiater. Na lang aandringen werd zij uiteindelijk doorverwezen. Twee weken na haar eerste contact met de psychiater werd zij zwaar depressief, waarbij al haar klachten in verhevigde mate terugkeerden. Zij werd acuut opgenomen op de afdeling Psychiatrie. Tijdens haar verblijf daar kreeg zij voor het eerst gesprekstherapie; deze werd uitgevoerd door een maatschappelijk werker.

Net als bij A wordt de ziektegeschiedenis van B ook gekenmerkt door een rondgang in de medische gezondheidszorg zonder dat er een duidelijke somatische oorzaak voor haar klachten kan worden vastgesteld. De patiënte is op deze overeenstemming uitgekozen. Men make dus niet de vergissing de ervaringen van patiënte B (en ook A) als kenmerkend voor de ervaringen van de gehele patiëntenpopulatie aan te merken. Wel informatief is de overeenstemming tussen A en B in het zich op een lichamelijke oorzaak van de klachten fixeren. Wellicht is deze neiging tot somatiseren ingezet nadat (of: omdat?) zij in het eerste contact met de huisarts medicijnen voorgeschreven kregen. Net als A reageerde ook B geschokt toen ook na herhaalde opname geen or-

ganische oorzaak was vastgesteld: 'Toen ik thuiskwam kreeg ik last van zware hoofdpijnen en slapeloosheid'. Ofschoon er in de behandeling van B natuurlijk niet de cultuur- en taalverschillen zijn geweest die de contacten met migranten kenmerken, is het niet overdreven te stellen dat er wel een spraakverwarring was tussen patiënte en dokter. Schematisch samengevat: de patiënte komt met vage klachten (huilbuien) bij de huisarts en vraagt: 'Wat mankeert mij?' In plaats van hier diepgaand aandacht aan te besteden, zegt de dokter: 'Het doet er niet zo toe wat u mankeert; het gaat om de pijn en de ongerustheid en die kan ik verzachten'. Gezien de deskundigheid, die aan de arts wordt toegeschreven kan de patiënte niet anders dan de medicijnen accepteren. Zij helpen echter niet afdoende. Het misverstand dat tussen B en haar arts is gegroeid, wordt vervolgens door een schijnbare overeenstemming onzichtbaar gemaakt: als de gewone medicijnen niet helpen, dan moet haar lichamelijk wel iets heel bijzonders mankeren. De doorverwijzing naar de specialist is de bekrachtiging van die overeenstemming. Net als bij A leidt de op de schijnbare overeenstemming gebaseerde behandeling echter niet - 'natuurlijk niet', mag men zeggen - tot het beoogde resultaat.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Gesteld mag worden dat de aard van de communicatieproblematiek met migranten veel gelijkenis vertoont met die met autochtone patiënten (zie ook Van Es⁴). Natuurlijk zijn er de taalverschillen, maar indien andere dan eenduidig somatische oorzaken (mede) een rol spelen in de veroorzaking van de lichamelijke klacht en zeker wanneer die andere problemen alleen middels klachten over het lichamelijk functioneren tot uiting worden gebracht, wordt de communicatie tussen patiënt en arts altijd op de proef gesteld. Dit komt, heel eenvoudig, omdat voor dit soort problemen geen eenduidige oplossing beschikbaar is. Er is veel ruimte, zowel aan de kant van de patiënt als aan die van de arts, om eigen zienswijzen en verklaringen te ontwikkelen en zelfs te cultiveren. Als die interpretaties in het contact met de arts niet op elkaar worden afgestemd, ontstaan er stoornissen in de voortgang van de communicatie. Dit is hierboven zichtbaar geworden, zowel bij patiënt A als bij patiënte B. Bij beiden leidde dit tot een rondgang in het medische circuit, bij beiden tot ondoel-

matig en veelvuldig medicijngebruik en bij beiden tot een verbreking van de (vertrouwens)relaties met de huisarts en de specialisten. Een dergelijke breuk heeft door de taal- en cultuurverschillen bij A verschillende keren en op scherpere wijze plaatsgevonden. Niettemin is de overeenstemming sprekend genoeg om ons in de formulering van aanbevelingen in dit artikel niet zo exclusief als in ons eerste artikel te richten op de opvang van migranten.

Leidraad bij de formulering van de aanbevelingen is het in dit onderzoek ontwikkelde en getoetste theoretische model van de knelpunten in de communicatie tussen arts en patiënt. Aangrijpingspunt vormt het eerste contact waarin de (allochtone) patiënt zich met – al of niet vage – pijnklachten tot de huisarts wendt. Wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de oordeelsvorming van zowel leken als beroepskrachten heeft overduidelijk aangetoond dat eerste indrukken in verhouding tot later binnenkomende informatie zeer sterk bekliven en daardoor die latere informatie kunnen kleuren en vervormen: het zogeheten 'primacy effect' (zie bijvoorbeeld Nisbett en Ross⁵). Voorkomen moet worden dat in dat eerste begin op basis van onvolledige informatie ten onrechte een somatische behandeling wordt begonnen, die in latere fasen de basis vormt voor de schijnbare overeenstemming dat de patiënt alleen maar langs farmaceutische of operationele weg van zijn klachten af kan komen.

Voor dat eerste contact moet daarom voldoende tijd beschikbaar zijn, zodat de arts zich niet alleen goed op de hoogte kan stellen van de klachten, maar (volgens de suggestie uit de literatuur) ook van de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Is die tijd bij de eerste melding niet beschikbaar, dan dient op zeer korte termijn, 's avonds nog bijvoorbeeld, en op initiatief van de arts, het gesprek te worden voortgezet, eventueel in het bijzijn van een tolk. Alles dient erop te zijn gericht in die eerste fase een vertrouwensrelatie te scheppen, waarbinnen misverstanden kunnen worden voorkomen of hersteld. Daarbij moet ook worden voorkomen dat de patiënt zich niet geholpen voelt. Dit zou kunnen gebeuren als de arts zou meedelen dat de klachten 'aan de omstandigheden liggen', 'vanzelf overgaan', 'psychogeen zijn', enz. Aan de door de patiënt verwachte directe hulp kan ook zonder voortijdige medische ingrepen en beslissingen worden tegemoet gekomen door in de beginfase de

frequentie van contacten op te voeren. Dat schept tevens de ruimte om alleen op basis van deskundigheid te besluiten in hoeverre een puur somatische aanpak volstaat of dat psychosociale steun geboden is.

In beide gevallen kan doorverwijzing noodzakelijk zijn. Bij de allochtone patiënten verdient het echter ernstige overweging de doorverwijzing niet te doen plaatsvinden door middel van het gebruikelijke verwijsbriefje, maar in een door de arts gearrangeerd gemeenschappelijk gesprek tussen de patiënt, diens arts en de specialist. Hoewel dit op het eerste gezicht wederom een kostbare aanslag op de tijd der betrokkenen lijkt te doen, betaalt een dergelijke aanpak van de professionele communicatie zich snel terug: de specialist hoeft niet opnieuw alle taal- en cultuurproblemen te overwinnen. De kans op misverstanden met de patiënt wordt hierdoor belangrijk verkleind, terwijl bovendien de meermalen gesignaleerde communicatiestoornissen tussen hulpverleners onderling tot een minimum worden teruggebracht. Om dezelfde redenen wordt aanbevolen eventuele verdere door- (of terug)verwijzingen in de vorm van een gesprek in aanwezigheid van de huisarts te doen plaatsvinden.

In deze visie krijgt de *huisarts de centrale rol* in de hulpverlening: hij wordt de coördinator van de per patiënt wisselende groep van specialisten die zich, gelijktijdig of achtereenvolgens, met de genezing van de patiënt bezighoudt; de huisarts is als het ware de 'medische manager' van zo'n team. In deze visie betekent doorverwijzing van de patiënt niet meer het afstaan van de verantwoordelijkheid, laat staan 'het afschuiven van een probleem'. Natuurlijk stelt dit hoge eisen aan de praktijkvoering van de huisarts en aan de flexibiliteit van de specialisten. Naast hun medische deskundigheid moeten zij ook de organisatorische en communicatieve vaardigheden ontwikkelen die nu eenmaal in zo'n team onontbeerlijk zijn. Het is in menig verband al gezegd: de individualistische uitoefening van de geneeskunde moet worden ingebed in een *hulpverleningsnetwerk*. Naar de kant van de patiënt betekent dit dat de leidende rol van de huisarts zichtbaar wordt, zijn 'autoriteit' zo men wil in de behandeling van ernstige klachten. Dit gezag vloeit voort uit zijn centrale positie. Het sluit tevens aan op de meermalen genoemde cultureel bepaalde behoefte aan autoriteit bij de (allochtone) patiënt.

De hier geformuleerde adviezen zijn enerzijds bescheiden: er wordt niet gevraagd om een nieuw specialisme, noch om categorale voorzieningen voor allochtone patiënten. Naar onze mening zouden dergelijke ontwikkelingen de al aanwezige verbodskeling binnen de gezondheidszorg doen toenemen en de kans op communicatiestoornissen verhogen. Anderzijds worden hoge eisen gesteld aan de persoonlijke vaardigheid en bereidwilligheid van de arts tot open communicatie. Wil de individuele (huis)arts hieraan voldoen, dan wordt hij eigenlijk geplaatst voor een heroverweging van de prioriteiten in zijn praktijkvoering. Deze adviezen bevatten in feite dus ook belangrijke eisen aan de organisatie van de gezondheidszorg. Zoals een van ons op een geheel ander maatschappelijk terrein heeft kunnen aantonen⁶, kunnen ze echter goed op kleine schaal worden uitgetoetst, indien bij de betrokken beroepsbeoefenaren de wens tot verandering aanwezig is. □

Literatuur

1. Naudin R, Stegmann L, Bonarius H. Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg; 1: De literatuur. Medisch Contact 1987; 42:1019-22.
2. Naudin R, Stegmann L, Bonarius H. Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg; ervaringen van migranten en artsen in de regio Schiedam. Rapport uitgebracht aan het Schiedam ziekenhuis. Schiedam, 1987.
3. Es A van. Gezondheidszorg in Turkije; verslag van een studiereis. Hilversum: Stichting Buitenlandse Werknemers, 1986.
4. Es JC van. Multiraciale gezondheidszorg. Medisch Contact 1982; 37: 1183.
5. Nisbett R, Ross L. Human inference: strategies and shortcomings of social judgment. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1980.
6. Bonarius H. Slachtofferhulp: een Utrechtse benadering van politietraining. De Psycholoog 1985; 20: 555-60/Algemeen Politieblad 1985, nr. 23.

Het radiodiagnostisch onderzoek

*In der Beschränkung zeigt
sich erst der Meister*

Goethe (1802)

In de huidige tijd van schaarste aan mid- delen is de betaalbaarheid van de ge- zondheidszorg een actueel probleem. De politici lijken zich daarbij vooral zorgen te maken om de financiële kant van de zaak; de kwaliteit van de zorg lijkt hun soms een zorg te zijn. Vele medici maken zich echter juist meer zorgen om de kwa- liteit van de zorg. Prof. Dr. J. C. van Es drukte het in een hoofdredactioneel arti- kel aldus uit: 'Maar al te vaak wordt gesproken over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg, terwijl als uitgangspunt de kwaliteit zou dienen te worden genomen'¹.

BEHEERST GEDRAG

Wij zullen ons, gelet op de voortdurende signalen die ons vanuit de politiek berei- ken, erop moeten beraden of het moge- lijk is dezelfde goede zorg te bieden voor minder geld. Op een symposium sprak verzekeringsgeneeskundige Dr. D. Post zelfs als zijn mening uit dat 'beheerst gedrag van dokters en patiënten tot ge- volg zal hebben dat de budgetten, globaal gezien, toereikend zijn'². Hij zei liever te spreken over *volume*beheersing dan over *budget*beheersing. Persoonlijk ben ik er niet direct van overtuigd dat een 'be- heerst gedrag' er altijd toe zal leiden dat het budget toereikend zal zijn. Wij zullen echter toch ons best moeten doen om met de beperkte middelen toe te komen; er zullen prioriteiten moeten worden ge- steld.

TWEE PRAKTIJKVOORBEELDEN

In ons ziekenhuis hebben wij, na rugge- spraak met de klinici, de regel ingevoerd dat bijzonder kostbare of ingrijpende ra- diodiagnostische onderzoeken, zoals een planigrafie, een angiografie, een per- cutane transhepatische cholangiografie of een endoscopische retrograde cholan- giopancreaticografie en een computerto- mografisch (CT-)onderzoek, eerst na overleg met de radiodiagnost zullen wor- den aangevraagd en uitgevoerd. Dank zij dit overleg hebben wij, om een voorbeeld te noemen, het aantal plani- grammen van longafwijkingen aanmer- kelijk kunnen terugbrengen. Daarvoor in

Dr. G. H. Ritsema

In het streven het krimpend budget zo lang mogelijk toereikend te laten blijven voor een kwalitatief goede gezondheidszorg kan de radiodia- gnost een belangrijke rol spelen. De- ze zou meer moeten worden betrok- ken in het meedenken over het uit- voeren van bijzonder kostbare radio- diagnostische onderzoeken en ook wat meer 'nee' moeten kunnen ver- kopen, zowel aan collegae als aan patiënten. Dr. Ger H. Ritsema, ra- diodiagnost in het Zuiderziekenhuis te Rotterdam, geeft twee praktijk- voorbeelden.

de plaats gaan wij nu veel eerder over tot het doen van een punctie van de desbe- treffende afwijking onder doorlichting. Hierdoor krijgen wij in een hoog percen- tage van de gevallen een cytologische diagnose in handen. Hoewel de patholo- gisch-anatomische diagnose de absolute gouden standaard is, is ook de cytologi- sche uitspraak vaak zeer betrouwbaar gebleken.

Het voordeel hiervan is dat de chirurg zijn operatieplan optimaal kan opstellen. Slechts wanneer er op de overzichtsop- name van de thorax twijfels zijn over de eventuele kalkhoudendheid van de afwij- king – kalk in een long-laesie is een bijna absoluut teken van benigniteit – gaan wij over tot een planigrafisch onderzoek. Bij eventuele verdenking op hilusklieren is uiteraard een CT-onderzoek de diagnos- tische test der keuze.

De ervaring, opgedaan in een opleidings- ziekenhuis, heeft geleerd dat men bij de instelling van een nieuwe maatregel een sanctiemogelijkheid achter de hand moet hebben. We hebben daartoe afgesproken dat, als er geen adequaat overleg is ge- voerd, er geen inadequaet geacht onder- zoek zal worden uitgevoerd. Anderzijds laten wij er geen twijfel over bestaan dat als de clinicus persé een bepaald onder- zoek wil laten doen, wij dan wel de servi- ce verlenen waarom wordt gevraagd. Hierdoor kan een vruchtbare gedachten- wisseling helaas wel eens bemoeilijkt of onmogelijk worden. Meestal echter stelt

de aanvrager zich positief op en waar- deert hij het dat de probleempatiënt ook nog eens met een ter zake geïnteresseer- de radiodiagnost kan worden besproken. Uit een Amerikaans onderzoek is inmid- dels ook gebleken dat een directe com- municatie tussen de verwijzende en uit- voerende specialist een vermindering van het aantal radiodiagnostische onder- zoekingen meebrengt³. Persoonlijk over- leg werpt dus wel degelijk wetenschap- pelijk aantoonbare vruchten af.

Een tweede voorbeeld van de resultaten die men kan bereiken wanneer de radio- diagnost klinisch denkt en meedenkt be- treft de colonreiniging, voorafgaand aan een radiologisch onderzoek van de col- on. In ons ziekenhuis zijn wij na vergelij- kend onderzoek een voorbereiding gaan toepassen waarbij de patiënt zo weinig mogelijk onaangename bijwerkingen er- vaart en de dikke darm zo goed mogelijk wordt gereinigd^{4,5}. Dat deze beste medi- catie dan ook nog het goedkoopst is, is natuurlijk mooi meegenomen.

Bij de voorbereiding treedt zeer vaak diarree op. Toen wij door de cardioloog werden geconfronteerd met een patiënt die bij diuretica- en digoxinegebruik een levensbedreigende hypokaliaemie bleek te hebben ontwikkeld, hebben wij verder onderzoek gedaan. Het bleek dat de diar- ree leidt tot een verlaging van het kalium- gehalte⁶. We hebben dan ook besloten dergelijke hartpatiënten profylactisch een kaliumdrank voor te schrijven. Hier- door komt een hypokaliaemie nauwelijks meer voor. Het blijkt dat een radiodia- gnost niet alleen aan het colon moet den- ken, maar ook de patiënt in gedachten moet houden.

NEE KUNNEN ZEGGEN

J. P. M. Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezond- heid, heeft, voor zo ver ik weet als een der eersten, gesignaleerd dat de bezuini- gingen van de overheid de kwaliteit van de gezondheidszorg in gevaar kunnen brengen. Aan de andere kant heeft hij ook beseft dat men wellicht met minder middelen even goed zou kunnen uitko- men, mits men eens nee verkoopt aan een collega⁷. Ook zou de specialist vol- gens Hendriks best eens nee mogen zeg- gen tegen de patiënt die op wilde geluiden uit de pers of op wilde beelden van de TV 'high-technology'-onderzoek eist. In een

artikel in Medisch Contact heeft Dr. A. Kastelein benadrukt hoezeer de patiënt zelf een rol speelt in het diagnostische en therapeutische afwegingsproces⁸. De patiënt moet leren inzien dat niet alles altijd, onder alle omstandigheden, behoeft te worden uitgevoerd.

BESLUIT

Wellicht is er een wijziging van attitude nodig bij de clinicus en de radiodiagnost. Enerzijds zal de eerste, de aanvrager, moeten openstaan voor de argumenten van de laatste, de uitvoerder, anderzijds zal de radiodiagnost zich moeten inleven in de klinische problematiek. Als dat niet

gebeurt, zal de huidige situatie worden gecontinueerd totdat de krapte van het budget pijnlijk voelbaar wordt. Dat het dan vooral de patiënt zal zijn die de pijn ervaart, zal duidelijk zijn.

Het is, zoals Van Es schreef¹, 'zeer waarschijnlijk dat de vrijheid van artsen om een verantwoorde gezondheidszorg te bedrijven het grootst is in een stelsel waar prioriteiten de kwaliteit dienen'.

We zullen moeten leren inschatten of een bepaald onderzoek het therapeutisch beleid zal beïnvloeden. □

Literatuur

1. Van Es JC. Vrijheid van handelen. Medisch Contact 1986; 41: 95.
2. Huizinga J. De gezondheidszorg heeft behoefte aan volume- en attitudebeheersing. Het Ziekenhuis 1986; 16: 328-9.
3. Seltzer SE, Beard JO, Adams DF. Radiologist as consultant: direct contact between referring clinician and radiologist before CT examination. AJR 1985; 144: 661-4.
4. Ritsema GH. Colonreiniging: een vergelijkend onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 144-7.
5. Ritsema GH, Eilers G. Colonreiniging met bisacodyl en magnesiumsulfaat. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1127-30, 1456.
6. Ritsema GH. Colonreiniging: cave kalium. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 72-4, 336.
7. Schutte S. Verkoop eens nee aan uw collega die om weer een onderzoek vraagt. Het Ziekenhuis 1985; 15: 969-70.
8. Kastelein A. Of er nee moet worden verkocht hangt mee af van de patiënt. Medisch Contact 1986; 41: 174-5.

Vademecum. Fysiotherapie en functionele revalidatie. Yves Xhardez. De Tijdstroom, Lochem. ISBN 90 352 1081 6. 887 blz. Prijs: f 150,—.

Nooit meer gewoon. Anne Marie Metz. Balans, Amsterdam. ISBN 90 5018 026 4. 193 blz. Prijs: f 24,50.

De laboratoriummens. Medische en ethische problemen van de moderne samenleving. Dr. Daniël Ch. Overduin en John L. Fleming. Buijten & Schipperheijn BV, Amsterdam. ISBN 90 6064 495 6. 231 blz. Prijs: f 32,50.

MS in mijn ogen. Leven met multiple sclerose. Anneke Emmes. De Toorts, Haarlem. ISBN 90 6020 508 1. 140 blz. Prijs: f 24,90.

Als je in het ziekenhuis ligt. Mary Biezeman-Roest. De Toorts, Haarlem. ISBN 90 6020 448 4. 79 blz. Prijs: f 22,50.

Beter weten, beter genezen. De meest voorkomende operaties in woord en beeld. Dr. A. Zwaveling en Dr. J. de Boer. Van Holkema & Warendorf, Houten. ISBN 90 228 8040 0. 208 blz. Prijs: f 34,90.

AIDS en jongeren. Suzanne Lauest. Ad. Donker, Rotterdam. ISBN 90 6100 280 X. 48 blz. Prijs: f 12,50.

25 Jahre hormonale Kontrazeptiva aus Berlin. Konsequente Dosisreduktion. Vorträge und Diskussionen herausgegeben von J. Hammerstein. Excerpta Medica, Amsterdam. 105 blz.

Kijk op calorieën. Nicoline Duinker-Joustra. De Toorts, Haarlem. ISBN 90 6020 393 3. 68 blz. Prijs: f 9,50.

Leven met wiegedood. Merren Parker en Dr. I. M. Baldew. Intro, Nijkerk. ISBN 90 266 1835 2. 111 blz. Prijs: f 22,50.

Geweld tegen kinderen. Opstellen over preventie van en hulpverlening bij kindermishandeling.



deling. Rom Haanstra, Klaas Kooijman en Peter Schoof (red.). Vereniging tegen Kindermishandeling, Den Haag. 295 blz. ISBN 90 7054 811 9. Prijs: f 39,50.

Sexuologie. Handleiding voor artsen. L. H. Levie. De Tijdstroom, Lochem. ISBN 90 352 1143 X. 430 blz. Prijs: f 95,—.

Acupunctuur. Leer- en handboek van de praktische acupunctuur. C. van der Molen. De Tijdstroom, Lochem. ISBN 90 352 1131 6. 437 blz. Prijs: f 140,—.

De ouderen hebben de toekomst. Wetenschappelijk onderzoek en de oudere zwakzinnigen. M. J. G. Cremers en M. H. Niemeijer (red.). De Tijdstroom, Lochem. ISBN 90 352 1158 8. 114 blz. Prijs: f 29,—.

AIDS. Een race met de tijd. Vragen en antwoorden op een rij gezet door TNO. Henk Hage en Dr. Huub Schellekens. Friese Pers Boekerij BV, Drachten/Leeuwarden. ISBN 90 330 1516 1. 94 blz.

Urologie. Prof. Dr. P. W. Boer, Prof. Dr. R. L. Vereecken en Prof. Dr. H. J. de Voogt (red.). Bunge, Utrecht. ISBN 90 6348 1640 0. 455 blz. Prijs: f 120,—.

Nederlands leerboek der hematologie. Dr. M. R. Halie en Dr. A. E. G. Kr. von dem Borne (red.). Bunge, Utrecht. ISBN 90 6348 144 6. 325 blz. Prijs: f 100,—.

Thrombolysis in acute myocardial infarction. F. Vermeer. Van Gorcum, Assen. ISBN 90 232 2287 3. 109 blz. Prijs: f 25,—.

Automatiseren gaat niet vanzelf. H. O. Steensma en V. Chr. Vrooland (red.). Stichting CCOZ, Amsterdam. ISBN 90 6747 055 4. 197 blz. Prijs: f 42,50.

Lichamelijk gehandicapt vanaf de geboorte. Handboek over opvoeding en hulpverlening. H. Nakken en G. M. P. Loots (red.). Van Gorcum, Assen. ISBN 90 232 2267 9. 260 blz. Prijs: f 49,50.

Multiple sclerose. Een arts, zelf ms-patiënt, helpt anderen. Alexander Burnfield. Intro, Nijkerk. ISBN 90 266 1839 5. 140 blz. Prijs: f 24,50.

Patiëntenvoorlichting en tandarts. Dr. M. A. J. Eijkman en Dr. A. Ph. Visser. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht. 248 blz. ISBN 90 31307815. Prijs: f 47,50.

Gezondheidszorg. A. M. C. Scherpenisse en G. Verbeek (red.). Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht. ISBN 90 313 08110. 171 blz. Prijs: f 24,50.

Huisarts en gezinsproblemen. F. Buntix. Acco, Amersfoort. ISBN 90 334 1584 4. 189 blz. Prijs: f 34,—.

Psychosociale aspecten van patiëntenzorg. Deel 1. Manu Keirse. Acco, Amersfoort. ISBN 90 334 0513 X. 104 blz. Prijs: f 12,75.

Psychosociale aspecten van patiëntenzorg. Deel 2. Manu Keirse. Acco, Amersfoort. ISBN 90 334 0514 8. 110 blz. Prijs: f 13,50.

Psychosociale aspecten van patiëntenzorg. Deel 3. Manu Keirse. Acco, Amersfoort. ISBN 90 334 1623 9. 104 blz. Prijs: f 13,—.

Vernieuwing of verarming. Symposiumverslag. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht. 99 blz. Prijs: f 15,— (exclusief verzendkosten). Bestellingen schriftelijk richten aan het NZI. Verkoopdienst van de bibliotheek, Postbus 9697, 3506 GR Utrecht, o.v.v. nr. 87.514.

Over het rapport van de Gezondheidsraad

Kunstmatige voortplanting

Op lemen voeten

Om advies gevraagd door de toenmalige minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1982) presenteerde de Gezondheidsraad op 16 oktober jl. haar rapport over de technische, psychosociale en ethische aspecten van de kunstmatige voortplantingstechnieken. De media hebben uitvoerig aandacht besteed aan de concrete beleidsadviezen. Ook in dit tijdschrift werd reeds een en ander toegelicht en besproken. Ons gaat het niet zozeer om de concrete adviezen, maar veeleer om denkbeelden, visies op mens en samenleving en de wijze van argumenteren die eraan ten grondslag liggen.

OMGAAN MET RISICO'S

Op diverse plaatsen spreekt het rapport over de invloed van risicofactoren op de psychosociale ontwikkeling van het kind. We laten voorlopig – we komen hier nog op terug – buiten beschouwing wat die risico's inhouden en beperken ons tot de vraag hoe ermee wordt omgesprongen bij het beargumenteren van een concreet advies, met name inzake de houding van de arts wie om kunstmatige voortplantingshulp wordt gevraagd.

Onder het kopje 'Standpunt Commissie' (pag. 12-13) gaat het in het advies eerst over voortplanting in het algemeen. We lezen daar onder meer: 'Risicofactoren komen vaak niet tot gelding: er zijn gevallen bekend van kinderen die ondanks belangrijke risico's toch uitgroeien tot normale volwassenen.'

Woorden zonder veel inhoud. In het begrip 'risico' ligt per definitie de mogelijkheid besloten van zowel een gunstige als een ongunstige afloop. Deze tautologie laat de lezer echter niet onberoerd: het oranje-knipperlichteffect van het begrip 'risico' wordt gedimd.

Een andere passage: 'In het algemeen is de ontwikkeling van een individueel kind moeilijk voorspelbaar. Omdat er zoveel factoren meespelen is het niet mogelijk harde criteria aan te leggen (. . .) Bij de huidige stand van de wetenschap zijn noch de invloeden van gunstige condities, noch de invloeden van risicofactoren

Dr. Marc Christiaens,
Prof. Dr. Piet Nijs
en Drs. Jan Rolies

Over de technische, psychosociale en ethische aspecten van de kunstmatige voortplanting heeft (een commissie uit) de Gezondheidsraad eind vorig jaar gerapporteerd. De in dit rapport verwoorde ideeën én de manier waarop die zijn verwoord laten eerder de indruk van een klantvriendelijk dan die van een kindvriendelijk beleidsadvies na. Aldus laat zich de hoeksteen schetsen van het gebouw dat hier wordt opgetrokken door Dr. Marc Christiaens, ethicus, hoofddocent ethiek in verband met de geneeskunde KU Nijmegen; Prof. Dr. Piet Nijs, psychiater-seksuoloog, hoogleraar KU Leuven; en Drs. Jan Rolies, ethicus, docent ethiek in verband met de geneeskunde KU Nijmegen.

ren duidelijk in maat en getal uit te drukken.'

Het 'Deelrapport psychologische aspecten' stelt dat jeugdervaringen ontegenzeggelijk doorwerken in de volwassenheid, maar dat het vrijwel onmogelijk is deze samenhang empirisch te onderzoeken (pag. 173). Ontwikkelingspsychologische inzichten zijn niet altijd meetbaar. In haar eindrapport legt de commissie echter een direct verband tussen 'maat en getal' en 'wetenschap', zodat de suggestie ontstaat: wat niet meetbaar is, is volgens de wetmatigheden van het (natuurwetenschappelijk) causalisme, in casu de verworvenheden van de ontwikkelingspsychologie, onwetenschappelijk. Anders gezegd: wat niet kan worden geteld, telt niet mee. Het heeft er de schijn van dat in deze passage risico's op een subtiële wijze naar het achterplan worden geschreven.

Even verder wordt die indruk versterkt wanneer de commissie haar visie op de morele verantwoordelijkheid van de artsen aanzien van kunstmatige voortplantingshulp toelicht: 'Het instrumentele handelen van de arts dient gericht te zijn op het welzijn van de mens en de arts draagt daarvoor morele verantwoordelijkheid.'

'Bij de beslissing tot al of niet medewerken aan het creëren van een kind dient de hulpverlener erg voorzichtig te zijn bij het beoordelen van een situatie en het eventueel stellen van een psychologische contra-indicatie. Als hij er echter van overtuigd is dat het kind terecht zal komen in een opvoedingssituatie waar het met zware risico's voor zijn psychosociale ontwikkeling belast wordt, kan hij zich moreel verplicht voelen hulp te weigeren. Als hij daartoe besluit, behoort hij de reden van zijn weigering te objectiveren en deze ter toetsing voor te leggen aan het multidisciplinair behandelings-team.'

Wat de draagwijdte is van de eerste alinea van dit citaat is niet duidelijk. Stond de commissie de 'duale eenheid arts-patiënt' voor ogen met uitsluiting van derden, in casu het welzijn van het eventuele kind, of geeft het abstracte begrip 'de mens' aan dat de arts het psychosociaal welzijn van alle mensen voor wie zijn medisch handelen consequenties heeft moet nastreven? Wij hopen het beste en gokken op de tweede interpretatie. Een wat minder dubbelzinnige formulering zou welkom zijn geweest.

De tweede alinea kan aldus worden samengevat: wie weigert mee te werken aan het creëren van een kind omdat hij van mening is dat dit kind psychosociaal ernstig risico loopt, moet verantwoording afleggen; wie doet wat cliënten vragen (ook als hij een ongunstige opvoedingssituatie voorziet) kan onbelemmerd zijn gang gaan.

Naar onze overtuiging is een dergelijk advies ethisch op zijn minst aanvechtbaar. Voorzichtigheid van artsenzijde is zeker geboden, maar wij denken hierbij wel aan een ander soort voorzichtigheid

dan de commissie bedoelt. Om wat voor risico het ook gaat, psychosociaal of medisch, in geval van twijfel geldt in de geneeskunde vanouds: *in dubiis abstinere*. Dit geldt des te meer als niet degene bij wie de ingreep wordt uitgevoerd, maar een derde de dupe ervan zou kunnen worden. Dit was ook het standpunt van twee van de drie door de commissie geconsulteerde ethici (pag. 204-205). Desondanks komt het rapport met een advies dat de tegenovergestelde richting uitgaat: bij zware risico's (niet: in geval van twijfel) kan (niet: moet) een hulpverlener medewerking weigeren, maar wie daartoe besluit behoort zich aan een bijkomende procedure te onderwerpen. Wie risico's ernstig wil nemen wordt het (on)behoorlijk moeilijk gemaakt.

WEIGERINGSGRONDEN

In bovengenoemd citaat wordt een verwarring scheppend verband gelegd tussen het voorzien van een (psychosociale) risicosituatie en het zich moreel verplicht voelen hulp te weigeren.

Een arts kan een ingreep waar de patiënt om verzoekt weigeren op medische contra-indicatie: het voordeel dat wordt beoogd weegt niet op tegen (mogelijke) fysieke schade. In dat geval weigert de arts op basis van zijn specifieke deskundigheid inzake de gezondheidssituatie van de patiënt. Diagnostische data zijn objectieverbaar; het neen van de arts is de uitkomst van zijn inschatting en afweging van die data. Ondanks soms grote verschillen tussen medici wat het omgaan met patiënten, het stellen van (contra-)indicaties en de wijze van behandelen betreft, is het mogelijk via intercollegiale toetsing na te gaan of de arts met zijn beslissing een ingreep te weigeren op medische gronden, de grenzen van het medisch professioneel handelen al dan niet heeft overschreden. Behalve wanneer een patiënt een 'second opinion' verlangt, is zo'n toetsing in de geneeskunde niet gebruikelijk. Men vertrouwt op de deskundigheid en de beroepsernst van de arts. De zware terminologie 'zich moreel verplicht voelen' is hier niet op zijn plaats.

In deze context gaat het niet om medische, maar om psychosociale risico's. Zoals verderop in deze bijdrage zal blijken, verdraagt het toekomstig welzijn doorgaans geen statische beoordeling in termen van weigeren of niet weigeren. Dit betekent echter niet dat het onmogelijk is ook op dit vlak deskundig vooruit te zien. Ook deze prognostische blik kan

op zijn deskundigheidsgehalte door andere ter zake deskundigen worden beoordeeld. Maar inzake psychosociale hulpverlening moet men evenzeer kunnen rekenen op bekwaamheid en beroepsernst. Of wil de commissie het multidisciplinair team inschakelen omdat zij van mening is dat van artsen niet a priori kan worden verwacht dat zij voldoende deskundigheid in huis hebben om adequaat met psychosociale risico's om te gaan? Daar zou heel wat voor te zeggen zijn. Doch in dat geval zou het consequent zijn geweest niet alleen de beslissing om te weigeren maar ook de beslissing om niet te weigeren voor te leggen aan het multidisciplinair behandelings-team.

Heel anders is de situatie wanneer een hulpverlener zijn medewerking weigert op morele gronden. Hier geeft zijn persoonlijke geweten de doorslag en niet zijn prognose als deskundige. De reden van zo'n beslissing is niet objectiveerbaar en niet door anderen te toetsen. De medische ethiek heeft altijd erkend dat een arts het recht heeft uit gewetensovertuiging een ingreep te weigeren. De Gezondheidsraad had er beter aan gedaan dit recht uitdrukkelijk te vermelden.

PRIORITEIT AAN HET KIND

We gingen na hoe het rapport met risico's omgaat, met name met de psychosociale risico's voor het komende kind, en ontdekten niet aan de tweevoudige conclusie dat enerzijds deze risico's grotendeels worden weggeredeneerd en anderzijds hinderlijke drempels worden opgeworpen voor wie deze risico's wel ernstig wil nemen. Ondanks mooie woorden her en der komt het advies daarmee dicht in de buurt van de 'klant is koning'-ideologie, die hulpverlening degradeert tot technische dienstverlening. Het geeft dan ook een wrang gevoel als men op de pagina die volgt op het eerder geciteerde (pag. 14) leest dat de commissie 'gezocht heeft naar richtlijnen die zoveel mogelijk rekening houden met de belangen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen (. . .), maar waarbij aan de belangen van toekomstige kinderen prioriteit wordt gegeven.'

Prioriteit geven aan de belangen van het toekomstige kind betekent kiezen voor dat wat het welzijn van het te creëren kind bevordert. Wat de psychosociale ontwikkeling betreft noemt de commissie een aantal gunstige condities, waaronder de mogelijkheid een veilige hechting aan tenminste één volwassene te

ontwikkelen, het hebben van contact met volwassenen van beide seksen en een relatie van redelijk goede kwaliteit tussen de ouders (pag. 12, ook pag. 60 en 84). Deze condities omvatten zowel kwalitatieve als structurele elementen van de opvoedingssituatie. Wat de structurele gunstige condities betreft wordt hier impliciet verwezen naar het vader-moeder-kindmodel.

Het zou logisch zijn dat het ontbreken van (een van) deze gunstige condities als 'ongunstig' voor het kind zou worden aangemerkt. Dat gebeurt nergens. Integendeel. De commissie tracht de lezer ervan te overtuigen dat tegen het ontbreken ervan 'onder bepaalde voorwaarden' (pag. 7) geen bezwaar is. Zo wordt geponeerd: 'Wetenschappelijke gegevens, dat een kind zich bij een alleenstaande vrouw psychosociaal niet goed zou ontwikkelen, zijn er niet' (pag. 89). Dit is een tendentieuze uitspraak. Dat een dergelijke opvoedingssituatie voor het kind ongunstig is, is wetenschappelijk niet aangetoond . . . omdat over de ontwikkeling van kinderen van BOM-moeders helemaal geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Wel aangetoond is echter dat de afwezigheid van de vader tot specifieke problemen kan leiden. Het had derhalve van meer wetenschappelijke eerlijkheid getuigd indien de commissie had geschreven: 'Ofschoon hieromtrent nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, is de hypothese gewettigd dat een kind dat opgroeit bij een alleenstaande vrouw het risico loopt zich psychosociaal minder gunstig te ontwikkelen dan een kind binnen een vader-moeder-kind-structuur.' Desondanks houdt de commissie, zonder het met zoveel woorden te zeggen, die hypothese in het achterhoofd; ofschoon zij vindt dat het wetenschappelijk niet hard is te maken dat het met een kind van een BOM-moeder niet goed zou gaan, verbindt zij aan KID en IFV bij een alleenstaande vrouw (en een lesbisch paar) toch de voorwaarde dat zij bereid en in staat is een regelmatig beschikbare vaderfiguur in het leven van het kind te 'integreren' (pag. 19 en 89). Toch ligt deze voorwaarde beduidend beneden het niveau van de eerder genoemde 'gunstige condities voor de psychosociale ontwikkeling van het kind'. Men wil slechts aperte risicosituaties uitsluiten.

De Gezondheidsraad opteert ten aanzien van het toekomstige kind voor een *negatieve strategie*: medisch geïndiceerde voortplantingshulp niet weigeren, tenzij de toekomst van het te creëren kind in

discrediet wordt gebracht. Dat is veeleer een klantvriendelijk dan een kindvriendelijk beleidsadvies. Voorrang geven aan belangen van het toekomstig kind vraagt om een positieve strategie: kiezen voor kansen op een optimale opvoeding en dus kiezen voor een opvoedingsmilieu dat zowel qua structuur als qua kwaliteit van relaties het kind de beste kansen biedt.

De intentieverklaring: 'Prioriteit aan het kind' is wat het grootste deel van het rapport betreft nauwelijks meer dan oogverblindend. Dit verwijt geldt niet of in veel mindere mate voor het hoofdstuk over draagmoederschap en voor de paragraaf waarin de commissie tegenover een kind dat is ontstaan uit een donorgameet meer openheid bepleit omtrent zijn ontstaanswijze en een poging doet om, ondanks botsende belangen, inhoud te geven aan ieders recht op het kennen van zijn eigen genetische afkomst.

GOEDE OUDERS, GOEDE PARTNERS

Niet alleen tegen kronkelredeneringen en inconsequent omspringen met prioriteiten – die wellicht ideologisch zijn te verklaren, waarover dadelijk meer – hebben wij bezwaren. Ook de gehanteerde ontwikkelingspsychologische visie roept vraagtekens op. Als enigszins verzachtende omstandigheid kan gelden dat de commissie heeft gevaren op het kompas van het deelrapport van een sociaal-psychologische werkgroep (pag. 169-191).

De eerder genoemde gunstige opvoedingscondities moeten ertoe bijdragen dat het kind zich geborgen kan voelen en dat het zijn of haar seksuele identiteit kan ervaren en ontdekken. Dit laatste omvat drie dimensies: het besef een jongetje of een meisje te zijn; het aanleren van het (cultureel bepaalde) gedragspatroon van zijn of haar sekse; het leren omgaan met de andere sekse. De basis voor de seksuele identiteit wordt bij de meeste kinderen gelegd in het samenleven met vader en moeder. De kwaliteit van de relaties binnen deze driehoek (ouders onderling, elk der ouders met het kind) speelt hierbij een belangrijke (positieve of negatieve) rol. Aldus de werkgroep, die nalaat deze stelling iets nader uit te werken.

Niemand betwijfelt dat de kwaliteit van de gezinsrelaties de seksuele identiteitsbeleving van het kind diepgaand beïnvloedt. Punt van discussie is of datzelfde ook geldt voor de *structuur* van het opvoedingsmilieu. Vooral in de zogenoemde progressieve kringen doet men hierover nogal eens relativerend met opmer-

kingen als: het is beter dat een kind kan opgroeien bij een goede BOM-moeder dan in een gezin waar de verstandhouding zoek is.

Dit soort beweringen is misschien niet onwaar, maar dergelijke beweringen zijn in dit verband waardeloos omdat relatiekwaliteit en gezinsstructuur door elkaar worden gehaspeld.

In zijn eerste levensfase telt voor het kind alleen de moeder. Die tweezamenheid wordt verbroken door een 'derde', die ook aandacht van de moeder opeist. Daardoor komt het kind in een driehoekssituatie terecht: het weet zich belangrijk voor zowel de moeder als de vader én stelt tegelijk vast dat die twee ook belang in elkaar stellen. Door hen te observeren in hun omgaan met elkaar bemerkt het kind dat er een verschil is tussen man-zijn en vrouw-zijn. Het gaat zich identificeren met de ouderfiguur 'die is zoals ook ik ben' en ontdekt op die manier zijn eigen sekse: jongen zoals vader, meisje zoals moeder. Van dan af staat de corresponderende ouderfiguur model voor het zich als jongen of als meisje leren gedragen. Het besef van de specificiteit van de eigen sekse komt dus niet rechtstreeks tot stand maar via het sekseonderscheid dat het kind bij zijn ouders in hun onderlinge relatie opmerkt.

Om zich heen kijkend neemt het kind een veelheid van omgangsvormen tussen mannen en vrouwen waar: afstandelijke contacten, vriendschappelijke relaties en – wat het al lang kende via zijn ouders – ook hechte en intieme persoonlijke banden. Om later als volwassene die veelheid van contacten te kunnen hanteren, moet hij of zij als kind die modellen hebben zien functioneren. Om vaardig met liefde te kunnen omgaan moet deze je eerst zijn voorgeleefd en moet je hebben ervaren dat zoiets goed is, want het was de grond van je bestaan.

Hoewel de geschiedenis van de seksuele menswording wetenschappelijk nog niet helemaal in kaart is gebracht, is het toch duidelijk dat de seksuele identiteit wordt 'ingeprint' door een leerproces: binnen het gezinsverband kan en moet het kind zich situeren in een relatie tot twee sekse-onderscheiden figuren. Dit gezinsmodel kan zijn meerwaarde ten opzichte van andere opvoedingsmodellen niet met 'maat en getal' bewijzen, al was het maar omdat het effect van een gezinsstructuur niet kan worden gemeten onafhankelijk van de kwaliteit van de gezinsrelaties. Psychische wetmatigheden kunnen echter wel in een concrete situatie vrij be-

trouwbaar worden ingeschat, zij het dat dit – en gelukkig maar! – geen harde causalistische voorspelbaarheid, waar geen plaats is voor menselijke vrijheid, betekent.

Met de 'zachte' voorspelbaarheid de menswetenschappen eigen, kan worden gesteld dat voor het (jonge) kind dat wordt opgevoed door een lesbisch paar of een alleenstaande moeder het risico dreigt van een eenzijdige sekseontwikkeling. Dit kan niet opgevangen worden door 'een regelmatige beschikbare vaderfiguur' met wie de moeder per definitie geen relatie kan of wil aangaan. Het gaat immers niet om contacten an sich, hoe frequent ook, maar om contacten die worden geschraagd door relationele verbondenheid: het kind met zijn vader, de partner van moeder.

Ouders wensen kinderen, maar kinderen hebben ouders nodig, hebben recht op ouders, goede ouders, goede partners.

VERANTWOORDELIJKHEID ARTS

'Onder natuurlijke omstandigheden zijn alleen de aanstaande ouders moreel verantwoordelijk voor het doen ontstaan van een kind in een bepaalde situatie. Op het moment dat de hulpverlener erbij betrokken wordt, is deze medeverantwoordelijk' (pag. 57).

Er wordt in het rapport vaker gesproken over de 'mede'verantwoordelijkheid van de arts, een term die veel meer verhult dan hij onthult. Een minimale of een maximaal-paternalistische interpretatie maakt een bijzonder groot verschil voor de beslissingsruimte van die andere 'mede'verantwoordelijken, met name de aanstaande ouders. De vage terminologie heeft ook tot gevolg dat een arts het erg bruin moet bakken vooraleer het is hard te maken dat hij zijn boekje te buiten ging.

Ons inziens is de tijd stilaan gekomen om het begrip 'medeverantwoordelijkheid' naar de medisch-ethische prullenmand te verwijzen en te gaan nadenken over de *specifieke inhoud* van de verantwoordelijkheid van de arts, onder meer inzake kunstmatige voortplanting – een eerste kleine aanzet; we nemen ons voor op korte termijn aan dit onderwerp een uitvoeriger publikatie te wijden.

De commissie gaat ervan uit dat 'in normale omstandigheden alleen de ouders moreel verantwoordelijk zijn voor het doen ontstaan van een kind'. Op dit principe-uitgangspunt hebben wij niets af te dingen. Wij geven wel de voorkeur aan

een wat genuanceerdere formulering door 'het doen ontstaan van een kind' te vervangen door de twee momenten die daarin besloten liggen: 'de beslissing een kind te nemen en de uitvoering van die beslissing'.

Wanneer de uitvoering van de beslissing niet lukt kan het paar zich tot de arts wenden. Dit is het begin van de arts-patiëntrelatie die eventueel kan uitlopen op kunstmatige voortplantingshulp. Zo'n arts-patiëntrelatie doorloopt de volgende drie duidelijk te onderscheiden fasen:

Diagnostische fase. Het paar dient zich aan met de klacht: wij kunnen niet zwanger worden. De arts onderzoekt het paar, stelt de diagnose en doet – indien mogelijk – een therapievoorstel. Als het paar dat voorstel aanvaardt en als de behandeling succesvol is, ligt de weg voor natuurlijke procreatie open. Door het herstel van de voortplantingsfunctie wordt voor het paar de actieradius van zijn vrijheidsuitoefening verruimd: het wordt in staat gesteld zijn eerder genomen beslissing uit te voeren. Is er geen adequate therapie voorhanden of heeft de behandeling niet het beoogde resultaat, dan heeft de arts, als deskundige, voorlopig niets anders meer te bieden dan goede informatie over alternatieve wegen die het paar nog kan gaan: accepteren van kinderloosheid, pleegkind, adoptiekind en de voor hen beschikbare procreatiehulp.

De ethische verantwoordelijkheid van de arts ten aanzien van het paar is in deze fase dezelfde als ten aanzien van iedere patiënt die zich met een medische klacht aandient. Deze verantwoordelijkheid is tweevoudig: de arts moet over de vakdeskundigheid beschikken die van hem mag worden verwacht en hij moet ondersteunend kunnen omgaan met menselijke problemen die door de medische problematiek worden opgeroepen.

Fase van de besluitvorming. Uit de voor het paar nog haalbare alternatieven moet nu een keuze worden gemaakt. Niet op grond van medische deskundigheid, maar op grond van persoonlijke overwegingen van het paar. Zij alleen zijn hier toe bevoegd; de medische wetenschap kan hier slechts zwijgen. In deze tweede fase is de arts-patiëntrelatie gereduceerd tot haar medemenselijke dimensie. De arts is nu een 'toevallige' gesprekspartner van de hulpvragers (tenzij zij dit afwijzen): 'toevallig' omdat zij hem niet hebben uitgekozen om zijn geschiktheid als gesprekspartner voor hun keuzeprobleem, maar omdat hij met hen in gesprek is gekomen via hun behoefte aan medische deskundigheid (die niet het ge-

wenste resultaat heeft opgeleverd). Hij kan – uiteraard – niet zeggen hoe zij hun toekomst moeten uitbouwen; hij kan hen slechts zoveel mogelijk nabij zijn en hen helpen bij het maken van een voor hen zelf goede keuze. In de volgende paragraaf wordt deze begeleidingsverantwoordelijkheid van de arts nader toegelicht.

Fase van de uitvoering. Wanneer het paar heeft gekozen voor medische procreatiehulp, breekt de uitvoeringsfase aan. In deze fase ligt, in tegenstelling tot in de vorige fase, het zwaartepunt bij de arts. Hij staat voor de beslissing of hij aan de gevraagde procreatiehulp zijn medewerking zal verlenen. Zoals elkeen is ook hij ethisch aanspreekbaar voor de consequenties van zijn handelen. Om die consequenties te kunnen inschatten heeft hij er recht op dat de hulpverleners hun verzoek toelichten. Als hij in de besluitvormingsfase als gesprekspartner heeft gefungeerd, is dit geen punt. Het is niet uitgesloten dat hij in eer en geweten moet weigeren (gewetensclausule). De eigen gewetensovertuiging rechtvaardigt echter geen aantasting van de eigen verantwoordelijkheid en de gewetensovertuiging van het hulpvragende paar. Wanneer de arts zijn medewerking aan de uitvoering van de beslissing van het paar toezegt, geldt, evenals in de eerste fase, zijn ethische plicht van vakbekwaamheid.

TOETSEN OF HULP BIEDEN?

'In het algemeen zal echter de grote meerderheid van de cliënten die zich aanmelden (voor kunstmatige voortplantingshulp) na een marginale toetsing voor behandeling geaccepteerd kunnen worden' (pag. 13).

Met 'marginale toetsing' zoekt het rapport een middenweg tussen twee opvattingen die in het publieke debat tegenover elkaar staan: de opvatting dat een stringente psychosociale toetsing naar het voorbeeld van de adoptiesituatie noodzakelijk is, versus de mening dat toetsing van de opvoedingssituatie een schending van de mensenrechten inhoudt, in casu het recht op een vrije keuze kinderen te krijgen.

Het begrip 'toetsing' hoort thuis in de schoolse sfeer van verantwoording moeten afleggen aan beoordelaars die op basis van harde, objectieve criteria een 'voldoende' of 'onvoldoende' uitspreken: een schrikbeeld voor allen die door een gril van de natuur voor het krijgen van kinderen zijn aangewezen op medi-

sche hulp. Het rapport is geënt op deze in Nederland wijd verbreide wijze van denken, maar men schrok ervoor terug deze mensen voor het hoofd te stoten; men zag zich derhalve genoodzaakt de toetsingsprocedure te marginaliseren, zodat 'de grote meerderheid van de cliënten voor behandeling geaccepteerd kan worden'. Mensen met problemen hebben niets te verwachten van dergelijke psychosociale 'meet'kunde.

Behoeft aan medische hulp om zijn kindwens te realiseren tast niet het principe aan dat het paar zelf over zijn toekomst heeft te beslissen. Die besluitvorming wordt echter wel geconfronteerd met de volgende specifieke moeilijkheden:

- Het verdict: 'Geen uitzicht op natuurlijke voortplanting' is voor de hulpvragers een zware klap. Het vergt van elk van hen afzonderlijk én van hen als paar heel wat tijd en moeite definitief afscheid te nemen van de kindwens zoals zij die hadden gepland en hun relatie opnieuw te beleven als zinvol en volwaardig ondanks hun handicap.

- Zij moeten vervolgens een keuze maken uit de nog beschikbare mogelijkheden. Waar zij ook voor opteren, het gaat steeds om een 'tweede keuze', die beduidend minder goed aansluit bij hun verlangen dan hun aanvankelijke eerste keuze.

- Zij zullen zich moeten bezinnen op hun kansen om goede ouders te zijn voor dit kind en zullen moeten klaarkomen met vragen als: Kunnen wij zo'n kil-medische verwekking aan? Zijn wij opgewassen tegen de stress en tegen de desillusie van de mislukking (vooral bij IVF)? Kan dit kind echt 'ons' kind worden, ook als het (genetisch) niet ten volle ons kind is?

Het zijn deze vragen waar het in de fase van besluitvorming om gaat. Het paar moet daarop het antwoord vinden; dat kan door niemand anders worden overgenomen. Voor velen is dit een zware opdracht, omdat rationele en emotionele overwegingen elkaar kunnen doorkruisen. Het verlangen naar een kind en het verlangen goede ouders te zijn van dat kind, kunnen zozeer met elkaar op gespannen voet staan dat het paar zich te onzeker voelt om te beslissen. Anderen gaan in hun verlangen naar een kind te gemakkelijk voorbij aan de implicaties van kunstmatige voortplanting, zodat zij het risico lopen dat hun beslissing zich later tegen hen en het kind keert. Soms is een kindwens onwrikbaar, hebzuchtig en kunnen ouders het kind niet ontvangen (wel vangen).

Beslissingshulp houdt in: een situatie van beraad aanbieden (niet: raad geven) waarin misleidende en verblindende emoties kunnen opklaren, waarin beide partners tot rust kunnen komen en zich kunnen bezinnen op de kwaliteit en luciditeit van hun ouderwens. Klinische ervaring bevestigt dat veel paren een gesprekspartner nodig hebben, die luistert en hen stimuleert (niet opjaagt) om de hindernissen op te ruimen die een klare keuze in de weg staan. 'Counseling', en niet toetsing, stelt het paar in de gelegenheid om zicht op en inzicht te krijgen in de draagkracht van hun relatie en de kwaliteit van hun gevoelens. In de dialoog klinkt de stem van het komende kind dat om een gemeenschappelijk antwoord verlegen zit.

Verantwoord ouderschap betekent immers dat de partners voor zichzelf, voor het komende kind en voor de samenleving kunnen verantwoorden waarom zij dit kind het leven geven.

'Counseling' ligt niet op het terrein van medische vakbekwaamheid. Het is niet iets dat men erbij neemt, iets 'marginaals'. Het vereist relationele deskundigheid en psychopedagogische vaardigheid, de artsopleiding voorziet daarin niet. Een goede arts kent de grenzen van zijn kunnen en durft die ook te erkennen. In de meeste gevallen is het beste dat een medicus aan beslissingshulp kan bieden het doorverwijzen naar de ter zake deskundige collega met wie hij samenwerkt in het multidisciplinair team. Goede beslissingshulp is ethisch relevant, omdat zij het paar bekwaam maakt goed te kiezen. Ook voor de arts is dit belangrijk: als hij mag vertrouwen op de kwaliteit van de beslissing van de aanstaande ouders, zal hij doorgaans graag zijn medewerking verlenen aan de uitvoering ervan.

BELEID OVERHEID

Bij de beoordeling van het rapport van de Gezondheidsraad over kunstmatige voortplanting moet men voor ogen houden dat het is bedoeld als een advies voor overheidsbeleid. De overheid heeft in te staan voor een rechtvaardige ordening van de samenleving. Welke principes hieraan ten grondslag liggen en hoe hieraan gestalte moet worden gegeven, daarover wijdt de commissie niet uit, ofschoon het voor de hand ligt dat beleidsadviezen de concretisering zijn van minstens een impliciete visie op de samenleving. In het deelrapport van de geconsulteerde ethici worden enkele verantwoor-

delijkheden van de overheid als volgt kort aangegeven (pag. 215):

- De overheid heeft zich met de vrijheid van de burgers slechts in te laten voor zover anderen daarmee te maken hebben, dan wel in hun belangen worden geschaad. Wie niet voor zichzelf kan opkomen, zoals kinderen, dient zij in bescherming te nemen.

- Zij moet voorkomen dat mensen ernstig leed overkomt.

- Zij heeft in te staan voor een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen.

Ten aanzien van de vrijheid van de burgers wordt van de overheid een repressieve opstelling verwacht: verbieden wat de belangen van anderen schaadt. De toepassing van dit principe is niet altijd even probleemloos. In een pluralistische samenleving komt het nogal eens voor dat de vraag of en wanneer bepaalde praktijken de belangen van medeburgers aantasten, door grote groepen verschillend wordt beantwoord. De invulling van 'risicofactoren' die de ontplooiingskansen van een kind in verdrukking brengen is hiervan een voorbeeld. Het is dan ook begrijpelijk dat de overheid zich in dergelijke situaties terughoudend opstelt, zeker wanneer zij geen harde cijfertal bij de hand heeft om een meer repressief optreden te rechtvaardigen. Dit is een van de redenen waarom wij ermee instemmen dat de Gezondheidsraad er niet voor pleit artsen te verbieden medische procreatiehulp te verlenen aan bijvoorbeeld lesbische paren of alleenstaande vrouwen. Deze vrouwen zouden zich daardoor, niet geheel ten onrechte, gediscrimineerd voelen, omdat hun gelijkgestemde zusters die geen problemen hebben met natuurlijke voortplanting wel de kinderen kunnen krijgen die zij zich wensen. Een derde bezwaar is dat zo'n verbod de aandacht voor de toekomstperspectieven van het kind eenzijdig zou toespitsen op de structuur van de opvoedingssituatie, terwijl de kwaliteit van de gezinsrelaties, die niet voor regulering vatbaar is, minstens zo belangrijk is.

Het rapport beperkt zich niet tot 'niet verbieden', maar stelt dat er ten aanzien van de ontplooiingskansen van het kind, behalve in extreme situaties (genoemd worden: ernstige psychopathologie, drugs- en alcoholverslaving bij de aanstaande ouders; pag. 59) geen bezwaar is

tegen (medische medewerking aan) welke ouderschapsstructuur dan ook, mits de vrouw bereid is voor het kind geregelde contacten met een vaderfiguur te organiseren. Wat voor een samenleving staat de commissie voor ogen bij het formuleren van een dergelijk advies? Zij kiest ervoor dat elke vrouw, eventueel in overleg met haar partner, baas is in eigen buik, ook om er een kind in te laten groeien. Omdat bij natuurlijke voortplanting niemand dit zelfbeschikkingsrecht aantast, moet dezelfde autonomie ook voor vrouwen die op kunstmatige voortplanting zijn aangewezen zoveel mogelijk gegarandeerd zijn. Daarom was het nodig de kans op weigering van artsenzijde te minimaliseren.

Op de achtergrond van deze redenering tekent zich een samenleving af, opgebouwd uit individuen met een minimum aan structurering om die individuen onderling te verbinden. Elkeen is voor zichzelf verantwoordelijk: behalve bij klaarblijkelijke, ernstige aantasting van de belangen van anderen of van het collectivum, moet iedereen alles mogen wat hij of zij voor zichzelf wenselijk acht. De keerzijde van de medaille is het wegval- len van daadwerkelijke solidariteit: de een voelt zich niet verantwoordelijk voor de ander, ook niet als die niet over de mogelijkheden beschikt om zijn leven leefwaardig te maken. Hoogstens is men bereid tot financiële solidariteit om de gemeenschap (pelijke diensten) in staat te stellen te zorgen voor de zwaksten. Ook de verticale structuur van de samenleving, waardoor de nieuwe generatie wordt ingebed in de huidige en zich op die manier verwant weet met een dubbelzijdige familiegeschiedenis, wordt minstens gedeeltelijk losgelaten. Bij dit alles rijst de vraag – maar die kan hier niet worden besproken – of een aldus verbrokkelde samenleving behoorlijk kan functioneren en zelfs of zo'n samenleving een lang leven is beschoren.

Deze visie laat wel ruimte voor de derde taak van de overheid: de rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen (hoewel de commissie hieraan voorbijgaat, ondanks een duidelijke hint van de ethische werkgroep; pag. 215-216), maar nauwelijks voor de andere taken: in bescherming nemen van wie niet voor zichzelf kan opkomen en preventie van ernstig leed, in deze context te vertalen als 'prioriteit aan het kind'. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in het rapport deze prioriteit goeddeels is uitgehold.

BESLUIT

Naar onze overtuiging is de onderbouw van dit rapport bijzonder zwak: lemen in plaats van stevige, stenen fundamenteen. Het is echter wel te waarderen dat de commissie een rapport heeft uitgebracht dat op de concrete praktijk is toegesneden.

Dat betekent een niet geringe bijdrage aan de kwaliteit van de discussie. Aan concrete richtlijnen zijn wij nauwelijks toegekomen; dat kon ook moeilijk binnen het bestek van deze bijdrage. Toch menen wij dat dit betoog, bij wijze van besluit, enige suggesties voor een kindvriendelijk beleid rechtvaardigt:

1. Een beleid dat pretendeert prioriteit te geven aan het kind, moet consequent

durven doordenken vanuit condities die gunstig zijn voor de psychosociale ontwikkeling van het kind.

2. Voorlichting over wat goed is voor het kind en over wat niet wenselijk is voor het kind gaat de hele samenleving aan.

3. De problematiek van de kunstmatige voortplanting mag niet worden geïsoleerd van de verantwoordelijkheid van elk paar dat kinderen wil.

4. Paren die zijn aangewezen op medische procreatiehulp hebben recht op a. goede voorlichting over de specifieke aspecten van deze wijze van kinderen krijgen en b. goede begeleiding, die hen helpt een voor henzelf goede keuze te maken.

5. Er is een grote behoefte aan duidelijkheid omtrent de specifieke verantwoordelijkheid van de arts bij kunstmatige voortplanting.

6. Het lijkt ons niet terecht artsen te verbieden mee te werken aan medische voortplantingshulp in voor het kind ongunstige omstandigheden, maar het zou niet ongepast zijn als de beroepsorganisatie dit haar leden zou ontraden.

7. In de opleiding van artsen zou veel meer aandacht moeten worden besteed aan de medemenselijke dimensie van het beroep. Dit kan ertoe leiden dat artsen, onder meer inzake voortplantingshulp, vaker en intensiever gaan samenwerken met een multidisciplinair behandelings-team. □

P.S. Met genoegen stellen we vast dat de teneur van onze kritiek op het rapport van de Gezondheidsraad vrij grote overeenkomst vertoont met de minderheidsnota van de hand van Prof. Galjaard.

Onderzoek naar afwijkingen ongeboren kind geconcentreerd in zeven academische centra

Staatssecretaris Dees van WVC heeft onlangs het Planningsbesluit postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek vastgesteld. De functie postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek omvat diverse vormen van (laboratorium)onderzoek naar de aanwezigheid van aangeboren en erfelijke afwijkingen. Door de toepassing van deze onderzoeken blijkt het in veel gevallen mogelijk om de geboorte van ernstig gehandicapte kinderen te voorkomen.*

Met het Planningsbesluit postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek is voor de eerstkomende jaren de behoefte aan postnataal chromosoomonderzoek, prenataal chromosoomonderzoek, prenataal DNA- en prenataal biochemisch onderzoek vastgesteld en is tevens aangegeven hoe in die behoefte kan worden voorzien. Staatssecretaris Dees gaat uit van een verdere stijging van het aantal onderzoeken, conform eerdere advisering van de Gezondheidsraad. De staatssecretaris acht

het gewenst dat de toepassing van dit soort onderzoeken plaatsvindt in een beperkt aantal centra waar een goede kwaliteit van het onderzoek kan worden gegarandeerd en het onderzoek op een efficiënte wijze kan plaatsvinden.

ACADEMISCHE CENTRA

De bewindsman geeft in het planningsbesluit aan dat de toepassing van het postnataal chromosoomonderzoek ook in de komende jaren beperkt moet blijven tot de reeds bestaande zeven academische centra. Deze centra (Amsterdam, Leiden, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen, Groningen en Maastricht) werken nauw samen met een academisch ziekenhuis en een medische faculteit. Aan twee van deze academische centra is bovendien nog verbonden een subcentrum voor postnataal chromosoomonderzoek (in Eindhoven en Enschede). Van deze zeven academische centra passen vijf centra inmiddels ook prenataal chromosoomonderzoek toe. De staatssecretaris

houdt er rekening mee dat in de nabije toekomst het aantal prenataal chromosoomonderzoeken zo groot wordt dat het gewenst is dat alle academische centra prenataal chromosoomonderzoek toepassen. Hij overweegt de desbetreffende centra in de loop van 1987 hiervoor een vergunning te verlenen.

Het prenataal biochemisch onderzoek zal ook de komende jaren uitsluitend in het huidige centrum te Rotterdam moeten worden gedaan. Het relatief geringe aantal onderzoeken en het gespecialiseerde karakter van dit soort onderzoeken laat een uitbreiding met één of meer centra voor prenataal biochemisch onderzoek niet toe.

Over het prenataal DNA-onderzoek, een nieuwe ontwikkeling die naar verwachting pas over enkele jaren belangrijk zal worden, heeft de staatssecretaris nog geen definitief standpunt ingenomen. Voor zover DNA-onderzoek bij patiënten wordt/zal worden toegestaan zal dit beperkt blijven tot één of meer van de academische centra.

Naar de mening van de staatssecretaris zal de in het Planningsbesluit voorgestane concentratie een goede kwaliteit van het onderzoek bevorderen. Tenslotte acht hij concentratie van belang met het oog op het efficiënt gebruik van schaars aanwezige deskundigheid en middelen, om op deze wijze de kosten van het onderzoek beperkt te kunnen houden. □

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

* Het Planningsbesluit postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek wordt dezer dagen gepubliceerd in de Staatscourant.

Chronische beademing anno 1987

BEADEMING

Onder beademing wordt verstaan: het overnemen van de adembewegingen met behulp van een apparaat bij ontbrekende of onvoldoende eigen ademhaling.

In het advies van de Gezondheidsraad over centra voor chronische beademing (1979) worden beademingsprocedures in drie categorieën onderverdeeld: acute beademing, langdurig acute beademing, en chronische beademing.

Acute beademing wordt toegepast bij acuut verlopende ziekten waarbij er uitzicht kan zijn op een relatief snel herstel van de ademhaling, bijvoorbeeld binnen zes weken. Acute beademing kan daarnaast ook eindigen met de dood of overgaan in langdurig acute beademing.

Langdurig acute beademing wordt toegepast wanneer ná acute beademing een zekere stabilisering van de toestand van de patiënt optreedt; er bestaat uitzicht op herstel van de eigen ademhaling. Daarnaast kan langdurig acute beademing ook overgaan in chronische beademing, of eindigen met de dood.

Met *chronische beademing* tenslotte wordt beademing bedoeld waarvan de patiënt de rest van zijn leven afhankelijk blijft. Men kan binnen de chronische beademing continue en chronisch intermitterende beademing onderscheiden. *Continue beademing* is 24 uur per etmaal voortgezette chronische beademing. Bij *chronisch intermitterende beademing* wordt de patiënt periodiek beademd, meestal 's nachts, al of niet aangevuld met een periode overdag; enkele patiënten worden twee- of driemaal per week een dag beademd.

Beademing kan volgens twee principes worden uitgevoerd: men kan de inademing doen plaatsvinden door lucht in de luchtwegen te blazen; dit heet *positieve-drukbeademing* (PPV) of directe beademing. Men kan ook een onderdruk creëren buiten thorax en abdomen: *negatieve-drukbeademing* of indirecte beademing.

In het kader van beademingsprocedures die langere tijd in beslag nemen worden in Nederland beide principes in twee uitvoeringen toegepast.

Het meest gebruikelijk is *PPV via een tracheacanule*. Grote voordelen van deze canulebeademing zijn de relatief grote

Drs. A. J. A. Bremers

Constateerend dat er enige wildgroei optrad in de initiatieven voor centra voor chronische beademing, vestrekte de Gelderse Raad voor de Volksgezondheid zijn Nijmeegse stagiaire A. J. A. Bremers de opdracht een overzicht te leveren van de huidige situatie en ook iets te zeggen over de behoefte aan voorzieningen voor chronische beademing in Nederland, nu en in de toekomst. Zijn onderzoeksrapport bewerkte Bremers, inmiddels med. drs., daartoe van raadswege aangespoord, tot een artikel voor Medisch Contact: als aanzet voor een meer open discussie.

bewegingsvrijheid, de mogelijkheid mensen voldoende te beademen als negatieve-drukbeademing te kort schiet en de mogelijkheid slijm af te zuigen via het tracheostoma. Dit uitzuigen kan echter ook tot een grote last worden. Een ander nadeel van de canulebeademing is de spraakproblematiek, terwijl het tracheostoma zelf niet alleen cosmetische bezwaren oplevert, maar ook het risico van bloedingen en infecties met zich meebrengt.

Een in Nederland nog weinig gebruikte methode is *PPV langs de orale weg*, dat wil zeggen met behulp van een mondstuk of mond-neusmasker. Deze methode is hier te lande geïntroduceerd in het Beademingscentrum van het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG), naar aanleiding van de positieve ervaringen ermee van Alba in New York. Ook de eerste ervaringen in het AZG bieden perspectief. Deze methode combineert de voordelen van de positieve-drukbeademing zoals hierboven beschreven, met een aantal voordelen van het kuras.

Het *kuras* (een schelp die over thorax en abdomen valt, zodat daartussen de druk kan worden gevarieerd) is de meest gebruikelijke vorm van indirecte beademing. Het heeft als voordelen dat er geen spraakproblematiek is en dat een tracheostoma overbodig is. Nadelen zijn de geringe bewegingsvrijheid tijdens de beademing en het feit dat bij progressie

van de respiratoire insufficiëntie soms alsnog moet worden overgegaan op PPV. Verder moeten kurasen op maat worden gemaakt (bijvoorbeeld voor scoliosepatiënten); alleen het AZG beschikt over een werkplaats hiervoor.

De minder gebruikelijke vorm van indirecte beademing is de aloude en beruchte *ijzeren long*. Dit is een tank waarin de patiënt geheel kan worden opgesloten; alleen het hoofd moet buiten blijven. In de tank kan de druk worden gevarieerd. De slechte reputatie van dit apparaat stamt vooral uit de tijd dat continue beademing noodzakelijkerwijze met dit apparaat werd uitgevoerd; dat betekende levenslange opsluiting, een buitengewoon onaangename toestand. Op het ogenblik wordt de ijzeren long hier alleen nog voor chronisch intermitterende beademing gebruikt. De moderne ijzeren long is minder omvangrijk dan zijn voorgangers en biedt een relatief grote bewegingsvrijheid; dit voorkomt drukplekken, althans indien de patiënt de kracht heeft zich te bewegen.

Met canulebeademing, kuras en ijzeren long werden op 23 augustus 1985 in ons land in totaal respectievelijk 80, 19 en 6 patiënten chronisch beademd.

INDICATIES

Er bestaat een aantal aandoeningen waarbij gedurende langere tijd of zelfs voorgoed de ademhaling bemoeilijkt of onmogelijk kan worden, aandoeningen die daarom als indicatie voor beademing kunnen worden overwogen.

De oudste indicatie voor chronische beademing is *respiratoire insufficiëntie als direct gevolg van poliomyelitis anterior acuta*. Met de beademing van de betrokken patiënten werd in 1952 in Denemarken door Lassen en Ibsen een begin gemaakt. Nog steeds vormen poliopatiënten een aanzienlijk deel van de chronisch beademde patiënten, namelijk 22 van de 105 (Nederland, 23 augustus 1985). Hun aantal is vrij stabiel omdat er dank zij vaccinatie praktisch geen nieuwe poliogeallen meer bij komen en er ook geen sterfgevallen voorkomen door de normale levensverwachting en de jonge leeftijd van deze patiënten met kinderverlamming; zij hebben (voor zover bekend op 2 na) allen polio gekregen

tijdens de epidemie die ons land in 1956 heeft getroffen. Uit de Verenigde Staten komen geluiden dat poliopatiënten na tientallen jaren zonder beademing toch weer op beademing kunnen zijn aange-wezen.

Een tweede indicatie vormt *respiratoire insufficiëntie ten gevolge van scoliose*. Het betreft hier 15 patiënten, deels met een scoliose ten gevolge van poliomyelitis, deels met een idiopathische scoliose. Door vaccinatie c.q. betere behandeling zal hun aantal waarschijnlijk niet toenemen.

Een derde indicatie is longemfyseem of een andere *chronische specifieke respiratoire aandoening*. Op deze indicatie worden 12 patiënten chronisch beademd. Verder worden nog enkele patiënten met andere indicaties chronisch beademd. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan patiënten met een hoge dwarslaesie.

De grootste indicatie is een pluriforme groep ziekten, samengevat onder de naam '*neuromusculaire aandoeningen*' (NMA). Op 23 augustus 1985 waren dat 54 patiënten; op dit moment zijn het er veel meer, naar schatting 85 à 95. Het beademen van deze patiënten is een vrij recente ontwikkeling die, zeker voor een aantal van deze ziekten, zeer omstreden is; dat geldt onder meer voor M. Duchenne (dystrofia musculorum progressiva), amyotrofische lateraalsclerose (ALS) en spinale spieratrofie. Tot de neuromusculaire aandoeningen behoren echter ook minder snel voortschrijdende aandoeningen, zoals M. Pompe (zure-maltasedeficiëntie) en M. Landouzy-Dejerine.

Het is duidelijk dat de discussie over het al of niet beademen van deze laatste categorie patiënten zich juist toespitst op de progressievere beelden. Aangezien het al of niet beademen van deze patiënten grote invloed zal hebben op het aantal patiënten dat chronisch zal worden beademd, is het goed daarop wat dieper in te gaan.

Chronische beademing betekent een verlenging van het leven. Bij progressieve ziekten betekent dat automatisch dat er een mate van invaliditeit wordt bereikt die zich bij een natuurlijk beloop van de ziekte niet zal voordoen. Weliswaar ziet men bij het begin van de beademing een verbetering (wanneer men tenminste niet, op geleide van de bloedgasen, erg vroeg met de beademing is begonnen), doch de progressie gaat voort. Van ALS

is aangetoond dat het beloop niet positief wordt beïnvloed door beademing. Er zijn aanwijzingen op basis van casuïstiek dat dit bij andere aandoeningen wel het geval zou zijn, maar casuïstiek kan erg bedrieglijk zijn en goed aangetoond is het nooit. Uitgangspunt bij verlenging van het leven door middel van technisch 'kunst en vliegwerk' is het antwoord op de vraag naar de kwaliteit van het aldus toegevoegde leven. De kwaliteit van de levensverlenging werd in het verleden beoordeeld op grond van sporadisch wél beademde NMA-patiënten; deze kwaliteit was dusdanig slecht dat algemeen van het beademen van deze patiënten werd afgezien. In de loop van de tijd werd echter op een aantal punten vooruitgang geboekt, waardoor het voor een aantal ziekten ter discussie kwam te staan of deze afwijzing wel juist was. Niettemin worden er nog steeds, op de ene plaats meer dan op andere, vraagtekens gezet bij de beademing van patiënten met bijvoorbeeld ALS of M. Duchenne.

ALS is een snel voortschrijdende aandoening (beloop: maximaal enkele jaren) waarbij door beademing zelfs een stadium kan worden bereikt waarin met de totaal verlamde patiënt geen enkele communicatie meer mogelijk is, en dat bij intacte mentale functies.

M. Duchenne is wat minder snel progressief dan ALS. Als regel zijn patiënten met M. Duchenne vanaf hun 12e jaar aan de rolstoel gekluisterd, terwijl de levensverwachting circa 20 jaar is, waarna men overlijdt door respiratoire insufficiëntie of hartdood. Met beademing kunnen deze patiënten zelfs tot over de 30 jaar oud worden, maar daarbij dient men zich wel te realiseren dat het dan mensen zijn geworden die zelf helemaal niets meer kunnen en totaal hulpbehoevend zijn; het bestaan van de patiënt kan zijn gereduceerd tot een aantal passieve bezigheden, zoals TV-kijken, naar de radio luisteren en eten doorslikken, zo goed en zo kwaad als dat nog gaat: men kan zich afvragen hoe levenswaard zulk een leven is.

Hierboven was al sprake van de 'kwaliteit van leven'. Het oordeel daarover komt uiteraard de patiënt toe. Deze neemt ook de beslissing of de beademing wordt begonnen c.q. voortgezet. De ervaring leert dat de patiënt vaak een ander oordeel heeft dan de behandelend en adviserend arts: er zijn patiënten die ondanks een positief advies toch voor de dood kiezen, maar er zijn er ook geweest

die ondanks een negatief advies voor beademing hebben gekozen. Verder blijken de grenzen van wat qua invaliditeit nog acceptabel wordt gevonden vaak te verschuiven met het voortschrijden van de ziekte; dit laatste maakt een 'levenstestament', dat bijvoorbeeld bij ALS een oplossing lijkt te bieden, tot een hachelijke zaak.

Op grond van de hierboven geschetste situatie zou men ernstig kunnen overwegen deze patiënten niet te beademen. Maar met evenveel recht wijzen anderen op de positieve geluiden die worden gehoord van patiënten die dankzij de beademing de weg richting zeer zware invaliditeit afdaan. Betekent de beademing dus in eerste instantie een verbetering van de toestand en een verlenging van het leven, in de loop van de tijd zien we een afnemende kwaliteit. Echter, vele patiënten blijven die kwaliteit voldoende vinden om het leven (de beademing) voort te zetten, soms tot het einde toe. Het is op grond hiervan wel aan te bevelen de revalidatie van deze patiënten tijdig en zo goed mogelijk aan te passen aan de langere levensverwachting; mogelijk kan dit de kwaliteit van het leven sterk beïnvloeden.

Gaandeweg is men meer patiënten met een sterk progressieve neuromusculaire aandoening gaan beademen. Terwijl een commissie van de Gezondheidsraad dit in 1979 nog als een toekomstige ontwikkeling zag, werden eind 1985 al 54 NMA-patiënten chronisch beademd, van wie 12 met Duchenne's dystrofie, 7 ALS-patiënten en 4 patiënten met spinale spieratrofie. Sedertdien in hun aantal nog zeer sterk toegenomen. De Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) verwacht dat het aantal beademde NMA-patiënten in het midden van de jaren negentig zelfs tussen de 150 en 200 zal bedragen.

Hierbij moet meteen worden aangetekend dat voor een dergelijke prognose een aantal aannames nodig is dat een grote onzekerheidsfactor introduceert. Als zodanig kunnen worden genoemd de incidentie, die kan worden beïnvloed door erfelijkheidsadviezen en prenatale diagnostiek, en de duur van de zinvolle levensverlenging. De prognose van de VSN is gebaseerd op gegevens omtrent Duchenne-patiënten, hetgeen te rechtvaardigen is door de relatief hoge incidentie van deze ziekte (1 op de 4.000 à 5.000 jongens), de vrij lange duur van de beademing en het feit dat juist over deze indicatie de meningen recent zijn verschoven c.q. aan het verschuiven zijn.

OPVANG

Begin beademing

Vrijwel alle chronisch beademde patiënten zijn in een acute noodsituatie op een afdeling Intensive Care (IC) terechtgekomen. Ofschoon in vele gevallen de noodzaak tot beademing van tevoren te voorzien was geweest, werden de verschijnselen van chronische hypercapnie en hypoxie vaak jarenlang miskend. Daarom hierbij nog eens een opsomming van deze verschijnselen: malaise, nauzea, koorts, hoofdpijn, braken, vermoeidheid, concentratiestoornissen, slaapstoornissen, euforie of neerslachtigheid, transpireren, droge huid, eventueel cyanose. Het is logisch dat deze klachten vaak worden miskend, maar de patiënten plukken daar wel de wrange, soms zelfs dodelijke vruchten van. Het gevolg was dat deze patiënten acuut moesten worden opgenomen en dat in allerlei een beslissing moest worden genomen over de voortzetting van het leven, vaak buiten de (comateuze) patiënt om, door artsen die het individuele geval niet kenden en wier beeld van de chronische beademing al vele jaren niet meer aan de realiteit was aangepast.

Het is in het licht van het voorgaande wenselijk, waar mogelijk, een patiënt die in de toekomst waarschijnlijk zal moeten worden beademd, tijdig onder controle te stellen. Op het moment dat de ademhaling te zeer insufficiënt wordt kan men dan op grond van een in alle rust genomen, weloverwogen besluit al dan niet tot beademing overgaan.

Verder verdient het de voorkeur de patiënt op te nemen in een zogeheten centrum voor acute beademing (CAB). Dit zijn IC's die zijn gespecialiseerd in beademing en die een uitgebreide ervaring met en faciliteiten voor langer durende beademingsprocedures hebben. In een aantal ervan is men zich ook speciaal gaan richten op chronische beademing, zoals in het Academisch Ziekenhuis Groningen, het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Dijkzigt Ziekenhuis, als ook het Zuiderziekenhuis, beiden te Rotterdam. In deze centra weet men precies wat men deze patiënten kan bieden. Bovendien zal de chronische beademing vrijwel altijd in een van deze centra worden ingesteld en van daaruit worden vervolgd.

* Een Fokuswoning is een woning voor een gehandicapte te midden van de normale bebouwing, met faciliteiten voor hulp bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals wassen en aankleden.

Voortzetting beademing

De chronische beademing kan worden voortgezet in een eenheid voor chronische beademing (ECB) of in een zogeheten 'home-care'-situatie.

Toen in 1956 de polio-epidemie een aantal patiënten aan de chronische beademing bracht, werd, behalve voor acute opvang in een aantal centra, gezorgd voor centra waar deze patiënten voor de rest van hun leven zouden kunnen worden beademd. Dit resulteerde in een tweetal *eenheden voor chronische beademing*: De Schelp te Scheveningen en de Ark te Rotterdam, met een gezamenlijke capaciteit van 23 bedden. Enkele jaren geleden is daar een derde eenheid aan toegevoegd, en wel in het Zonnehuis te Zuidhorn (Groningen), met een capaciteit van 10 bedden. De eenheden voor chronische beademing zijn verpleeginrichtingen, vanwege de aandoening van de patiënten gericht op beademing en een goed woonmilieu.

In twee van die eenheden voor chronische beademing is in de loop van de tijd heel wat veranderd. Alleen de Ark bleef een opvang speciaal voor poliopatiënten. Uit de Schelp zijn in de loop der jaren veel poliopatiënten naar de 'home-care' vertrokken en vervangen door andere, vaak tijdelijk aanwezige patiënten. Het Zonnehuis heeft, nog meer dan de Schelp, een snelle doorstroming van patiënten, veelal op weg naar 'home-care' of in een langdurig acute beademingsprocedure verwickeld. Het Zonnehuis heeft veel weg van een eenheid voor langer durende beademingsontwenning. Het is een eenheid die er sterk op is gericht het vermogen tot herstel van de patiënt zoveel mogelijk te benutten, al is voor een enkele patiënt vooraf te voorspellen dat beademing gedurende de rest van het leven nodig zal blijven.

In verband met de speciale problemen die bij chronische beademing, en zeker bij beademingsontwenning, optreden moet een eenheid voor chronische beademing goede relaties onderhouden met een centrum voor acute beademing; daar zijn consulent-longartsen en deze centra kunnen garanties bieden met betrekking tot opname in geval van calamiteiten.

Een ontwikkeling van recentere datum is de 'home-care': het beademen van de patiënt in een omgeving naar keuze, met professionele bijstand vanuit het centrum voor acute beademing, maar waarbij de dagelijkse zorg wordt verleend door mensen die geen in beademing gespecialiseerde hulpverleners zijn, wat in

de centra voor acute beademing en de eenheden voor chronische beademing wél het geval is. Hierdoor kan de patiënt na een verblijf in een centrum voor acute beademing, eventueel na een periode in een eenheid voor chronische beademing, worden ondergebracht in een voor hem of haar optimale omgeving; meestal is dit thuis, soms in een Fokuswoning*, maar het kan ook een woonleefgemeenschap, revalidatiecentrum of verpleeghuis zijn. Indien de verzorging van de patiënt niet meer via 'home-care' kan worden opgevangen, wordt opname in een eenheid voor chronische beademing noodzakelijk.

Jammer genoeg moet worden geconstateerd dat de spreiding over het land van zowel centra voor acute beademing met chronische-beademingsactiviteiten als eenheden voor chronische beademing verre van ideaal is. Wellicht dat het met het toenemen van het aantal chronisch beademde patiënten mogelijk wordt dat meer CAB's ECB-functies gaan vervullen. Verwacht mag worden dat met het verouderen van de NMA-patiënten de vraag naar ECB-plaatsen zal toenemen; dit zou tot gevolg kunnen hebben dat de belangstelling voor beademingsontwenning van redelijk stabiele patiënten in een eenheid voor chronische beademing (in plaats van op een afdeling voor intensive care) toeneemt, aangezien dan een betere spreiding van dergelijke centra over het land mogelijk is.

BESLUIT

In het voorgaande is getracht een enigermate duidelijk beeld te schetsen van de mogelijkheden op het gebied van chronische beademing anno 1987 in Nederland. Het zou te wensen zijn dat de patiënt die een chronische respiratoire insufficiëntie ontwikkelt tijdig zou worden herkend als iemand die voor chronische beademing in aanmerking zou kunnen komen. □

Literatuur

1. Sluiter HJ et al. Beademingscentrum Groningen 1955-1985. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1986.
2. Douze JMC, Brak J. Beademd en toch fietsen? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1761-3.
3. Hylkema BS. Beademen en bedenken. Medisch Contact 1985; 40: 1185-90.

Anna Oldenhove en Mien Baart-Gregory, *Het zal de overgang wel zijn* . . . Vuga, 's-Gravenhage, 1986. ISBN 90 6095 551 X. 232 blz. Prijs f 29,50.

De schrijfsters, respectievelijk psychologe en sociologe, verbonden aan de werkgroep Vrouwenstudies in Leiden, hebben een onderzoek ingesteld naar de betekenis van de 'overgang'; een gebeurtenis die vrijwel alle vrouwen op middelbare leeftijd doormaken. In het geheel werden 46 vrouwen, allen tussen 40 en 60 jaar, die minstens zes maanden onregelmatig c.q. niet langer dan vijf jaar niet meer menstrueerden, geïnterviewd. Dit aantal moge gering zijn in vergelijking tot andere studies, die dikwijls over duizenden vrouwen refereren, de interviewtechniek maakte een zeer persoonlijke benadering mogelijk en toonde grote voordelen te hebben boven onderzoek dat op vragenlijsten is gebaseerd: via de open-interviewtechniek kon het gesprek immers ook onvermoede en onverwachte kanten uitgaan, waardoor soms fenomenen aan het licht kwamen die voor de onderzoeksters een verrassing waren.

Opvallend is dat deze onderzoeksters met hun psychosociale achtergrond zo onder de indruk zijn geraakt van de dikwijls ernstige menstruatieproblemen die een aantal vrouwen doormaakt in de periode die aan de menopauze voorafgaat. Niet alleen de onregelmatigheid en de onvoorspelbaarheid van het menstruatieproces, maar ook het soms excessieve en langdurige bloedverlies met de daaruit voortvloeiende psychologische en sociale gevolgen, doet hen veronderstellen dat deze verandering in het menstruatiepatroon de belangrijkste oorzaak is van het feit dat de premenopauzefase voor vele vrouwen tevens de bezwaarlijkste periode van de overgang is geweest. Dat psychische factoren oorzaak zouden kunnen zijn van hevig bloedverlies wordt hoogst onwaarschijnlijk geacht, terwijl het omgekeerde als veel waarschijnlijker wordt beschouwd.

Er wordt voor gepleit verschil te maken tussen verschijnselen die met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid tot de overgang behoren (veranderingen in het menstruatiepatroon in de periode vóór de menopauze, opvliegers – maximaal in de eerste twee jaren na de meno-

BOEKEN

pauze – en atrofie van het epitheel van de vagina en de lagere urinewegen) en zeer vele verschijnselen die ten onrechte aan de wissel-jaren worden toegeschreven en met levensomstandigheden en/of veroudering samenhangen.

Te vaak wordt de overgang als een kapstok gebruikt om van alles aan op te hangen. Het pleidooi voor een zorgvuldige persoonlijke benadering van iedere patiënte zonder vooroordelen, met aandacht voor de naar voren gebrachte klachten, moet iedere hulpverlener aanspreken. Of men daarbij zo ver moet gaan (als bepleit op blz. 74) het bloedverlies via de verzamelde maandverbanden te meten alvorens tot abnormaal veel bloedverlies te besluiten, is een vraag.

Wat veel vrouwen de menopauze met vreugde en voldoening begroeten mag bij de voorlichting, die nog te veel gebaseerd is op verouderde opvattingen, die in de menopauze een verlies zagen van datgene wat in een vrouw het meest waardevolle zou zijn, niet ontbreken. Dat een individuele benadering door de huisarts hierbij de voorkeur verdient boven de oprichting van speciale poliklinieken, zal menigeen uit het hart gegrepen zijn. Deze studie, die overigens pleit voor voortgezet onderzoek, kan hierbij voor velen een stimulans en een hulpmiddel zijn.

G. J. Kloosterman

Dr. J. Leurissen-Rooseboom (eindredactie), *Nieuwe wetenschappers voor de gezondheidszorg*. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987. ISBN 90 232 2249 0. 118 blz. Prijs f 25,—.

De experimentele studierichting Gezondheidswetenschappen in Maastricht telt thans zeven afstudeerrichtingen. Drie daarvan zijn gestart in 1980: Beleid en Beheer van Gezondheidszorgvoorzieningen, GVO, en Verpleegwetenschap. De overige vier zijn nog

maar pas begonnen (1984): Bewegingswetenschappen, Biologische Gezondheidskunde, Geestelijke Gezondheidskunde, Filosofie en Theorie van Gezondheidswetenschappen.

Van de eerste drie richtingen ligt nu al weer voor het derde achtereenvolgende jaar een selectie van afstudeerscripties voor ons. De onderwerpen van de tien werkstukken beslaan een zeer breed terrein. Zo vinden we onder meer studies over beleidsprocessen in instellingen, over het bezoek aan en het verwijzen door huisartsen, over de waarde van video als voorlichtingsmedium en over het meten van zelfzorgvermogen en verpleegkwaliteit.

Volgens de inleider is het de bedoeling van de bundel dat de lezer een indruk krijgt van het type doctorandus dat tot nu toe in Maastricht wordt opgeleid. Afgaande op wat hier wordt geboden lijkt de Maastrichtse doctorandus iemand die bij voorkeur enquêteert, graag met meetschaaltjes werkt, nader onderzoek gewenst acht, het jargon redelijk machtig is (of geldt dat alleen voor de begeleiders) en te weinig rekening houdt met geïnteresseerde lezers.

Wat dit laatste punt betreft: Mijns inziens mag men van publicerende onderzoekers vragen dat zij hun taal beheersen of eventueel het schrijven aan anderen overlaten. De stijl in dit boekje is soms erg stroef en de voorbeelden van onzorgvuldig formuleren zijn legio. Zo spreekt men (nota bene in de titel van een van de werkstukken) van onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid van een 'instrument' voor verpleegkwaliteit, terwijl 'meetinstrument' wordt bedoeld (pag. 99). Elders heeft men het over geprefereerde toetsingsmethoden die het hoogst scoren (p. 49). Verder wordt gesproken over het leveren van bijdragen aan geconstateerde verschillen in gebruik van voorzieningen (p. 69) en over de oplosbaarheid van factoren (p. 17). Het lijken details, maar voor mij zegt de vorm nu eenmaal veel over de inhoud. Prettig zijn overigens de duidelijke paragrafenindeling en de informatieve samenvattingen van de werkstukken. Voorts is het verheugend dat in enkele studies gebruik wordt gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals het analyseren van documenten en dossiers.

C. W. Kramers

Marktgerichte gezondheidszorg - Op 6 november a.s. houdt de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg (NVAG) in Vergadercentrum VNZ te Zeist een themamiddag over 'Overheid, gezondheidsdiensten en particulier initiatief in een marktgerichte gezondheidszorg'. Informatie: NVAG-secretaris, Mr. B. L. Berkemeier, tel. 071-178714.

Meervoudig auditief gehandicapte kinderen - Onlangs is uitgekomen het werkje 'Communicatie bij spraak-taalverwervingsstoornissen, voorwaarde voor mens-zijn'. Een verslag vanuit de praktijk over communicatie met kinderen die spraak-taalverwervingsproblemen en een lichamelijke handicap hebben. De uitgave

DIVERSEN

is samengesteld door Marian de Keizer en Mieke Leseman, medewerkers van de Stichting Bio-Kinderrevalidatie Arnhem. Het verslag is verkrijgbaar door overmaking van f 10,— per stuk op Amrorekening 457258330 of girorekening 545512. Nadere inlichtingen: Stichting Bio-Kinderrevalidatie, Wederomseweg 6, 6816 VC Arnhem, tel. 08308-8911.

Rectificatie - In MC nr. 32/1987, blz. 998 is in het eerste onderwerp van de rubriek 'Diver-

sen' de oprichting gepubliceerd van het VOH-waarnembureau 'Groningen en Drenthe'. In de vijfde regel van onderen wordt gesproken over 'artsen die formeel als huisarts werkzaam zijn', hetgeen had moeten zijn: 'Bij de databank kunnen worden ingeschreven alle artsen die formeel als huisarts zijn geregistreerd'. Voorts verdient nog vermelding dat het project wordt begeleid door een coördinatiegroep, die erop toeziet dat de organisatie verloopt overeenkomstig de regels van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Adres: Ubbo Emmiussingel 19, 9711 BB Groningen, alwaar potentiële waarnemers zich kunnen laten inschrijven. Informatie: VOH-Groningen of Drenthe, tel. 050-127072 of 05920-13008.

Nummer 34 – 21 augustus – 42e jaargang

Medisch Contact – Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

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; Mw. M. L. van Weert-Waltman en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, ondervoorzitters; J. J. Blom en J. E. Reinders, leden; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), C. F. A. Heijen (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Vroom-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. Laffr  , directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

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-Geneskundigen (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. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse.
Bureautijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 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.

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

Uit de Verenigingen

Deze rubriek valt niet onder de verantwoordelijkheid van de redactie van Medisch Contact

KNMG

Eeuwfeest Breda 31 oktober

Op zaterdag 31 oktober 1987 (en niet op 1 oktober zoals abusievelijk eerder werd vermeld) viert de KNMG-afdeling Breda en Omstreken haar eerste eeuwfeest.

Voor de ochtend is een grandioos familie sportfestijn voorzien, gevolgd door een originele KADI-lunch op de sportvelden van de

KMA te Breda. ' Middags wordt aandacht geschonken aan ontwikkelingen in de geneeskunde, zoals genetische manipulatie en ontwikkelingen die via de ruimtevaart op ons afkomen. 's Avonds is er een galafeest.

Kortom: Reserveer nu reeds zaterdag 31 oktober. Partners en kinderen zijn eveneens van harte welkom.

KNMG

Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekend maken aan potentieel geïnteresseerden. Hoe te handelen? U schrijft in telegramstijl de belangrijkste basisgegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd, geslacht en dergelijke) en stuurt die aan de KNMG, secretaris public relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor de verdere afhandeling: eventueel tekststroomlijning, publikatie en doorzending van reacties naar de inzender. Wat dat laatste betreft kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in uw mededeling. Het duurt 2 à 3 weken alvorens een dergelijke mededeling kan worden gepubliceerd. Houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG.

Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht t.a.v. de secretaris public relations (onder

vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

30. Huisarts, 20 jr., ervaring als solist en in groepspraktijk, een kwart verzekeringsgeneeskundige, zoekt werk als verzekeringsgeneeskundige. Interesse: langdurige arbeidsongeschiktheid, variaverzekering. Voorkeur: Noord-oost Nederland.

31. Basisarts, 39 jr., gehuwd, Amsterdam/Twente. Ervaring: ½ jr. verzekeringsgeneeskunde, 5 jr. interne geneeskunde (afgebroken opleiding), 1 jr. cardiologie. Bijna afgeronde studie rechtsgeleerdheid (specialismen: gezondheidsrecht, arbeidsrecht, bestuursrecht) en studie bestuurskunde. Inleiding arbeids- en organisatiepsychologie. Managementopleiding (sociale vaardigheden, inleiding informatica en automatisering, onderhandelingen, leiderschap). Interesse: managementachtige functie met stafelementen in de gezondheidszorg, liefst in ziekenhuis of bij overheid.

KNMG

Afdeling Vecht en Omstreken

Op vrijdag 2 oktober a.s. organiseert de KNMG-afdeling De Vecht en Omstreken een kringbijeenkomst met als thema het mammacarcinoom. Gelet op dit onderwerp zullen ook de leden van de aangren-

zende kring Gooi- en Eemland worden uitgenodigd. Noteert u deze datum derhalve vast in uw agenda. Nadere informatie aan beide kringen volgt via het secretariaat van afdeling De Vecht en Omstreken.

KNMG

Afdeling Emmeloord en Omstreken bestaat 25 jaar

Op 6 november 1987 organiseert de Afdeling Emmeloord en Omstreken een middagsymposium ter gelegenheid van haar 25-jarig bestaan. Mw. I. Muller-van Ast, gezondheidszorgspecialiste in de Tweede Kamer voor de Partij van de Arbeid, Prof. Dr. W. Brouwer, emeritus-hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit van Limburg, Dr. P. Th. Smit, voorzitter van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Drente en W. H. Cense, voorzitter der KNMG,

zullen vanuit hun positie spreken over het thema: 'Loven en bieden in de gezondheidszorg'.

Het symposium wordt gehouden in de schouwburgzaal van 'Het Voorhuys' te Emmeloord; aanvang 14.00 uur.

Nadere inlichtingen zijn te verkrijgen bij de secretaris van de Afdeling Emmeloord en Omstreken: W. A. de Lege, Singel 8, 8321 GT URK, tel. 05277-1224.

KNMG

Commissie Coördinatie Ontwikkeling Informaticabeleid

De Commissie Coördinatie Ontwikkeling Informaticabeleid (CCIB) heeft zich de laatste jaren in het bijzonder gericht op de privacy-aspecten van de informatica. Dit heeft geresulteerd in de handleiding die voor het maken van privacyreglementen is opgesteld en gepubliceerd in Medisch Contact van 2 mei 1986. Momenteel functioneert de CCIB voornamelijk als stand-by. De leden van deze commissie stellen het derhalve op hoge prijs om op de hoogte te worden gehouden van

alle initiatieven in den lande die te maken hebben met informatica. Concept-privacyreglementen kunnen ter beoordeling en advisering aan het KNMG-secretariaat worden toegestuurd. Bovendien is de CCIB bereid om KNMG-vertegenwoordigers in allerlei advieslichamen desgevraagd op ad hoc basis te adviseren bij privacyvraagstukken op het gebied van de medische informatica. De CCIB bemoeit zich uitdrukkelijk niet met de technische aspecten van de automatisering.

KNMG

'Ongelijkheid in gezondheid'; thema-avond 4 november 1987

Het ministerie van WVC en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) hebben dit voorjaar een conferentie gehouden over de ongelijke verdeling van gezondheid. De aanleiding voor de conferentie was de constatering dat uit nationale en internationale rapporten blijkt dat er (nog steeds) gezondheidsverschillen zijn naar sociaal-economische status, maar dat dit nog niet heeft geleid tot actieve stappen om hieraan iets te doen. Belangrijke zaken die aan het eind van de conferentie konden worden geconcludeerd:

- het probleem wordt als een reëel probleem ervaren;
- Nederland loopt achter met onderzoek op dit terrein; en
- het probleem vraagt continue aandacht.

Gezien het feit dat sociaal-geneeskundigen zich met name bezighouden met de relatie tussen de mens en zijn werk- en leefmilieu is dit de beroepsgroep die zich bij uitstek met de problematiek rond de opheffing van ongelijkheid in gezondheid bezig zou moeten houden. Daarom heeft het bestuur van de LVSG besloten op 4 november aanstaande een thema-avond aan dit onderwerp te wijden. De hoogleraren Dr. J. T. Allegro en Dr. P. van der Maas zijn bereid gevonden een inleiding te houden. Collega R. H. Levi, directeur van de Provinciale Raad voor de

Volksgezondheid van Noord-Holland, zal optreden als voorzitter van de thema-avond en als discussieleider.

Voor de vergadering worden uiteraard alle LVSG-leden uitgenodigd. Daarnaast zullen verenigingen worden uitgenodigd zoals KNMG, LAD, LHV, LSV, beroepsspecifieke verenigingen van sociaal-geneeskundigen, etc. Ook niet-KNMG-leden zijn welkom. Aan hen zal een kleine bijdrage in de kosten worden gevraagd; gedacht wordt aan een bedrag van circa f 15,—.

De openbare thema-avond, die om 19.00 uur begint, volgt op de Algemene Ledenvergadering, die eveneens op 4 november wordt gehouden. De Algemene Ledenvergadering is alléén toegankelijk voor LVSG-leden en begint om 16.30 uur.

Nadere informatie over de thema-avond alsmede een definitief programma kan worden verkregen bij het bureau van de LVSG, tel. 030-823208/203, ('s morgens van 09.00-12.00 uur).

Degenen die reeds nu meer over het onderwerp willen lezen worden verwezen naar de artikelen van de hoofdredacteur van Medisch Contact en van B. Wijnberg en W. Joling in Medisch Contact nummer 28 d.d. 10 juli 1987, alsmede naar het rapport van de conferentie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 'De ongelijke verdeling van gezondheid', Staatsuitgeverij nr. V 58, 1987.

LAD

Mogelijkheden voor werkzoekende artsen in Engeland

De vacaturebank voor artsen wordt de laatste tijd in toenemende mate benaderd door Engelse ziekenhuizen om in hun vacatures te voorzien. Gevraagd worden voornamelijk junior- en senior house-officers. Vrij vertaald naar Nederlandse maatstaven betekent dit banen variërend van senior co-assistent tot arts-assistent met enige ervaring. Nederlandse basisartsen kunnen daarom vaak al snel in aanmerking komen voor een functie van senior house-officer. De ervaring die de Nederlandse arts als co-assistent opdoet vóór het behalen van het artsdiploma wordt in Engeland als zeer waardevol beschouwd.

De vacatures doen zich met name voor in niet-opleidingsziekenhuizen. Als gevolg van het van kracht worden van de nieuwe emigratiwet is de toevloed van medisch studenten uit de dominians aanzienlijk teruggelopen. Dat betekent dat meer Engelse artsen op zoek naar een opleidingsplaats kunnen doorstromen naar een opleidingsziekenhuis. Daardoor komen plaatsen in de perifere ziekenhuizen vrij.

Ook twee Engelse uitzendbureaus hebben inmiddels met de vacature-

bank contact gezocht. Er doen zich regelmatig mogelijkheden voor om als 'locum' voor de periode van één maand te worden uitgezonden. Vaak wordt zo'n contract van een maand door het ziekenhuis zelf verlengd tot vijf à zes maanden. Dat betekent dan wel dat de arts in de maanden volgend op de eerste plaatsing via het uitzendbureau, gesalarieerd wordt conform de schalen van het NHS.

Opleidingsplaatsen zijn doorgaans niet beschikbaar. Daarbij moet worden bedacht dat de Engelse specialistenopleiding heel anders is gestructureerd dan de Nederlandse. Het kan soms wel 12 jaar duren voor men de rang van 'consultant' heeft bereikt.

Bij de afweging, al of niet werk in Engeland te aanvaarden, zou men kunnen bedenken dat de ervaring opgedaan in een Engels ziekenhuis bij een latere sollicitatie in Nederland uitstekend van pas kan komen. Geïnteresseerde artsen kunnen zich wenden tot de vacaturebank voor artsen, Postbus 20058, 3502 LB te Utrecht, tel. 030-823307, of tot het secretariaat van de LAD, tel. 030-823344.

HRC

Jaarverslag 1986

Inleiding

Een terugblik op het jaar 1986 vanuit de optiek van de Huisarts Registratie Commissie kan niet anders dan beginnen met het vermelden van de blikvanger van het jaar: het CHG-besluit no. 2-1986, dat bepalingen bevat voor een meerjarige – i.c. driejarige – beroepsopleiding tot huisarts. Dit besluit berust op de dertien rapporten die de projectgroep Curriculum Constructie Beroeps Opleiding tot Huisarts aan het College Huisartsgeneeskunde heeft uitgebracht.

De Huisarts Registratie Commissie heeft grote waardering voor de deskundigheid en de voortvarendheid waarmee de rapporten zijn opgesteld. Hiermee is een basis gelegd voor een duidelijke kwaliteitsverbetering van de opleiding tot huisarts. Het zou, gezien de onderlinge samenhang van de duur van de opleiding, de opleidingscapaciteit, de inhoud van de opleiding en de beschikbare middelen voor de opleiding betreurenswaardig zijn indien ten gevolge van beperkte middelen juist de beoogde kwaliteitsverbetering zou moeten worden geofferd.

Voortgaande ontwikkeling van evaluatie- en toetsingsinstrumenten door gezamenlijke inspanningen van de Universitaire Huisarts Instutten ziet de Huisarts Registratie Commissie als essentieel in het kader van toekomstige ingangs- en uitgangstoetsen van onderwijsprocesevaluaties. De kwaliteitscontrole en -verbetering die hieruit kunnen voortvloeien dienen bepaald niet te worden geofferd op het blok van de universitaire bezuinigingen.

Positief is de Huisarts Registratie Commissie ook gestemd over het feit dat de Stichting Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning Huisartsen een gezonde financiële basis heeft gekregen en een vorm kan ontwikkelen waarbij het niveau van de praktiserende huisartsen kan worden onderhouden, behouden en aangepast aan toekomstige ontwikkelingen.

Terugblikkend zien wij echter ook een aantal initiatieven en ontwikkelingen die een onzeker toekomstbeeld bieden. Hiervan kunnen worden genoemd:

- Het initiatief de toelating tot de beroepsopleiding mede afhankelijk te stellen van huisartsgeneeskundig relevante toetsen dreigt pas op langere termijn realiseerbaar, zodat bij een noodzakelijke capaciteitsinkrimping voorlopig loting het doorslaggevende selectie-instrument zal zijn. Op welke wijze, in welke omvang en met welke middelen de HRC hierbij zal zijn betrokken stond eind 1986 geenszins vast.

- Het initiatief de toelating tot alle medische vervolgoopleidingen centraal vorm te geven onder auspiciën van de KNMG op grond van beroepskrachtenplanning en opleidingsbehoefteramingen stagneert, mede doordat andere vervolgoopleidingen dan die in de huisartsgeneeskunde zich blijkbaar minder betrokken voelen bij het lot van degenen die wachten op een vervolgoopleiding en/of van de artsen die na het volgen van een specifieke vervolgoopleiding op dat specifieke terrein geen ontplooiing kunnen vinden. Het blijft dan ook onzeker of de Huisarts Registratie Commissie bij de inventarisatie en registratie van de wachtenden en het toewijzen van opleidingsplaatsen enige rol zal moeten vervullen.

- De ontwikkeling met betrekking tot het CHG-besluit 'Verloskundige ervaring', waarbij medisch specialisten de gevraagde verklaringen over verrichte bevallingen weigeren ten behoeve van aanstaande huisartsen af te geven.

- De ontwikkeling op basis van de ideeën van de minister van O en W met betrekking tot 'selectieve krimp en groei', waarbij binnen een aantal medische faculteiten aan zogeheten fundamenteel onderzoek verre de prioriteit wordt gegeven boven essentieel onderwijs en waarbij reeds bij de aanvang van de medische opleiding een keuze voor een bepaalde universiteit zou kunnen betekenen een keuze voor een beperkt aantal vervolgoopleidingen.

- De ontwikkeling dat onder regelmatig als huisarts werkzaam zijn

begrepen zal kunnen worden het regelmatig volgen van bij- en nascholing. Op zich een waardevolle ontwikkeling, aangezien de mogelijkheden tot het volgen van bij- en nascholing in voldoende mate en kwaliteit worden aangeboden. Het is echter nog heel onduidelijk in hoeverre de Huisarts Registratie Commissie bij toetsing en registratie van bij- en nascholing kan worden betrokken.

- De ontwikkelingen met betrekking tot een specifieke registratie als verpleeghuisarts die in 1984 de gemoederen van de HRC bezighielden bleven in 1986 buiten ons gezichtsveld. Het is dan ook nog geheel onzeker of/en in welke omvang de HRC hierbij zal worden betrokken.

- De ontwikkelingen met betrekking tot al dan niet 'wilde' vestigingen van huisartsen vóór het van kracht worden van de wettelijke vestigingsregelingen voor huisartsen, waarbij de vraag rijst of het part-time opstarten van een huisartspraktijk met geringe groei kansen wel kan worden beschouwd als het regelmatig als huisarts werkzaam zijn, respectievelijk het in de herziene richtlijnen 1983 daarmee verbonden begrip 'zelfstandig gevestigd huisarts' waarmaakt.

- De ontwikkeling met betrekking tot de overhead-kosten die het secretariaat van de KNMG de HRC in rekening brengt, waarbij juist deze kosten een bovenproportionele groei laten zien, terwijl daar slechts spaarzame en onvoldoende administratieve ondersteuning tegenover staat, hetgeen dan ook op korte termijn om verbetering vraagt. De verwachting is dat in 1987 het bureau van de HRC wel de beschikking krijgt over tijd- en energiebesparende apparatuur.

1. Inschrijving in het opleidingsregister

In 1986 zijn 459 artsen ingeschreven in het opleidingsregister (in 1985 – 472; in 1984 – 502; in 1983 – 506; in 1982 – 463 en in 1981 – 452), onderverdeeld naar de onderscheiden opleidingsinstutten:

Amsterdam UvA	60
Amsterdam VU	49
Groningen	58
Leiden	60
Maastricht	30
Nijmegen	72
Rotterdam	66
Utrecht	64
totaal	459

In 1986 stakten 16 artsen de huisartsopleiding voordat deze was voltooid; bij het UHI van de UvA te Amsterdam 2; bij het HIVU 1; bij het UHI te Groningen 2; bij het UHI te Leiden 2; bij het UHI te Maastricht 1; bij het UHI te Nijmegen 4; bij het UHI te Rotterdam 2; en bij het UHI te Utrecht 2.

2. Inschrijving in het register van erkende huisartsen

In totaal zijn in 1986: 435 artsen opgenomen in het register van erkende huisartsen.

- Na het voltooien van de opleiding in Nederland zijn in 1986: 424 artsen ingeschreven (in 1985 – 491; in 1984 – 508; in 1983 – 444; in 1982 – 499 en in 1981 – 398).

- Op grond van de overgangsbepalingen in het Huishoudelijk Reglement der KNMG hoofdstuk XVI deel C art. III zijn 5 artsen ingeschreven.

- Op grond van de Richtlijn 76/362 van de Europese Gemeenschappen en de desbetreffende bepalingen uit het CHG-besluit no. 1/1984 werden 4 artsen uit andere lid-staten van de EG ingeschreven.

- Na het voltooien van de opleiding in het buitenland zijn in 1986 2 artsen ingeschreven.

3. Uitschrijving uit het register van erkende huisartsen

Op grond van art. 1122 van het HR der KNMG werd na toetsing aan de herziene richtlijnen 1983 van 310 artsen de inschrijving beëindigd (in 1985 – 469; in 1984 – 390; in 1983 – 295; in 1982 – 279 en in 1981 – 270).

4. Afwijkende opleiding

In het verslagjaar is er voor één arts gelegenheid geweest zich te laten inschrijven na het volgen van een afwijkende opleiding.

5. Visitaties en hervisitaties van huisartsopleiders en andere opleiders c.q. instellingen

VISITATIE-COMMISSIES	VISI-TATIES	HERVI-SITATIES	INSEL-LINGEN	TOTAAL
Amsterdam UvA	5	9	2	16
Amsterdam VU	6	8	–	14
Groningen	11	18	2	31
Leiden	9	5	–	14
Maastricht	7	–	–	7
Nijmegen	9	9	–	18
Rotterdam	9	–	7	16
Utrecht	11	10	–	21
totaal	67	59	11	137

6. Visitaties universitaire huisartsinstituten

In 1986 zijn zes van de acht universitaire huisartsinstituten gevisiteerd. Aanleiding daartoe was in alle gevallen het naderend verlopen van de erkenningstermijn als opleidingsinstituut en de noodzaak van voorbereiding op een meerjarige beroepsopleiding. Bij veel universitaire huisartsinstituten speelden bovendien dreigende formatie-inkrimpingen- en of budgetbeperkingen in het kader van de taakverdeling en concentratieoperatie in het hoger onderwijs een rol. Vastgesteld werd dat bij één van de UHI-en de formatieomvang en -ontwikkeling van dien aard was dat de Huisarts Registratie Commissie heeft moeten besluiten de opleidingscapaciteit – vooralsnog voor de tijd van één jaar – met één groep te verminderen. De HRC zal de ontwikkelingen nauwkeurig volgen.

Bij een ander UHI bleek 25% van de formatieomvang op korte termijn te worden bedreigd, hetgeen voor een serieuze voorbereiding op de meerjarige beroepsopleiding en voor het ontplooiën van wetenschappelijke activiteiten binnen de beroepsopleiding de nekslag zou kunnen betekenen.

Bij weer een ander UHI bleek dat 50% van de formatie van de basisopleiding, met name het aandeel ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, op de tocht werd gezet. Ook hier werd dus de wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde en van het te bieden onderwijs ernstig bedreigd.

Last but not least vernam de HRC kort na een bevredigende visitatie dat in één van de universiteitssteden een volledige opheffing van de vakgroep Huisartsgeneeskunde dreigde.

Het is hoopgevend dat KNMG, CHG, LHV en perifere huisartsen met klem tegen deze voornemens hebben geprotesteerd.

7. Overleg met de coördinatoren van de afdeling Beroepsopleiding tot Huisarts van de universitaire huisartsinstituten

Op 2 oktober 1986 kwam de Commissie van Uitvoering voor een periodiek overleg bijeen met de coördinatoren van de beroepsopleiding tot huisarts. Hierbij werd van gedachten gewisseld over de volgende onderwerpen:

- de naderende visitatieronde en probleemsituaties;
- vermindering van de capaciteit van de beroepsopleiding tot huisarts;
- behoud van vaardigheden na de beroepsopleiding tot huisarts;
- het tijdig afgeven van verklaringen ex CHG-besluit no. 2-1983, art. D.5, 1 t/m 4;
- objectivering van de beoordeling van artsen in opleiding die tijdens

- de opleiding slechts weinig positieve vorderingen maken;
- het combineren van de functies huisarts-opleider en huisarts-groepsbegeleider.

In een prettige atmosfeer heeft het overleg geleid tot verheldering van verschillende invalshoeken en bevestiging van de goede verstandhouding tussen UHI-en en HRC.

8. Overleg met de secretarissen en leden van de Visitatie Commissies bij de universitaire huisartsinstituten

Op 13 maart 1986 kwam de Commissie van Uitvoering bijeen met de leden van de Visitatie Commissies. Onderwerp van overleg waren:

- evaluatie van het visitatiegebeuren;
- visitatie-ervaringen met één en/of twee visitatoren;
- budgettaire beperkingen met betrekking tot visitaties;
- het vernieuwde reglement met betrekking tot de Visitatie Commissies;
- herziening van het visitatieformulier;
- eisen te stellen aan de praktijkassistenten in de huisarts-opleiders-praktijk;
- visitatiecasuïstiek.

9. Contacten met het College Huisartsgeneeskunde

Evenals vorig jaar woonde de secretaris van het CHG als adviseur de HRC-vergaderingen bij, terwijl de secretaris van de HRC de vergaderingen van het CHG bijwoonde. Voor een doelgerichte en doelmatige werkwijze blijkt dat vruchtbaar, stimulerend en soms relativerend. Met name mag hierbij worden genoemd de ontwikkeling van het project Curriculum Constructie Beroepsopleiding Huisarts, de voorbereiding van het besluit meerjarige opleiding en de voorbereiding tot beperkte toelating tot de opleiding.

10. Beroepszaken

In 1986 deed de Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde geen uitspraak over de aanhangig gemaakte beroepszaken tegen een HRC-besluit tot uitschrijving uit het register van erkende huisartsen. Wel werden eind 1986 twee beroepszaken ter zitting behandeld. In beide gevallen betrof het artsen die hoofdzakelijk als arts werkzaam waren bij een CAD, doch daarnaast nog enige werkzaamheden op het gebied van de huisartsgeneeskunde verrichtten. Een derde aanhangig gemaakt beroep betreft een persoon van de Duitse nationaliteit die in Nederland werd bevorderd tot arts en zich nadien – kortstondig – vestigde als huisarts in Duitsland. Vervolgens beoogde betrokkene inschrijving in het register van erkende huisartsen in Nederland zonder het volgen van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts, hetgeen naar het oordeel van de HRC niet in overeenstemming is met de EEG-richtlijn 75/362 en 75/363 of met het Huishoudelijk Reglement van de KNMG.

11. Samenstelling van de Huisarts Registratie Commissie

In de vacatures van J. M. Paauw en A. W. Huisman werd in de loop van 1986 voorzien, terwijl het plaatsvervangend lid Prof. Dr. D. Vroege om gezondheidsredenen tussentijds werd opgevolgd.

De samenstelling van de Huisarts Registratie Commissie was aan het eind van het verslagjaar als volgt:

H. G. Bessem*, voorzitter, LHV, plv.lid W. Derksen
Mw. T. H. van Leersum, LHV, plv.lid W. A. van Ommeren
J. Huls*, NHG, plv.lid M. Th. M. Cottaar
E. D. van der Snoek, NHG, plv.lid W. H. Plomp
Dr. B. J. M. Aulbers, Med. Fac., plv.lid Dr. E. Schadé
J. Schuling*, Med. Fac., plv.lid F. Almekinders
N. A. Meursing, LVSG, plv.lid J. A. J. van Poppel
A. Houwing, LSV, plv.lid E. T. Walbeehm
L. G. Oltmans*, huisarts, secretaris
Mw. Mr. H. A. van Andel, adviseur namens het CHG.

* lid van de Commissie van Uitvoering uit de HRC.

12. Vergaderingen en secreteriatwerkzaamheden

De Huisarts Registratie Commissie vergaderde vijf maal. De commissie van Uitvoering vergaderde zes maal waaronder twee vergaderingen met coördinatoren, respectievelijk Visitatie Commissies, zoals hierboven vermeld.

In 1986 werden acht hoorzittingen gehouden. Zes maal betrof het het voornemen van de HRC de inschrijving in het register van erkende huisartsen te beëindigen, éénmaal betrof het een bezwaar van een

aspirant huisarts-opleider tegen het uitgebrachte advies van de Visitatie Commissie, waartoe ook laatstgenoemde commissie werd gehoord.

Het bureau behandelde 1.918 ingekomen stukken en 2.698 uitgaande stukken.

Het aantal vergaderstukken (agenda's, notulen, correspondentie) bedroeg 151.

L. G. Oltmans, huisarts, secretaris



Besluit no. 3-1987: Revalidatiegeneeskunde

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit no. 3-1987 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme revalidatiegeneeskunde bevat.

Het besluit treedt in werking op 24 augustus 1987.

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

Besluit no. 3-1987: Revalidatiegeneeskunde

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 20 oktober 1986;

gelet op besluit no. 3-1977 juncto besluit no. 5-1978 bevattende de opleidingseisen voor het specialisme revalidatie; overwegende dat deze opleidingseisen enige herziening en tekstuele aanpassing behoeven;

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde op 27 november 1985 hiermee haar instemming heeft betuigd;

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

de besluiten no. 3-1977 en no. 5-1978 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen. De naam van het specialisme revalidatie wordt revalidatiegeneeskunde.

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme revalidatiegeneeskunde bedraagt vier jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit no. 2-1966 – laatstelijk gewijzigd bij besluit no. 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 kan, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsrichting te weten: – een algemeen ziekenhuis met een afdeling revalidatiegeneeskunde; – een klinisch revalidatiecentrum; – een poliklinisch revalidatiecentrum.

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

- f. erop toezien dat de assistent-geneeskundige de zorg heeft voor het aantal patiënten genoemd in de bijzondere eis C.11.
- g. erop toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de revalidatiegeneeskunde betreffende een voordracht houdt of een artikel in een medisch vakblad publiceert.

B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. In een algemeen ziekenhuis moet voor het specialisme revalidatiegeneeskunde:

- a. het aantal klinische patiënten voor eigen opname en/of medebehandeling of intercollegiaal consult per jaar ten minste 120 zijn, onder wie zowel volwassenen als kinderen; het aantal medebehandelingen moet ten minste 100 zijn;
- b. een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven poliklinische patiënten per jaar ten minste 300 zijn;
- c. de mogelijkheid bestaan voor niet-klinische revalidatiebehandeling.
2. Voor een klinisch revalidatiecentrum geldt het volgende:
 - a. het aantal opnamen per jaar moet ten minste 120 zijn;
 - b. een polikliniek dient ter beschikking te staan van de opleider, onder andere voor de nazorg van de klinische en niet-klinische revalidatiepatiënten;
- c. is het een centrum voor kinderen, dan moeten er per jaar ten minste 120 kinderen in klinische en/of niet-klinische revalidatiebehandeling zijn, zulks mede met het oog op het onderwijs van de te revalideren kinderen.
3. In een poliklinisch revalidatiecentrum moet het aantal nieuw ingeschreven patiënten voor niet-klinische revalidatiebehandeling ten minste 300 zijn.

C. Te stellen aan de opleidingsinrichting

In de algemene eis van C.1. sub a wordt voor een algemeen

ziekenhuis met een afdeling revalidatiegeneeskunde, radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Aan de algemene eis van *C.1. sub b* wordt toegevoegd dat het algemene ziekenhuis de beschikking moet hebben over faciliteiten voor maatschappelijk werk, fysiotherapie en ergotherapie.

Ingevolge *C.2.* van de algemene eisen is voor een algemeen ziekenhuis met een afdeling revalidatiegeneeskunde bovendien het volgende vereist:

- a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen kindergeneeskunde, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie) en orthopedie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
- b. Als consulent moeten regelmatig kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, keel-neus-oorheelkunde, neurochirurgie, oogheelkunde, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), reumatologie en urologie in het register zijn ingeschreven.
- c. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.
- d. Ter beschikking moeten staan de diensten van een psycholoog, een logopedist, een orthopedisch instrumentmaker, een orthopedisch schoentechicus en een adaptatietechicus.

Ingevolge *C.3.* van de algemene eisen is het volgende vereist:
1. Wat betreft de erkenning als opleidingsinrichting van een klinisch revalidatiecentrum:

- a. In het centrum moeten regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), oogheelkunde, orthopedie, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), reumatologie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
- b. Aan het centrum moeten zijn verbonden faciliteiten voor psychosociale begeleiding omvattend maatschappelijk werk en psychologie (bij kinderen en/of pedagogie), voor fysiotherapie, ergotherapie en logopedie.
- c. Aan het centrum moeten ter beschikking staan:
 - een pathologisch-anatomisch, een bacteriologisch-serologisch en een klinisch-chemisch laboratorium;
 - een afdeling voor radiodiagnostiek;
 - een orthopedisch instrumentmaker en een orthopedisch schoentechicus, alsook een adaptatietechicus;
 - onderwijsfaciliteiten ten behoeve van de patiënten.

2. Wat betreft de erkenning als opleidingsinrichting van een poliklinisch revalidatiecentrum:

- a. In het centrum moeten regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak neurologie), oogheelkunde, orthopedie, plastische chirurgie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten (hoofdvak psychiatrie), reumatolo-

gie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

- b. Aan het centrum moeten verbonden zijn faciliteiten voor maatschappelijk werk, voor fysiotherapie en ergotherapie.
- c. Aan het centrum moeten ter beschikking staan:
 - een bacteriologisch-serologisch en een klinisch-chemisch laboratorium;
 - een afdeling voor radiodiagnostiek;
 - de diensten van een psycholoog, een logopedist, een orthopedisch instrumentmaker, een orthopedisch schoentechicus en een adaptatietechicus.
 - onderwijsfaciliteiten ten behoeve van de patiënten.

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

1. Een algemeen ziekenhuis moet voor de revalidatiegeneeskunde beschikken over klinische medebehandelingsfaciliteiten.
2. Voor een klinisch revalidatiecentrum geldt het volgende: het centrum moet beschikken over ten minste 40 bedden. Is het een centrum voor volwassenen en kinderen dan is dit aantal ten minste 50. Is het een centrum voor kinderen dan moet het aantal ten minste 30 zijn.
3. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg hebben voor ten minste 20 en ten hoogste 40 patiënten.
4. In de opleidingsinrichting moet behalve de erkende opleider ten minste één specialist die voor het specialisme revalidatiegeneeskunde in het register van erkende specialisten is ingeschreven evenals de opleider, in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.
5. De ratio specialisten: assistent-geneeskundigen dient ten minste 1:1 te zijn.

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

1. In de bibliotheek van de opleidingsinrichting moeten ten minste acht vaktijdschriften welke de volle breedte van de revalidatiegeneeskunde bestrijken, aanwezig zijn, alsmede moderne naslagwerken; een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.
2. Het instrumentarium van de opleidingsinrichting moet voldoende zijn voor het uitoefenen van de revalidatiegeneeskunde, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie.

OPLEIDINGSSCHEMA

I. De assistent-geneeskundige dient zich door praktisch werk en door het volgen van cursorisch onderwijs de in de revalidatiegeneeskunde gebruikelijke methodische aanpak van diagnostiek en behandeling van dreigende en blijvende beperkingen en hun gevolgen voor het maatschappelijk functioneren van de patiënt en van de samenwerking met c.q. coördinatie van de werkzaamheden van de daarbij betrokken personen en instanties, eigen te maken.

De assistent-geneeskundige moet zich kennis van en vaardigheden in de aanpassing aan de handicap van de patiënt en zijn omgeving, in technische zowel als in psychosociale zin, verwerven; hij dient kennis en vaardigheid te krijgen in de fysische geneeskunde voor zover van belang voor de revalidatiegeneeskunde en kennis van de mogelijkheden van de fysiotherapie, de ergotherapie, de logopedie, alsook van de mogelijkheden van de orthopedisch instrumentmaker, de orthope-