



redactioneel

- Abortus is weer volop in het nieuws: diverse aspecten – ingeleid met een redactioneel hoofdartikel – komen in dit nummer uitvoerig aan de orde:
- Het kabinet-Van Agt heeft ingestemd met een ontwerp van Wet afbreking zwangerschap, zoals dat is voorbereid door de ministers Ginjaar van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en De Ruiter van Justitie. Op een persconferentie hebben deze bewindslieden het wetsontwerp nader toegelicht.
- Binnen het Nederlandse cliëntenbestand van de abortuspoliklinieken tekenen zich steeds duidelijker enkele risicogroepen af. Dit blijkt uit het verslag over de hulpverlening in (15 van de 20) abortuspoliklinieken in ons land in 1977.
- In vergelijking met andere landen is abortus in Nederland een randverschijnsel. Aldus Dr. E. Ketting, kersvers gepromoveerd op een analyse van de maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland. Een overname van de functie van gespecialiseerde abortuspoliklinieken door ziekenhuizen vindt hij bij de huidige stand van zaken nauwelijks wenselijk, omdat in verschillende opzichten de aparte poliklinieken een betere setting bieden.
- Na vijf jaar 'Bloemenhove' is een kliniek gerealiseerd die in zijn soort geldt als een van de belangrijkste in Europa. Voor de uitvoering van de late abortus is een specifiek voorzieningenpakket nodig. Vooral op de begeleiding komt het aan. De 'Bloemenhove'-leiding, de heren Kause en Van den Bergh, verantwoorden zich.
- Iets anders: P. J. Stolk, directeur van het Sint-Joris-Gasthuis te Delft, vraagt of de echte psychiater wil opstaan en betoogt dat een deugdelijke universitaire opleiding tot psychotherapeut dringend gewenst is.
- Nog iets anders: Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen brengt verslag uit van een bijeenkomst van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding en constateert dat dit comité in een belangrijke actieve fase is gekomen.
- Tenslotte iets geheel anders: de gemeenschappelijke LHV/LAD-Commissie Huisartsen in Dienstverband laat in het officieel gedeelte haar eindrapport afdrukken en biedt daarmee informatie over de rechtspositie en het functioneren van de huisarts in dienstverband.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1494
<i>Inzenders: Dr. C. de Monchy, Dr. H. Blijham, H. L. Steendijk, A. van der Marel, H. Th. P. Cremers, Dr. Ashfaq Ahmad</i>	
Kabinet-Van Agt stemt in met wetsontwerp afbreking zwangerschap	1499
Abortushulpverlening in 1977; verslag permanente registratie	1502
Van misdrijf tot hulpverlening; maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland geanalyseerd	1503
Vijf jaar Bloemenhovekliniek, door J. Kause en A. S. van den Bergh	1505
Behoeftte aan abortushulpverlening in Nederland	1508
Wil de echte psychiater opstaan?, door P. J. Stolk	1509
Uitspraak Raad van Beroep: huisarts reageerde te radicaal	1512
Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding in de EEG, door Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen	1514
OFFICIEEL	1517
Inhoudsopgave officieel	1528



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgave

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

GEEN CURATIEVE ADOLESCENTENARTS?

Het KNMG-Ledencongres in Arnhem van 5 en 6 oktober jl. heeft een record aantal deelnemers getrokken. Dit mag enkele organisatoren, die zich voor onverwachte logistieke problemen zagen gesteld (waar zij zich overigens op bewonderenswaardige wijze uit gered hebben), misschien soms wat hebben verdrotten, voor alle initiatiefnemers zal deze deelname ongetwijfeld en terecht een groot succes hebben betekend. Het is in ieder geval een duidelijk teken geweest, dat de keuze van het onderwerp een schot in de roos was. Men mag hieruit afleiden dat de adolescent in de geneeskunde een zeer algemeen probleem vormt, dat door alle specialismen en werkt terreinen heen loopt.

Het lijkt mij zinnig, even wat nader bij dit punt stil te blijven staan. Indien alleen al de aankondiging van het onderwerp 'De adolescent in de geneeskunde' een zoveel groter aantal deelnemers blijkt te kunnen aantrekken dan vorige congres thema's, die eveneens verondersteld mochten worden zich in een brede belangstelling van de medici te kunnen verheugen, dan is de conclusie gerechtvaardigd dat er heden ten dage veel artsen zijn die problemen hebben in hun contacten met adolescenten en behoefte hebben aan wijze raad en bijstand van mensen met meer ervaring op dit gebied. In het Nederlandse taalgebied verschijnen slechts zeer sporadisch medische publikaties die zich met deze specifieke problemen bezighouden. Toch bestaat er kennelijk, gezien de grote toeloop naar dit congres, een algemene behoefte aan meer informatie en meer deskundigheid op dit gebied.

Wanneer een zoveel groter aantal artsen dan anders naar een jaarcongres komt dat een onderwerp behandelt waarover zo weinig wordt gepubliceerd, dan is er maar één conclusie mogelijk: er bestaat een lacune, die nodig moet worden opgevuld. Deze lacune in specifiek medische ervaring met adolescenten in brede zin was op het congres dan ook duidelijk merkbaar. Bij meerdere sprekers viel niet uit de tekst van hun voordracht op te maken wat het congres thema was, enkelen verdedigden zelfs benaderingswijzen die de essentie van het congres thema, namelijk dat de adolescent een eigen benaderingswijze

nodig heeft, leken te ontkennen.

En toch zijn er in de praktijk van de gezondheidszorg een aantal signalen te onderkennen die er op wijzen dat de noodzaak voor een speciale benaderingswijze van de adolescent met een gezondheidsprobleem wordt onderkend. Wij behoeven daarvoor maar te kijken naar het groeiend aantal grotere ziekenhuizen dat over een 'tienerafdeling' beschikt. In enkele ziekenhuizen worden speciale 'tiensprekuren' gehouden. De gynaecologische en zwangerschapspreventie-problemen bij jonge meisjes worden als specifieke, leeftijdsgebonden problemen onderkend, die behalve een eigen medisch-fysiologische ook een eigen psychologische benaderingswijze vereisen, etc.

Men kan eigenlijk stellen, dat ieder medisch probleem dat zich in de overgangsfase van kind naar volwassene voordoet een fase-gebonden, eigen kleur heeft die, onafhankelijk van de aard van het medische probleem, een bepaalde benaderingswijze van de arts vergt om alle facetten van dit probleem recht te doen wedervaren, inclusief die facetten die op het moment van het consult voor patiënt en omgeving nog onduidelijk waren. Hiervoor zijn bij de arts bepaalde eigenschappen nodig, die in aanleg weliswaar in zijn persoonlijkheidsstructuur aanwezig moeten zijn maar die door ervaring en studie kunnen worden ontwikkeld. Er is in Nederland momenteel zowel een gebrek aan artsen met grote ervaring op dit gebied als een gebrek aan kanalen waarlangs anderen van die ervaring kunnen leren. Dit is de les, die het KNMG-congres ons heeft geleerd.

Moet er nu een 'specialist voor adolescentengeneeskunde' komen? Neen. Meinders heeft in zijn slotwoord tot de congressisten dit concept zeer terecht verworpen. Het probleem van de adolescent trekt als een rode draad verticaal door de hele echelonering van onze gezondheidszorg heen, ongeacht specialisatie. Nogmaals: het aantal congresgangers bewijst dit. Maar anderzijds zal het onontkoombaar zijn, dat er een reservoir wordt gevormd van ervaring met adolescentenproblemen in de

doorlezen naar blz. 1496.

ABORTUS

Een ontwerp van Wet afbreking zwangerschap, voorbereid door de ministers Ginjaar en De Ruiter, ligt ter bestudering bij de Raad van State. De precieze inhoud is nog niet bekend. Wel hebben de ministers de belangrijkste items van dit wetsontwerp publiek gemaakt (blz. 1499). Naast deze gegevens biedt de redactie aan de hand van enkele zojuist verschenen publikaties de lezer inzicht in het reilen en zeilen van abortus provocatus in Nederland.

Hoewel volgens de letter van de wet abortus provocatus is verboden, heeft zich in ons land een praktijk ontwikkeld alsof er geen abortuswetgeving bestaat. Weliswaar zijn er op grond van de bestaande abortuswetgeving enkele justitiële interventies geweest, maar deze hebben de gang van zaken nauwelijks beïnvloed. Abortus provocatus is in Nederland, gezien vanuit het handelen van overheid en Justitie, benaderd als iedere andere medische ingreep. Daar waar onverantwoord handelen werd vermoed was het de Inspectie Volksgezondheid die een onderzoek instelde en eventueel maatregelen nam of liet nemen. Een gang van zaken die ook op andere terreinen van het medisch handelen niet onbekend is.

Abortus provocatus is in Nederland maximaal geliberaliseerd. Het is dan ook gewenst dat de wetgeving eindelijk wordt aangepast. Het is uiteraard verleidelijk, de Nederlandse situatie te vergelijken met die in andere landen waarin eveneens sprake is van liberalisatie. Dan blijkt dat ons land op vrijwel alle terreinen een bijzonder goed figuur slaat. Het aantal abortus per duizend inwoners is hier verreweg het laagst, de zwangerschapsduur bij abortus het kortst, mortaliteit en morbiditeit het laagst. Kennelijk handelt de Nederlandse medicus uiterst zorgvuldig en is de Nederlandse vrouw uiterst terughoudend met het verzoek tot abortus en wordt anticonceptie goed tot zeer goed gehanteerd.

Dat is des te opmerkelijker omdat ruim 19% van de geaborteerde Nederlandse vrouwen behoort tot de allochtonen, d.w.z. groepen die wel in Nederland wonen maar niet uit ons land afkomstig zijn, zoals buitenlandse werknemers, uit Suriname en de Nederlandse Antillen afkomstige mensen enz., die slechts circa 4% van de Nederlandse bevolking uitmaken. Het is een duidelijke risicogroep, die de statistiek in ongunstige zin beïnvloedt (langere duur van de zwangerschap, slechtere anticonceptie, relatief hoog aantal abortus). Deze gegevens betreffen driekwart van de abortusingenrepen bij Nederlandse vrouwen, een kwart vindt plaats in de ziekenhuizen (voor 1977 zijn hierover geen gegevens bekend).

Deze gegevens nuchter overziende vraag je je af waarom er eigenlijk een abortuswetgeving nodig is. Het ware immers het eenvoudigst alle desbetreffende artikelen te schrappen: de praktijk zou niet veranderen. Maar de politiek is nu eenmaal geen nuchtere zaak, en dat is misschien maar goed ook. Niettemin is het niet ondenkbaar dat het wetsontwerp de hulpverlening nadelig kan beïnvloeden. Met name geldt dit voor twee bepalingen.

Een wachttijd van vijf dagen betekent een enorme psychische belasting. De besluitvorming ligt uiteraard al lang vast; zij heeft, vóór het bezoek aan de behandelende arts, plaatsgevonden met huisarts, verwanten of NVSH-bureau. Het is overigens een merkwaardige gedachte, dat de kwaliteit van een medische ingreep ten gunste zou kunnen worden beïnvloed door, nadat alle beslissingen zijn genomen, de ingreep vijf dagen uit te stellen. Een constructie die alleen maar door een niet terzake kundige kan zijn bedacht, tenzij andere oogmerken worden gediend dan het zorgvuldig handelen. Men zou ermee kunnen bereiken dat financieel minder draagkrachtige vrouwen uit het buitenland van de ingreep moeten afzien, doordat zij worden gedwongen gedurende vijf dagen in ons land te verblijven. Een aantal

van hen zal daardoor wellicht weer obscure wegen in eigen land gaan zoeken.

Een tweede voorwaarde waarvan niet zeker is dat zij de kwaliteit bevordert, is de verplichte ziekenhuisbehandeling na dertien weken. Iedere invoering van een tijdstip waarvoor geen medische indicatie geldt draagt in zich de kans op datumvervalsing, nog afgezien van de vraag of het altijd mogelijk is exact de duur van de zwangerschap te bepalen (iedere medicus weet dat dit in een aantal gevallen vrijwel onmogelijk is). Nederland beschikt over enkele klinieken waar men is gespecialiseerd in de uitvoering van late abortus. In tenminste 40% van de ziekenhuizen wordt vrijwel nooit abortus provocatus verricht. Het is niet duidelijk waarom een abortus provocatus daar in betere handen is dan in een gespecialiseerde kliniek.

Het wetsontwerp voorziet in een verplichte registratie van bepaalde kerngegevens. Het zal ervan afhangen welke gegevens dat zijn en hoe deze dienen te worden geregistreerd, of hieruit betrouwbare conclusies kunnen worden getrokken.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft in 1975 een voorstel tot aanvulling van de richtlijnen inzake abortus, omvattende verslaglegging, melding en toetsing van abortus provocatus, niet willen aanvaarden. Wel was de vergadering van oordeel dat verslaglegging en toetsing een goede zaak is, mits deze zich niet zou beperken tot één onderdeel van het medisch handelen.

Nuchter bekeken zou dit wetsontwerp zonder amendering geen aanwinst zijn voor de medische wetgeving. Maar zoals gezegd: alleen met nuchtere, rationele argumenten kun je niet altijd politiek bedrijven. Wij kunnen alleen de hoop uitspreken dat de hulpzoekende vrouw niet tussen wal en schip terecht zal komen.

B.

geneeskunde, dat er klinische projecten komen die kritisch worden geëvalueerd, dat er multidisciplinaire teams worden gevormd die de methodieken uitwerken die door klinici kunnen worden gebruikt. Dit kan op velerlei niveau en in een grote diversiteit van vormen gebeuren. Niet alleen in academische klinieken voor interne geneeskunde of kindergeneeskunde, maar ook in op te richten werkgroepen binnen wetenschappelijke verenigingen, in de instituten voor huisartsgeneeskunde, ja zelfs kan men denken aan een Nederlandse Vereniging voor Adolescentengeneeskunde op dezelfde wijze als er een Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs bestaat. Daarnaast moeten kanalen worden gecreëerd die ervaringen en kennis kunnen verspreiden en ten goede doen komen aan al diegenen onder ons die in hun dagelijks werk met adolescenten omgaan. De algemene medische tijdschriften zullen hier natuurlijk een belangrijke rol vervullen, maar daarnaast zal een grote stimulans kunnen uitgaan van symposia, workshops en nascholingscursussen, te organiseren door deskundige groepen en organisaties. Dit is mijn antwoord op de ingezonden brief in Medisch Contact nr. 44/1978, blz 1370, van de collegae Hiemstra-Brummelhuis, Hoekstra-Trompetter, Jansen en Timmermans. De vraag die de titel van deze ontboezeming vormt moet weliswaar ontkennend worden beantwoord indien opgevat in de zin van Meinders, maar uitdrukkelijk bevestigend wanneer het erom gaat in vele specialismen klinici te vormen die zich een zo groot mogelijke deskundigheid en inzicht verwerven in adolescentenproblemen. En hierbij mag (nee: moet) uitdrukkelijk ook de jeugdgezondheidszorg worden genoemd.

Eindhoven, 6 november 1978

Dr. C. de Monchy, kinderarts

DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ALS ZONDEBOK

De generaliserende uitspraak van Muntendam betreffende verzekeringsgeneeskundigen, gedaan op 22 maart 1978 ter gelegenheid van de opening van het gezondheidscentrum te Noordwolde kreeg duidelijk een onevenredige publiciteit in de lekenpers. Daarna is er in MC een discussie ontstaan die nog loopt. Hoogtepunt is het waardige artikel van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Intussen wachten we reeds meer dan een half jaar op het door Muntendam aangekondigde artikel, waaruit hij kennelijk in Noordwolde helaas ontijdig en zonder

achtergrondaanduiding alvast lapidair en striemend citeerde. Aling (MC nr. 36/1978, blz. 1103) draait mijns inziens de zaak om. In tegenstelling tot wat Aling schrijft stel ik: het is aan Muntendam nu elke achtergrondinformatie door hem achterwege werd gelaten, aan te tonen dat hij geen onjuistheden heeft verteld en het is niet aan Grond om aan te tonen dat Muntendam ongelijk had. Grond (MC nr. 21/1978, blz. 643) heeft het recht te twifelen aan de juistheid van de uitspraken van Muntendam. Tot nu toe immers liet Muntendam na zijn stellingen te schragen. Helaas rolde de discussiebal door naar een tussen Aling en Doeleman (MC nr. 43/1978, blz. 1355) wederzijds wat verwijtende opstelling.

Als bij de rede van Muntendam in Noordwolde persoonlijk aanwezige moge ik nog het volgende opmerken: De verregaande uitspraken over de verzekeringsartsen hadden in deze korte en stellige vorm, zonder nadere informatie, bij deze speciale gelegenheid niet mogen worden gedaan, mede gelet op de aanwezige toehoorders. Het thema dat Muntendam terloops en in feite buiten de orde van de dag ponierend aansneed is geschikt om een congres van vakgenoten met een hoge graad van deskundigheid langdurig en intensief bezig te houden. Het is te enen male ongeschikt als zijdelingse opmerking bij de opening van een gezondheidscentrum in een dorp, ten overstaan van dorpelingen, lekenpers en genodigden, onder wie enkele artsen. Ik werd meteen ter plaatste hevig en onaangenaam getroffen door de stellingname en de wijze van presentatie van de gewraakte passage. Het leek op een aanval vanuit een hinderlaag; het zal wel niet zo bedoeld zijn, maar zo kwam het op mij en anderen over. Dat de lekenpers dit onmiddellijk begreep bleek uit de overmatige publiciteit (met krantekoppen) die deze passage van Muntendam kreeg. Het is duidelijk dat er op deze wijze een gevoelige en gespannen situatie moest ontstaan, waarmee de belangen van de sociaal verzekerden niet zijn gediend. En dat is jammer. De persoonlijke ervaringen van Muntendam als controlerend geneesheer liggen ver terug, in een tijd waarin het zelfs niet ongebruikelijk was dat de c.g. zijn werk telefonisch deed, vanachter zijn bureau. Uit eigen waarneming weet ik dat het merendeel der tegenwoordige verzekeringsgeneeskundigen hun moeilijke werk doen, ten behoeve van bonafide sociaal verzekerden, op een zorgvuldige en van brede vakkennis getuigende wijze, beseffend dat ze een schakel zijn in een oneindig complexe materie. In plaats van het te ongelegener plaatse, op een onjuist tijdstip en op onjuiste wijze brengen van deze subtile en complexe materie had ik, met alle respect voor de nestor van de Nederlandse sociale geneeskunde Muntendam, van deze toch

wel wat meer onderscheidingsvermogen verwacht.

Groningen, 7 november 1978

Dr. H. Blijham

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXV)

Naar aanleiding van de aanmerkingen die op 'Het dagboek van een co-assistent' worden gemaakt, met welke aanmerkingen ik het vaak wel min of meer eens kan zijn, heb ik toch wel enige opmerkingen in gunstige zin te maken. Namelijk: hebben de velen die zoveel kritiek hebben toch ook niet de indruk dat deze jonge man hard werkt, veel belangstelling voor zijn vak heeft en het daardoor zeker tot een goed, bekwaam huisarts of specialist kan brengen? Maar wat meer zegt, hij heeft stellig ook veel belangstelling voor de zieke mens en hoe 'stoer' hij soms ook doet zeker ook veel mededogen. Ik heb het gevoel dat ik mij tot een zo gestructureerd mens met een gevoel van veiligheid om hulp zou kunnen wenden, in geval van nood. Is dat niet het belangrijkste?

Vlaardingen, 15 november 1978

H. L. Steendijk, arts

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXVI)

De reacties op het 'Dagboek van een co-assistent' lezend spookt me steeds de uitspraak van een filosoof (20ste eeuw) door het hoofd: 'Men ergert zich het meest aan de eigen fouten bij een ander'. Tegen deze achtergrond is het te hopen, dat de medische professie na het ooit onvermijdelijke aflopen van 'Dagboek van een co-assistent' middels een direct erop volgende rubriek ('Dagboek van een arts-assistent'? 'Dagboek van een dienstplichtig militair arts'?) een spiegel voorgehouden blijft.

Middelharnis, 11 november 1978

A. van der Marel, huisarts

ARTS EN GEVANGENE

De sociaal-psychiater Lumey geeft een uitstekende afstandelijke analyse (MC nr. 44/1978 blz. 1379). Ik kan me geheel vinden in zijn betoog. Zo benader ook ik arrestanten, waarmee ik dan tevens een antwoord geef op de tegenwerping van de vertrouwensartsen in hun commentaar op mijn artikel. Uit deze instemming blijkt dat enkelen mij

volkomen verkeerd begrijpen wat betreft 'vrije artskenkeuze'. Ik wil dat ideaal niet aantasten, maar weiger om te aanvaarden dat top-criminelen met een grote mond *al bij voorbaat* de huisarts van een instelling kunnen weigeren, als talloze fatsoenlijke mensen in Nederland in vergelijkbare omstandigheden dat recht vanwege praktische omstandigheden evenmin hebben. De huisarts van een instelling, die in principe het vertrouwen waard is, bepaalt of en wanneer en wie om assistentie wordt gevraagd als hij zelf geen relatie kan opbouwen.

Het betoog van Lumey heeft mij duidelijk doen inzien waarop ik gereageerd heb, namelijk op de 'sociale actie'-indruk die de handel en wandel van de vertrouwensartsen op mij heeft gemaakt. In de pers is gesuggereerd dat ik de pest zou hebben aan de RAF-leden en/of de vertrouwensartsen. Ik heb nooit de pest aan personen, wel aan acties die asociale voorrechten willen afdwingen, dus aan dwingelandij om eigen voordeel ten opzichte van anderen of ten koste van anderen. Het begrijpen van persoonlijke motivatie is in het algemeen zeer goed mogelijk, maar daarmee is de motivatie noch de doelstelling en nog minder de actie goedgekeurd.

Ook ik heb me afgevraagd waar de titel 'vertrouwensartsen' vandaan kwam. Het begrip 'vertrouwensarts' heb ik altijd gekend als onpartijdig neutraal arts, als zodanig aangewezen door een KNMG-afdeling, dus niet als vertrouweling van een cliënt. Ik zou er voor willen pleiten het begrip 'vertrouwensarts' zuiver te houden.

Rotterdam, 14 november 1978

De 1e politie-arts
der Gemeentepolitie Rotterdam
H. Th. P. Cremers

LOCUM JOB

I am a permanent Medical Staff at Leighton Hospital, working in the Anaesthetic Department as Medical Assistant. I have 10 years experience in Anaesthetics and a Diploma-in-Anaesthetics from London obtained in 1972. I am looking for a locum Anaesthetist job for 3-4 weeks anywhere in Holland in Summer 1979. Is it possible that I can come in contact of suitable hospitals? When I come to know about the fee for this facility, I will send you a draft if agreeable and when mutually agreed.

Sandbach, 16 november 1978

Dr. Ashfaque Ahmad
12 Abbey Road
Sandbach
Cheshire LW11 9 HA Engeland

Landelijke informatiedag erfelijke en aangeboren ziekten

Op zaterdag 13 januari 1979 zal in het auditorium van de Erasmus Universiteit te Rotterdam een Landelijke Informatiedag, inzake Erfelijke en Aangeboren Ziekten worden gehouden. De organisatie van de dag berust bij de *Vereniging Spierdystrofie Nederland* namens tien samenwerkende ouder- en patiëntenorganisaties.

Aandacht zal worden besteed aan vroegtijdige onderkenning, diagnostiek, 'genetic counseling' en begeleiding. 's Ochtends wil men informatie verschaffen over de huidige stand van zaken, mogelijkheden en beperkingen op het gebied van de vroegtijdige onderkenning en exacte diagnostiek van erfelijke en aangeboren ziekten. Ook komen dan de 'genetic counseling' en de begeleiding aan de orde. 's Middags is er tweemaal een panel van ouders, die vanuit hun eigen visie en ervaringen de genoemde onderwerpen belichten. Voor de bijeenkomst worden alle betrokken werkers in de gezondheids- en welzijnszorg uitgenodigd: consultatiebureau-artsen, gynaecologen, huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, districts- en wijkverpleegkundigen, deskundigen verbonden aan sociaal-pedagogische en andere maatschappelijke diensten en vele andere hulpverleners die met de onderhavige problematiek in aanraking komen. Voorts worden uitgenodigd ouders die functioneren in landelijke en regionale besturen of in werkgroepen van ouder- en patiëntenorganisaties. Met alle aanwezigen wil men nagaan wat er in 1979 in Nederland mogelijk zal zijn en in hoeverre dit toepasbaar en bereikbaar is.

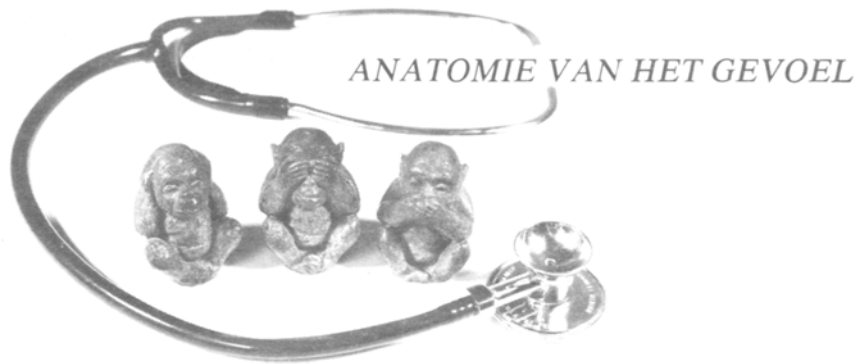
Programma

9.30-10.00 uur	Ontvangst met koffie
10.00-10.15 uur	Opening door Prof. Dr. A. C. Drogendijk, hoogleraar in de obstetrie en gynaecologie, Erasmus Universiteit Rotterdam
10.15-10.40 uur	Vroegtijdige onderkenning van erfelijke en aangeboren ziekten. Prof. Dr. J. Fernandes, hoogleraar in de kindergeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
10.40-11.05 uur	Diagnostiek van erfelijke en aangeboren ziekten. Dr. R. C. A. Sengers, kinderarts, Katholieke Universiteit Nijmegen
11.05-11.30 uur	Koffie
11.30-12.00 uur	'Genetic counseling', Drs. B. G. A. ter Haar, kinderarts, antropogeneticus, Katholieke Universiteit Nijmegen
12.00-12.25 uur	Prenatale diagnostiek. Dr. M. F. Niermeyer, arts, antropogeneticus, Erasmus Universiteit Rotterdam
12.25-13.00 uur	Over zinnige samenspraak. B. van Zijderveld, algemeen directeur Katholiek Instituut Maatschappelijke Dienstverlening aan Geestelijk Gehandicapten, Uitgeest
13.00-14.00 uur	Lunch Tijdens de lunchpauze worden de volgende films vertoond: 'Echoscopisch onderzoek van de jonge vrucht' (toelichting: Dr. J. W. Wladimiroff, lector obstetrie en gynaecologie, Erasmus Universiteit Rotterdam); 'Amnionpunctie van de prenatale arachnostiek' (toelichting: Dr. M. Jahoda, gynaecologe, Erasmus Universiteit Rotterdam); en 'Foetoscopie - Dr. R. Rauskolb' (toelichting: Dr. M. Jahoda).
14.00-14.45 uur	1e Paneldiscussie onder leiding van Aart Gisolf, arts
14.45-15.30 uur	2e Paneldiscussie onder leiding van Koos Postema
15.30-15.45 uur	Afsluiting door Prof. Dr. H. Galjaard, Hoogleraar in de celbiologie en genetica, Erasmus Universiteit Rotterdam
15.45-16.45 uur	Gelegenheid tot napraten

Deelnemers aan de Landelijke Studiedag, inzake Erfelijke en Aangeboren Ziekten, zaterdag 13 januari 1979 in het auditorium van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, kunnen zich aanmelden bij het secretariaat van de Vereniging Spierdystrofie Nederland, Rutgers van Rozenburglaan 4/Postbus 343, Baarn, tel. 02154-18400.

Coronairchirurgie – quo vadis? – In het Hartbulletin, tweemaandelijks uitgave van de Nederlandse Hartstichting, oktober 1978, een overzicht van zes jaar coronairchirurgie in Nederland. In het desbetreffende 'editorial' wordt geconcludeerd dat de werkelijkheid heel anders is dan de plannen op papier. De plannen: 5.500 tot 6.500 open hartoperaties in 1980. De werkelijkheid: 2.900 open hartoperaties in 1978, waarvan circa 1.450 coronair bypassoperaties. De redactie: 'Er is een groot tekort aan coördinatie en aan terugkoppeling, terwijl een dagelijkse begeleiding geheel ontbreekt. Voor een oplossing staan twee wegen open. Eerste mogelijkheid: Alle centra samenbrengen onder één directoraat-generaal namens beide departementen met een éénhoofdige leiding, die totdat het berekende aantal is bereikt bepaalde volmachters zou moeten hebben om tot maximaal rendement te kunnen geraken. Als dit met de Deltawerken, Gasunie of Ureco kan, waarom dan niet hiermee? Thans 'verloor' de staat toch reeds $2.000 \times f 25.000,- = 50$ miljoen gulden in deviezen benevens grote bedragen aan sociale uitkeringen? Tweede mogelijkheid: Volg niet het principe van de geleide planning, maar laat de bestaande centra vrij om hun eigen weg te vinden door hen los te maken uit het keurslijf van de restricties van het departement van Onderwijs en Wetenschappen. Men zou bijvoorbeeld de academische hartchirurgische centra kunnen onderbrengen in een semi-overheidsstichting met benutting van de reeds eerder gedane uitgaven van apparatuur en ruimten door 'leasing', terwijl de hoogste kosten, te weten de personeelslasten, zouden moeten worden vergoed op dezelfde wijze als dat in andere categorale ziekenhuizen geschiedt. Precedenten hiervan bestaan in Nederland. Laat de creativiteit en inzet van de Nederlandse hartchirurgen en cardiologen zich langs deze weg ontplooien en het doel, 6.000 open hartoperaties per jaar binnen Nederlandse grenzen, kan in 1982 zijn bereikt.'

Vertraging in de bouw – Minister Andriessen (Financiën) heeft de Tweede Kamer meegedeeld dat er vertraging is ontstaan ten aanzien van de aanvang van de bouw bij sommige projecten in de gezondheidszorg. Dit zal leiden tot een verschuiving van bouwactiviteiten naar latere jaren. Naar de oorzaken van de vertraging wordt een onderzoek ingesteld.



Het kaasschaaf-effect

Gistermiddag kreeg ik toestemming om naar een vergadering elders in het land te gaan. Ik wilde volop van dit buitenkansje genieten.

Terwijl ik aan het indutten was, minderde de trein even buiten Duindrecht abrupt snelheid. 'God, daar heeft er weer een aan de noodrem getrokken', dacht ik, terwijl ik mijn kostbare tijd al voorbij zag vliegen. Achteraf bleek, dat inderdaad iemand aan de noodrem had getrokken, maar dan figuurlijk. Nadat de trein tot stilstand was gekomen, zag ik ineens de machinist voor het raam van mijn treincoupé lopen. Blijkbaar waren zijn collega's een eind verder ook de trein uitgestapt, want net toen ik naar hem keek bracht hij zijn hand horizontaal tegen zijn keel om een of ander bericht door te geven. Een soort beroepscode, waarvan ik echter meteen al de essentie doorhad. Iemand was verongelukt of was onder de trein gaan liggen.

Dat laatste bleek het geval te zijn. Nieuwsgierig opende ik het raampje. Ik zag nog net een conducteur naar buiten springen met een groot wit zeil in zijn ene en een koffertje in zijn andere hand. Toen was het veertig minuten lang gissen. Omdat ik helemaal vooraan in de trein zat, liep ik met een andere treinreiziger naar de grootse locomotief om te kijken of het slachtoffer daar sporen had achtergelaten. Maar er was helemaal niets te zien: geen vlekke.

Hoe is het mogelijk. Wanneer ik een infuus aanleg zit het hele bed van de patiënt onder de rode vlekken, maar wanneer er een decapitatie plaatsvindt zie je geen druppel . . . En toch was het raak. Dat zag ik wel aan het gezicht van de machinist, die er blijkbaar eerst heel nuchter over had gedaan. 'Dat worden routineklusjes' of iets dergelijks zou hij gezegd hebben. In mijn fantasie zag ik die kleurige affiches met de gezellige familie Spoor: grootpapa in het zwart, ons serieus maar toch vriendelijk onder schot nemend met zijn rechtvaardige blik, met op

de achtergrond de andere familieleden, en dan in grote, frisse, sprankelende letters erboven: 'De Nederlandse Spoorwegen maakt korte metten met U'. En dan te weten, dat het maandelijks periodiek van de NS 'Tussen de rails' heet. Dat was blijkbaar ook de laatste wens van het slachtoffer.

Uit een andere trein, die langsij kwam staan, sprong een machinist, die de taak van onze machinist verder zou overnemen. Wat moet zo'n man denken wanneer hij daar iemand op het spoor ziet liggen? 'Jongens, als we nou maar niet ontsporen?', of: 'Daar gaat er weer één'? Zou het slachtoffer beseft hebben, dat hij door zijn daad twee- tot driehonderd mensen drie kwartier vertraging bezorgde? Misschien was dat wel zijn bedoeling . . .

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(57)

'Kaarsrecht afgesneden!' Zo drukte de broeder van de EHBO het vanochtend uit. Heel toevallig was het lijk van het slachtoffer naar ons ziekenhuis gebracht. Het bleek een man van een jaar of dertig te zijn. In het logboek van de EHBO stond verder, dat zijn ouders enkele uren later met hun zoon waren geconfronteerd.

'Toen het lijk hier gisteren werd binnengebracht, hadden ze het hoofd op de buik gezet', zei de broeder, 'en je kon het zo weer terugzetten, zonder dat je er iets van zag.' 'Alsof er een wat te grote kaasschaaf overheen was gegaan', dacht ik.

Alexander van Es

Kabinet-Van Agt stemt in met wetsontwerp afbreking zwangerschap

Het kabinet-Van Agt heeft ingestemd met een ontwerp van Wet afbreking zwangerschap, zoals dat is voorbereid door de ministers Dr. L. Ginjaar van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Mr. J. de Ruiter van Justitie. Dit wetsontwerp wordt thans door de Raad van State bestudeerd.

Op een druk bezochte persconferentie lichtten de twee bewindslieden het wetsontwerp toe aan de hand van een gemeenschappelijk persbericht, waarin zij hun uitgangspunten als volgt omschreven:

Het wetsontwerp gaat ervan uit, dat aan vrouwen die zich ten gevolge van een ongewenste zwangerschap in een noodsituatie bevinden hulp moet worden verleend. Daarbij is de afbreking van ongeboren menselijk leven een zo ernstige en ingrijpende maatregel, dat die alleen kan worden aanvaard indien de nood van de vrouw deze onontkoombaar maakt. Dit uitgangspunt brengt met zich mee dat de arts, de vrouw en zij die verder bij de voorbereiding van een beslissing omtrent zwangerschapsafbreking mochten worden betrokken, ieder voor zich met de grootst mogelijke zorgvuldigheid zullen moeten handelen, in het besef van de verantwoordelijkheid tegenover ongeboren menselijk leven en van de gevolgen voor de vrouw en de haren. De wetgever is echter niet bij machte die zorgvuldigheid af te dwingen door een algemene normstelling te formuleren en deze zonnodig in concrete gevallen via strafsancities te handhaven. De situaties van nood, waarin abortus provocatus aan de orde kan komen, zijn zo uiteenlopend, dat een dergelijke algemene norm, indien zij al reële inhoud zou hebben, niet het beoogde effect zou hebben.



De ministers Ginjaar van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (rechts) en De Ruiter van Justitie, ondertekenaars van het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap.

Er is daarom van afgezien zo'n algemene normstelling in het wetsontwerp op te nemen. Evenmin is getracht die gevallen van nood in de wet te omschrijven.

De bescherming die de wet moet bieden aan ongeboren menselijk leven – een bescherming die in de bestaande situatie niet naar behoren kan worden gerealiseerd – heeft in het ontwerp vorm gekregen in waarborgen voor een procedure, die moet leiden tot een zorgvuldige besluitvorming in concrete gevallen. In het bijzonder zal moeten vaststaan dat passende hulp en voorlichting aan de vrouw wordt gegeven over alternatieven voor een eventuele abortus provocatus en dat de besluitvorming niet alleen weloverwogen is maar zich ook in vrijwilligheid voltrekt. Daartoe gaat

het wetsontwerp uit van een vergunningstelsel, waaraan ziekenhuizen en andere inrichtingen waar behandelingen, gericht op afbreking van zwangerschap, worden verricht, moeten voldoen.

Het normatieve karakter van het wetsontwerp komt dus niet primair tot uitdrukking in een stelsel van moeilijk of niet te controleren geboden en verboden van algemene inhoud, maar in een complex van voorzieningen die een zorgvuldige besluitvorming, voorafgaande aan een eventuele zwangerschapsafbreking, moeten waarborgen.

Het besluit als zodanig om de zwangerschap af te breken, dient echter de uitsluitende verantwoordelijkheid te zijn van hen die rechtstreeks bij de voorbereiding

ervan betrokken zijn. Dat wil dus zeggen: de vrouw en de geneeskundige tezamen, met inbegrip van mogelijke derden die in de voorbereiding van de beslissing werden gemengd, ieder in eigen verantwoordelijkheid. Verder beoogt het wetsontwerp waarborgen te geven dat de ingreep, waarbij de zwangerschap wordt afgebroken in medisch opzicht – en ook uit het oogpunt van een goede nazorg voor de vrouw – aan hoge eisen voldoet. Het belang van de volksgezondheid zal daarbij niet ondergeschikt mogen worden gemaakt aan andere overwegingen. Tenslotte en in het verlengde van het voorgaande wil het wetsontwerp een dam opwerpen tegen commerciële praktijken, die ertoe kunnen leiden dat van de noodsituatie van de vrouw misbruik wordt gemaakt.

Bepalingen

1. Afbreking van zwangerschap is alleen toegestaan in ziekenhuizen (met inbegrip van daarvan onderdeel uitmakende poliklinieken) en abortusklinieken, voor zover die inrichtingen voorzien zijn van een door de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op aanvraag verleende vergunning tot het verrichten van dergelijke behandelingen.
2. Indien de zwangerschap langer dan 13 weken ('3 maanden') heeft geduurd, dient de ingreep te geschieden in een ziekenhuis als hierboven bedoeld.
3. Aan de vergunning zullen voorschriften worden verbonden opdat een verantwoorde besluitvorming, voorafgaande aan de ingreep, de medische kwaliteit van de ingreep zelf en een genoegzame nazorg gewaarborgd zijn. Bij of krachtens de wet worden tevens voorschriften gegeven omtrent de tariefstelling in de inrichting, de openbaarmaking van financiële gegevens en bescheiden enz.
4. Tussen het ogenblik waarop de vrouw zich tot de geneeskundige wendt en de ingreep zelf dient een periode van tenminste vijf dagen te liggen. Dit geldt voor alle gevallen van zwangerschapsafbreking.
5. Het wetsontwerp voorziet in een stelsel van registratie van bepaalde



... op een druk bezochte persconferentie (zie ook foto op het omslag van dit MC-nummer) lichtten de twee bewindslieden De Ruiter en Ginjaar (rechts in het midden) het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap toe ...

kerngegevens, opdat het toezicht op een behoorlijke naleving van de bij of krachtens de wet gestelde eisen verzekerd is.

De privacy van de behandelde vrouwen wordt daarbij volledig gewaarborgd. Het toezicht wordt opgedragen aan de geneeskundige inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

6. Niemand kan worden verplicht aan een zwangerschapsafbreking medewerking te verlenen, indien hij daartegen in het algemeen of in een bepaald individueel geval onoverkomelijke bezwaren heeft.

7. De afbreking van zwangerschap blijft in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld – met name wanneer de handeling verricht wordt door iemand die niet bevoegd is tot uitoefening van de geneeskunst – indien de ontworpen wet afbreking van zwangerschap niet van toepassing is. Niet nakoming van bepaalde essentiële voorschriften van die wet levert misdrijf op.

8. De nieuwe wet is slechts van toepassing op afbreking van zwangerschap indien de ongeboren vrucht niet levensvatbaar is.

Afbreking van zwangerschap van een zelfstandig levensvatbare vrucht is een misdrijf volgens het Wetboek van Strafrecht.

Commentaar

Namens verschillende fracties in de Tweede Kamer is inmiddels commentaar geleverd op hetgeen bekend gemaakt is over de inhoud van het ontwerp van Wet afbreking zwangerschap van de ministers Ginjaar en De Ruiter.

De VVD-fractie is tevreden dat de regering erin is geslaagd vóór 1 januari 1979 – conform de afspraken in het regeerakkoord – met een wetsontwerp te komen. De doelstellingen maken op de VVD-fractie een positieve indruk. Het hoofdprincipe van de VVD – de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw en haar recht om zelf te beslissen – lijkt geheel te worden geëerbiedigd. Bovendien wordt aan de werkelijkheid recht gedaan doordat de indieners hebben afgezien van een algemene normstelling voor toelaatbare zwangerschapsafbreking. De VVD is ook tevreden met verschillende elementen van de

procedure die een zo zorgvuldig mogelijke besluitvorming moeten waarborgen, al kan zij op dit moment nog niet zeggen of zij het met alle details van de uitwerking van het wetsontwerp eens zal kunnen zijn. Uiteraard zal de fractie op de gebruikelijke wijze haar meer definitieve standpunt nader bepalen. Aldus de voorlichtingsdienst van de VVD.

De fractie van D'66 betreurt het in hoge mate dat abortus provocatus niet geheel uit het Wetboek van Strafrecht wordt verwijderd. D'66 meent dat alleen de vrouw zelf dient te beslissen over al dan geen abortus provocatus en niet de vrouw en de arts en eventuele derden. D'66 plaatst vraagtekens bij de eis van het wetsontwerp, dat zal moeten vaststaan dat passende hulp en voorlichting aan de vrouw is gegeven voor een eventuele abortus provocatus. D'66 heeft ernstig bezwaar tegen het feit dat aan het verlenen van een vergunning voorschriften ten aanzien van de besluitvorming worden verbonden. Weliswaar acht D'66 een rijp beraad vooraf, over het al dan niet toepassen van abortus provocatus zeer noodzakelijk, maar dat neemt niet weg dat de vijf dagen-termijn voorbij gaat aan de persoonlijke belangen van de vrouw, die door deze bevoogding in ernstige problemen kan komen. Grote aarzeling heeft D'66 waar het gaat om de registratie van bepaalde kerngegevens. Een aanslag op de privacy en de vrijheid van handelen moet hier worden gevreesd. D'66 zal dan ook in overleg met andere fracties treden, met name die van de PvdA, om tot amendering c.q. tegenvoorstellen te komen.

Het PvdA-kamerlid Roethof zei het onbegrijpelijk te vinden hoe de VVD op basis van haar programma met de nu gepubliceerde hoofdlijnen van het wetsontwerp akkoord heeft kunnen gaan. Voor de zoveelste maal wendt de VVD haar koers op het punt van de abortus, meent Roethof. Er is volgens hem nog veel onduidelijk: 'In het oog springt dat abortus alleen wordt toegestaan in een noodsituatie 'indien de nood van de vrouw haar onontkoombaar maakt'. Dit doet toch weer allerlei betutteling vrezzen. De abortus blijft voorts in het Wetboek van Strafrecht, in afwijking van eerder daarover met de VVD

gemaakte afspraken. De arts loopt groot risico, want niet nakoming van bepaalde essentiële voorschriften levert onmiddellijk misdrijf op. De vrouw kan geholpen worden, maar alleen via een uitzonderingswetje. Het geheel is tekenend voor de mentaliteit waarmee dit kabinet het vraagstuk benadert: het is eigenlijk taboe, alleen bij uitzondering is het toegestaan. Door de passage over de verantwoordelijkheid voor de ingreep bij de vrouw, de geneeskundige en mogelijk derden wordt aan het beslissingsrecht van de vrouw getornd. Dat boven drie maanden de ingreep alleen maar in een ziekenhuis mag worden verricht is, zacht gezegd, eigenaardig. Het gaat er toch om dat de ingreep onder verantwoorde omstandigheden wordt uitgevoerd, of richt zich dit tegen Bloemenhove?' zo vroeg Roethof zich af. De periode van vijf dagen, die moet verlopen tussen aanmelding en ingreep werpt een hoge drempel op voor buitenlandse vrouwen. Roethof beschouwt dit als onaanvaardbare discriminatie. Hij betwijfelt of het ontwerp door amendering ooit voor de PvdA-fractie aanvaardbaar zou kunnen worden gemaakt. Zo niet, dan zal de PvdA met een eigen initiatief als alternatief komen. Roethof denkt daarbij natuurlijk aan het door de Tweede Kamer aanvaarde gecombineerde wetsontwerp. Voor een dergelijk alternatief zal de PvdA zich wenden tot D'66, met welke partij immers op het punt van abortus overeenstemming bestaat.

Slechts met welwillende afstandelijkheid wilde Drs. Lubbers, waarnemend fractievoorzitter van het CDA, een voorlopig oordeel over het wetsontwerp verstrekken. Hij stelde: 'Pas na zorgvuldige studie zal mijn fractie tot een afgerond oordeel kunnen komen. Bij de beoordeling van dit ontwerp moet worden bedacht

dat voor het CDA-standpunt in het initiatief-ontwerp Gardeniers-Van Leeuwen, geen meerderheid te vinden was en is. Terecht is tot uitgangspunt gekozen de beschermwaardigheid van het ongeboren menselijk leven, waarbij een zorgvuldige afweging wordt gezocht met de onvermijdelijkheid van abortus gelet op de nood waarin de vrouw verkeert. Voorlopige indruk is dat het kabinet een serieuze poging heeft gedaan vorm te geven aan een gedeelde verantwoordelijkheid van vrouw, arts, overheid en samenleving voor de bescherming van het ongeboren leven. Daarmee wordt aan het CDA-standpunt tegemoet gekomen dat volledig vrije abortus verwerpelijk is. De verantwoordelijkheid van de overheid komt met name tot uitdrukking in een vergunningensysteem voor klinieken en ziekenhuizen waarmee een praktijk gewaarborgd wordt waarin de beschermwaardigheid van het leven beter dan tot dusver tot zijn recht kan komen'. Juist acht Lubbers het dat abortus niet uit het Wetboek van Strafrecht is verdwenen. Hij hoopt te kunnen komen tot een nieuwe wettelijke regeling die een eind maakt aan een door iedereen erkende situatie van rechtsonzekerheid en het daarheen leidt dat ook de bescherming van het ongeboren leven tot zijn recht kan komen.

Dr. Verbrugh (GPV) ziet in het regeringsontwerp aanleiding om het plan tot indeling van een gezamenlijk abortus-initiatiefwetsontwerp van GPV en SGP uit te voeren: 'Er moeten nog wat wetstechnische moeilijkheden overwonnen worden. Deze fracties zullen kamervoorzitter Dr. Vondeling verzoeken het initiatiefontwerp tegelijk met het regeringsontwerp in behandeling te doen nemen.

Abortushulpverlening in 1977

Verslag permanente registratie

Over het aantal in 1977 in vijftien Nederlandse abortus(poli)klinieken behandelde cliënten, de achtergronden van hun problematiek en de aard van de verleende hulp schreven Evert Ketting en Paul Schnabel: 'De abortushulpverlening in 1977; verslag van de permanente registratie van cliënten uit Nederland en de naburige landen' (Stimezo-onderzoek 78-2). De permanente registratie is een gezamenlijk project van abortuspoliklinieken verenigd in Stimezo-Nederland alsmede van de NVSH-klinieken in Den Haag en Zwolle, de Stichting MR '70 en de Oosterparkkliniek in Amsterdam, de Dr. W. F. Stormkliniek in Rotterdam en de Bourgognekliniek in Maastricht. Een vijftal poliklinieken neemt geen deel aan de permanente registratie; zij behandelen vrijwel uitsluitend buitenlandse vrouwen.

Omvang

In totaal werden in 1977 in de aan de permanente registratie deelnemende klinieken 67.607 Nederlandse en buitenlandse vrouwen in behandeling genomen. In circa 64.900 gevallen werd een abortus provocatus uitgevoerd.

Tweederde van de geregistreerde cliënten (66,8%) was afkomstig uit West-Duitsland; vergeleken met de eerste helft van het jaar nam het aantal Westduitse cliënten in de tweede helft van 1977 met 14,6% af. Westduitse en ook Belgische en Luxemburgse vrouwen die zich wilden laten aborteren namen in overgrote meerderheid hun toevlucht tot een kliniek in ons land. Vrouwen uit België en Luxemburg maakten

vorig jaar 10,4% uit van het totaal. Het percentage Franse abortuscliënten daalde tot 1,4%. Bijna één op de vijf geregistreerde vrouwen woonde in Nederland; 20% komt oorspronkelijk uit een ander land. Het aantal ingrepen bij Nederlandse vrouwen in poliklinieken is al sinds 1974 constant (inclusief de in de loop van 1974 ingevoerde en per 1 januari 1977 in de registratie opgenomen overtijdbehandelingen). In 1977 werden 12.100 ingrepen bij Nederlanders geregistreerd, evenveel als in 1974. Het aantal abortus provocatus in ziekenhuizen heeft daarnaast tussen 1973 en 1976 een aanzienlijke daling laten zien: naar schatting 4.700 ingrepen in 1976, tegenover 6.100 ingrepen in 1973. Een dalende lijn voor wat betreft het totaal aantal abortus provocatus in Nederland dus – een daling die zich, zoals inmiddels bekend is, voor wat betreft de (geregistreerde) poliklinieken ook in 1977 in lichte mate heeft voortgezet.

De registratie van overtijdbehandelingen deed het aantal geregistreerde 'vroege ingrepen' stijgen; in 1976 kwam 61,7% van de ingeschreven vrouwen binnen acht weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, in 1977: 63,8%. Aan de andere kant steeg ook het aantal 'late ingrepen' (ingrepen na de twaalfde week), van 5,2% in 1976 tot 6,8% in 1977. De laatste categorie werd geholpen in de polikliniek te Leiden en in de Bloemenhovekliniek. De typische risicogroepen voor abortus zijn er sterk in oververtegenwoordigd.

Risicogroepen

De samenstelling van het Nederlandse

cliëntenbestand blijkt geleidelijk te veranderen. Het percentage gehuwden bleef in 1977 vrijwel stabiel (48%), het percentage ongehuwden nam iets af (4,5%), het percentage gescheiden vrouwen nam iets toe (6,9 in 1977, tegenover 4,5% in 1974). Het abortusrisico is verreweg het hoogst onder gescheidenen. De toename van oorspronkelijk niet uit ons land afkomstige cliënten en de afname van het aantal autochtone vrouwen is opvallend. Het aantal vrouwen dat zich al eerder liet aborteren neemt ieder jaar toe: 8,2% van alle cliënten in 1974; 12,5% van alle cliënten in 1977.

Risicogroepen blijken steeds duidelijker: allochtone vrouwen, tieners, gescheiden vrouwen of weduwen, gehuwde vrouwen boven de 40 en ongehuwde vrouwen boven de 30.

In het algemeen kan worden gesproken van een *marginalisering* van de groep abortuscliënten. 'Vergeten groepen' worden steeds belangrijker.

Anticonceptie

In de zojuist genoemde typische risicogroepen komen relatief veel vrouwen voor die in de periode dat ze zwanger raakten geen anticonceptie toepasten dan wel de pil kennelijk vrij onregelmatig gebruikten (allochtonen, gescheidenen); bij gehuwden vormde de toepassing van traditionele methoden het hoofdprobleem. Vrouwen met eerdere abortuservaring maakten meer gebruik van de pil en het spiraal, maar juist onder hen waren er ook naar verhouding meer die geen enkele vorm van anticonceptie hadden toegepast.

Van misdrijf tot hulpverlening

Maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland

Vorige week promoveerde in Utrecht de socioloog *Dr. E. Ketting*. In zijn dissertatie: 'Van misdrijf tot hulpverlening: een analyse van de maatschappelijke betekenis van abortus provocatus' schetst hij de ontwikkeling die zich in ons land rond de abortus provocatus heeft voltrokken en tracht hij te achterhalen welke betekenis dit verschijnsel heeft gekregen na de ingrijpende veranderingen die kortelings hebben plaatsgegrepen op het gebied van de anticonceptie, de sexualiteit en de relatie- en gezinsvorming. De auteur is werkzaam als onderzoekscoördinator van Stimezo-Nederland; hij is daarnaast verbonden aan het Nederlands Instituut voor Sociaal-Sexuologisch Onderzoek (NISSO).

Het proefschrift omvat vijf delen. Allereerst wordt uiteengezet vanuit welk perspectief abortus provocatus wordt geanalyseerd. Vervolgens wordt het proces van liberalisering nader belicht. In een derde deel wordt de demografische betekenis van abortus provocatus in Nederland onderzocht. Dan komt de betekenis aan de orde die abortus provocatus in ons land heeft gekregen tegen de achtergrond van de gedeeltelijke ontkoppeling van sexualiteit, huwelijk en het begin van gezinsvorming. Het slotdeel behandelt de onderlinge verhouding van abortus provocatus en anticonceptie, zoals deze zich in het recente verleden heeft ontwikkeld. Het geschrift liet zich als volgt samenvatten:

In deze studie is enerzijds geanalyseerd op welke manier de liberalisering van de abortuspraktijk in Nederland zich heeft voltrokken, anderzijds is onderzocht welke betekenis abortus provocatus

tegenwoordig heeft als methode van geboortenregeling. Aanleiding ertoe was het feit dat er weliswaar over verscheidene deelaspecten van de abortusproblematiek studies zijn verschenen, maar dat een enigszins geïntegreerd beeld van ontwikkeling en betekenis van abortus provocatus in ons land nog ontbrak. Wat betreft het onderzoekmateriaal, centraal staan de onderzoek- en registratiegegevens die werden verzameld in het kader van het onderzoekprogramma van Stimezo-Nederland. Een uitvoerig gebruik werd ook gemaakt van rapporten, verslagen en discussiebijdragen inzake de liberalisering van abortus provocatus in Nederland en met betrekking tot de vrouwen die in de desbetreffende periode een abortus ondergingen. Daarnaast werden gesprekken gevoerd met personen die bij het proces van liberalisering direct en intensief betrokken zijn geweest.

Voorlopig eindpunt

Historisch gezien, aldus Dr. Ketting, kan de betekenis van abortus provocatus nú worden opgevat als een voorlopig eindpunt van enkele onderling samenhangende veranderingsprocessen. Binnen het westerse cultuurpatroon is de *sexualiteit* steeds meer een autonome plaats gaan innemen: de directe koppeling aan de voortplanting verminderde sterk, de verbinding tussen sexualiteit en huwelijk kreeg een steeds minder exclusief karakter. Het *gezin* maakte een ontwikkeling door van slechts door biologische grenzen beperkte gezinsgroei, via bewuste beperking van de gezinsgrootte, naar planning van het gezin. Beide ontwikkelingen gingen gepaard met en werden mogelijk door een evolutie in de sfeer van de geboortenregelende middelen en methoden.

Tegen de achtergrond van die ontwikkelingen kan men de huidige behoefte aan abortus provocatus opvatten als een noodzakelijke overbrugging tussen nog gedeeltelijk aanwezige onvolkomendheden in de anticonceptie en

een behoefte aan absolute doeltreffendheid op dit terrein. Het laatste verwijst indirect naar de mate waarin sexualiteitsbeleving, huwelijkssluiting en gezinsvorming hun directe onderlinge verbondenheid hebben verloren.

Stadia

In zijn analyse van het proces van liberalisering legt Dr. Ketting sterk de nadruk op de ontwikkeling van de *hulpverlening*.

Het eerste stadium in deze ontwikkeling (circa 1960-1967) kan worden gezien als een periode van voorbereiding. Nieuw was, dat er door medici onderzoek werd gedaan naar (illegale) abortus en dat er over dit onderwerp werd gepubliceerd. Zo kon er een discussie ontstaan. Ook werden juridische aspecten duidelijk. Het tweede stadium (1967-circa 1971) is dat van het ontstaan en functioneren van abortusteams in enkele academische ziekenhuizen. Kenmerkend voor deze fase was het zoeken naar criteria voor het stellen van deugdelijke indicaties. In vrij korte tijd vond, met name door inbreng van psychiatrische zijde, de 'ja tenzij'-attitude in verscheidene ziekenhuizen ingang. Het derde stadium (1971-heden) wordt belichaamd door de komst van abortuspoliklinieken. Onder meer door een te grote toeloop verdwenen de meeste abortusteams weer. De eerste poliklinieken dateren van 1971; vooral de ontwikkelingen in Rotterdam zijn op dit punt van bijzonder belang geweest. Het aantal poliklinieken nam snel toe. Nederland nam de rol van Engeland als internationaal toevluchtsoord bij ongewenste zwangerschap grotendeels over; het aantal buitenlandse cliënten overtrof het aantal Nederlandse cliënten al gauw aanzienlijk. In een streven naar meer onderlinge samenwerking en coördinatie werd Stimezo-Nederland opgericht; ongeveer de helft van de abortuspoliklinieken sloot zich aan. Een vergelijking van de abortushulpverlening in daartoe

gespecialiseerde poliklinieken met de hulpverleningsmogelijkheden binnen de ziekenhuizen leidt tot de slotsom, dat een overname van de functie van de poliklinieken door de ziekenhuizen bij de huidige stand van zaken nauwelijks wenselijk kan worden geacht.

Demografische betekenis

De liberalisering blijkt in ons land geen sterke stijging van de vraag naar abortus provocatus te hebben veroorzaakt. Wel steeg het aantal ingrepen na 1970, maar het daalde weer vanaf 1973; sinds 1975 is het aantal ingrepen vrij stabiel op een niveau dat waarschijnlijk niet erg afwijkt van dat van voor 1970.

Vergelijking van de landelijke abortusgegevens en de geboortecijfers leert, dat abortus provocatus uiterst selectief wordt aangewend als geboortenregelende methode. In 1974 bedroeg het abortuscijfer 8,2 per 1.000 ongetrouwde vrouwen in de vruchtbare leeftijd en 4,7 per 1.000 getrouwde vrouwen. Let men op het verschil tussen het aantal abortus en het aantal geboorten, dan is het verschil aanzienlijk groter: van de getrouwde vrouwen besloot 4,5% in 1974 een eenmaal ontstane zwangerschap te laten afbreken, onder de ongetrouwden was dit 39%. Binnen het huwelijk vervult abortus provocatus als geboortenregelende methode in drie opzichten een belangrijke rol: geboorten op relatief hoge leeftijd van de vrouw worden erdoor voorkomen, de uiteindelijke gezinsomvang wordt erdoor beperkt gehouden, zeer veelvuldig wordt tot abortus overgegaan wanneer zich een potentieel nakomertje aandient. Buiten het huwelijk wordt abortus provocatus aangewend om gedwongen huwelijken en buitenechtelijke geboorten te voorkomen. In dit opzicht is de betekenis van abortus groot, al worden er aanzienlijk veel meer gedwongen huwelijken en buitenechtelijke geboorten voorkomen door doeltreffende anticonceptie.

In vergelijking met andere landen is abortus in Nederland een *marginale verschijnsel*. Dit betekent dat ons land een zeer hoge mate van perfectie heeft bereikt in de toepassing van anticonceptie.

Abortus en seksualiteit

De permissiviteit tegenover premaritale seksualiteit is na het midden van de jaren '60 beduidend toegenomen. Over het algemeen wordt onder jongeren de toelaatbaarheid van seksuele contacten niet meer afhankelijk gesteld van het onmiddellijke vooruitzicht op een huwelijk. Daarnaast wordt het huwelijk steeds minder gezien als het noodzakelijk startpunt voor gezinsvorming. Ook in het seksuele gedrag deden zich belangrijke veranderingen voor: seksueel verkeer onder jongeren is een veel algemenere

gedragspatroon geworden.

De vraag in hoeverre abortus bij ongetrouwden een aanwijzing vormt voor de emancipatie van de seksualiteit van het huwelijk en daarop volgende gezinsvorming, werd nader onderzocht door na te gaan in hoeverre abortus bij ongetrouwden het karakter heeft van een *keuze uit alternatieven*. Eerst werd onderzocht in hoeverre er in ons land nog voor de alternatieven 'gedwongen' huwelijk en buitenechtelijke geboorte wordt gekozen. Weliswaar werden er in 1974 nog ruim 10.000 'gedwongen' huwelijken gesloten en bijna 3.700 kinderen buitenechtelijk geboren (in 1975 nog respectievelijk ruim 7.600 en ruim 3.800) tegenover circa 8.850 abortus bij ongetrouwde vrouwen, maar de beide eerstgenoemde cijfers vertegenwoordigen niet alleen ongewenste zwangerschappen. Op grond van een aantal indirecte aanwijzingen mag worden verondersteld dat een belangrijk deel van de huidige 'gedwongen' huwelijken (geboorten binnen zeven maanden na huwelijksluiting) gepland is; dit geldt ook voor de buitenechtelijke geboorten. Aan de hand van verschillende gegevens uit Stimezo-onderzoeken werd voorts nagegaan in hoeverre de abortus bij ongetrouwde abortuscliënten het karakter heeft gehad van een keuze uit alternatieven. Het 'gedwongen' huwelijk blijkt daarbij veel meer dan het ongetrouwd moederschap als een alternatief voor abortus te worden gezien: het afstaan van een kind wordt nauwelijks als een reële oplossing ervaren. Anderen dan het meisje of de vrouw blijken vaak een belangrijke rol bij de besluitvorming tot abortus te spelen.

Anticonceptie

Het gebruik van anticonceptie verbeterde recentelijk aanzienlijk, zowel kwantitatief als kwalitatief. Daardoor veranderde de structuur van de problematiek. Betrouwbare vormen van anticonceptie zijn voor vrijwel iedereen beschikbaar gekomen, de kennis omtrent anticonceptie verbeterde sterk. Dit heeft ertoe geleid dat problemen die destijds als perifeer konden gelden naar verhouding steeds belangrijker zijn geworden.

Structurele problemen doen zich eigenlijk alleen nog maar voor bij de allochtone bevolkingsgroepen (gastarbeiders en dergelijke) en bij de jongeren (met name beneden 18 jaar). Voor het overige zijn de anticonceptieproblemen nauwelijks nog op een hanteerbare manier op gemeenschappelijke noemers te brengen; er is dus sprake van een toenemende diversificatie. Ook manifesteert zich een tendens tot individualisering van de anticonceptieproblematiek. Tenslotte is de algemene noemer 'toeval' relatief belangrijker geworden.

In het algemeen kan aan abortus een

positieve bijdrage aan de kwaliteit van het anticonceptiegebruik worden toegeschreven.

De jaarlijkse stijging van het recidivismepercentage moet geheel aan demografische oorzaken worden toegeschreven; zij verwijst niet naar een vervanging van anticonceptie door abortus. Abortusrecidivisten zijn met name: oude getrouwden, gescheiden vrouwen en niet het minst allochtonen – dat wil zeggen diegenen die ook in het algemeen als belangrijkste risicogroepen voor abortus kunnen worden aangemerkt.

Conclusies

Kettings conclusies, hier in kort bestek geschetst:

- Abortus provocatus heeft zich in Nederland niet ontwikkeld tot een substituut voor anticonceptie.
- Als noodmaatregel met betrekking tot anticonceptie vervult abortus provocatus enerzijds een functie als correctie op falende anticonceptie, anderzijds een functie als substituut achteraf.
- Een verdergaande verbetering in het anticonceptiegebruik in ons land is nog wel mogelijk, maar niet meer op grote schaal.
- Een structurele verbetering van het anticonceptiegebruik is vrijwel alleen nog mogelijk bij de jongeren en de allochtonen.
- Dat het anticonceptiegebruik in ons land in hoge mate is vervolmaakt, is slechts mogelijk geworden dank zij intensieve en gerichte inspanningen.
- Een depolarisatie in de benadering van abortus en anticonceptie is gewenst.

Vijf jaar Bloemenhovekliniek

In augustus 1973 werden, na een lange periode van voorbereidingen, in de Bloemenhovekliniek te Heemstede de eerste vrouwen volgens de methode-Finks¹ behandeld. De in Engeland werkzame arts Dr. A. A. Finks was naar Nederland gekomen om twee ervaren artsen van het Beahuis zijn techniek te leren. Door jarenlange toepassing in Engeland was bewezen dat de methode-Finks goed en zonder risico's buiten een algemeen ziekenhuis kon worden toegepast.

De aanvankelijke capaciteit van 7 bedden bleek al snel onvoldoende te zijn en in december 1973 werd een tweede zaaltje met 5 bedden in gebruik genomen. Vanaf dat moment heeft de kliniek een ontwikkeling doorgemaakt die vrijwel op ieder vlak een aaneenschakeling vormde van veranderingen en aanpassingen. Nu heeft de Bloemenhovekliniek een capaciteit van 19 bedden, waarvan 7 bedden de eerste dagen van de week worden gebruikt voor prostaglandine-behandelingen. Waren er in 1973 in de kliniek 3 verpleegkundigen werkzaam, thans zijn er 9 verpleegkundigen en 6 ziekenverzorgrers beschikbaar. Al het personeel wordt zowel op specifieke vakkennis als op een positieve attitude ten aanzien van hulpverlening van ongewenst zwangere vrouwen geselecteerd. Voor de psychosociale begeleiding van de patiënten van de Bloemenhovekliniek is naast de reeds genoemde verpleegkundigen, die daarvoor een interne training hebben gehad, een aantal maatschappelijk werkers beschikbaar die, als tweede echelon, in gecompliceerde gevallen de begeleiding kunnen overnemen. De internationale functie blijkt uit het

Samenvatting

Na vijf jaar 'verre' abortusbehandelingen buiten de conventionele setting van het algemeen ziekenhuis lijkt een evaluatie op zijn plaats.

In volgorde van wat de cliënte bij de gang door de Bloemenhovekliniek meemaakt komen achtereenvolgens organisatorische, verpleegkundige en begeleidingsaspecten aan de orde. Voorts wordt stilgestaan bij de gebruikte medische methodiek en de onderzoeksresultaten met prostaglandine.

Geconcludeerd wordt dat voor de uitvoering van de late abortus een specifiek voorzieningenpakket nodig is, waarin vooral het begeleidingsaspect bijzondere aandacht krijgt.

door **J. Kause**
en **A. S. van den Bergh**



De heren Van den Bergh (l.) en Kause zijn respectievelijk directeur en medisch coördinator van de Bloemenhovekliniek te Heemstede.

feit dat meer dan de helft van de patiënten uit het buitenland komt, van wie het merendeel uit de buurlanden. Het aandeel van de Franse vrouwen is vanaf het tot stand komen van de liberale wetgeving in Frankrijk vrijwel van geen betekenis meer. Een niet onbelangrijk deel van de vrouwen komt van buiten Europa, waarbij met name Afrika en Zuid-Amerika moeten worden genoemd.

Verpleegkundige aspecten

De selectie van verpleegkundige medewerkers voor de abortushulpverlening is niet eenvoudig. De psychische belasting is groot. Het verdient daarom aanbeveling met part-time krachten te werken. Indirect heeft dit het gunstig gevolg dat meestal gehuwde, oudere verpleegkundigen solliciteren. Men moet wel goed gemotiveerd zijn om dit werk te doen. Naast het technisch verpleegkundig handelen is de problematiek waarmee men geconfronteerd wordt vaak zo klemmend en aangrijpend dat men

Aantal behandelingen in de Bloemenhovekliniek over 1973-1977.

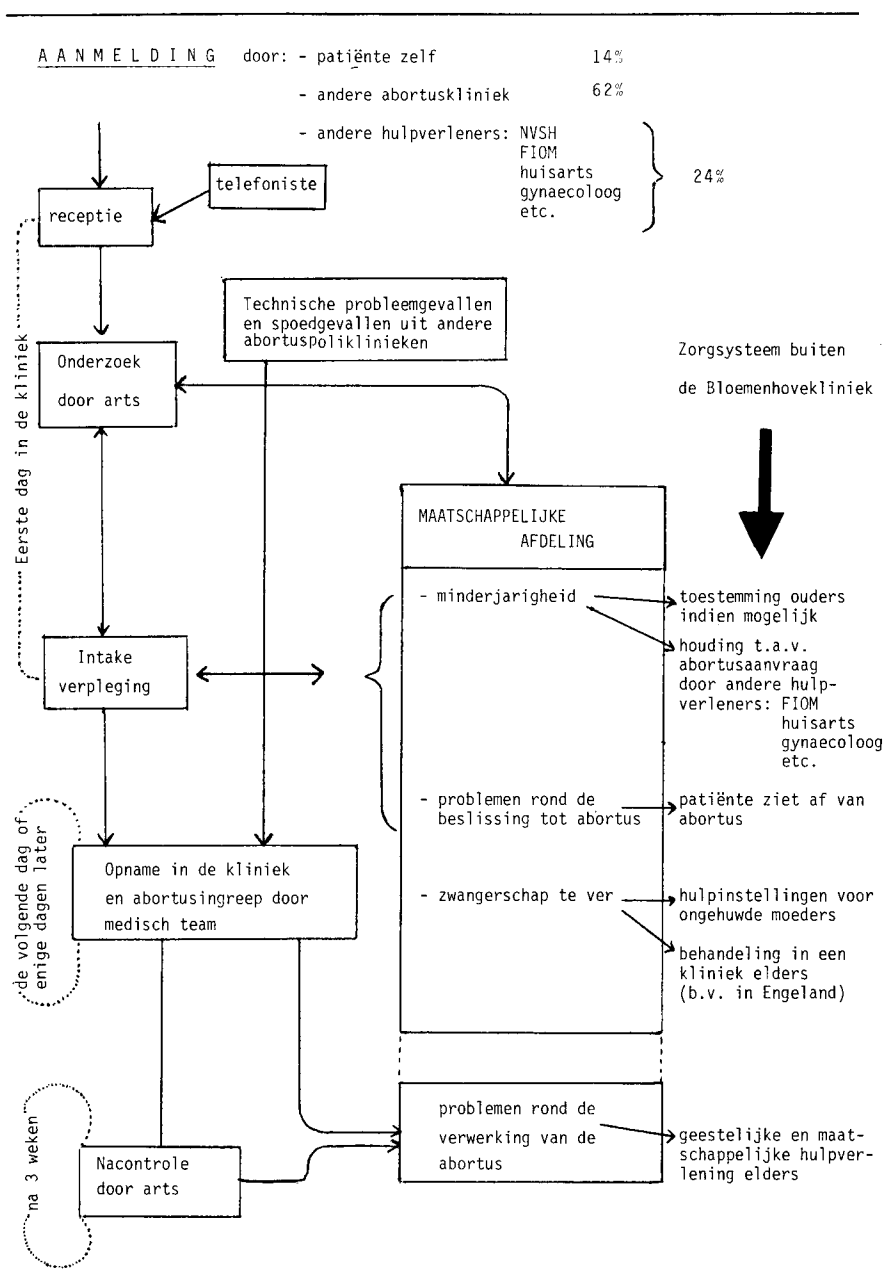
1973	487
1974	3.185
1975	4.517
1976	4.480
1977	3.766
totaal	16.435

De daling na 1976 wordt veroorzaakt door het op gang komen van de hulpverlening in de buurlanden.

niet zelden met een gevoel van onmacht en frustratie blijft zitten. Wat het intake-gesprek betreft is het duidelijk dat men dit werk niet door jonge verpleegsters of leerlingen kan laten doen, evenmin als het assisteren bij de ingreep of de begeleiding daarna op de zaal. Dit verschil met een algemeen ziekenhuis is evident. Wij proberen tijdens het korte verblijf in de inrichting de vrouwen met zo min mogelijk 'gezichten' te confronteren. De verpleegkundige die het basis-intake-gesprek voert assisteert ook bij de ingreep. Een moeilijk aspect is het internationale kraker van de kliniek. Een goede gesprekstechniek en spreekvaardigheid in de moderne talen is een voorwaarde, kennis van de Spaanse of Italiaanse taal een aanbeveling. De verpleegkundige moet een hulpverleenster zijn in de ruimste zin. Zij moet in staat zijn de cliënte zodanig op te vangen dat deze het gevoel heeft begrip te vinden voor haar problemen en met vertrouwen voorbereid wordt op de ingreep. Tevens moet ze kunnen signaleren wanneer het inschakelen van andere hulpverleners nodig is.

Begeleiding door maatschappelijk werkers

In de afgelopen jaren is gebleken dat de vrouwen die zich voor een late abortus aanmelden vaak juist zo laat komen om dat het beslissingsproces voor hen zo moeilijk was. Dikwijls hebben zij langdurig andere oplossingen overwogen. Door het taboe rond abortus komt het soms voor dat de vrouw haar besluit tot de abortus geheel alleen heeft moeten nemen. Deze vrouwen maken dan graag gebruik van de gelegenheid hun motieven met de maatschappelijk werker nog eens door te praten. Soms komen daarbij opnieuw twijfels boven. De maatschappelijk werkers zijn erop getraind in deze gesprekken vooral niet directief op te treden. De vrouw dient zelf haar beslissing in volle vrijheid te nemen. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de minderjarigen. Vooral wanneer de ouders van de zwangerschap niet op de hoogte zijn is veel tact nodig. Het beleid is namelijk dat minderjarigen zonder schriftelijke toestemming niet worden behandeld. Slechts in zeldzame gevallen lijkt het



beter de ouders er inderdaad maar buiten te laten en wordt na overleg met de huisarts of het FIOM hiervan afgeweken. Een derde groep vrouwen die door het maatschappelijk werk wordt opgevangen zijn degenen die zich pas zo laat aanmelden dat behandeling in het geheel niet meer mogelijk is. Vaak hebben deze vrouwen eindeloos getwijfeld. Wanneer na onderzoek dan wordt meegedeeld dat ze niet in behandeling zullen worden genomen betekent dat een ernstige slag. Het bespreken van de ontstane toestand en het eventueel overdagen aan andere hulpverlenende instanties kan de noodsituatie weer wat overzichtelijker en aanvaardbaarder

maken.

Het is duidelijk dat van de maatschappelijk werkers een specifieke kennis en vaardigheid wordt geëist. Deze is echter vrijwel uitsluitend al doende aan te leren.

De ingreep

De ingreep volgens Finks werd in de afgelopen jaren in de Bloemenhovekliniek geperfectioneerd. In principe is de techniek eenvoudig. Na het creëren van een 'bloedloos' operatieterrein met behulp van vasoconstrictiva die in de baarmoederspier worden geïnjecteerd wordt de cervix uteri

gedilateerd. Hierna wordt met een speciaal daarvoor ontwikkelde forceps de vrucht in utero verpulverd en naar buiten gebracht. Een algehele anesthesie is hiervoor niet vereist. Ataraktanalgesie met IV ingespoten diazepam en pentazocine, gecombineerd met lokaalanesthesie is voldoende. De patiënte blijft aanspreekbaar en wordt 'wakker' op bevel. De anterograde amnesie veroorzaakt door de diazepam maakt dat zij zich achteraf van de ingreep niets herinnert, een weldadige bijwerking. De superspecialisatie en de routine van de artsen die de ingrepen doen maken dat de complicatiecijfers van de methode-Finks uit de Bloemenhovekliniek uitzonderlijk laag zijn².

Prostaglandine

Ruim een jaar geleden heb ik in het openbaar de stelling verdedigd dat bij een zwangerschapsduur, zo ver gevorderd dat vacuümaspiratie niet meer mogelijk is, de techniek van Finks te verkiezen is boven alle andere methoden van zwangerschapsafbreking. Tevens werd bij die gelegenheid gesteld, dat het slechts een kwestie van tijd zou zijn of er zouden prostaglandines worden ontwikkeld die de nadelen van destijds bestaande soorten zouden missen, waardoor dan alle chirurgische varianten, inclusief de 'Finks'-methode, zouden worden verlaten.

Veel eerder dan verwacht is deze voorstelling uitgekomen. Al in 1974 werden in onze kliniek oraal toegediende prostaglandines toegepast, waarmee werd beoogd de cervix uteri te verweken. Wij meenden toen, dat mechanisch verwijden van het cervixkanaal daarna minder traumatiserend zou zijn en dat de kans op isthmo-cervicale-insufficiëntie zou worden verkleind³. In 1975 nam de Bloemenhovekliniek deel aan een internationaal onderzoek (WHO-trial 120), waarbij het effect van vaginaal toegediende prostaglandine als abortivum in het tweede trimester werd getest⁴. Zonneklaar bleek dat prostaglandine abortiva bij uitstek zijn. De bijwerkingen voornamelijk overprikkeling van de tractus digestivus, waren echter nog dusdanig dat nauwgezette medische observatie

vereist bleef.

Sedertdien zijn in onze kliniek verschillende prostaglandine-analogen en verschillende toedieningsvormen onderzocht. Het beschikbaar komen van Sulprostone (16 phenoxy-tetranor prostaglandine E₂-methylsulfonamide) in juni 1977 betekende een grote stap in de richting van ons ideaal: een eenvoudig toe te passen, veilig preparaat zonder bijwerkingen van betekenis.

Aanvankelijk deelden wij de mening van Ian Craft⁵, dat een zwangerschapsafbreking met behulp van prostaglandine niet langer moet duren dan 24 uur. Wie de literatuur bestudeert bemerkt dat vele onderzoekers die met prostaglandine werken ongeduldig zijn en er steeds op uit zijn het interval tussen inleiding en abortus zo veel mogelijk te bekorten, alsof de snelst werkende prostaglandine ook de beste zou zijn. Men dient zich te realiseren dat het verstrijken en ontsluiten van de cervix uteri – zeker bij nulliparae – een vele uren durend proces is. Tracht men dit te verhaasten door bijvoorbeeld uterotonica toe te dienen, dan slaagt men veelal niet zonder gelijktijdige toediening van krachtige analgetica terwijl de kans op het optreden van overrekking van het onderste uterussegment, de zogenaamde 'ballooning', toeneemt.

Ook wij meenden aanvankelijk, dat de vrouwen met alle aangrijpende problematiek die zij te verwerken hebben de extra stress van de hormonaal opgewekte vruchtafdrijving niet lang zouden kunnen verdragen. Nu realiseren wij ons dat voornamelijk wijzelf de spanning van een zo langdurige procedure moeilijk verdroegen. Wanneer de vrouwen zich instellen op een verblijf van twee of drie dagen in de kliniek en er een duidelijk van te voren besproken procedure wordt gevolgd, blijkt het merendeel ook met een lang interval tussen inleiding en abortus vrede te hebben. Van groot gewicht is de psychosociale begeleiding van de vrouwen tijdens hun verblijf in de kliniek; er is dan ook steeds een maatschappelijk werkster beschikbaar. Wij streven ernaar de vrouwen, onder wie heel jonge meisjes, steeds in groepjes van maximaal zeven samen te brengen die gelijktijdig worden ingeleid. Aan het deel uitmaken van een groepje lotgenotes kunnen de vrouwen veel steun ontleen. Men spreekt elkaar

moed in en helpt elkaar.

Uit de literatuur is bekend dat lokale (intra-amniotische) toediening van prostaglandines over het algemeen heel weinig nevenwerkingen geeft, omdat slechts een fractie van de dosis in de maternale circulatie komt. Wij zagen echter nogal op tegen de daarvoor nodige transabdominale punctie van de baarmoederholte. Het bleek echter eenvoudig de amniosentese transcervicaal uit te voeren. Men blijft dan buiten de peritoneale ruimte met alle voordelen van dien. Enige tijd na de injectie van de Sulprostone in de amnionholte neemt de tonus van het spierweefsel van de uterus toe, waarna deze zich ritmisch gaat samentrekken. Dit leidt tot dilatatie van het cervixkanaal en uiteindelijke expulsie van de uterusinhoud. Vlak voor de uitdrijving krijgt de vrouw 20 mg diazepam + 30 mg pentazocine IV toegediend. De hierdoor ontstane ataraktanalgesie heeft het voordeel dat de patiënte somnolent en ontspannen is en zich achteraf niets van de 'partus' herinnert. Een ernstig psychisch trauma wordt hiermee voor een belangrijk deel voorkomen. De tijd tussen het optreden van de eerste contracties en de partus immaturus is net als bij de partus a terme individueel zeer verschillend. De snelste cliënte deed er 4½ uur over. Het gemiddelde ligt met 4 mg Sulprostone op 12 uur (14 uur met 3 mg, 20 uur met 2 mg). Vrijwel wekelijks wordt nu een groepje vrouwen op deze wijze behandeld. Uitvoerig wordt hierover elders bericht⁶. Het genoemde preparaat heeft vrijwel geen bijwerkingen. De beruchte episoden van braken en diarree blijven uit. Het percentage inleidingen dat wij als mislukt beschouwen (na 48 uur nog geen uitdrijving van de vrucht) is sterk afhankelijk van de dosis. Wij geven nu 4 mg van de stof in één dosis, na voorzichtigheidshalve te zijn begonnen met 1 mg. Zelfs indien in een zeldzaam geval geen uitdrijving volgt, is de baarmoedermond meestal toch zodanig verweekt dat instrumentale dilatatie uiterst vlot verloopt.

Het is duidelijk dat het opzetten van een prostaglandine-afdeling, zoals die thans in de Bloemenhovekliniek bestaat, geen eenvoudige zaak is. Omdat men tevergeefs naar een handleiding hiervoor zoekt, is men

aangewezen op de 'trial and error'-methode. Ook de huisvesting werpt de nodige problemen op. Men heeft een ziekenhuis nodig dat zo min mogelijk als zodanig imponeert: zo weinig mogelijk onpersoonlijk wit, een gezellig dagverblijf, waar enige privacy toch mogelijk is, met toch om de hoek een volstrekt verantwoorde, goed uitgeruste OK en een perfect bewakingssysteem.

Conclusie

Een abortuskliniek als 'Bloemenhove' is een hooggespecialiseerde medische instelling, waar naast de uiterste aandacht voor de medisch technische ontwikkelingen bijzondere eisen worden gesteld aan de psychosociale

en verpleegkundige begeleiding. Dit kon slechts via eideloze aanpassingen en verbeteringen – met vallen en opstaan – worden bereikt. Na vijf jaar 'Bloemenhove' is een kliniek gerealiseerd die in zijn soort geldt als een van de belangrijkste van Europa.

Literatuur

1. De 'methode-Finks' en alternatieve technieken voor therapeutische zwangerschapsafbreking in het tweede trimester van de graviditeit. Stimezo Nederland 1977.

2. Loendersloot E. W. Commentaar op vroege complicaties bij mid-trimester abortus door A. S. van den Bergh. Medisch Contact 31: 744 (1976).

3. Van den Bergh A. S., Szabo E., Szontagh F. E. Preoperativ méhsszájtágítás orális prostaglandin E2-vel. Magyar Nőorvosok Lapja 38: 193 (1975).

4. Van den Bergh A. S. en A. A. Haspels. Mid-Trimester Abortion induced by intravaginal administration of Prostaglandin F2_α methylester suppositories. Contraception 17.2.141-151 (1978).

5. Craft, I. Abortion: use of prostaglandins and epidural analgesia. Letter to the Ed. Lancet, July 1, 1972.

6. Termination of second trimester pregnancy with intraamniotic administration of 16 phenoxy-Ω-tetranor PgE₂-methylsulfonamide (SHB 286) alone and combined with oxytocin and calcium gluconate A. S. van den Bergh en A. A. Haspels. Contraception, in druk.

STIMEZO-BROCHURE

Behoefte aan abortushulpverlening in Nederland

Om de vele onderzoeksgegevens met betrekking tot de abortusproblematiek die de laatste jaren zijn vrijgekomen voor een bredere groep lezers toegankelijk te maken, heeft Stimezo-Nederland de brochure 'De behoefte aan abortushulpverlening in Nederland' uitgebracht. Daarin vindt men na een literatuuropgave de hoofdstukjes: 'Ontwikkeling van de vraag naar abortus', 'Om welke vrouwen gaat het?' en 'Nederland in internationaal perspectief'.

Op de twaalfde en laatste pagina de volgende *samenvatting* van de inhoud: 'Er is in Nederland behoefte aan abortushulpverlening. Deze behoefte is in vergelijking met andere landen betrekkelijk gering. De tot stand gekomen medisch verantwoorde abortushulpverlening heeft niet geleid tot een groei van het aantal abortus. Abortushulpverlening is primair van belang voor vrouwen die nog niet toe zijn aan gezinsvorming en voor vrouwen die een voltooid gezin hebben. Abortus is in Nederland een correctie, in noodgevallen, op de anticonceptie. Abortus is niet geworden tot een normale vorm van geboortenregeling.'

Internationaal gezien neemt Nederland een uitzonderingspositie in vanwege extreem lage abortuscijfers voor Nederlandse vrouwen; zie de tabel uit de brochure die

hierbij staat afgedrukt. Deze cijfers geven vooral aan dat het toepassen van anticonceptie bij ons veel effectiever is dan elders.

'De behoefte aan abortushulpverlening in Nederland' kan worden besteld door storting van f 1,50 per exemplaar op giro 3816300 van Stimezo-Nederland.

Abortusaantal, abortuscijfer en abortusratio in enkele landen (1975).

	totaal aantal ingrepen	abortuscijfer per 1.000 totale bevolking	abortuscijfer per 1.000 vrouwen 15-44 jaar	abortusratio per 1.000 levend geborenen
Nederland	15.000	1,1	5,1	87
Engeland (+ W)	106.200	2,2	11,1	179
Denemarken	27.900	5,5	27,0	402
Noorwegen	15.100	3,8	19,7	—
Zweden	32.500	4,0	20,3	325
Finland	21.500	4,6	20,4	316
DDR	87.800	5,2	25,2	485
Tsj. Slow.	81.700	5,5	25,9	298
Hongarije	96.200	9,1	41,9	515
Bulgarije ('74)	123.500	14,2	65,8	828
Roemenië ('73)	376.000	18,1	81,3	931
VS	1.034.200	4,8	22,1	331
Japan	651.600	5,8	24,4	347

Bronnen
Chr. Tietze & M. Cooper-Murstein, Induced Abortion: 1975 Factbook
Chr. Tietze, Induced abortion: 1977 Supplement.

Wil de echte psychiater opstaan?

Er bestaan stromingen binnen de psychiatrie en dat doet het vak geen goed. Het komt me voor dat hun bestaan vooral te wijten is aan het feit dat veel psychiaters het vak beoordelen aan de hand van inzichten die ontleend zijn aan hun eigen werkveld dat echter geenszins representatief is voor de gehele psychiatrie. Collegae die werken – die zeer verdienstelijk werken – in een neurosekliek bijvoorbeeld geven niet zelden blijk van een geprononceerde mening over de behandeling van psychosen, ook al hebben zij zelf zich daar nimmer mee beziggehouden. Sociaal-psychiaters koesteren soms hun overtuigingen met betrekking tot het schizofrenievraagstuk, ook al strekken hun werkzaamheden zich nauwelijks tot die problematiek uit. Nog zekerder van hun zaak zijn dikwijls psycho-analytici die oorzaak, structuur en behandeling van psychosen weten aan te geven, ook al brengt hun praktijk hen nooit met psychotische mensen in aanraking. Ik bedoel dit alles nauwelijks als een verwijt, want ik vrees dat wij klinisch-psychiaters van onze kant niet minder generaliserend over het vak denken. Op zo'n manier wordt het een warboel. Het is inderdaad een warboel geworden.

Wel is het mogelijk, in deze diversiteit twee *hoofddijnen* te onderkennen. De moderne psychiatrie ontstond in de negentiende eeuw, toen romantiek en rationalisme als elkaars tegenpolen het culturele toneel beheersten. Ook in de psychiatrie ontstond er – en is er nog altijd – een romantische en een klassieke richting. De romantische richting begon met

In het voorjaar heeft het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten een studiedag gehouden, gewijd aan wijzigingsvoorstellen met betrekking tot de opleidingseisen van het specialisme psychiatrie. Bij die gelegenheid werden inleidingen gehouden door Prof. Dr. M. A. J. Romme (zie MC nr. 46/1978, blz. 1445), Prof. Dr. H. M. van Praag (zie MC nr. 47/1978, blz. 1476) en door P. J. Stolk, directeur van het Sint Joris-Gasthuis te Delft. Bijgaand een weergave van hetgeen door de heer Stolk naar voren werd gebracht.

door **P. J. Stolk**



Mesmer en zijn dierlijk magnetisme, bracht ons al zoekend naar verborgen krachten in de mens bij Charcot en Freud, liep tenslotte uit op de psychodynamische opvattingen die de laatste tijd weer sterk door aandacht voor milieu en relaties worden beïnvloed. Aan de andere kant is er de klassieke psychiatrie die begon met Pinel, via mensen als Griesinger leidde tot Kraepelin en Bleuler, uitlopend op de hedendaagse klinische psychiatrie. Curieus is dat beide richtingen elkaar vrijwel hebben genegeerd. Freud liet zich niets gelegen liggen aan de problemen die Kraepelin essentieel achtte en door Kraepelin wordt het werk van Freud met enkele misprijzende opmerkingen afgedaan. Psychiaters zijn nu eenmaal geen eclectici.

Vorm en inhoud

Wat is het verschil tussen de romantische en de klassieke psychiatrie? De ene zoekt naar het algemeen menselijke, de andere naar het bijzondere van juist deze toestand. In de woorden van Rümke: de ene let vooral op de inhoud, de andere vooral op de vorm. Iemand die dronken is zegt wellicht onthullende dingen, hij zegt de spreekwoordelijke waarheid. Als psychiater kan men nu vooral aandacht hebben voor die mededelingen en bijvoorbeeld concluderen dat zijn huwelijk toch niet zo gelukkig is als we dachten; men zal daarom met de man en ook met zijn vrouw willen praten. Maar men kan ook vooral letten op het karakteristieke van zijn toestand en opmerken dat de man in een exogeen gekleurde ontstemming verkeert, zodat het verstandiger lijkt hem eerst maar eens koffie aan te bieden. Het is duidelijk dat men niet alleen het een kan doen zonder het andere te laten, maar zelfs dat een juiste interpretatie slechts bereikt kan worden door beide gezichtspunten tot hun recht te laten komen.

Heden ten dage beleven we echter een opmerkelijke verschuiving naar de romantische pool. De belangstelling gaat uit naar de relaties van de ander, niet naar zijn persoonlijkheid;

afwijkend gedrag wordt gereduceerd tot een reactie op het milieu en niet gezien als iets van deze bepaalde medemens. Hét accent valt daarbij uiteraard op psychosociale factoren, niet op medisch-biologische en ook niet op psychologische (ook bij de psychologen zien we overigens dezelfde dichotomie). Men let dus op de inhoud, niet op de vorm. Is iemand depressief, dan vraagt men naar zijn levensomstandigheden, zijn problemen, eventueel zijn voorgeschiedenis; maar men vraagt dikwijls niet naar de aard van zijn depressiviteit. Wanneer een psychiater spreekt over een niet psychogeen begrijpelijke depressie, wordt hem dikwijls voorgehouden dat hij hiermee alleen maar zijn onbegrip etaleert. Dat depressiviteit ook andere gronden kan hebben – toxische, biochemische – is weliswaar een vaststaand gegeven, maar menigeen gaat daar in de praktijk moeiteloos aan voorbij. Vooral diegenen doen dat die hun inzichten bijvoorbeeld op sociale academies opdeden. Maar ook onder medici treft ons maar al te vaak blindheid voor het kwalitatieve verschil tussen psychopathologische belevingen.

Stiel verlaten

Waar – zoals we stelden – vorm en inhoud complementair zijn, is het duidelijk dat aan psychische stoornissen altijd een inhoudelijk moment valt waar te nemen. Bovendien blijkt dat zulke stoornissen heel dikwijls rechtstreeks met levensproblemen verband houden. Dit inzicht leidde ertoe dat de psychiaters zich steeds meer op die levensproblemen gingen richten. Dit gebeurde stellig onder de suggestie van de wetenschappelijke mode, maar het hing ook samen met de opvatting dat de levensproblemen wezenlijk zijn – primair – en de psychopathologische verschijnselen slechts gevolgen daarvan en op zichzelf dus niet zo belangrijk. De psychiater werd gaandeweg iemand die routine had in het spreken met op gespannen voet levende huwelijkspartners, en niet langer iemand die kennis had betreffende psychopathologie. Hiermee verliet hij zijn stiel. Hem lokte een onafzienbaar arbeidsveld, waarin ondertussen talloze lieden van andere signatuur eveneens werkzaam

waren. *De psychiater wierp zich op als expert in levensproblemen.* Bij de discussie over geboortepanning speelde hij een hoofdrol en nog altijd rekent hij het seksuele leven van de mens gaarne tot zijn vakgebied. Maar ook verwacht menigeen van hem dat hij zich bezighoudt met stervensbegeleiding en het ligt niet in zijn aard zichzelf incompetent te verklaren. En bijkans heel ons leven tussen deze uitersten van conceptie en dood rust in de veilige handen van de psychiater.

Toen men over de gerechtvaardigdheid van abortus nog onzeker was werd de psychiater ingeschakeld om tot de juiste beslissing te komen. Bij crisissituaties als kapingen doet men een beroep op de psychiater, niet omdat men denkt dat de kapers geestesziek zijn maar omdat men van hem een deskundige benadering verwacht. Criminaliteit, ook wanneer hij deze niet acht samen te hangen met een geestesziekte, beschouwt de psychiater desondanks als zijn arbeidsterrein en de rechter vraagt van hem steeds vaker advies over te nemen juridische maatregelen (omgekeerd heeft de rechter weer het eindoordeel over de noodzaak van psychiatrische maatregelen). De psychiatrie penetreert onze hele maatschappij. Het was meen ik het Braziliaanse voetbalteam dat zich tijdens de wereldkampioenschappen in Duitsland door een psychiater liet begeleiden; het povere resultaat is bekend!

Identiteit verloren

Het lijkt aannemelijk dat kennis van psychopathologische processen kan bijdragen tot inzicht in andere situaties en ook dat ervaring met uitzonderingstoestanden van pas kan komen bij uitzonderlijke toestanden. Het is daarom niet zo verwonderlijk dat psychiaters zich wel eens voortreffelijk kwijten van allerlei wezensvreemde taken. Maar daar gaat het niet om. Waar het om gaat is dat de psychiatrie zijn aard verloochent en zijn identiteit verliest.

Menig psychiater beschouwt zichzelf niet langer als arts, specialist op het terrein van psychische stoornissen; hij werd de remplaçant voor dominee en pastoor nu dezen hun greep op de samenleving hebben verloren. Is het verwonderlijk dat niet-medici zich tegen deze pretenties verzetten en van

de weeromstuit beweren dat afwijkend gedrag alleen maar ziekelijk is omdat de psychiater het zo bestempelt?

De geschetste ontwikkeling lijkt mij uitermate zorgelijk. Als psychiatrie identiek wordt met desnoods een bijzondere vorm van – of bijzonder intensieve – maatschappelijke hulpverlening, dan dreigt het onderscheidingsvermogen verloren te gaan voor datgene wat maatschappelijke nood te buiten gaat. De psychiatrie, zeker de klinische, confronteert ons dagelijks met dysfunctioneren dat niet door contact en verbale hulp kan worden hersteld. Mensen die hieraan lijden – we kunnen ze gemakshalve ziek noemen – worden licht miskend, verwaarloosd in hun werkelijke behoeften en daarentegen geplaagd met psychotherapie die uiteraard faalt. Van dit falen krijgt de cliënt vervolgens zelf de schuld: hij werkte niet mee, hij was niet 'gemotiveerd'. En als hij suïcideert wordt dit als zijn eigen keuze gerespecteerd; anders gezegd: hij moet het zelf maar weten. De disproportionele aandacht voor relatietherapieën blijkt nog uit een andere omstandigheid: aan de universiteiten en in opleidingsklinieken lopen grote aantallen psychiatrische assistenten rond en tal van jonge psychiaters stortten zich de afgelopen jaren in de praktijk. Maar de psychiatrie functioneert slecht. In een aantal psychiatrische instituten is er een nijpend gebrek aan staf. Ook de sociaal-psychiatrische diensten kunnen in sommige regio's bij gebrek aan mankracht niet werken. Andere SPD's bewegen zich wel op andere terreinen, zoals – weer – gezinstherapie. Het behartigen van acute psychiatrie en het bijstaan van zwak geïntegreerde mensen om hen voor psychosen te behoeden – dus wat we vroeger noemden voor- en nazorg – schiet er doorgaans bij in en wordt elders zelfs principieel van de hand gewezen.

Tendens

Overbodig te zeggen dat er nog altijd velen met grote inzet praktisch sociaal-psychiatrisch werkzaam zijn en dat anderen om honorabele motieven andersoortig werk verrichten. Ik signaleer geen schuld, ik signaleer alleen een tendens. Die

tendens is dat psychiaters in opleiding een onevenredig grote belangstelling hebben voor psychotherapieën die zich richten op de lichtere psychische stoornissen, zo er al van stoornissen moet worden gesproken. Rogers zei immers: 'Therapy is good for people. Period.' Gevolg is dat de meerderheid van de assistenten na hun specialisatie onder dak raakt bij IMP's, terwijl de vacatures in de klinische en in de sociale psychiatrie on vervuld blijven. Boze tongen beweren dat daar een financiële reden voor is. Ik weiger dat te geloven. Men wordt immers al tijdens zijn medische basisopleiding bij voortduring op de romantische pool van ons vak gewezen: de genoemde accentverschuiving manifesteert zich in de gehele geneeskunde.

Ieder weet dat er dikwijls psychische factoren in het spel zijn bij lichamelijke ziekten en ook dat het nuttig kan zijn deze te bespreken. Dit is vanouds bekend en aandacht ervoor was een kenmerk van de goede arts. Maar die factoren worden nu niet alleen overbelicht, ze worden losgemaakt van hun context en als een alternatief voor het medisch denken, het 'medisch model', gepresenteerd. Als u in onze dagen een hartinfarct krijgt, wordt u bij het verlaten van de afdeling hartbewaking waarschijnlijk opgewacht door een therapeut die u uitnodigt uw huwelijks- en arbeidsconflicten te bespreken. Of als uw reconvalescentie wat traag verloopt, bijvoorbeeld doordat u na uw operatie te energiek aan de slag ging, dan raadt men u net als voorheen een herstellingsoord aan. Maar geen boswandelingen wachten u daar, maar groepstherapieën: eigen en andermans huwelijksproblemen moeten grondig worden doorgepraat, want zonder deelneming aan ieders ellende is er voor u geen redding.

Allerhande therapeuten werpen zich op als geseculariseerde zieleherders en zij worden medisch gesanctioneerd. Werd men vroeger ziek als straf voor zijn zonde, nu wordt men ziek als gevolg van zijn spanningen. Was er vroeger geen vergeving zonder confessie, nu is er geen herstel zonder belijdenis in de groep. Vond men vroeger troost in het gebed, nu vindt men rust in de meditatie. Zoals eens de zieke ongeloofwaardig was als hij ontkende gezondigd te hebben, zo glimlachen wij nu begrijpend als hij zich van geen buitensporige conflicten bewust zegt

te zijn. En als lichamelijke ziekten al zozeer bepaald zijn door het psychische conflict, hoe verwerpelijk is het dan wel niet om bij psychische problemen het ziektemodel te hanteren! Het is duidelijk, de 'moderne' psychiater heeft zichzelf niet uitgevonden, hij is een kind van zijn tijd, net als iedereen. Maar heeft hij bestaansrecht?

Psychotherapie als specialisme

Een psychiatrie die zich bezighoudt met psychopathologie verdraagt geen amputatie van zijn biologische wortel. Een niet-medische psychiatrie is niet te verenigen met onze huidige kennis. Maar we zagen dat het terrein van de psychiatrie zich heeft uitgebreid tot zaken die tot psychopathologie in slechts verwijderd verband staan. Het maakt een enorm verschil of men de psychiater raadpleegt in verband met onvrede in zijn huwelijk, dan wel wegens manisch-depressieve schommelingen. Het een kan het gevolg zijn van het ander en grenzen zijn onmogelijk aan te geven; klachten die als individuele pathologie worden gebracht hebben dikwijls hun oorsprong in relationele spanningen; het is allemaal waar. Maar toch, bijvoorbeeld de psychiater aan het IMP en die in het psychiatrisch instituut staan voor zo verschillende opgaven dat hun vak zich nauwelijks laat vergelijken. Het is daarom misleidend beiden aan te duiden als psychiater en hen dezelfde bevoegdheid te geven.

We staan voor het feit dat een groot aantal medici een psychiatrie wil gaan beoefenen die zich toelegt op relationele conflicten. Voor velen van hen is de facto een volledige opleiding tot psychiater niet te verwezenlijken,

onder andere wegens gebrek aan neurologieplaatsen en ontbrekende enthousiasme van de betrokkenen om die plaatsen zinvol te bezetten. Voorts zien we dat de maatschappij behoefte aan hen heeft. Ligt het dan niet voor de hand een specialisme psychotherapie af te splitsen van het specialisme psychiatrie?

Het gaat niet aan de toekomstige psychotherapeut een curriculum op te dringen dat hij strijdig vindt met het beoogde doel. Maar het gaat ook niet aan de psychiater te kneden tot interactioneel therapeut, zodat hij aan de praktijk van de algemene psychiatrie met twee linkerhanden beginnen moet. Voor de pur-sang psychotherapeut is de neurologische stage dikwijls een nu eenmaal verplicht oponthoud dat hij zo snel mogelijk weer vergeet. Voor de psychiater is deze stage onmisbaar, niet zozeer vanwege de mogelijkheid van een miskende neurologische ziekte, maar vooral vanwege het fundamentele begrip voor cerebraal functioneren en dysfunctioneren. Een stage sociale psychiatrie zal hij evenmin kunnen missen, mits hieronder veldwerk wordt verstaan en niet bureauwerk. En het spreekt vanzelf dat de opleiding tot psychiater tevens een deugdelijke psychotherapeutische vorming moet inhouden die niet inferieur is aan die van de psychotherapeut maar wel anders van karakter. Er bestaat zonder twijfel psychotherapie die typisch psychiatrisch is. Aan de andere kant zijn er specifieke technieken tot ontwikkeling gekomen die aan de psychotherapeut moeten worden voorbehouden. De psychiater kan naar hem verwijzen voor relatietherapieën, de psychotherapeut zal naar de psychiater moeten verwijzen als er sprake is van desintegratie.

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.

Vragen

Bij deze figuur dienen zich talrijke vragen aan. Hoe moet de relatie zijn tussen de arts-psychotherapeut en de psychotherapeuten met een niet-medische opleiding? Hoe moeten psychiatrie en psychotherapie tegen elkaar worden afgegrensd om rivaliteit en fouten te voorkomen? Hoe moeten hun bevoegdheden worden geregeld, mede gezien de overlapping die zich in de praktijk zal voordoen? Welke financiële consequenties heeft een en ander? Zal de opleiding tot psychiater

voldoende belangstelling trekken? Genoeg vragen om het idee meteen weer te verwerpen. Toch zou dat voorbarig zijn want deze vragen zijn wel te beantwoorden en bovendien: de praktijk van vandaag gaat al een heel eind in de aangeduide richting. De opgeworpen vragen zijn dan ook reeds actueel, met als enige verschil dat we beide groeperingen als psychiaters aanduiden. De ontwikkeling van psychotherapeutische methoden buiten de psychiatrie, met aan de andere kant onzekerheid over de psychotherapeutische basis van de

psychiater, maakte het mogelijk dat een verwerpelijke puntenjacht ontstond onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Een deugdelijke universitaire opleiding tot psychotherapeut is dringend gewenst. Hiermee zou tevens een instrument zijn gegeven om de kwaliteit te bewaken en om uitwassen in te tomen. Bovendien zou dit een einde maken aan de heilloze verwarring rond de inhoud van het begrip psychiatrie.

Uitspraak Raad van Beroep

Huisarts reageerde te radicaal

Het klaagschrift bevatte de klacht dat de beklaagde huisarts had geweigerd de echtgenote van klager een recept mee te geven dat zij ten behoeve van klager kwam ophalen, dat beklaagde op dezelfde dag in een telefoongesprek onder meer tegen klager had gezegd dat hij een aangetekende brief zou sturen dat klager voortaan van elke hulp van een huisarts in de betreffende stadswijk uitgesloten zou zijn en dat beklaagde vervolgens in een kort daarop volgende brief inderdaad een dergelijke mededeling aan klager had gedaan.

De weigering van beklaagde om aan klagers echtgenote het recept mee te geven volgde op een woordenwisseling tussen klagers echtgenote en beklaagdes assistente, bij het afhalen van het recept, welke haar oorzaak vond in het feit dat klagers echtgenote, die een werkring had en voor het afhalen van het recept vrij had moeten nemen, moest wachten op ondertekening van het recept door beklaagde, terwijl haar des morgens door beklaagdes assistente telefonisch was meegedeeld dat het recept zou klaar liggen. Bij deze woordenwisseling had klagers echtgenote de assistente verweten dat zij geen verantwoordelijkheidsgevoel toonde.

De districtsraad achtte de klacht gegrond en oordeelde dat beklaagde

onjuist had gehandeld. De districtsraad achtte de reactie van beklaagde, op de opmerking van klagers echtgenote dat de assistente geen verantwoordelijkheidsgevoel toonde, buiten iedere proportie en geen rechtvaardiging voor beklaagdes weigering om het recept af te geven. In het bijzonder achtte de districtsraad het onjuist dat beklaagde drie dagen na het gebeurde klager een brief zond met de mededeling dat hij, beklaagde, klager in de toekomst niet meer als waarnemend huisarts zou willen behandelen.

Op grond daarvan werd door de districtsraad aan beklaagde opgelegd de maatregel van waarschuwing. De beklaagde arts kwam van deze uitspraak in beroep, daarbij onder meer stellend dat door de districtsraad de vrijheid van patiëntenkeuze volledig werd miskend en dat zijn handelwijze in het onderhavige geval juist was geweest.

De Raad van Beroep oordeelde dat de zaak in beroep uitsluitend nog ging om de vraag of de beklaagde arts – die enkel op grond van daarover door zijn assistente gedane mededeling heeft aangenomen dat deze door klagers echtgenote onheus zou zijn bejegend – gerechtigd was om klager en zijn echtgenote, zonder hen daarover te horen, voor de toekomst van verdere medische dienstverlening in de betreffende stadswijk uit te sluiten.

De Raad van Beroep achtte daarbij van belang dat de beklaagde arts, die klager en zijn echtgenote niet of nauwelijks kende en aan wie slechts als waarnemend huisarts was gevraagd om een recept af te geven, zijn verstrekkende beslissing allereerst had genomen op grond van een voorval waarbij hij niet zelf tegenwoordig was en deze beslissing vervolgens door zijn assistente mondeling aan klagers echtgenote heeft laten meedelen. Het standpunt van de beklaagde arts, dat hij tot het nemen van een dergelijke beslissing niet verplicht was met iemand overleg te plegen, omdat de vrijheid van patiëntenkeuze dient plaats te vinden zonder beïnvloeding door wie dan ook – waarbij de beklaagde arts zich beriep op ‘Twelve Principles of Social Security and Medical Care’ – werd door de Raad van Beroep niet gedeeld.

De Raad van Beroep was van oordeel dat de beklaagde arts daarbij uit het oog verloor dat onderscheid moet worden gemaakt tussen het beginsel van de vrije patiëntenkeuze en de wijze waarop dat beginsel wordt toegepast of van die vrijheid gebruik wordt gemaakt. De Raad van Beroep overwoog dat hier geen sprake is van een absoluut recht, dat zonder meer zou kunnen worden uitgeoefend, maar daarentegen van een vrijheid of een bevoegdheid waarvan het gebruik of

de uitoefening moet worden beheerst door redelijke overwegingen met het oog op de uiteenlopende belangen die daarbij in het geding zijn. Daarin paste volgens de Raad van Beroep niet, dat in een conflict als het onderhavige een verzoek om nadere opheldering van de kant van klager of zijn echtgenote zonder meer werd gepasseerd en dat beklaagde zijn door klager gewraakte beslissing door zijn assistente aan klagers echtgenote liet meedelen.

De Raad van Beroep was van oordeel dat de beklaagde arts zich in het

onderhavige geval eerder had gedragen op een wijze die wordt gekenmerkt door machtsuitoefening dan op een door redelijke overwegingen berustende gedragskeuze, waarbij de betrokken belangen op redelijke wijze waren afgewogen. De bedenkelijke onevenredigheid tussen de door de districtsraad aangenomen – en door de beklaagde in hoger beroep niet weersproken – feiten en beklaagdes radicale beslissing om klager en diens gezin uit de kring van nog door hem te behandelen patiënten te stoten,

zonder die laatsten te horen of te willen horen, rechtvaardigde naar het oordeel van de Raad van Beroep de aangevallen beslissing van de districtsraad, zowel voor zover de betrokken klacht daarin gegrond werd verklaard, als met het oog op de toe te passen maatregel.

Op grond van een en ander werd het beroep ongegrond verklaard en de uitspraak van de districtsraad bekrachtigd.

9 augustus 1978.

Secretarissen districtsraden

district	afdeling	naam en adres	district	afdeling	naam en adres
I	<i>Amsterdam</i>	Dr. H. W. Whitton Hodenpijlkade 26 Amsterdam	XI	<i>Maastricht en O. Heerlen en O. Sittard/Geleen Midden Limburg Noord Limburg</i>	Dr. F. P. Stapert Vijverweg 6 Sittard
II	<i>Haarlem en O. Haarlemmermeer en O. Kennemerland</i>	J. D. Kaan, arts Oosteinderweg 226 Aalsmeer	XII	<i>Utrecht en O. Vecht en O. Woerden en O.</i>	J. Laarman, arts Strausslaan 6 Bilthoven
III	<i>Alkmaar en O. Den Helder en O. Purmerend en O. West-Friesland Zaanland</i>	Dr. H. L. Hoekstra Metiusstraat 19 Alkmaar	XIII	<i>Amersfoort en O. Gooi en Eemland</i>	J. J. Hendriks, arts Papaverstraat 24 Bussum
IV	<i>'s-Gravenhage en O. Westland</i>	E. van Luijt, arts Groen v. Prinstererlaan 99 's-Gravenhage	XIV	<i>Arnhem en O. Nijmegen en O. Tiel en O. Wageningen en O. Oude IJssel</i>	J. W. E. P. Versteeg, arts Diepenbrocklaan 16 Arnhem
V	<i>Leiden en O. Alphen en O. Gouda en O. Delft en O.</i>	Mw. A. R. Smit, arts v. Slingelandlaan 11 Leiden	XV	<i>Apeldoorn en O. Zutphen en O. Slingeland</i>	A. J. Geerlink, arts Rijksweg 71 Warnsveld
VI	<i>Rotterdam en O. Schiedam en O. Voorne Putten/Rozenburg</i>	H. L. v. Amerongen Mathenesserlaan 333 Rotterdam 6	XVI	<i>Zwolle en O. Deventer en O. Emmeloord en O.</i>	L. C. A. v.d. Harst, arts Ter Pelkewijkpark 13 ^{II} Zwolle
VII	<i>Dordrecht en O. Gorinchem en O. IJssel Nrd./Alblas Lek Zuidholl. Eilanden Goeree en Overflakkee</i>	A. Binnerts, arts Vrieseweg 86 Dordrecht	XVII	<i>Almelo en O. Enschede en O. Midden Twente</i>	Th. Franssens, arts Leemhof 24 Enschede
VIII	<i>Walcheren Zeeuws-Vlaanderen O. Zeeuws-Vlaanderen W. Schouwen-Duiveland Zuid- en Noord-Beveland</i>	Mw. M. J. v.d. Vooren, arts Seislaan 10 Middelburg	XVIII	<i>Assen en O. Drenthe Z.O. hoek Meppel en O.</i>	J. H. M. van Buchem, arts Nic. Beetslaan 22 Assen
IX	<i>Breda en O. Bergen op Zoom/ Rosendaal en O. Tilburg en O.</i>	D. v.d. Wetering, arts Parkstraat 16 Breda	XIX	<i>Friesland Noord Friesland Oost Friesland Z.W. hoek Heerenveen en O.</i>	J. Trommel, arts Stinswoud 6 Veenwouden
X	<i>'s Hertogenbosch en O. Eindhoven en O. Helmond en O.</i>	Dr. v.d. Hoeven Pauwlaan 6 Eindhoven	XX	<i>Groningen en O. Hunsingo, Fivelingo Westerkwartier Oostelijk Groningen</i>	J. Baarveld, arts Händellaaan 20 Groningen

Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding

Bijeenkomst 13 en 14 juni 1978

Het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding – dat tot taak heeft de medische opleidingen binnen de diverse lidstaten der Europese Gemeenschap, zowel wat de opleiding tot arts als wat de aanvullende opleidingen betreft, op een vergelijkbaar hoog niveau te brengen – zou niet alleen studie moeten maken van bestaande documenten, maar ook zelf studies moeten aanvaarden. Dit zou moeten gebeuren aan de hand van voordrachten, te houden door leden van het Educatieve Comité, over actuele onderwerpen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de methodologie van de opleiding, gezien in de context van de huidige opvattingen op onderwijskundig gebied.

Aldus een voorstel van de voorzitter, Mw. Schleicher, tijdens de bijeenkomst van het Raadgevend Comité, gehouden 13 en 14 juni jl. Aan de orde kwamen voorts de voortgezette opleiding van de huisarts, de part-time specialistenopleiding, de klinische opleiding van artsen en de algemene ontwikkelingstendenzen binnen de medische basisopleiding.

Huisartsenopleiding

De beraadslagingen omtrent het voorlopig verslag van de Werkgroep Voortgezette Opleiding Huisartsen werden voortgezet. Weliswaar kon de plenaire zitting zich op veel punten met het in dit rapport gestelde verenigen, maar over een aantal fundamentele vraagstukken werd een nadere uitspraak van het comité gevraagd. Daarbij gaat het in de eerste plaats om die maatregelen die moeten worden genomen om de voortgezette opleidingen van arts tot huisarts in Europa enigszins parallel te doen verlopen en, vooral, om een beslissing over de vraag of de opleiding al of niet verplicht zal zijn.

Het rapport bevat in de eerste plaats een omschrijving van de *rol van de huisarts* in het systeem van de gezondheidszorg, zoals die door de werkgroep wordt gezien. Hij heeft te maken met preventie, met de vroege diagnostiek en eerste hulp, met een

door Prof. Dr. C. L. C.
van Nieuwenhuizen



voorgezette behandeling, ook na een eventuele specialistenbehandeling, in het algemeen met een continue zorg voor het individu en zijn gezin, en heeft een belangrijke taak in de begeleiding en voorlichting bij chronische, ongeneeslijke en ook terminale patiënten. Voorts coördineert hij het samenwerken van andere medische, paramedische en psychosociale werkers en registreert hij alle relevante patiëntengegevens. De huisarts dient een directe, niet aan barrières onderworpen toegang tot de patiënten te hebben, en omgekeerd. Zijn zorg dient zich uit te strekken over een betrekkelijk vaste groep van patiënten en gezinnen.

Uit deze vrij breed opgezette omschrijving van de functie van de huisarts kan worden afgeleid dat de basisopleiding daaraan niet zou kunnen voldoen. Dit is echter nog steeds in discussie. Zo is Italië voorlopig niet toe aan een specifieke opleiding tot huisarts, gezien de catastrofale toestand van het medisch onderwijs aldaar in het algemeen, maar is er in de commissie-Fougère in Frankrijk een dominante stroming die meent dat de opleiding tot huisarts besloten moet liggen in de normale opleiding tot arts, zij het dat de huisarts in spe voor de laatste twee jaar een ander pakket kiest dan iemand die specialist wil worden. Voor zover nu te

overzien, is de huisartsenopleiding in Nederland in zoverre het verst gevorderd, dat ze een voorwaarde is tot de toetreding tot de ziekenfondspraktijk. Het is de vraag of deze maatregel bestand is tegen een procedure voor het Hof in Luxemburg, zoals door juristen in de Commissie van Brussel wel wordt gevreesd. In Engeland is de opleiding op dit ogenblik nog vrijwillig; de invoering van een verplichte na-opleiding (gepland per juni 1978) is inmiddels weer uitgesteld.

In Denemarken volgt na een basisopleiding van 6½ jaar een verplichte na-opleiding van 3 jaar. Na 1½ jaar kan men zich vestigen als huisarts zonder ziekenfondspraktijk, na de volledige 3 jaar als huisarts met ziekenfondspraktijk. (De specialisten stappen na 1½ jaar uit de 3-jarige opleiding en kunnen dan hun specialistenopleiding aanvangen.) In West-Duitsland is de na-opleiding het langst, namelijk 4 jaar, maar geheel vrijwillig. Men houdt er strikt vast aan de opvatting dat het artsdiploma een volledige bevoegdheid geeft en dat alles wat daarna komt een extra is. In België bestaat de opleiding tot huisarts uit het volgen van 100 uur onderwijs in 2 jaar, met als effect een hogere betaling voor 'ziekenfondsverrichtingen'. Maar men kan zich in België, zoals elders in de EEG, ook direct na het artsdiploma, ook voor ziekenfondspatiënten, vestigen.

Het rapport noemt een aantal argumenten om de *basisopleiding niet te identificeren met de opleiding tot huisarts*, zoals tot dusverre het geval was en waarvan de Richtlijnen nog steeds uitgaan. Gezegd wordt dat de huisartsengeneeskunde méér is dan de som der specialismen, dat de morbiditeit van het ziekenhuis verschilt van die in de huisartsenpraktijk, dat de opleiders die specialist zijn te weinig of geen contact hebben met de algemene praktijk en dat het beeld van de ziekenhuispatiënt in het ziekenhuis anders is dan bij hem thuis. Inmiddels had de werkgroep de boutade over de beperktheid van de specialisten in de opleiding verzacht met de volgende formule: door de natuur van hun specialist-zijn hebben sommige (!)

opleiders-specialisten niet genoeg contact met de algemene praktijk. Verder werd opgemerkt dat de toestand van de ziekenhuispatiënt vooral vóór de behandeling sterk verschilt van de behandeling in zijn eigen omgeving. Ook werd gezegd dat de specifieke omstandigheden waarin het huisartsenberoep wordt uitgeoefend (contacten met 'home care', samenwerking met andere beroepsbeoefenaren) geleerd moeten worden.

Tijdens de discussie over de aanbevelingen van de commissie in de plenaire vergadering bleek, dat iedereen de na-opleiding van de arts tot huisarts als wenselijk erkent maar dat er *geen politiek akkoord* bestaat omtrent een inpassen van deze opvattingen in de Richtlijnen. Het ogenblik werd nog niet rijp geacht om de artikelen 8 en 9 van de tweede Richtlijn nu reeds op de migratie van huisartsen van toepassing te verklaren. Eerst moet de huisartsgeneeskunde door alle lidstaten als een specifieke discipline worden erkend, analoog aan de erkende specialistische disciplines. Als grondslag voor het vaststellen van minimum-criteria voor de Richtlijnen zal een gemeenschappelijke visie over de inhoud en de duur van de beroepsopleiding tot huisarts moeten dienen; daarop moet echter nog danig worden gestudeerd.

Part-time specialistenopleiding

Het rapport van de *commissie-Rapin* over de part-time specialistenopleiding wacht op een eindformulering. Het moet dan nog door de zeeft van de Commissie in Brussel, maar de inhoud staat vast. Die is, zoals ik al eerder heb geschreven, wat verrassend.

Men gaat ervan uit, dat de opleiding tot specialist in beginsel voor alle specialismen full-time moet zijn maar dat er verschillende redenen kunnen zijn om daarvan af te wijken. Deze afwijkingen moeten echter worden goedgekeurd door het voor de opleiding verantwoordelijke lichaam. Als redenen voor onderbreking van de opleiding (dat is wat anders dan een part-time opleiding) gelden: ziekte, verblijf buitenslands met een onderzoekopdracht, militaire dienst en zwangerschap.

Met de commissie-Rapin meende de plenaire vergadering, dat er geen verschil moet worden gemaakt tussen de 'kleine' en de 'grote' specialismen voor wat betreft de mogelijkheid van een part-time opleiding; wel moet de part-time opleiding op een even hoog niveau staan als de full-time opleiding. Toch moet de part-time opleiding worden gezien als een *uitzondering*, die slechts op bijzondere voorwaarden wordt verstrekt. Dit is een situatie zoals die in Nederland bestaat, al zijn wij misschien wat erg stringent met onze beperkingen. Het is vooral onder

aandrag van Engeland geweest dat de part-time opleiding voor ieder specialisme is toegelaten. Daar zijn op het ogenblik bijna de helft van de medische studenten vrouwen, die vanwege zwangerschappen soms niet in staat zijn de opleiding te volgen. Uit angst dat de toeloop tot de medische studie nog verder zal afnemen (een in Europees perspectief merkwaardig verschijnsel) pleit men voor een ruime toepassing van de mogelijkheid tot part-time opleiding. Bepaald werd, dat ook de part-time opleiding te zijner tijd zal moeten worden gehonoreerd. Al eerder heeft men uitgesproken dat een full-time opleiding in principe moet worden gehonoreerd. Een steun in de rug voor met name de Italiaanse artsen in opleiding tot specialist, die immers niet worden gehonoreerd en bovendien hun opleiding nog moeten betalen.

Het in de Richtlijnen vervatte voornemen om de part-time opleiding na 4 jaar te laten verdwijnen, is nu een halt toegeroepen: na 4 jaar zal men zich moeten bezinnen op de vraag of de part-time opleidingen moeten worden voortgezet. Zoals de zaken nu liggen kan dit wel worden verwacht. Wel moet de opleidingstijd in totaal niet korter zijn dan die van de full-time opleiding. Een part-time opleiding betekent dus in feite een verdubbeling van de opleidingsduur. Gelukkig is zeer nadrukkelijk uitgesproken dat de full-time opleiding de norm moet zijn.

Klinische opleiding artsen

De beraadslagingen over het rapport Klinische Opleiding van Artsen werden uit tijdnood uitgesteld.

Het rapport gaat over de plaats van de klinische opleiding in de basisopleiding, het tijdsbeslag en de relatie tot de basiswetenschappen. Het komt er in het algemeen op neer dat men meer klinisch onderwijs wil, dat vroeger tijdens de studie zou moeten beginnen en dat duidelijk met de gedragswetenschappen is geïntegreerd. Uiteraard ontbreken ook de stemmen niet die waarschuwen voor een onder de voet lopen van het fundament van de geneeskunde, de natuurwetenschappelijke kennis.

Ontwikkeling medische basisopleiding

Behandeld werd het rapport 'Algemene ontwikkelingstendensen binnen de medische basisopleiding', in feite een synthese van drie voorafgaande documenten. Het rapport houdt zich vooral bezig met de voorwaarden voor toelating tot de studie in de geneeskunde. Voorts gaat het over de wenselijkheid van een betere integratie van onderwijsmethoden en zelfstudie.

Aanvankelijk werd de discussie ernstig bemoeilijkt, doordat via dit rapport een

competentiekwestie boven water kwam. De voor het rapport verantwoordelijke werkgroep had, aldus de heer Schwartz, het kader van haar opdracht overschreden. Opgezet als een onderzoek naar de algemene trends in de basisopleiding, leverde de studie een aantal specifieke vraagstukken op, in het bijzonder dat van het snel groeiende aantal medische studenten, die het kader van de opdracht te buiten gingen. Verschillende punten van het rapport zouden in feite thuishoren bij het Comité van Hooggeplaatste Ambtenaren (commissie-Recht). Methoden om de toegang te beperken behoorden niet tot het terrein van het Raadgevend Comité en haar werkgroep. Wel zou men kunnen onderzoeken in hoeverre de toename van het aantal studenten in de geneeskunde de noodzaak meebrengt van een uitbreiding van opleidingsplaatsen, -middelen en mankracht. Zou de werkgroep tot aanbevelingen komen – die, indien overgenomen door het Raadgevend Comité, naar de Commissie evenals naar de regeringen van de Negen zouden moeten worden gestuurd – dan zou een conflictsituatie ontstaan indien deze aanbevelingen elementen zouden bevatten die buiten de bevoegdheden van het comité vallen; de Commissie zou de aanbevelingen dan niet kunnen opvolgen. Hierover ontspon zich een uiterst verhit debat. De hoogleraren gingen zover dat zij de opdracht wilden teruggeven, aangezien zij meenden dat het een volstrekte schijnvertoning zou worden wanneer zij niet de vinger konden leggen op dé zere plek van de medische opleiding, te weten de onbelemmerde groei van het aantal studenten in vele landen. Niet alleen heeft dit nationaal een gevolg voor het niveau van de opleiding – de hoogleraren waren al eerder tot de conclusie gekomen dat de steile aanwas van het studentental aantoonbare negatieve effecten heeft gehad op het niveau van de opleiding in die landen waar dit niveau voorheen hoog was – het heeft ook alles te maken met wat er ná de opleiding gebeurt: de vrije circulatie maakt bij overproductie in één land afvloeiing naar een ander land in de EEG normaal; op die manier zou men studenten opleiden (en daarvan de kosten dragen) voor een praktijk elders. Besloten werd, het rapport zodanig te wijzigen dat een aantal aanbevelingen in vaststellingen wordt omgezet, die dan samen met de aanbevelingen kunnen worden gelezen. De heer Recht deed het voorstel het rapport naar zijn commissie te sturen; deze zou dan aan de buiten de competentie van het Raadgevend Comité vallende punten alle aandacht geven. Een compromis waarmee de professorengroep zich kon verenigen.

Het rapport is gebaseerd op gedetailleerde informatie uit de afzonderlijke lidstaten. De medische basisopleiding wordt gedefinieerd als 'het totaal van theoretisch en klinisch onderwijs dat moet leiden tot

een kennis die eigen moet zijn aan alle artsen, ongeacht hun toekomstige professionele oriëntatie'. Er wordt op gewezen, dat met het oog op de vervolgoopleidingen de specialisten hebben gesteld dat in de basisopleiding geen tekorten mogen ontstaan door verkorting van de opleidingstijd. Het medisch onderwijs moet in staat zijn de medische studenten voldoende kennis en ervaring bij te brengen; dat betekent dat ze ook moeten worden betrokken bij de behandeling van patiënten. De commissie meent daarom dat twee fundamentele problemen primair moeten worden gesteld: de selectiemethodiek en de voortdurende aanpassing van het curriculum aan de veranderende omstandigheden, vooral met betrekking tot de inrichting van de gezondheidszorg.

De commissie-Recht had het Raadgevend Comité tijdig de tabellen over de *medische demografie* over de jaren 1960-1975 toegestuurd. Het bleek dat het aantal inwoners per arts voor elk van de lidstaten niet ver uiteenloopt. Het gemiddelde ligt op 1 arts per 559 inwoners, met een variatie van 1 op 823 tot 1 op 442. West-Duitsland heeft steeds het grootste aantal artsen; behalve Luxemburg en Ierland heeft Denemarken het daarop volgend laagste aantal; België en Nederland hebben een praktisch identiek aantal specialisten (respectievelijk 7.958 en 7.223 in 1975). Het *aantal medische studenten* is in verhouding tot het aantal inwoners echter bijzonder hoog. Gemiddeld is er 1 medische student op 684 inwoners, van 1 op 312 in Italië tot 1 op 2.997 in het Verenigd Koninkrijk. Alleen al uit het gegeven dat een arts gemiddeld 30 jaar actief is in de gezondheidszorg, terwijl er 7 jaar nodig is hem tot arts op te leiden, zodat de verhouding student: artsental ongeveer 7:30 zou moeten zijn, kan men afleiden dat er te veel studenten zijn. In de discussie gaat het vooral om de grote stijging van het aantal studenten; eigenlijk heeft men daarmee het oorspronkelijke doel van de werkgroep wat uit het oog verloren. Het is alsof de hoogleraren – niet helemaal ongerechtvaardigd – in paniek verkeren. Zij zien als enige oplossing een strenge selectie, al wordt toegegeven dat de selectiecriteria niet optimaal zijn.

De traditionele *scheiding tussen theoretisch gedeelte en klinisch gedeelte* ziet de werkgroep als *verouderd*, evenals het opdelen van het onderwijs in een groot aantal zelfstandige, op zichzelf staande onderwerpen: er komen steeds meer vakwetenschappen bij, en steeds meer technieken; de student krijgt praktisch niet meer de gelegenheid alle aangeboden informatie te verwerken. De moeilijkheid is verder dat in de meeste opleidingen tot arts de basiswetenschappen worden gegeven op een ogenblik dat het belang van deze wetenschappen voor de kliniek de medische student niet duidelijk is.

Wanneer de student in de latere jaren de waarde daarvan herkent, is de verworven kennis voor een deel reeds verdwenen of reeds verouderd. Bovendien stelt de commissie terecht dat moderne onderwijsmethoden te weinig in het huidige medische onderwijs worden betrokken. De commissie geeft grote aandacht aan de noodzaak van integratie, tussen pre-klinische en klinische onderwerpen, maar ook tussen de pre-klinische onderwerpen zelf, idem voor de klinische onderwerpen voor zover ze thuishoren in verschillende specialismen; bovendien is een toenemende integratie nodig tussen de klinische disciplines enerzijds en de gedragswetenschappen anderzijds. Op die manier zou het eerste gedeelte van de studie een veel groter praktisch aspect krijgen. In feite moet men komen tot het opstellen van studie-eenheden, waarbij de pre-klinische vakken, de klinische vakken en de gedragswetenschappen worden betrokken. Dat betekent dat men de leefgemeenschap introduceert in de kliniek (cf. de opvattingen omtrent medisch onderwijs in Maastricht). Erkend wordt dat een dergelijke ambitieuze opstelling een zeer grote last legt op de student. Naar de mening van de commissie moet de student grote ruimte worden gegeven voor zelfstudie. Hij moet de feitelijke kennis niet instampen maar begrijpen, hij moet leren de weg te vinden in de medische literatuur. Niet alleen de cognitieve factor maar ook de klinische ervaring en de handvaardigheid dienen, door direct contact tussen student en patiënt, te worden ontwikkeld. De werkgroep pleit voor een korte stage in de huisartsenpraktijk tijdens de basisopleiding. Daarnaast moet de student kennis kunnen maken met het wetenschappelijk onderzoek, de preventieve en de sociale geneeskunde.

Een nieuwe aanleiding tot heftige collision met de hogere ambtenaren van de Commissie in Brussel vormde de in het rapport geuite wens, dat snel een onderzoek wordt ingesteld naar de toekomstige *behoefte aan artsen in de onderscheiden specialismen* binnen de lidstaten van de EEG. Een dergelijk onderzoek is in Nederland al drie jaar aan de gang, opgezet op verzoek van het Centraal College en de LSV door het Nationaal Ziekenhuisinstituut. De Europese Commissie meent echter weer dat het de bevoegdheden van het Raadgevend Comité te boven gaat om voormelde wens uit te spreken. Men heeft erop geantwoord dat dit in het rapport niet mag ontbreken; het moet dan maar naar de commissie gaan die zich het aantrekt, met name de commissie-Recht. Opnieuw wordt aanbevolen alle zorg te besteden aan de ontwikkeling van methodieken voor de selectie van medische studenten. Gepleit wordt tenslotte voor 'pilot-studies' in de verschillende landen met betrekking tot verschillende curriculumvormen, om door onderlinge vergelijking te kunnen komen tot een zo hoog mogelijk niveau van de opleiding – typisch de taak van dit Raadgevend Comité.

Samenvattend kan worden gezegd, dat het Raadgevend Comité in een belangrijke actieve fase is gekomen. Het eerste rapport, over de part-time opleiding, is afgerond. Het rapport van de Werkgroep Voortgezette Opleiding Huisartsen nadert zijn voltooiing. Het interimrapport inzake de specialistenopleiding kan in maart worden verwacht. Het rapport omtrent de klinische opleiding van de artsen (op zichzelf niet zo belangrijk, omdat verschillende onderdelen reeds werden besproken in het rapport Basisopleiding) staat op het punt te worden behandeld.

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

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

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



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

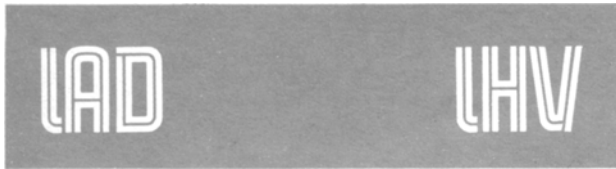
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



Rapport van de commissie Huisartsen in dienstverband

1. Inleiding

Op 13 augustus 1974 is de door het Centraal bestuur van de LHV en het Centraal Bestuur van de LAD ingestelde Commissie Huisartsen in Dienstverband begonnen met haar werkzaamheden. De Commissie heeft tot haar taak advisering en het verstrekken van informatie met betrekking tot de rechtspositie en het functioneren van de huisarts in dienstverband.

Gezien het feit dat toen reeds de problematiek, samenhangende met de oprichting en werkwijze van een gezondheidscentrum, actueel was besloot de Commissie allereerst een studie te maken van de positie van de huisarts in dienstverband bij een gezondheidscentrum. Haar bevindingen heeft de Commissie neergelegd in het eerste interimrapport (gepubliceerd in Medisch Contact nr. 25/1975) in de vorm van een model voor een arbeidsovereenkomst tussen een gezondheidscentrum en een huisarts. Deze rapportage is in het kader van dit rapport aangepast en als bijlage hierbij gevoegd.

De Commissie heeft zich vervolgens gebogen over de aspecten en eventuele problemen welke samenhangen met het dienstverband voor een huisarts, zoals de financiële verhouding, arbeidsbelasting en hiërarchische verhouding, welke het dienstverband met zich meebrengt. Daarbij heeft de Commissie een onderscheid gemaakt tussen de positie van een huisarts in dienst bij een privaatrechtelijke instelling en die van een huisarts in dienst bij de overheid. Voorts is in het bijzonder de positie van de huisarts in dienst bij een gezondheidscentrum onderzocht.

Uitgangspunt van de Commissie is geweest, dat er geen verschil in medisch functioneren dient te bestaan tussen een huisarts in dienstverband en een huisarts die als vrije ondernemer werkzaam is, de 'vrijgevestigde' huisarts.

De Commissie was als volgt samengesteld:

- van de zijde van de LHV: W. A. M. Koch (voorzitter, sedert januari 1976 opgevolgd door F. Padeloup), Mr. N. de Graaff en S. van Randen (plaatsvervanger);
- van de zijde van de LAD: E. van Luijt, (sedert januari 1976 opgevolgd door M.C. de Haan), Mr. W. G. van der Putten (secretaris, sedert januari 1976 opgevolgd door Mw. Mr. P. Swenker) en J. J. R. Buirma (plaatsvervanger);
- van de zijde van de LAD en LHV: C. P. Schouwstra (sedert april 1977).

2. Definitie van het begrip dienstverband

2.1. Door het aangaan van een dienstverband verplicht de werknemer zich ten behoeve van de werkgever gedurende

rende zekere tijd werkzaamheden te verrichten tegen een overeengekomen salaris en verbindt de werknemer zich door of namens de werkgever gegeven aanwijzingen op te volgen.

Indien het dienstverband aangegaan wordt met een overheidsinstantie zal de werknemer (veelal) de status van ambtenaar verkrijgen.

2.2. De juridische positie van een huisarts in dienstverband verschilt derhalve wezenlijk van die van een als vrije ondernemer werkzame huisarts. Laatstgenoemde is werkzaam op basis van het verrichten van diensten en ontvangt zijn inkomsten van de patiënt of diens ziektekostenverzekeraar voor de door hem verrichte medische behandeling (verrichtingentarief), of van het ziekenfonds op grond van de gesloten overeenkomst die hij als medewerker met het fonds heeft gesloten (abonnements-systeem).

De huisarts in dienstverband ontvangt voor de door hem verrichte medische werkzaamheden een vast salaris van de werkgever, niet zijnde een ziekenfonds, ziektekostenverzekeraar of patiënt. Hij is niet werkzaam op basis van een overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten. De verhouding werkgever/werknemer c.q. overheid/ambtenaar wordt beheerst door een hiërarchische verhouding, die een wezenlijk element is van het dienstverband. Deze kan van invloed zijn op zowel de rechtspositie van de huisarts in dienstverband (bijvoorbeeld maatregelen als schorsing, ontslag, toekenning van salarisverhogingen, vastlegging van secundaire arbeidsvoorwaarden) als ook op het medisch functioneren van de huisarts. De vrijgevestigde arts kent deze gezagsverhouding niet.

Teneinde de eigen medische verantwoordelijkheid van de huisarts in dienstverband te waarborgen en af te grenzen ten opzichte van de verantwoordelijkheid van de werkgever, dient er een regeling te komen, een professioneel statuut. Tevens dient in dit statuut een regeling met betrekking tot de collectieve verantwoordelijkheid van de bij dezelfde werkgever in dienst zijnde huisartsen te worden opgenomen. Dit statuut dient onderdeel van de arbeidsovereenkomst uit te maken. Bij dit rapport is een model-professioneel statuut voor een huisarts in dienstverband opgenomen in de bijlagen.

3. Nadere algemene toelichting op de positie van de huisarts in dienstverband

3.1. Gezagsverhouding

Aangezien de gezagsverhouding welke verbonden is aan het dienstverband van invloed kan zijn op de eigen medische verantwoordelijkheid van de huisarts zal bij het aangaan van het dienstverband de medische zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de huisarts zodanig met waarborgen dienen te worden omkleed, dat de huisarts niet alleen formeel maar ook in feite zijn eigen medische verantwoordelijkheid draagt. Er zullen derhalve regelingen moeten worden opgesteld die waarborgen:

- a. de vrijheid van medisch handelen, waaronder begrepen vrijheid van verwijzing, van prescriptie van geneesmiddelen en van voorschrijving van uitwendige geneeswijzen;
- b. de vrijheid arts - patiënt keuze;
- c. het medisch beroepsgeheim;
- c. de kwaliteitsbewaking.

De werkgever dient er voor te zorgen, dat hij op adequate wijze ruimte en middelen ter beschikking stelt en tevens zal hij zijn medewerking dienen te verlenen aan het tot stand komen van regelingen met betrekking tot kwaliteitsbewaking van de verleende medische zorg en de intercollegiale toetsing. Zijnerzijds zal de huisarts moeten meewerken aan het geheel van maatregelen welke door de werkgever worden genomen, met als doel het bevorderen van een goede organisatie en coördinatie van de instelling.

3.2. Arbeidsbelasting

De arbeidsbelasting van de huisarts in dienstverband zal in overeenstemming dienen te worden vastgesteld met hetgeen maatschappelijk gebruikelijk is voor vergelijkbare groeperingen van werknemers. Uitgangspunt van de Commissie is de algemeen maatschappelijk aanvaarde norm, dat een werkweek 40 uren omvat. Onder het begrip 'werkuren' moet niet alleen verstaan worden de tijd welke aan directe patiëntenzorg wordt besteed, maar ook die tijd gedurende welke de huisarts werkzaamheden vervult welke nauw samenhangen met de patiëntenzorg, zoals onder meer het maken van werkafspraken, besprekingen met teamleden, kwaliteitsbewaking en de tijd welke besteed wordt aan bij- en/of nascholing.

De Commissie is zich ervan bewust, dat een werkweek van de gemiddelde huisarts in Nederland de 40 uur overschrijdt. Indien de inhoud van de functie een zwaardere arbeidsbelasting dan maatschappelijk gebruikelijk is met zich meebrengt, waarbij in het bijzonder gedacht kan worden aan het verrichten van beschikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten, zal meestal bij het vaststellen van de hoogte van het salaris hiermee rekening worden gehouden. Bij het vaststellen van de salarisrichtlijnen door de LAD is met deze disutiliteiten rekening gehouden, zoals dit ook in het algemeen het geval is bij salarisvaststelling van hogere en leidinggevende functionarissen.

De Commissie is evenwel van mening dat het noodzakelijk is voor de huisarts in dienstverband te komen tot het vaststellen van de omvang van de werkweek, het aantal werkuren, terwijl de Commissie vooralsnog van oordeel is dat een werkbelasting welke groter is dan 60 uur per week vermeden moet worden. Daarbij zijn inbegrepen de werkzaamheden, effectief door de huisarts verricht tijdens bereikbaarheidsdiensten. Het verrichten van bereikbaarheidsdiensten als zodanig wordt – zoals boven vermeld – beschouwd als een disutiliteit, welke verwerkt is in de hoogte van het salaris.

Om tot een vaststelling te komen, wanneer en in welke mate van een normale arbeidsbelasting, een volledige dagtaak, gesproken kan worden zullen nadere criteria moeten worden opgesteld.

Deze criteria zullen niet los gezien kunnen worden van de aard van de werkzaamheden welke de huisarts in dienstverband in concreto vervult of welke hem in het kader van een heroriëntatie met betrekking tot de gezondheidszorg (wetsontwerp Gezondheidszorgvoorzieningen) zullen worden toebedeeld. Voorshands zullen echter nog de bestaande criteria, zoals praktijkomvang, als aanknopingspunt genomen moeten worden bij de vaststelling van de arbeidsbelasting.

3.3. Partieel dienstverband

Indien vastgesteld is bij welke omvang van werkzaamheden door de huisarts sprake is van een volledige dagtaak (gemiddeld 8 werkuren) zal op basis hiervan beoordeeld moeten worden in hoeverre de omvang van de verrichte werkzaamheden in concreto hieraan beantwoordt of hiervan een breukdeel vormt.

Het is duidelijk dat het uitoefenen van een niet volledige dagtaak impliceert dat evenredig met deze partiële dagtaak de hoogte van het salaris en eventueel overige arbeidsvoorwaarden, zoals aantal vakantiedagen, onkostenvergoedingen, etc., vastgesteld worden. Het is zaak dat partijen bij het aangaan van het dienstverband hieromtrent duidelijke regelingen treffen.

Indien de feitelijke situatie zich voordoet dat op grond van de praktijkomvang geen full-time-dienstverband gerechtvaardigd is, verdient het overweging dat werkgever en huisarts de mogelijkheden onderzoeken die leiden tot een volledig dienstverband van de huisarts, waarbij de huisarts zich verplicht andere medische werkzaamheden te verrichten welke betrekking hebben op eerstelijnsgezondheidszorg, of zich te laten detacheren bij andere organisaties.

3.4. Salaris

Bij een dienstverband is – zoals reeds aangeduid – sprake van een ontkoppeling van inkomen (salaris) van het aantal verrichtingen, de omvang van de praktijk.

Hoewel de inkomsten van de werkgever, in het bijzonder van gezondheidscentra, gezien de huidige financiële structuur veelal afhankelijk kunnen zijn van het aantal verrichtingen en/of praktijkomvang, impliceert een dienstverband dat toename van het aantal verrichtingen of vergroting van de praktijk op zich niet leidt tot verhoging van het salaris van de huisarts; een vermindering van de inkomsten voor de werkgever, bij een gelijkblijvende hulpverlening door de huisarts, evenmin tot verlaging van het salaris.

De hoogte van het salaris van de huisarts in dienstverband dient te worden vastgesteld in overeenstemming met de regelingen welke gelden voor vergelijkbare groepen van werknemers. Voor de hand ligt aansluiting te zoeken bij regelingen voor hogere en leidinggevende functionarissen bij de overheid, zoals door de LAD is gedaan bij de vaststelling van de salarisrichtlijnen. Opgemerkt wordt dat de werkgever ervoor zorg dient te dragen, dat hij in staat is zijn financiële verplichtingen na te komen. Dit geldt in het bijzonder voor die instellingen die met betrekking tot hun inkomsten wel afhankelijk zijn van het aantal verrichtingen door de werknemer, de omvang en aard van een praktijk of het aantal patiënten en op grond daarvan structureel of tijdelijk met financiële tekorten te kampen hebben.

De werkgever zal maatregelen dienen te nemen welke gericht zijn op de continuïteit van de door de huisarts beklede functie en zal door middel van verstrekte garanties, subsidies of anderszins, waarborgen moeten scheppen voor de nakoming van zijn financiële verplichtingen, zoals salarisbetalingen of wachtgelduitkeringen.

3.5. Nevenfuncties

Het vervullen van al dan niet gehonoreerde nevenfuncties

door de huisarts wordt niet in alle omstandigheden aanvaardbaar geacht. De nevenwerkzaamheden mogen in geen geval leiden tot een minder goed functioneren van de huisarts ten behoeve van de instelling.

4. Positie van de werkgever

Gezien de hiërarchische verhouding welke het dienstverband met zich meebrengt, is tevens van belang vast te stellen welke de aard van het dienstverband is. De werkgever kan zijn een overheidsinstantie dan wel een privaatrechtelijk rechtspersoon.

4.1. De privaatrechtelijke rechtspersoon als werkgever

Indien de huisarts in dienst treedt bij een stichting of vereniging zal hij een arbeidsovereenkomst sluiten, waarin het geheel van rechten en plichten tussen partijen wordt vastgelegd. Binnen het kader van de terzake doende wettelijke voorschriften zijn partijen vrij hun onderlinge verhouding te regelen.

Naast regelingen welke de huisarts een goede rechtspositie geven is het zaak dat de huisarts zijn functie naar behoren kan vervullen. Afspraken hieromtrent dienen naar de mening van de Commissie aan te sluiten bij de regelingen als neergelegd in het in de bijlagen opgenomen 'professioneel statuut'.

4.2. Overheid als werkgever

Indien een huisarts een dienstverband aangaat met een overheidsinstantie zal de huisarts doorgaans de status van ambtenaar verkrijgen met het gevolg dat de hiërarchische lijn zoals deze veelal in ambtelijke verhoudingen bestaat een rol gaat spelen. Gebruik is dat op hem van toepassing zal zijn een eenzijdig door de overheidsinstantie vastgesteld rechtspositiereglement of het Algemeen Rijksambtenaren Reglement. Inspraak van de betrokken huisarts kan slechts gerealiseerd worden door middel van geïnstitutionaliseerde overlegorganen.

In het algemeen zullen in deze reglementen geen bijzondere bepalingen zijn opgenomen welke voor de betrokken huisarts de noodzakelijke zelfstandigheid, vereist voor het uitoefenen van zijn functie, garanderen. Het is derhalve niet alleen wenselijk maar zelfs een vereiste dat een regeling met betrekking tot professionele zaken in de vorm van een statuut wordt opgesteld waarin de specifieke vrijheid van medisch handelen en de eigen verantwoordelijkheid van de huisarts zijn omschreven en gewaarborgd.

Als werkgever kunnen optreden onder meer het Rijk, de Universiteit (huisartseninstituten), de gemeente, hetzij rechtstreeks, hetzij met als tussenschakel de GGD of een zogenaamde functionele commissie ingesteld op basis

van artikel 61 van de Gemeentewet*. Bovendien kan op basis van de Wet gemeenschappelijke regelingen door twee of meer gemeenten een orgaan, een rechtspersoonlijkheid bezittend lichaam worden ingesteld. (Opgemerkt zij dat de overheid zich ook kan bedienen van de – privaatrechtelijke – stichtingsvorm om de in het kader van de gezondheidszorg opgedragen taken uit te voeren.) Het moet worden uitgesloten dat politieke beïnvloeding door de werkgever mogelijk is (bijvoorbeeld het verstrekken van subsidies onder bepaalde voorwaarden, het stimuleren van een bepaalde vorm van gezondheidszorg boven of ten nadele van een andere vorm). Voorts kunnen voor de huisarts bij de uitoefening van zijn functie moeilijkheden ontstaan indien de instelling (bijvoorbeeld een gezondheidscentrum) waarbij hij werkzaam is, is ondergebracht bij een andere instelling (bijvoorbeeld GGD), welke als doel heeft het behartigen van een andere vorm van medische hulpverlening. Het professioneel statuut dient derhalve onderdeel uit te maken van de rechtspositieregeling van de huisarts.

5. Gezondheidscentrum

Doelstelling van het gezondheidscentrum is het verlenen van continue en integrale eerstelijns gezondheidszorg door middel van een multidisciplinair samenwerkingsverband.

Nader zal bekeken worden welke de positie is van de huisarts in dienstverband ten opzichte van:

- organisatie c.q. instantie welke het gezondheidscentrum exploiteert: de werkgever;
- de andere medewerkers in het centrum;
- de patiënt.

5.1. De werkgever

5.1.1. Om te komen tot een goede vorm van exploitatie van een gezondheidscentrum is het nodig dat een duidelijke organisatorische structuur bestaat. Deze structuur kan op meerdere wijzen worden gerealiseerd.

Er bestaan gezondheidscentra die geëxploiteerd worden door een speciaal opgerichte stichting of vereniging dan wel door particuliere organisaties die zich reeds op andere terreinen binnen de gezondheidszorg c.q. welzijnszorg bewegen, zoals een kruisvereniging. De oprichting geschiedt dan als een vorm van particulier initiatief.

Daarnaast neemt – in toenemende mate – de overheid deze vorm van gezondheidszorgverlening ter hand. Veelal zal dit zijn de gemeente, die zelf de voorwaarden schept dan wel aan een speciaal daarvoor ingestelde commissie als bedoeld in artikel 61 van de Gemeentewet deze taak toebedeelt.

5.1.2. De exploitant van het centrum zal in beginsel tevens de functie van werkgever dienen te vervullen (de mogelijkheid van detachering door een derde terzijde gelaten). Indien de doelstelling uitsluitend gericht is op het verlenen van gezondheidszorg door middel van een gezondheidscentrum zullen zowel werkgever als werknemers hun activiteiten hierop richten en hun onderlinge verhouding vindt zijn neerslag in een contract: te weten een arbeidsovereenkomst, indien de werkgever een privaatrechtelijke persoon is.

* Artikel 61

1. De (gemeente)raad kan commissies instellen:
 - a. met het oog op de behartiging van bepaalde belangen;
 - b. met het oog op de behartiging van belangen van een deel van de gemeente hetwelk daarvoor, hetzij door zijn ligging, hetzij door zijn karakter, in aanmerking komt.
2. Hij regelt de bevoegdheden en de samenstelling.

5.1.3. Instanties wier doelstellingen gericht zijn op andere aspecten van de gezondheidszorgverlening (bijvoorbeeld kruisvereniging) of zelfs sterk gericht zijn op taken buiten de gezondheidszorg (bijvoorbeeld gemeenten), kunnen tevens een gezondheidscentrum exploiteren. In deze situaties zullen partijen, de exploitant-werkgever en de huisarts, met nog grotere zorgvuldigheid hun onderlinge verhouding dienen te regelen om te voorkomen dat een goed functioneren van de huisarts in het gedrang komt doordat de werkgever tevens de zorg draagt de andere hem opgedragen – al dan niet op het terrein van de gezondheidszorg liggende – doelstellingen te verwezenlijken. Indien men wil voorkomen dat de huisarts tevens taken toebedeeld krijgt welke voortvloeien uit andere doelstellingen die de werkgever wil verwezenlijken, moet een nauwkeurige taakomschrijving worden opgesteld.**

5.1.4. Gecompliceerder wordt het met name indien de huisarts in dienst treedt bij een overheidsinstantie. Zoals reeds aangestipt zal inspraak van de betrokken huisarts ten aanzien van de hem voorgelegde rechtspositieregeling niet of nauwelijks mogelijk zijn. Immers vaststelling en wijziging van de rechtspositieregeling voor ambtenaren geschiedt door de overheid zelf, nadat de wijzigingen in het (centraal) georganiseerd overleg zijn ingebracht. In het georganiseerd overleg hebben uitsluitend zitting aan 'werknemerszijde' de erkende organisaties van ambtenaren (waarvan artsen een zeer gering deel uitmaken).

5.1.5. Indien een overheidsinstantie een gezondheidscentrum exploiteert zal dit veelal de gemeente zijn. Zoals reeds omschreven in 4.2. kan de gemeente het besturen van een gezondheidscentrum aan zich houden (het ressorteert dan rechtstreeks onder Gemeenteraad en College van B & W) dan wel inpassen in de structuur van een GGD. Voorts wordt in de praktijk, zoals reeds genoemd, gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een functionele commissie in te stellen op grond van artikel 61 Gemeentewet of op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen van de mogelijkheid een 'orgaan' in te stellen dan wel een 'rechtspersoonlijkheid bezittend lichaam' te vormen die de behartiging van bepaalde belangen (bijvoorbeeld stimulering en regeling van gezondheidszorgvoorzieningen in een regio) op zich nemen.

5.1.6. Naast het reeds eerder genoemde feit dat de huisarts vrijwel geen zeggenschap heeft over zijn rechtspositie, onderscheidt de overheid als werkgever zich in een ander opzicht aanzienlijk van een privaatrechtelijke rechtspersoon. Bedoeld wordt de beleidsbepalende functie welke de overheid in het algemeen heeft in het kader van de haar opgedragen taken op het terrein van de gezondheidszorg. Het eventueel opzetten en exploiteren van een gezondheidscentrum is slechts een onderdeel van deze taak, de gemeente zal derhalve bij het bepalen van haar totale beleid dit onderdeel mede daarin betrekken. Indien een gezondheidscentrum is ondergebracht bij een andere gemeentelijke dienst, zoals bijvoorbeeld de GGD, dient zoals reeds is gesteld, rekening te worden gehouden

met het feit dat deze andere dienst (veelal) in beginsel een andere functie dan het gezondheidscentrum vervult. Dit brengt met zich mee dat bijzondere aandacht aan een nauwkeurige afbakening van taken dient te worden gegeven om te voorkomen dat een oneigenlijke functie wordt toegevoegd c.q. opgelegd en om conflicten te vermijden. De positie en de (eventueel tevens op andere gebieden gerichte) functie van de werkgever mag niet een nadelige invloed uitoefenen op de positie van de huisarts in dienstverband met betrekking tot zijn functioneren ten behoeve van het gezondheidscentrum.

5.1.7. Resumerend kan worden gesteld, dat het exploiteren van een gezondheidscentrum op privaatrechtelijke basis de huisarts meer de gelegenheid biedt direct betrokken te zijn bij de vaststelling en wijziging van zijn rechtspositie en een regeling omtrent zijn professioneel functioneren, dan wanneer hij in dienst treedt bij de overheid. Indien de overheid de exploitatie van een gezondheidscentrum ter hand wil nemen bestaat de goede mogelijkheid dit te doen in de vorm van een (overheids)stichting.

5.2. *Positie huisarts in dienstverband ten opzichte van de andere medewerkers in het gezondheidscentrum*

5.2.1. Op grond van de terzake geldende wettelijke bepalingen is de huisarts verantwoordelijk voor de medische behandeling van de patiënt. Naast medische en paramedische hulpverlening zal het gezondheidscentrum zijn hulpverlening ook uitstrekken op het gebied van maatschappelijke en sociale problemen van de patiënt en zal behandeling van deze problemen in nauwe samenwerking met deskundigen van andere disciplines moeten geschieden. Tevens moet rekening worden gehouden met het feit dat de huisarts als medewerker verantwoordelijkheid draagt tegenover het ziekenfonds in het kader van de Ziekenfondswet.

Zoals eerder gememoreerd zal uitwerking van de doelstelling veelal door de huisarts in samenwerking met deskundigen van andere disciplines plaatsvinden, waarbij iedere medewerker een inbreng zal hebben op basis van eigen deskundigheid. Niet mag worden vergeten dat – indien het de medische behandeling van de patiënt betreft – de huisarts op grond van de voor hem geldende wettelijke bepalingen bij uitsluiting van anderen de bevoegdheid hiertoe heeft en derhalve voor zijn handelen verantwoordelijk is. Hij zal bij gemaakte fouten rechtens ter verantwoording kunnen worden geroepen en aansprakelijk kunnen worden gesteld. Dit houdt in dat bij de samenwerking – indien het de medische behandeling van de patiënten betreft – niet de andere deskundigen van het centrum, maar de huisarts uiteindelijk zijn medische verantwoordelijkheid moet waarmaken en – indien nodig – zal bij verschil van mening over de medische behandeling zijn beslissing doorslaggevend moeten zijn.

Samenwerking in teamverband brengt daarnaast eigensoortige verantwoordelijkheid met zich mee. Deze verantwoordelijkheid betreft een goede vervulling van de doelstellingen van het gezondheidscentrum. Deze verantwoordelijkheid, die de specifieke verantwoordelijkheid van huisarts onverlet laat, is gericht op de handelwijze van de medewerkers in organisatorisch opzicht en tegenover degenen die zich om hulp tot het centrum wenden. Er dienen regelingen te komen welke ertoe strekken het

** Uitgangspunt bij deze taakomschrijving zal kunnen zijn het rapport Takenpakket van de huisarts (gepubliceerd in Medisch Contact nr. 24/1977), indien dit als zodanig zal zijn geaccepteerd.

organisatorisch functioneren te bevorderen. Gedacht is hierbij aan regelingen die een goede bedrijfsvoering mogelijk maken. Zo zal het vaak wenselijk zijn dat een coördinator aanwezig is, die ervoor zorg draagt dat de activiteiten, verricht in het kader van de organisatie, worden gecoördineerd. In het algemeen behoort dit tot het takenpakket van de directie. Indien in het gezondheidscentrum geen 'manager' aanwezig is, zou in een aantal gevallen deze taak door één der medewerkers bijvoorbeeld bij toerbeurt vervuld kunnen worden. Men zou zich ook kunnen voorstellen dat een manager voor meerdere centra tegelijk zou worden aangetrokken. Deze organisatorische regels kunnen een zekere regulering inhouden met betrekking tot het medisch functioneren van de huisarts. Deze zullen echter geen inbreuk mogen maken op de verantwoordelijkheid welke de huisarts voor zijn medisch handelen draagt.

5.2.2. De positie van de huisarts in dienstverband ten opzichte van andere in het centrum werkzame huisartsen in dienstverband brengt, gezien de specifieke professionele zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de huisarts, met zich mee dat uitgangspunt is: het horizontaal functioneren van de huisartsen onderling. Dit houdt echter tevens in dat naast de individuele verantwoordelijkheid de collectieve verantwoordelijkheid van de huisartsen in toenemende mate een rol zal gaan spelen c.q. speelt (stafvorming). Regels zijn nodig die de individuele en collectieve verantwoordelijkheid omschrijven en afgrenzen. Zo zal onder meer de individuele verantwoordelijkheid binnen de collectieve verantwoordelijkheid gewaarborgd moeten blijven.

Voorts zullen regels gesteld moeten worden, die het verantwoordelijkheidsbesef bevorderen en die een toetsing van de kwaliteit van het medisch functioneren mogelijk maken. De mogelijkheden dienen te worden onderzocht om deze regelingen en procedures vast te leggen, waartoe een eerste aanzet is gegeven in het model professioneel statuut.

5.3. *De huisarts in dienstverband bij een gezondheidscentrum en zijn relatie tot anderen, werkzaam in de gezondheidszorg buiten het centrum*

5.3.1. In het onderstaande wordt uitgegaan van een dienstverband van alle medewerkers bij het gezondheidscentrum. Opgemerkt zij dat detachering van een medewerker in het centrum door een andere instantie in dit verband gelijkgesteld wordt met het dienstverband van een medewerker bij het centrum. Het is niet de taak van de commissie om te onderzoeken of dit de enig juiste of mogelijke structuur voor een goed functionerend centrum is; wel is het de taak van de commissie om, wanneer eenmaal gekozen is voor deze structuur, aan te geven waar knelpunten liggen en hoe deze naar het oordeel van de commissie dienen te worden opgelost.

5.3.2. Wanneer in de statuten en huishoudelijke reglementen van LHV en LAD opgenomen zal zijn dat ook de huisarts in dienstverband tevens lid is van de LHV, is daarmee aangegeven het organisatorisch kader waarbinnen relaties tussen de huisartsen van het gezondheidscentrum en andere huisartsen zich afspelen. Punten als waarneming, toetsing, vertegenwoordiging in

andere lichamen, nascholing en vestigingsbeleid worden in dit kader door de huisartsen geregeld (zie nieuwe blauwdruk van de LHV, die nog niet operationeel is).

Uitgaande van de eigen professionele verantwoordelijkheid van de huisarts, ook wanneer hij in dienstverband functioneert, behoeft geen wijziging te worden aangebracht in zijn huidige relaties tot andere werkers in de gezondheidszorg, zoals fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers.

Aangezien de huisarts voor zover het de medische zorg betreft verantwoording draagt voor de contacten met deze disciplines, ligt het in de rede dat hij in de samenwerkingsverbanden de medische coördinator is. De werkzaamheden binnen een team houden weliswaar overleg en bespreking van medische zaken in, maar dit ontheft de huisarts niet van bovenomschreven verantwoordelijkheid, die hij heeft op grond van zijn bevoegdheid.

De verwijzing naar het tweede echelon (specialisten en ziekenhuizen) is voorbehouden aan de huisarts, die daarover natuurlijk overleg kan plegen binnen het team. Het in consult roepen van andere disciplines en van specialisten is een beslissing die eveneens uiteindelijk uitsluitend voor verantwoordelijkheid van de huisarts komt, voor zover het medische consultaties betreft.

6. De huisarts in dienstverband en zijn patiënt

Uitgangspunt is dat er voor de patiënt geen verschil mag bestaan tussen het uitoefenen van de geneeskunst door een vrij gevestigde huisarts dan wel door een huisarts in dienstverband.

6.1. In principe berust de verantwoordelijkheid voor de financiële instandhouding van de praktijk bij de werkgever. In de praktijk blijkt ook de huisarts nog vaak de zorg voor de financiële continuïteit te hebben. Er wordt van uitgegaan dat dit mede samenhangt met het experimentele karakter van de instelling waarin thans het dienstverband van de huisarts veelal wordt geplaatst. Het wegvallen van deze zorg zal als regel het functioneren van de huisarts ten goede komen.

6.2. Dienstverband vindt doorgaans in groter verband plaats dan waarin de vrij gevestigde huisarts werkt. Dit zal meestal betekenen dat meer aandacht aan de efficiency moet worden gegeven. Daarbij dient de zorg voor de patiënt op de eerste plaats te blijven staan. Er moet op worden toegezien dat het zoeken naar efficiency in dergelijke situaties niet leidt tot bureaucratie of een minder persoonlijke benadering van de patiënt.

6.3. Juridisch is de werkgever aansprakelijk voor de fouten van zijn werknemers. Het ligt dan ook voor de hand dat de patiënt met zijn klachten over de behandeling rechtstreeks naar de werkgever kan gaan (naast Afdelingsraad der KNMG, Medisch Tuchtcollege en eigen huisarts). Er moet een regeling zijn waarbij de klachten bij een herkenbaar adres kunnen worden gedeponeerd, waarbij de behandeling daarvan in eerste instantie aan een medicus wordt opgedragen.

6.4. De huisarts is voor door hem gemaakte beroepsfouten aansprakelijk voor de schade welke uit de door hem gemaakte fout voortvloeit. De patiënt kan zich echter ook

wenden tot de werkgever, die eveneens aansprakelijk is voor fouten door werknemers bij de uitoefening van hun werkzaamheden ten behoeve van de werkgever gemaakt.

Beiden, werkgever en huisarts, dienen zich derhalve te verzekeren tegen het risico aangesproken te worden voor fouten door de huisarts bij de uitoefening van zijn beroep gemaakt, bij voorkeur bij dezelfde verzekeringsmaatschappij. Teneinde te voorkomen dat vragen ontstaan of een medische behandeling door de huisarts al dan niet ten behoeve van de werkgever is verricht, verdient het aanbeveling tevens het risico van beroepsaansprakelijkheid voor fouten begaan bij de uitoefening van het beroep, niet ten behoeve van de werkgever – derhalve niet verband houdend of met zijn werkzaamheden voor het gezondheidscentrum – in de bovengenoemde verzekeringsover-

eenkomst onder te brengen. Duidelijke afspraken dienen hieromtrent te worden gemaakt.

7. Slotopmerking

Gebleken is dat in de afgelopen jaren de discussie op gang is gekomen omtrent de verlening van gezondheidszorg door middel van in dienstverband werkzame hulpverleners, met name door middel van een gezondheidscentrum. Ook is gebleken dat nog niet voor alle betrokkenen een duidelijk inzicht bestaat over de structurele knelpunten alsmede de (rechts)positie van de hulpverleners. De Commissie spreekt de hoop uit dat voor huisartsen die in dienstverband werkzaam (wensen te) zijn door middel van dit rapport meer duidelijkheid is gegeven.

Bijlage I

Professioneel statuut

Considerans

De ondergetekenden:

de werkgever

en

de werknemer, huisarts

overwegende

– dat overeenkomstig het bepaalde in artikel 3 van de arbeidsovereenkomst tussen werknemer en werkgever, de werknemer zijn werkzaamheden zal verrichten met inachtneming van een geformuleerde code;

of (voor de huisarts werkzaam bij een overheidsinstantie): dat de huisarts zijn werkzaamheden zal verrichten met inachtneming van een geformuleerde code welke een geheel vormt met de aanstellingsvoorwaarden;

– dat partijen van oordeel zijn dat een regeling van professionele aangelegenheden ten aanzien van de huisarts in dienstverband noodzakelijk is;

– dat er geen verschil in medisch functioneren mag zijn tussen een op arbeidsovereenkomst werkzame huisarts en diens collega die vrij gevestigd is;

– dat de huisarts een eigen specifieke en persoonlijke verantwoordelijkheid heeft voor de behandeling van de patiënt die hem gekozen heeft, aan wie hij verantwoording verschuldigd is voor zijn medisch handelen;

– dat de huisarts met de huisartsen werkzaam in eenzelfde verband de medeverantwoordelijkheid draagt voor een verantwoord niveau van de beroepsuitoefening van iedere in hetzelfde verband werkzame huisarts;

– dat regelingen die strekken tot bevordering van het collectieve verantwoordelijkheidsbesef van de huisarts, tot bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen, het bewaken van de normen van de medische ethiek, dienen te worden vastgelegd in een reglement, dat derhalve deel dient uit te maken van dit statuut;

– dat de werkgever een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening;

– dat derhalve een overeenkomst noodzakelijk is, waarbij zowel de individuele verantwoordelijkheid van de huisarts, de collectieve verantwoordelijkheid van de huisartsengroep alsook de verantwoordelijkheid van de werkgever voor de zorgverlening in haar totaliteit nader worden geregeld;

komen als volgt overeen:

Artikel 1

1. De huisarts verbindt zich de patiënten die zich aan zijn zorg toevertrouwen, respectievelijk op gebruikelijke wijze worden toevertrouwd, geneeskundige hulp, waar nodig in teamverband, te verstrekken.

2. Indien de huisarts gegronde redenen meent te hebben geneeskundige hulp aan een patiënt niet op zich te nemen of een aangevangen behandeling af te breken treft hij, indien en voor zover zulks redelijkerwijze van hem verlangd kan worden, na overleg met de arts die hem als zodanig vervangt maatregelen, teneinde de continuïteit van de geneeskundige hulp te verzekeren.

Artikel 2

1. De geneeskundige hulp aan patiënten geschiedt door de huisarts onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid.

Artikel 3

1. De huisarts is verplicht mee te werken aan kwaliteitsbewaking van het verband.

2. De werkgever moet deze kwaliteitsbewaking mogelijk maken.

3. Deze kwaliteitsbewaking zal gekoppeld moeten worden aan landelijke normen, op te stellen door de Landelijke Huisartsen Vereniging, c.q. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Artikel 4

1. De werkgever verschaft de huisarts zowel de nodige ruimte tot onderzoek, observatie en behandeling alsook de vereiste outillage, personele assistentie, kleding en bibliotheek, zoals in den lande gebruikelijk.
2. Van de hem ter beschikking gestelde hulpmiddelen en instrumenten dient de huisarts een zorgvuldig gebruik te maken met inachtneming van het doel waarvoor deze zijn aangeschaft.

Artikel 5

1. De huisarts zal op verzoek van de werkgever medewerking verlenen aan de opleiding en/of bijscholing van het in dit verband werkzame personeel voor zover dit in tijd is in te passen in het geheel van de normale werkzaamheden van de huisarts. De werkgever zal, indien de huisarts opleidingsbevoegdheid van de Huisartsen Registratie Commissie wenst te verkrijgen om assistent-artsen op te leiden tot huisarts, hieraan zijn medewerking verlenen indien deze opleiding is in te passen in het geheel der werkzaamheden van de huisarts. Het verband draagt zorg voor de nodige faciliteiten. Een en ander geschiedt in goed overleg met de anderen werkzaam in dit verband en de werkgever.

Artikel 6

1. De huisarts is gehouden van iedere door hem te behandelen patiënt op de in dit verband gebruikelijke wijze een ziektegeschiedenis op te maken en bij te houden.
2. De werkgever is verplicht ervoor zorg te dragen dat de ziektegeschiedenissen op behoorlijke wijze kunnen worden opgeborgen en wel zodanig dat geheimhouding van de inhoud daarvan is verzekerd.
3. De ziektegeschiedenissen zullen zowel tijdens de duur van het dienstverband als ook na het einde daarvan overeenkomstig daartoe vastgestelde normen in het archief rusten en ter beschikking staan van de behandelend huisarts van de patiënten.

4. Inzage in de ziektegeschiedenissen door anderen dan de behandelend huisarts kan slechts geschieden met uitdrukkelijke machtiging van de huisarts c.q. diens opvolger en de patiënt.

5. Publikatie van gegevens uit een ziektegeschiedenis geschiedt niet dan met toestemming van de betrokken huisarts respectievelijk diens opvolger en de patiënt, waarbij hij ervoor zorg draagt dat de belangen van de patiënt niet worden geschaad. Indien de betrokken huisarts dit wenst, geschiedt publikatie slechts met vermelding van de bron.

Artikel 7

1. De huisarts is verplicht, tenzij anders is bepaald ingevolge het reglement, om in geval van een ongeval ten gevolge van medisch handelen, aan de leiding alle feitelijke informatie te verschaffen die in het belang van de patiënt of diens nabestaande(n) en van het verband noodzakelijk geacht kan worden. De huisarts is verplicht mee te werken aan maatregelen die ertoe strekken ongevallen te voorkomen.

Artikel 8

1. De werkgever regelt tijdens afwezigheid van de huisarts wegens vakantie, buitengewoon verlof of ziekte, de continuïteit van de medische zorg voor patiënten die zich aan de zorg van de huisarts toevertrouwen of toevertrouwd hebben. De continuïteit wordt door de werkgever geëffectueerd, in nauwe samenwerking en overleg met de huisarts, overige huisartsen werkzaam in het verband en de andere huisartsen in de regio.

Artikel 9

1. De huisarts heeft recht op periodiek studieverlof teneinde zijn kennis en/of vaardigheden nodig voor de goede vervulling van zijn functie op peil te houden dan wel uit te breiden tot het niveau dat voor het vervullen van de functie gewenst is. Vaststelling van de omvang en het tijdstip van het te genieten buitengewoon verlof geschiedt in overleg met de leiding en de anderen werkzaam in dit verband.

Bijlage II

Model voor een arbeidsovereenkomst tussen een gezondheidscentrum en een huisarts

De Stichting/Vereniging; de
exploiterende het Gezondheidscentrum te
rechtens vertegenwoordigd door
....., voorzitter en , secretaris.
verder te noemen de 'werkgever'
en
..... , huisarts,
wonende te
verder te noemen de 'huisarts'

in aanmerking nemende:

- dat de werkgever een gezondheidscentrum in stand houdt;
- dat de huisarts bereid is overeenkomstig de doelstelling van de werkgever in dienstverband geneeskundige hulp te verlenen;
- dat de voorwaarden, waaronder dit zal geschieden, tussen partijen nadere regeling behoeven;

komen als volgt overeen:

Algemene bepalingen

Artikel 1

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

1. Patiënten: degenen die het recht hebben van de diensten van de huisarts gebruik te maken, te weten:
 - a. verzekerden van ziekenfondsen, voorzover ingeschreven op naam van bij de werkgever in dienst zijnde huisartsen en die zich als zodanig kenbaar maken;
 - b. verzekerden die niet behoren tot de ingeschrevenen als onder a) bedoeld, alsook verzekerden bij met ziekenfondsen vergelijkbare instellingen in het buitenland;
 - c. particuliere patiënten.
2. Geneeskundige hulp: de hulp aan patiënten, tot het verlenen waarvan de huisarts als zodanig de bevoegdheid bezit.
3. Gezondheidscentrum: als bedoeld in artikel . . . van de Statuten.

Aanstelling

Artikel 2

De huisarts treedt op in dienst van de werkgever voor onbepaalde tijd en wordt aangesteld voor een volledige/gedeeltelijke dagtaak.

Taakomschrijving

Artikel 3

1a. De huisarts verbindt zich naar beste vermogen geneeskundige hulp te verlenen aan de patiënten en alle andere werkzaamheden te verrichten welke de werkgever ten behoeve van het optimaal functioneren van het Gezondheidscentrum redelijkerwijze van hem mag verwachten, een en ander op basis van het van deze overeenkomst deel uitmakend professioneel statuut.

1b. De huisarts is niet gerechtigd aan een ziekenfondsverzekerde geneeskundige hulp te verstrekken welke niet krachtens de Ziekenfondswet en haar uitvoeringsbesluiten als verstrekking is verzekerd, tenzij de ziekenfondsverzekerde met de huisarts is overeengekomen de niet als zodanig verzekerde hulp als particulier patiënt te verkrijgen.

2. Aard en omvang van de te verrichten bijzondere activiteiten van medische aard worden nader bepaald aan de hand van de jaarlijks vast te stellen begroting als bedoeld in artikel der Statuten van de werkgever. In verband met het karakter dat het Gezondheidscentrum eigen is en gelet op de landelijke en lokale omstandigheden, wordt als gemiddelde praktijkgrootte voorschans aangehouden tussen omstreeks 2.000 en maximaal omstreeks 2.500 patiënten per huisarts. In het kader van het begrotingsoverleg zal van jaar tot jaar de gemiddelde praktijkgrootte

worden vastgesteld. Indien de voormelde maximale praktijkgrootte van 2.500 patiënten wordt overschreden, is een vacature aanwezig.

Nevenfuncties

Artikel 4

Het is de werknemer niet toegestaan een al dan niet gehonoreerde nevenfunctie te vervullen of al dan niet gehonoreerde nevenwerkzaamheden te verrichten welke redelijkerwijs geacht kunnen worden onverenigbaar te zijn met zijn functie dan wel met de belangen of het aanzien van de instelling.

Woongebied

Artikel 5

De huisarts is verplicht te wonen binnen het gebied waar de praktijk wordt uitgeoefend, tenzij de werkgever hem hiervan ontheffing verleent.

Indien de huisarts in verband met deze verplichting moet verhuizen wordt hem een verhuiskostenvergoeding verleend overeenkomstig het verplaatsingskostenbesluit zoals dit geldt voor het rijksoverheidspersoneel.

Salaris

Artikel 6

1. De huisarts wordt gesalarieerd conform de salarissenormen van de LAD en wel bij in diensttreding volgens categorie II.

a) hij ontvangt een jaarsalaris van f betaalbaar in 12 maandelijke termijnen van f uit te betalen tegen het einde van iedere kalendermaand;

b) daarenboven ontvangt de huisarts jaarlijks een toelage van f wegens inschrijving als huisarts in het huisartsenregister;

c) op de sub a en b genoemde bedragen zullen steeds worden toegepast de correcties welke tijdens de duur van de arbeidsovereenkomst door de LAD worden geadviseerd;

d) jaarlijks ontvangt de huisarts gedurende jaren een periodieke verhoging, welke gelijk is aan 1/6 deel van het verschil tussen het ten minste te bereiken salaris en het aanvangssalaris van de categorie II;

e) de werkgever neemt te zijnen laste de door de huisarts verschuldigde AOW/AWW-premie;

f) de huisarts ontvangt een vakantietoelage, gelijk aan 8% van het jaarsalaris, vermeerderd met mogelijke kinderbijslag en betaalbaar op 1 juni. De vaststelling van de hoogte van de vakantietoelage wordt steeds aangepast aan die welke voor rijksambtenaren geldt.

Indien de arts door de datum van indiensttreding of ontslag minder dan 12 maanden zijn functie heeft vervuld, ontvangt hij een evenredig deel van de vakantietoelage.

Artikel 7

Alle inkomsten, voortvloeiende uit medische werkzaamheden die de huisarts ten behoeve van de werkgever verricht, cedeert de huisarts aan de werkgever, onverlet latend de rechten uit de arbeidsovereenkomst.

Vakantieregeling

Artikel 8

De huisarts heeft recht op 30 werkdagen vakantie per kalenderjaar, waarbij aanpassing plaatsvindt aan eventuele verhogingen geldende voor rijksambtenaren van gelijke rang en welke zullen worden opgenomen in overleg met de werkgever of de door de werkgever aangewezen persoon.

Indien in een bepaald kalenderjaar niet alle vakantiedagen door bijzondere omstandigheden zijn opgenomen, dienen de resterende dagen in het daaropvolgend jaar te worden opgenomen, met dien verstande dat de vakantie in dat jaar niet meer dan 1 1/2 maal het normale aantal dagen mag omvatten.

De huisarts heeft recht op een bezoldigd studieverlof van minimaal één week per jaar in verband met de bij- en/of nascholing van de huisarts, hetgeen in overleg tussen werkgever en huisarts wordt verleend.

Kostenvergoeding

Artikel 9

1. De huisarts ontvangt maandelijks vergoeding voor de door hem bij de vervulling van zijn taak werkelijk en noodzakelijk gemaakte reis- en verblijfkosten.

2. Indien de huisarts gebruik maakt van een eigen auto, ontvangt hij een autokostenvergoeding, welke in overleg tussen werkgever en huisarts wordt vastgesteld. De kilometerprijs wordt bepaald naar ANWB-maatstaven.

3. De kosten van aansluiting en abonnement voor ten hoogste twee telefoontoestellen worden vergoed; gesprekskosten, gemaakt in het belang van de dienst, worden vergoed.

4. Studiekosten, welke verband houden met de werkzaamheden voor het Gezondheidscentrum worden na toestemming van de werkgever vergoed.

5. De kosten voor lidmaatschappen van beroepsorganisaties worden vergoed.

6. De werkgever draagt de kosten voor de nodige vakliteratuur en abonnementen van vaktijdschriften welke betrekking hebben op de medische wetenschap en het functioneren als huisarts. Jaarlijks overlegt de werkgever met de huisarts welke literatuur en abonnementen, zowel ten behoeve van de huisarts als ten behoeve van het Gezondheidscentrum, worden aangeschaft.

7. Indien het Gezondheidscentrum slechts gedurende vastgestelde tijden toegankelijk is voor de patiënt, ontvangt de huisarts een vergoeding voor de kosten verbonden aan het hebben c.q. het in stand houden van een praktijkruimte aan zijn woning ad f per jaar, waar hij de patiënten buiten de voor het Gezondheidscentrum vastgestelde tijden kan behandelen.

Ziektekosten

Artikel 10

De huisarts verplicht zich jegens de werkgever een voor artsen gebruikelijke verzekering tegen ziektekosten te sluiten voor zichzelf, zijn echtgenote en kinderen.

De werkgever verplicht zich om na overlegging van de polis door de huisarts de helft van de premie van de ziektekostenverzekering aan de huisarts tot een maximum van klasse IIA te betalen.

Pensioen

Artikel 11

1. De werkgever voorziet in een pensioen voor de huisarts volgens de grondslagen die gelden of zullen gelden bij het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (PGGM).

2. Op deze pensioenvoorziening komt in mindering het pensioen dat de huisarts verwerft krachtens de door hem af te sluiten verzekering bij de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Voor de bepaling van de eigen bijdrage van de huisarts in de premie van het geheel van de verzekering wordt uitgegaan van het premiebedrag dat de werkgever verschuldigd zou zijn, ware de verzekering in toto afgesloten bij het PGGM. Deze eigen bijdrage wordt berekend volgens het percentage dat een werknemer van een bij het PGGM aangesloten instelling als zodanig verschuldigd is.

3. Zolang de statuten en reglementen van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen niet voorzien in een pensioenverzekering tegen invaliditeit, draagt de werkgever zorg voor een verzekering tegen invaliditeit, welke een aanvullende uitkering biedt tot aan het bedrag van de uitkering dat de huisarts van het PGGM zou verwerven indien de bijdragegrondslag, als berekend ingevolge lid 2 van dit artikel, voor het PGGM gelijk zou zijn aan het brutojaarsalaris van de huisarts.

Arbeidsongeschiktheid

Artikel 12

In geval van arbeidsongeschiktheid heeft de huisarts recht op ziekingeld. Het ziekingeld bedraagt gedurende de eerste 18 maanden 100% van de in artikel 6 genoemde bedragen, vervolgens gedurende 18 maanden 80%. Het ziekingeld wordt op dezelfde wijze als het salaris uitbetaald. Het ziekingeld wordt verminderd met de uitkeringen die ingevolge artikel 11 als invaliditeitspensioen en/of -verzekering en die krachtens enige wettelijke ziekteverzekering worden uitgekeerd. Het ziekingeld kan door de werkgever worden verminderd, wanneer aan de huisarts uitkering op grond van wettelijke voorzieningen wordt geweigerd.

De huisarts verliest zijn aanspraak op ziekingeld, wanneer hij in het genot van ouderdomspensioen wordt gesteld.

Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval en de huisarts de hieruit voortvloeiende schade kan verhalen op derden, is de werkgever slechts verplicht ziekingeld te betalen indien de huisarts zijn verhaalrecht aan de werkgever heeft gecedeerd; kosten verbonden aan het realiseren van dit verhaalrecht komen voor rekening van de werkgever.

Geneeskundig onderzoek

Artikel 13

De huisarts is verplicht zich te onderwerpen aan een aanstellingskeuring en de wettelijk voorgeschreven keuringen. De kosten van deze keuringen komen ten laste van de werkgever.

Aansprakelijkheidsverzekering

Artikel 14

1. De werkgever verplicht zich op zijn kosten bij de verzekeringsmaatschappij die voor de werkgever het risico van de beroepsaansprakelijkheid van zijn werknemers dekt, een verzekeringsovereenkomst waarbij de huisarts de verzekerde partij is,

te sluiten tegen de wettelijke en contractuele aansprakelijkheid van de huisarts voor dienst handelen en/of nalaten bij de uitoefening van zijn beroep, al dan niet ten behoeve van de werkgever begaan.

De werkgever vrijwaart de huisarts voor iedere aansprakelijkheid ter zake en ziet af van de mogelijkheid tot regres op de huisarts.

2. De huisarts verplicht zich de polis van zijn eventueel reeds gesloten beroepsaansprakelijkheidsverzekering aan de werkgever ter beschikking te stellen, opdat bij de in het vorige lid bedoelde te sluiten verzekering met de reeds bestaande verzekering rekening kan worden gehouden.

Waarneming

Artikel 15

1. Bij afwezigheid van de huisarts zorgt de werkgever voor de waarneming, zoveel mogelijk in overleg met de huisarts.

2. Bij afwezigheid van een andere huisarts, werkzaam bij de werkgever, is de huisarts verplicht voor zover de werkbelasting dit toelaat gedurende één maand voor de afwezige huisarts waar te nemen. De werkgever kan hem van deze verplichting ontheffing verlenen.

3. Na afloop van de periode als bedoeld in het tweede lid, draagt de werkgever zorg voor de waarneming.

Personeel en hulpmiddelen

Artikel 16

1. De werkgever verschafft de huisarts, gehoord de andere huisartsen en aan de hand van de jaarlijks vast te stellen begroting, zowel de nodige ruimte tot onderzoek, observatie en behandeling, alsook de vereiste outillage, personele assistentie, kleding en bibliotheek.

2. De werkgever zal de in lid 1 genoemde ruimte in een zodanige staat houden dat voldaan wordt aan de eisen van technische behoeften, bedrijfszekerheid en medisch wetenschappelijk peil.

3. Van de hem ter beschikking gestelde hulpmiddelen en instrumenten dient de huisarts een zorgvuldig gebruik te maken met inachtneming van het doel waarvoor deze zijn aangeschaft.

4. De huisarts is gehouden naar vermogen bij te dragen tot een efficiënte bedrijfsvoering. In verband met de efficiënte bedrijfsvoering kan de werkgever in overleg met de werknemers een coördinator benoemen. De huisarts is verplicht de door de coördinator gegeven aanwijzingen op te volgen. Indien deze aanwijzingen door de huisarts als onredelijk worden ervaren of indruisen tegen de belangen van de patiënten, kan hij zich, in overleg met de coördinator, tot de werkgever wenden.

Schorsing

Artikel 17

1. De werkgever kan, nadat de overige huisartsen zijn gehoord, de huisarts met behoud van salaris schorsen, indien deze een schorsing in het belang van het Gezondheidscentrum geboden acht, hetzij op grond van de wijze waarop de huisarts zijn taak vervult of nalaat deze te vervullen dan wel op grond van zijn gedragingen binnen het Gezondheidscentrum of om andere ernstige redenen welke de belangen van het Gezondheidscentrum hebben geschaad. De schorsing wordt onverwijld gemotiveerd

en bij aangetekend schrijven aan de huisarts ter kennis gebracht of bevestigd.

2. Bij het nemen van een besluit tot schorsing van de huisarts beslist de werkgever welke maatregelen er ter zake verder dienen te worden genomen.

3. De huisarts wordt, eventueel bijgestaan door een raadsman, binnen 7 dagen na dagtekening van het aangetekend schrijven in de gelegenheid gesteld zich tegenover de werkgever te verantwoorden.

4. Schorsing geschiedt voor een bij het schorsingsbesluit bepaalde tijd welke maximaal drie maanden kan bedragen.

5. Blijkt de schorsing ten onrechte te zijn geschied, dan zal een eerdere herstel volgen.

Beëindiging van de dienstbetrekking

Artikel 18

1. Behoudens het bepaalde in lid 2 eindigt de overeenkomst op de laatste dag van de maand waarin de huisarts de 65-jarige leeftijd bereikt.

2. Vóór de krachtens lid 1 vastgestelde datum neemt de overeenkomst een einde:

a. door opzegging door de huisarts, tegen het einde van een kalendermaand met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden;

b. door opzegging, hetzij door de huisarts, hetzij door de werkgever, wegens een dringende reden, als bedoeld in de artikelen 1639 p en q BW;

c. door opzegging door de werkgever, tegen het einde van een kalendermaand, welke opzegging echter uitsluitend kan zijn gegrond op:

I. reorganisatie of opheffing van het Gezondheidscentrum ten gevolge waarvan voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet kan worden gevorderd;

II. redenen ten gevolge waarvan de goede verhouding en/of samenwerking tussen de huisarts en het bestuur van de werkgever en/of tussen de huisarts en het team in zo ernstige mate is verstoord, dat voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet kan worden gevorderd;

III. een situatie waarin het ziekenfonds de overeenkomst ziekenfondsmedewerker beëindigt.

3. In de onder 2c I genoemde gevallen neemt de werkgever een opzegtermijn van tenminste zes maanden in acht; in de onder 2c II en III genoemde gevallen een opzegtermijn van drie maanden.

Wachtgeldregeling

Artikel 19

1. In de onder 2c I van artikel 18 genoemde gevallen keert de werkgever de huisarts een wachtgeld uit gedurende een periode gelijk aan de helft van de tijd dat de huisarts in dienst van de werkgever is geweest met een minimum van een jaar en een maximum van drie jaar, doch uiterlijk tot de datum waarop het recht op ouderdomspensioen, bedoeld in artikel 11, ingaat.

2. Op het wachtgeld, bedoeld in het vorige lid, worden in mindering gebracht uitkeringen krachtens de Wachtgeld- en Werkloosheidswet, dan wel krachtens enig andere wettelijke regeling waarop de huisarts aanspraak heeft of had kunnen maken.

3. a. Het wachtgeld bedraagt gedurende de eerste drie maanden

den 100% van het laatstelijk door de huisarts genoten salaris plus vakantietoeslag; vervolgens 80% hiervan.

b. Indien tijdens de wachtgeldperiode het salaris en/of de vakantietoeslag van de huisarts als bedoeld in artikel 6 wordt verhoogd, is deze verhoging eveneens van toepassing op het wachtgeld van de huisarts.

c. De op wachtgeld gestelde huisarts is op straffe van verlies van wachtgeld verplicht hem redelijk passende werkzaamheden te zoeken of, indien aangeboden, te aanvaarden.

d. Indien de op wachtgeld gestelde huisarts inkomsten uit arbeid geniet, wordt, zodra en zolang die inkomsten, vermeerderd met het wachtgeld, het op dat moment geldende salaris plus vakantietoeslag voor de huisarts overschrijden, het wachtgeld met het bedrag van die overschrijding verminderd.

e. De op wachtgeld gestelde huisarts doet op straffe van verlies van wachtgeld ten genoegte van de werkgever onverwijld schriftelijk mededeling van inkomsten als bedoeld in lid d. van dit artikel.

Concurrentieclausule

Artikel 20

Indien het dienstverband eindigt en de werkgever niet schadeloosstellend jegens de huisarts is geworden wegens de wijze waarop de dienstbetrekking is beëindigd, is het de huisarts verboden om binnen 5 jaren, te rekenen vanaf de datum van beëindiging, als huisarts te praktiseren binnen een gebied met het Gezondheidscentrum als middelpunt en een straal van 10 kilometer, of gezien de situatie ter plaatse een daarmee vergelijkbare afstand, dan wel een andere arts die zich in dit gebied vestigt te introduceren of bij te staan – al dan niet tegen vergoeding – alles op straffe van een ten behoeve van de werkgever direct opeisbare boete van f 100.000,— (zegge éénhonderdduizend gulden) per overtreding, ofwel naar keuze van de werkgever van f 1.000,— (zegge één-duizend gulden) per dag dat de overtreding voortduurt, zonder dat enige sommatie, ingebrekestelling of gerechtelijke tussenkomst is vereist en voorts zonder dat de omvang der schade behoeft te worden aangetoond.

Geschillen

Artikel 21

Alle geschillen welke tussen ondergetekenden mochten opkomen, zowel juridische als feitelijke, met betrekking tot de uitleg of de uitvoering van deze overeenkomst, zullen met uitsluiting van de gewone rechter – behoudens voorziening in kort geding – worden beslist door drie scheidsmannen ten verzoeken van de meeste gereede partij te benoemen door de voorzitter van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, of bij bezwaren of ontstentenis van deze laatste door de voorzitter van het hoofdbestuur van de Maatschappij Geneeskunst. Een geschil is aanwezig indien één der partijen verklaart dat dit het geval is. De partij die arbitrage verlangt zal daarvan schriftelijk mededeling doen aan de wederpartij. De onderhavige akte geldt als akte van compromis. De scheidsmannen zullen uitspraak doen als goede mannen naar billijkheid en daarbij tevens beslissen omtrent de kosten van het geding. Zij zijn bevoegd uitspraak te doen in de vorm van bindend advies. De te volgen procedure wordt door de scheidsmannen vastgesteld.

LHV

Rectificatie

van het centraal bestuur

BACO-bedragen aangepast

In Medisch Contact nr. 46/1978, blz. 1460 zijn enkele foutjes geslopen in de publikatie van de aangepaste BACO-bedragen. Hieronder treft U de gerectificeerde tekst en BACO-bedragen aan.

Onlangs is het netto-honorarium van de apotheker verhoogd. Deze verhoging betekent dat de aan dat netto-honorarium gerelateerde BACO-bedragen worden aangepast. De tussen KNMP en KNMG gesloten BACO-overeenkomst geeft regels voor de overdracht van dokters-apotheken aan apothekers. Voor de BACO-overeenkomst geldt het bedrag zoals het van kracht is ten tijde van de overdracht. Hieronder volgt het overzicht van de recente aanpassingen.

F. A. van Spanje, arts, secretaris.

	netto-ho- norum apotheker	BACO-bedragen zfs.	part.
Vanaf 1 augustus 1977	f 12,191	f 30,48	f 45,75
Vanaf 1 januari 1978	f 12,599	f 31,50	f 47,25
Vanaf 1 augustus 1978	f 12,744	f 31,94	f 47,91

OLMA

Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) worden uitgedrukt, heeft, berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo september 1978, voor het vierde kwartaal 1978 een waarde van f 1,290.

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 48-1 december 1978

LHV, LSV, van de centrale besturen:

Rapport van de commissie Huisartsen in dienstverband 1518

LHV, van het centraal bestuur:

Rectificatie BACO-bedragen aangepast 1528