

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 6 – 12 februari – 43e jaargang

Student Nederlands recht C. A. M. Damen formuleerde een eigen ontwerp van wetgeving, waarin hij voor het melden van euthanasie een procedure ontwierp die de controleerbaarheid en toetsbaarheid zou kunnen bevorderen en die voor artsen, patiënten en familie aanvaardbaar zou kunnen zijn.

Over het onderzoek van bij de inspecties binnengekomen klachten op het terrein van de gezondheidszorg heeft de Nationale ombudsman in 1986 een uiterst kritisch rapport uitgebracht. Naar aanleiding daarvan werd binnen de Geneeskundige Hoofdingspectie een 'Leidraad klachtonderzoek' vastgesteld.

Nederland vergrijst. Steeds meer zieken en/of hulpbehoevende ouderen zullen thuis moeten worden verzorgd. De groei van de professionele hulpverlening houdt met deze ontwikkeling geen gelijke tred. Prof. Dr. J. A. Flendrig, hoogleraar in de inwendige geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg, en Drs. J. F. B. Fiolet en Dr. C. van Proosdij, als internist respectievelijk klinisch geriater werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Maastricht, zochten naar alternatieven.

De zorg voor de bejaarde vraagt in het huidige tijdsge-richt een integrale structuur. Een bouwtekening daarvoor werd vervaardigd door J. A. de Fockert, hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde en Geriatrie van het ziekenhuis St. Joannes de Deo te Haarlem.

Als werkgeefster van alle hulpverleners in de eerste lijn en als beheerder van de gezondheidscentra fungeert in Almere sinds '87 de EVA: de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Een van de leiders van het Project Gezondheidszorg Almere, de arts C. P. Schouwstra, beschrijft hoe de EVA is opgezet.

Ondanks de groei van de therapeutische mogelijkheden voor de chronisch psychiatrische patiënt, blijkt de opnamedruk op de long-stay-afdelingen van onze algemene psychiatrische ziekenhuizen onveranderd groot te zijn. Niet op die afdelingen bezuinigen dus.

## INHOUD

Het melden van euthanasie  
*C. A. M. Damen – 168*

Onderzoek klachten door Staatstoezicht  
na rapport ombudsman beter geregeld –  
*169*

Meer behoefte aan zorg voor ouderen.  
Maatschappelijke dienstplicht: de weg is  
er, nu de wil nog  
*J. A. Flendrig, J. F. B. M. Fiolet en C.  
van Proosdij – 173*

Het geriatrisch circuit  
*J. A. de Fockert – 175*

Een experiment in Almere (2). De Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere  
*C. P. Schouwstra – 178*

De chronisch psychiatrische patiënt  
*C. H. Doorschot en S. de Wael – 181*

Verpleeghuisgeneeskunde voor co-assistenten  
*R. Eijssink en J. Hermans – 185*

Verzekeraar en AIDS-test. Twijfels bij de Vereniging voor Gezondheidsrecht –  
*186*

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Positieve expliciete toestemming voor obductie ontbrak – *187*

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage. Waarschuwing wegens nalatigheid bij incomplete miskraam – *188*

Colofon 162 – Colofon officieel 162 – Hoofdre-  
dactioneel commentaar 163 – Voorzittersko-  
lom LVSG 164 – Brieven 165 – Praktijkperikel  
172 – Boeken 183 – Uit de Verenigingen 189

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice  
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice  
Mw. G. W. van Straten, redactrice  
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice  
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384  
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

#### Abonnementen

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

#### Advertenties

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

Verering van geneesheer/god Re-Horachte (Ra) ...  
'Waar het oog van Ra op valt is genezen!'  
Beschilderd houtpaneel ± 1100-900 v. Chr.

## KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

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

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

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

# Een experiment in Almere

Vorige week startte een serie over de eerste ervaringen met het vorm geven aan de gezondheidszorg in Almere. Hierbij valt op dat ook de problemen verbonden aan de opbouw van de gezondheidszorg in onze jongste stad zijn bepaald door de structuur van onze Nederlandse samenleving en de grote veranderingen die daarin sinds het begin van deze eeuw hebben plaatsgehad.

Almere maakt deel uit van Zuidelijk Flevoland, waarvoor de plannen al aan het begin van deze eeuw werden gesmeed. Het motief voor de inpoldering was destijds de behoefte aan nieuwe landbouwgrond. Na de drooglegging van de Wieringermeer werd de voormalige Zuiderzee afgesloten en begon men met het indijken van de Noordoostpolder. Onder strenge regie van staatswege werd het nieuwe land door tevoren nauwgezet (zelfs naar geloofsrichting!) geselecteerde kolonisten betreden. De boeren werden van de landarbeiders gescheiden. Men achtte het gewenst dat de laatsten in de dorpen werden gehuisvest in plaats van bij de boerderij<sup>1</sup>. Een belangrijk omslagpunt lag er voor de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders (RIJP) al bij het in gebruik nemen van de Zuidelijke Flevopolder. Hoewel de geleide agrarische kolonisatie werd voortgezet, meende men nu dat naast de polderdorpen nieuwe soorten steden met een eigen industrie moesten worden opgezet; het eerste voorbeeld hiervan vormde Lelystad.

In de jaren zestig werd pas echt erkend dat de landbouw aan betekenis zou gaan inboeten en dat er meer behoefte was aan vestigingsplaatsen voor de industrie. De grote steden uit de Randstad hadden behoefte aan nieuwe ruimte voor hun bewoners. Amsterdammers werden min of meer gedwongen in groten getale naar de kop van Noord-Holland en de Bijlmermeer te verhuizen. De gemeente Amsterdam en de RIJP vonden elkaar in het concept van een nieuwe, polynucleaire stad voor 250.000 inwoners met als functies wonen, industrie en recreatie.

Belangrijk voor de ontwikkeling van de Almeerse gezondheidszorg zijn de politieke en sociale verhoudingen geweest. Tot 1980 werd het bestuur uitgeoefend door het Openbaar Lichaam voor de Zuidelijke IJsselmeerpolders (ZIJP), dat in Lelystad zetelde. Pas in 1978 werd het eerste vertegenwoordigend orgaan gekozen en in 1980 kreeg Almere een gemeenteraad. Het Rijk heeft zowel in de

Oostelijke als in de Zuidelijke Flevopolder geprobeerd bepaalde traditionele patronen binnen de gezondheidszorg te doorbreken. In de Oostelijke Flevopolder lukte het uiteindelijk niet een samenhangende extramurale zorg met een dienstverband voor alle hulpverleners tot stand te brengen. De les van destijds was dat men ook in het nieuwe land van doen heeft met de wetten, regels en vooral ook instanties van het oude land. Het is een illusie te menen dat men zonder medewerking van beleidsbepalende instanties als centrale overheid en beroepsorganisaties iets werkelijk nieuws kan gaan opzetten.

Aanvankelijk dreigde men ook in Almere weer in de oude fout te vervallen. De discussies over de toekomstige gezondheidszorg aldaar bepaalden zich meer tot de vorm dan tot de inhoud. Voor men het eens was, werd de nieuwe polder al bewoond. Vooruitlopend op de bouw van het eerste gezondheidscentrum, 'De

## Dr. C. Spreeuwenberg

Haak', kregen de eerste vrijgevestigde eerstelijns-hulpverleners een tijdelijk onderkomen toegewezen. Toch zag men aan het einde van de jaren zeventig vrij algemeen in dat er van een vernieuwing in de gezondheidszorg niets zou terechtkomen als er geen sprake was van een goede bestuurlijke organisatie voor de eerste lijn als geheel<sup>2</sup>. Een aantal omstandigheden heeft het getij – althans voor een samenhangende eerste lijn – gunstiger gemaakt. Belangrijk is geweest dat men niet direct de gehele eerste lijn in een organisatie had ondergebracht: dat zou immers jaren werk kosten en op veel weerstand stuiten, maar dat de adviesraad van Almere eind 1979 knopen doorhakte met het besluit dat alle hulpverleners hun beroep in dienstverband dienden uit te oefenen. Men opteerde doelbewust voor een verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnsvoorzieningen.

De eerste stap was het oprichten in 1980 van een beheersstichting, de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA), die fungeerde als werkgever van huisartsen en andere, veelal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Mede door de verwachting destijds ten aanzien

van de planningswet WVG en de inzet van het ondersteuningsproject op het gebied van samenwerking in de eerste lijn S1 lukte het in 1983 de Stuurgroep van het Project Gezondheidszorg Almere (Stuurgroep PGA) in te stellen, die ten doel had een sterke eerstelijnszorg te creëren. Nodig daarvoor was onder meer dat de SMGA, de kruisverenigingen en maatschappelijke dienstverleningsorganisatie op één lijn zouden worden gebracht. De PGA wordt thans door de Ziekenfondsraad gesubsidieerd. Zij is er in geslaagd in 1987 de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) tot stand te brengen. In januari 1989 zal naar verwachting het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere worden genomen, dat een wettelijk kader biedt voor de planning en bijzondere financiering.

Uit de evaluatie zal blijken met hoeveel inspanning de opbouw van de gezondheidszorg gepaard is gegaan. Waartoe? Naar parameters als verwijzingen en klinische consumptie gemeten zijn de eerste resultaten niet bemoedigend. Het is echter de vraag of het wel zo eerlijk is deze conclusie te trekken als men let op de pioniersomstandigheden van bewoners en hulpverleners en het ontbreken van tweedelijnsvoorzieningen in de buurt. Zorgelijk is het toekomstige plannings- en financieringskader. Almere is immers geen eiland en het heeft weinig zin een strak stelsel te handhaven of te creëren als men elders juist tegenovergestelde processen in gang wil zetten. Het zou jammer zijn als men niet meer tijd neemt om de resultaten af te wachten en de bereidheid toont goede vruchten van het experiment over te nemen.

Wat de serie niet laat zien is dat veel wat tot stand is gekomen te danken is aan de taaie volhardendheid en stuurmanskunst van enkelingen. Twee helaas veel te vroeg overleden collegae mogen hierbij met ere worden genoemd: Chris Bruins, de in 1985 overleden voormalige directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut, en Ad Vrij, de in 1987 overleden geneeskundig inspecteur van de eerstelijnszorg. □

1. Hofstee EW. De selectie van kolonisten en de ontwikkeling van de plattelandscultuur in de IJsselmeerpolders. In: Langs gewonnen velden. Wageningen, 1954.

2. Maesen LJJ, Helsloot R. De planning en ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad, Almere. Amsterdam: SOMSO, 1985.

LVSG-voorzitter Mw. Dr. C. Hermann:

## Preventie: van vingeroefening naar étude

Het laatste halfjaar heeft de belangstellende lezer veel, zeer veel standpunten, besprekingen en ideeën over het al dan niet opsporen en behandelen van hoge bloeddruk kunnen vernemen. Met name het Hartbulletin, Huisarts en Wetenschap en de Nederlandse uitgave van de JAMA hebben tal van artikelen aan dit onderwerp gewijd.

Ook de staatssecretaris van WVC heeft zich met de nota 'Preventie van hart- en vaatziekten' bij het schrijversgezelschap gevoegd. Deze nota hecht veel belang aan de meningen van de Gezondheidsraad en de Voedingsraad over de mogelijkheden om met niet-medicamenteuze middelen hart- en vaatziekten te voorkomen. De huisarts zou immers bij een groot deel van de volwassen bevolking de risicofactor hypertensie kunnen opsporen en het daarmee binnen het bereik van de persoon in kwestie kunnen brengen zijn gedrag (roken, voeding) zó te wijzigen dat de bloeddruk – en daarmee het risico – gunstig wordt beïnvloed?

Zo'n geluid klinkt mooi, maar het blijft een loze kreet als het niet wordt vergezeld van een oefenprogramma waarin de toonladders van het preventief werken worden gevolgd door oefeningen voor gevorderden. Er zitten immers nogal wat dissonanten in de tot nu toe gehoorde melodieën: Boot maakt, uitvoerig gedocumenteerd, de balans tussen voor- en nadelen van behandeling op; de Hypertensiecommissie van de Hartstichting en enige vooraanstaande internisten laten een geheel andere toonzetting horen; Lamberts en Van der Velden wijzen op de unieke mogelijkheden van de huisarts voor op gedragsbeïnvloeding gerichte

interventie en de directeur van de Hartstichting vraagt zich af of de staatssecretaris ons met een kluitje in het riet stuurt. Ditmaal heeft WVC echter de lessen goed geleerd. Eerdere ervaringen van huisartsen bij het opsporen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en het adviseren van de betrokken personen gaven namelijk bepaalde knelpunten aan bij deze vorm van preventief werken. De registratie van bevindingen, het protocollair werken in alle deelnemende praktijken en het verkrijgen van overzicht over de eigen praktijkgegevens binnen het grotere kader bleken moeilijkheden op te leveren. Deze activiteiten zijn bij uitstek sociaal-geneeskundig van aard. WVC heeft nu besloten een project te financieren waarin de deskundigheden van huisarts en basisgezondheidsdienst

basisgezondheidsdienst registreert en koppelt terug, coördineert voorlichting en biedt desgewenst gerichte ondersteuning bij cursussen, gericht op gedragsveranderingen, zoals stoppen met roken, anders eten en matigen van alcoholgebruik. Ook heeft de dienst een unieke kans de binnenkomende gegevens epidemiologisch te bewerken, waardoor inzicht in de regionale gezondheidssituatie ontstaat. En, last but not least, huisartsen en basisgezondheidsdiensten krijgen de kans hun eigen specifieke werkwijzen en mogelijkheden gezamenlijk in te zetten bij de preventie van een belangrijk gezondheidsprobleem.

De effecten van een dergelijke gezamenlijke oefening op de samenwerking kunnen heel groot zijn. Als beide handen hun vingeroefeningen goed hebben gestudeerd, klinkt de étude als echte muziek. Het Leitmotiv 'preventie van hart- en vaatziekten' kan worden getransponeerd tot steeds melodieuzer samenspel.



beide benut worden. In het Preventieproject worden een vijftal basisgezondheidsdiensten én de huisartsen in hun regio samen gefinancierd voor een programmatische aanpak. De huisartsen benaderen zelf de 30-60-jarigen in de eigen praktijk en bieden op protocolaire wijze diagnostiek en begeleiding van hypertensie. Behandeling blijft geheel voorbehouden aan de huisarts. De

Mw. Dr. C. Hermann,  
voorzitter LVSG

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

## SPOEDEISENDE MEDISCHE HULP DOOR DE HUISARTS

Naar aanleiding van het belangwekkende artikel: 'Spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts' van de hand van de collegae Fraanje en Meijerink (MC nr. 1/1988, blz. 14) lijkt het mij nuttig de aandacht te vestigen op de door de huisarts P.H. de Groof voor de huisartsen binnen de regio Haarlem en Haarlemmermeer samengestelde nascholingscursus 'Spoedgevallen in de huisartspraktijk'. Doel van de Haarlemse cursus is de slagvaardigheid van de huisarts bij spoedgevallen te vergroten en/of te verbeteren, alsmede te komen tot voor de gehele regio aanvaardbare richtlijnen voor de behandeling van een negental acute ziektebeelden. Het ligt in de bedoeling na afloop van de cursus de besproken therapierichtlijnen in een handzaam boekje aan alle huisartsen in de regio aan te bieden. In aansluiting op de cursus wordt een open dag gehouden bij de ambulancediensten in Haarlem en Hoofddorp teneinde de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten te verbeteren.

Indien hiervoor belangstelling buiten onze regio bestaat, kan contact worden opgenomen met de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen, Kenastraat 6, 2011 MX Haarlem.

Haarlem, januari 1988  
A. P. N. A. de Groof, huisarts.

## OPVOLGING EN DWANG

In de LHV-Ledenbrief van 18 december 1987 worden wij opgeroepen door het Centraal Bestuur het voornemen ermee op te houden vooral vroeg te melden bij de vestigingscommissie, want de opvolgingsprocedure al wel enige maanden in beslag kunnen nemen . . . Is de opvolgingsprocedure op dat moment (bij aanvaarding van een andere functie, of bij vertrek naar Spanje voor mijn part) nog niet rond dan zal de vertrekkende huisarts (!) een waarnemer moeten inschakelen. Dit kan aanzienlijke financiële consequenties hebben. Gelooft het bestuur dat de huisarts, nadat hem iedere persoonlijke zeggenschap betreffende zijn opvolging is ontnomen, vrijwillig nog enige verantwoordelijkheid op zich zal willen nemen, laat staan de onkosten, voor de continuïteit van de zorg na zijn afscheid? Het bestuur zal er dus gewoon nog een dwangmaatregel bij moeten nemen, zoals er toch al waren: – gedwongen besteding van een deel van het inkomen aan de pensioenvoorziening (in plaats van een voldoende hoog bruto-inkomen);

## BRIEVEN

– gedwongen afstand doen van onze goodwill (zodat nu de arts die de moed heeft zich ergens nieuw, niet meer vrij . . ., te vestigen geen vergoeding meer krijgt voor zijn aanloopkosten);

– gedwongen afstand doen van iedere bemoeienis bij het zoeken naar een opvolger (in plaats van duidelijk de eerst verantwoordelijke voor deze opvolging te zijn komt de vertrekkende huisarts nu alleen nog in beeld als de opvolger misschien zijn huis wil overnemen!);

– gedwongen (althans binnenkort) nascholing (in plaats van wetenschappelijk onderbouwde adviezen over de gewenste ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde van een zodanig gewicht dat iedere verantwoordelijke huisarts zich daar vrijwillig naar zal richten, krijgen we nu agogisch geschoolde lieden van de SDH die ons alleen kunnen vertellen hoe we ons moeten nascholen en die uiteindelijk kunnen bevelen dat onze registratie wordt ingetrokken).

Het is duidelijk dat een vereniging als de LHV dit alleen kan doen door iedere keer een deel van de zeggenschap van haar leden over te dragen aan overheid en betalende instanties. *Mag dat nu eens afgelopen zijn?* Ik moet nog twaalf jaar mee als huisarts. Op basis van vrijwilligheid doe ik graag overal aan mee zolang ik de zin ergens van inzie. En zo is het toch met iedereen? Hoe komt het bestuur toch steeds aan een meerderheid voor deze besluiten?

Trouwens: is al die uitverkoop van macht tot nu toe wel zo verstandig geweest? Bereikt men met dwang werkelijk dat de huisarts beter werk gaat leveren? Ik weet, bij mijzelf te rade gaande, heel zeker van niet.

Warnsveld, januari 1988  
A. J. Geerlink, huisarts

## Naschrift LHV

Wij hebben alle begrip voor de onvrede en de problemen die bij veel huisartsen – zoals u – leven over onder andere het vestigingsbeleid. De LHV probeert dan ook binnen de bestaande mogelijkheden, die uitvloeisel zijn van overheidsmaatregelen, haar leden zo betrokken mogelijk ter zijde te staan. Zo dient ook onze oproep in de Ledenbrief d.d. 18 december 1987 te worden opgevat.

Wij geloven dat de huisarts die voornemens is zijn praktijk door een opvolger te laten overnemen, dit – volgens de geldende procedures – het best zo snel mogelijk kan afwikkelen, ook

al omdat de financiële consequenties groter zullen zijn naarmate de opvolgingsprocedure meer tijd in beslag neemt. Daarom alleen raden wij de desbetreffende huisarts aan zijn geplande vertrekdatum zo spoedig mogelijk aan de desbetreffende instantie en commissie bekend te maken.

## 'KANTOORUREN'

Enige tijd geleden werden de lezers van Medisch Contact geconfronteerd met het woord 'Kantooruren'. Uit de context bleek dat met dit woord werd bedoeld: de tijd waarin de huisarts – want daar ging het over – met zijn dagelijks werk bezig is: met zijn werk in spreekkamer en onderzoekkamer, met het uitvoeren van verrichtingen en met het afleggen van huisbezoeken.

Kantooruren? Voor zover mij bekend is dit woordgebruik (nog) niet in de landelijke media doorgedrongen, en dat is maar goed ook. Het roept immers een beeld op dat niet bepaald geschikt is om het imago van de werkzaamheden van de huisarts op te krikken. Het woord 'kantooruren', in deze betekenis gebruikt, berust waarschijnlijk op een foutieve vertaling van het Engelse 'office-hours'. 'Office' betekent ambt of het bedienen daarvan (vgl. 'officium nobile'). Niet meer gebruiken dus, lijkt mij.

Oss, januari 1988  
C. Th. Fontein

## Naschrift redactie

Wolters' woordenboek Engels-Nederlands: 'office-hours' = a) kantooruren; b) spreekuur, -uren.

Van Dale: 'Nobile officium' = het edele, verheven ambt; toegepast op de advocatuur.

## VOORKÓMEN VAN HART- EN VAATZIEKTEN

Het naschrift van collega Boot bij onze reactie in MC nr. 51-52/1987, blz. 1593, bevestigt wat wij al eerder vaststelden, namelijk dat zijn presentatie geen deugdelijke grondslag heeft geboden voor een constructieve gedachtenwisseling. Wanneer zo fundamenteel verschillende fenomenen als *gewenning door de patiënt aan het gebeuren van de bloeddrukmeting* en het *natuurlijk beloop van (reële) hypertensie* worden dooreen gehaald, verdwijnt zelfs de smalste marge voor een opheldering van zaken. Een verdere discussie in dit forum heeft ons inziens dan ook geen zin meer.

Ons dilemma is echter dat sommige collegae

door het feuilleton van collega Boot wellicht op een dwaalspoor zijn gebracht, hoezeer hij zelf ook heeft benadrukt dat hij niet werd gehinderd door kennis van zaken. De redactie had er uit een oogpunt van informatiebevordering ten dienste van de volksgezondheid waarschijnlijk verstandiger aan gedaan een uitgebalanceerde in plaats van een unipolaire artikelenreeks op te nemen. Het kwaad is echter nu eenmaal geschied.

Wij besluiten deze bijdrage met een getallenbeeld dat de gerezen verwarring wellicht zal wegnemen. Het betreft een zogeheten meta-analyse van de belangrijkste 'mild hypertensie trials' van de hand van Moser en Gifford (J. Hypertension 3, 437, 1985), door ons aangevuld met latere gegevens. Men overziet hier de oogst van zes onderzoeken, waardoor de resultaten van tijdig ingrijpen beter worden uitgebeeld dan door een dualistisch en duellistisch heen-en-weer-geschrift. Soortgelijke meta-analyses zijn uitgevoerd met betrekking tot de vasculaire complicaties bij al dan niet actief behandelde groepen hypertensiepatiënten.

#### Balans van zes 'mild hypertension trials'

aantal personen op placebo .....	11.553
progressie hypertensie* .....	1.337 (11,6%)
aantal personen op medicatie .....	11.622
progressie hypertensie* .....	84 (0,7%)

\* Voorbij een tevoren vastgesteld kritisch niveau, dat per 'trial' verschillend kon zijn.

Rotterdam, januari 1988  
W. H. Birkenhäger  
P. W. de Leeuw

#### Naschrift

De reactie van Birkenhäger (B) en de Leeuw (L) bevestigt wat ik en velen met mij reeds eerder vaststelden, namelijk dat hun manier van discussiëren zinloos is. Wanneer zo fundamenteel verschillende fenomenen als *fluctuatie* en *progressie* met elkaar worden verward, ontbreekt voldoende inzicht om op redelijk niveau van gedachten te kunnen wisselen. Een verdere discussie met beide collega's heeft dan ook geen zin meer.

Mijn dilemma is echter dat een enkele collega (het zullen er niet veel zijn) door de redenering van B&L misschien op een dwaalspoor is gebracht en zou denken dat 'progressie naar ernstiger graden van hypertensie' inderdaad 'een essentieel aspect is van matig hoge bloeddruk'. Daarom heb ik toch maar besloten te laten zien dat fluctuatie niet identiek is aan progressie. Dat B&L, die al hun hele leven lang bloeddrukken schijnen te meten, dit niet door hebben, is verwonderlijk.

Waaruit bestaat precies het percentage 11,6% waar B&L het etiket 'progressieve hypertensie' op plakken? Dat zijn personen uit de placebogroep bij wie meer dan één keer een bloeddruk werd gemeten die boven de bovengrens van het matig hoge bloeddrukniveau uitkwam (bijvoorbeeld  $\geq 110$  mm Hg diastolisch). Het is verbazingwekkend dat B&L niet (willen) weten dat zowel de systolische als de

diastolische bloeddruk extreem variabel is<sup>2,3</sup>. Het zal duidelijk zijn dat vooral personen met een gemiddelde diastolische druk in de buurt van de bovengrens (bijvoorbeeld 105-109 mm Hg) gemakkelijk af en toe een uitschieter tot boven die grens kunnen vertonen en dat dit minder gemakkelijk gebeurt in de behandelingsgroep. B&L noemen dit progressie; zij behoren blijkbaar tot de categorie mensen die geloven dat twee achtereenvolgende hete zomers betekenen dat het klimaat warmer wordt en dat twee strenge winters wijzen op de komst van een nieuwe IJstijd . . .

Wat betekent het wanneer iemand bij wie tijdens basisscreening en tweede zitting een matig hoge bloeddruk (bijvoorbeeld diast. 95-109 mm Hg) is vastgesteld, op één of meerdere latere zittingen een waarde  $\geq 110$  mm Hg blijkt te hebben? Er zijn verschillende mogelijkheden:

1. Het betreft iemand wiens werkelijke diastolische bloeddruk matig hoog is, maar eenmalig of tijdelijk (bijvoorbeeld door tijdelijke stress of louter fluctuatie) 110 mm Hg of hoger is: uitschieter naar boven. Geen progressie dus.
2. Het betreft iemand wiens werkelijke bloeddruk niet matig hoog maar hoog is ( $\geq 110$  mm Hg), maar bij wie tijdens screening en tweede zitting een matig hoge bloeddruk ( $< 110$  mm Hg) is gemeten: uitschieter naar beneden tijdens selectieperiode. Geen progressie dus.
3. Inter- en intra-observer-variatie of fouten in meettechniek kunnen een schijnbare verandering van bloeddrukniveau hebben gegeven. Geen progressie dus.
4. De gemiddelde diastolische bloeddruk is in de loop van de tijd werkelijk gestegen. Alleen hier is sprake van werkelijke progressie.

Of zich onder de 11,6% mensen met het etiket 'progressieve hypertensie' personen bevinden bij wie de gemiddelde bloeddruk werkelijk is gestegen en, zo ja, hoeveel dit er zijn, is niet te zeggen. Het zou onderwerp van verder onderzoek kunnen zijn. De kans dat door fluctuatie, meetfout, etc. de grens van 110 mm Hg wordt gepasseerd, is in de onbehandelde groep vanzelfsprekend groter dan in de behandelingsgroep, wat al een voldoende verklaring kan zijn voor de verschillen in percentages 'progressieve hypertensie'.

Het zal de niet-deskundige lezer duidelijk zijn dat B&L een interpretatiefout hebben gemaakt. Maar het misverstand is hardnekkig, mede omdat het een nuttige functie vervult. Het wordt dan ook door verschillende 'deskundigen' van elkaar overgenomen. Ook de Hypertensiecommissie van de Nederlandse Hartstichting hanteert het argument van B&L<sup>4</sup>. Voor de zogenaamde deskundigen zal ik daarom nog een argument ad absurdum geven:

Uit eigen onderzoek bleek 44% van de personen met een *normale* bloeddruk na één jaar een 'stijging' van de diastolische bloeddruk te hebben, 8% zelfs meer dan 10 mm Hg<sup>5</sup>. De metingen werden 'blind' uitgevoerd met de bloeddrukmeter van de London School of Hygiene door één en dezelfde waarnemer. Als we

de redenering van beide collega's aanhouden, zou dit betekenen dat 'stijging naar hogere bloeddrukwaarden een essentieel aspect is van normale bloeddruk'. 'Normale bloeddruk dient daarom behandeld te worden om progressie te voorkómen.' In het Nijmeegs Interventie Project bleek 9% van de personen met een normaal serum-cholesterol na één jaar een hypercholesterolemie te hebben 'ontwikkeld'<sup>6</sup>. Conclusie: alle personen met normale bloeddruk en normaal serum-cholesterol dienen te worden behandeld om progressie te voorkómen.

Wierden, januari 1988  
C. P. M. Boot

#### Literatuur

1. Birkenhäger WH, Leeuw PW de. Hoge bloeddruk: wel of niet ingrijpen? Het gebied tussen 90 en 105 mm Hg diastolisch. Hart Bulletin 1985; 16 (Supp 1): 2-4.
2. Armitage P, Rose GA. The variability of measurements of casual blood pressure. I. A laboratory study. Clin Sci 1966; 30: 325-35.
3. Armitage P et al. The variability of measurements of casual blood pressure. II. Survey experience. Clin Sci 1966; 30: 337-44.
4. Grobbee DE (Hypertensiecommissie Nederlandse Hartstichting). Behandeling van hoge bloeddruk: zin en onzin. Medisch Contact 1988; 43: 75-8.
5. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk. Proefschrift Leiden, 1979.
6. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project. Proefschrift Nijmegen, 1981.

#### EEN OOR AANNAAIEN 1

De heer Breedveld, adviserend geneeskundige van het Regionaal Ziekenfonds Salland, schrijft als reactie op 'Een oor aannaaien' (praktijkperikel MC nr. 49/1987, blz. 1560) het volgende: 'Bij de ziekenfondsen is uiteraard al lang bekend dat dagbehandeling een hogere ziekenhuisberekening kan opleveren dan klinische opname. Bij de laatste is immers het OK-tarief in de verpleegprijs verdisconteerd' (MC nr. 1/1988, blz. 7).

Garne zou ik vernemen waar hij deze wijsheid vandaan haalt. Bij de berekening van de eigen bijdrage van het Ziekenfonds Rijn/IJsselland, een regionaal ziekenfonds te vergelijken met dat voor Salland, wordt ten aanzien van het OK-tarief geen onderscheid gemaakt tussen klinische of poliklinische behandeling en aangenomen mag worden dat deze regeling landelijk is. Wanneer tevens blijkt dat het Regionaal Ziekenfonds Salland zijn eigen regeltjes heeft, zoals overigens de meeste ziekenfondsen ten aanzien van de eigen bijdrage, blijkt hieruit weer eens de rechtsongelijkheid voor de patiënt en de afhankelijkheid van de regio waarin hij woont.

Dat de OK-tarieven voor esthetische plastische chirurgie vóór 1 januari 1987 reeds veel te hoog waren beschreef ik in 1985 in dit tijdschrift (MC nr. 2/1985, blz. 35). In maart 1987 heb ik een bezwaarschrift ingediend bij het

College van Beroep voor het Bedrijfsleven tegen de 65% (!) verhoging van dit tarief. Dit bezwaarschrift is nog in behandeling, zodat ik er niets inhoudelijks over kan zeggen. Wel is mij uit de gehele gang van zaken duidelijk dat men mij aan het lijntje houdt. Dit verwondert mij overigens niets. Ik wacht gelaten af.

Arnhem, januari 1988  
Dr. A. Molenaar

## EEN OOR AANNAAIEN 2

Mijn laatste door *collega* Molenaar geciteerde zin had moeten luiden: 'Indien het OK-tarief in de verpleegprijs is verdisconteerd'. Ter nadere verduidelijking: Bij een deel van de ziekenhuizen is het OK-tarief begrepen in de verpleegprijs, bij een ander deel niet. Tot 1 januari 1988 was bij geen enkel ziekenhuis (voor zover mij bekend) het OK-tarief begrepen in de kosten van dagbehandeling (het zogeheten M 10-tarief); in die gevallen kon de rekening van het ziekenhuis voor dagbehandeling hoger uitvallen dan voor een kortdurende klinische opname.

De afwijkingen van de regels door het Regionaal Ziekenfonds Salland wordt gemotiveerd door doelmatigheidsoverwegingen en de kennelijke onrechtvaardigheid van strikte toepassing van die regels in deze situatie. Aanleiding was mede een opmerking van een plastisch chirurg tegen een patiënte: 'Als u zelf een deel moet betalen, doe ik het maar via een normale opname in plaats van in dagbehandeling, want dat is goedkoper voor u'. Ons ziekenfonds neemt daarbij het risico dat we de verschillen uit eigen vermogen moeten betalen.

Overigens is de ongelijkheid die door onze opvatting ten faveure van onze verzekerden ontstaat niet de enige ongelijkheid op dit terrein. Bij klinische patiënten is de hoogte van de eventuele eigen bijdrage afhankelijk van de verpleegprijs, die voor elk ziekenhuis verschilt. Trouwens, ook specialistische declaraties kunnen in de particuliere praktijk in hoogte verschillen, in het verleden afhankelijk van de klasse en in het heden afhankelijk van het antwoord op de vraag of er met of zonder assistentie wordt geopereerd en afhankelijk van het antwoord op de vraag of de assistent-operator een specialist, een arts in opleiding of slechts gewoon arts is.

Het is jammer dat *collega* Molenaar niet de wijsheid had de inhoudelijke bedoeling van mijn mededeling te doorgronden, in plaats van geprikkeld te reageren met een tekstuele onvolkomenheid als aanleiding. Overigens is de problematiek per 1 januari 1988 opgelost: landelijk kan naast het uniforme dagbehandelingstarief geen neventarief meer worden berekend.

Deventer, januari 1988  
Ph. Breedveld, adviserend geneeskundige  
Regionaal Ziekenfonds Salland.

## GENEESMIDDELEN

Naar aanleiding van de geruchtmakende advertentie inzake de verstrekking van geneesmiddelen de volgende suggestie voor het bevoegd gezag. Bijvoorbeeld een recept voor een hoestdrankje wordt aldus:

R/  
Hoestdrank, samenstelling, smaak en kleur vast te stellen in overleg tussen apotheker en patiënt, de goedkoopste die er te maken is en dáárvan de helft.

Gebruik na consultatie van de apotheker.

handtekening

Zo zou een recept moeten luiden!

Rijswijk, januari 1988  
G. Hoogslag, arts

## ONWETENSCHAPPELIJK?

De heer Renckens (MC nr. 2/1988, blz. 37) verklaart te zullen doorgaan alle alternatieve behandelingswijzen over een kam te scheren, aangezien zij weigeren de waarde van de eigen behandelwijze wetenschappelijk te onderbouwen. Voor de invulling van het begrip 'wetenschappelijk' verwijst hij naar Mellenbergh. Deze verwijzing latend voor wat ze is, ben je zo vrij de volgende vragen op te werpen bij de eigen wetenschappelijkheid van Renckens:

Hoe komt hij tot de bewering dat alle alternatieve geneeswijzen weigeren zich wetenschappelijk te laten onderzoeken? Welke verstaat hij onder 'alle' geneeswijzen? Wie zijn de degenen (want het zullen wel personen of organisaties zijn en niet de geneeswijzen als zodanig) die iets weigeren? Waar zijn de uitspraken van deze weigeraars te vinden? Welke literatuur is door Renckens in dit verband gescreend, hoe representatief/volledig was deze screening? Wat heeft hij aangemerkt als een 'weigering'? Waaraan hebben betrokkenen

geweigerd mee te werken (wat voor type toetsing, door wie?).

In zijn reactie meldt Renckens voorts: 'Nieuwe stellingen ( . . . ) zijn mij niet bekend'. Zou deze uitspraak misschien de sleutel bevatten tot het geheim van Renckens? Hij is gewoon slecht op de hoogte . . .

Dwingeloo, januari 1988  
Dr. C. W. Aakster

## GOEDKOOP BEVALLEN

Zou *collega* De Vrieze (MC nr. 2/1988, blz. 40) echt menen dat hij als specialist-vrouwenarts de goedkoopste bevalling doet? Op basis van de door hem aangehaalde bedragen zou men die conclusie kunnen trekken, maar de vergelijking gaat om verschillende redenen mank.

De huisarts kan alleen daar waar geen verloskundige werkzaam is voor rekening van het ziekenfonds bevallingen doen, en bij uitzondering op medisch-sociale indicatie; het tarief is daarvoor f 627,23 en betreft voor- en nazorg en de bevalling. Het genoemde tarief van f 810,— heeft overigens gegolden van 1 november 1986 tot 1 januari 1987, waarna het weer f 750,— werd; dit tarief betreft particulieren. Het ziekenfondstarief van *collega* De Vrieze van f 565,50 houdt wel voorzorg in, maar slechts vanaf de drieëndertigste week. Het (COTG-)tarief voor particulieren vermeldt De Vrieze niet; overigens mogen de gynaecologen consulten vóór de achtentwintigste week ook nog eens extra declareren. Het zou aardig geweest zijn als *collega* De Vrieze ook het door hem berekende particuliere tarief had vermeld; de vergelijking was dan correcter geweest en zeker niet in het voordeel van de vrouwenarts uitgevallen.

Arnhem, januari 1988  
G. Faber, directeur  
Vereniging Ondersteuning Huisartsen  
district XIV

## Rectificatie

In Medisch Contact van 22 januari jl. (MC nr. 3/1988, blz. 86) stond het praktijkperikel: 'Progressief gebleven'. Hoewel het ons beleid is dat in de praktijkperikelen geen namen worden genoemd, komen door onoplettendheid onzerzijds in deze bijlage de namen voor van de Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde en het Progressief Medisch Centrum. Wij betreuren het ten zeerste dat deze ommissie heeft plaatsgevonden en dat deze instellingen zijn genobeld. Het is ons gebleken dat van naamsverandering geen sprake is geweest.

Redactie Medisch Contact



# Het melden van euthanasie

*Via de pers werd mijn aandacht gevestigd op een publikatie in Medisch Contact van 15 januari 1988 (MC nr. 2/1988, blz. 36) waarin KNMG-voorzitter Cense er zijn bezorgdheid over uitsprekt dat euthanasie niet controleerbaar en toetsbaar wordt, wanneer de samenleving er niet in slaagt een procedure voor het melden van euthanasie te ontwerpen die voor artsen, patiënten en familie aanvaardbaar is.*

*Als student Nederlands Recht (kandidaat) en tevens als geïnteresseerd Nederlands staatsburger in deze actuele, de samenleving zo sterk beroerende materie, heb ik de discussies en verwikkelingen rond het euthanasievraagstuk gedurende de laatste jaren nauwlettend gevolgd en mij daar zelf een oordeel over gevormd. Ik heb vervolgens getracht mijn gedachten over dit onderwerp vorm te geven door het formuleren van een eigen ontwerp van wetgeving, waarin ik voor het melden van euthanasie een procedure heb ontworpen die naar ik meen de door de heer Cense beoogde controleerbaarheid en toetsbaarheid zou kunnen bevorderen.*

Mijn opvatting hierover sluit aan bij hetgeen Dr. C. Spreeuwenberg opmerkt in zijn bijdrage 'Het doodsbrieftje bij euthanasie' (MC nr. 2/1988, blz. 35), waarin hij onder meer schrijft: 'Als een intensieve begeleiding door levensbeëindigend handelen moet worden afgesloten, is de per definitie afstandelijke benadering van autoriteiten de arts te veel. Een verstandige wetgever zal met dit gegeven rekening houden. Het ware daarom beter als bij euthanasie het verslag van de gemeentelijke lijkschouwer niet naar de Officier van Justitie, maar naar de inspecteur van de Volksgezondheid kon worden gezonden. Artsen hebben, alleen al doordat hij als collega de medische merites kan beoordelen, meer vertrouwen in de inspecteur.'

Ik zou nog een stap verder willen gaan door voor te stellen, dat niet de gemeentelijke lijkschouwer maar de betrokken arts zelf verslag doet van de door hem in het kader van de euthanasie-ingreep verrichte handelingen en dat verslag vervolgens, als onderdeel van de overlijdensverklaring, aan de inspecteur van de Volksgezondheid doet toekomen.

In dit verband moge ik misschien ook wijzen op de bijdrage van Mr. H. R. G. Feber: 'Euthanasie en verklaring van

C. A. M. Damen

overlijden' (MC nr. 2/1988, blz. 41), waarin de schrijver opmerkt dat de verslaglegging door artsen met betrekking tot alle voor de strafrechtelijke beoordeling van de euthanasie-ingreep relevante gegevens, een gunstig effect heeft ten aanzien van de aangiftebereidheid, zoals is gebleken in het arrondissement Alkmaar. Mijns inziens zal deze aangiftebereidheid nog worden versterkt, wanneer vorenbedoelde verslaglegging rechtstreeks in de verklaring van overlijden

## Eigen formulering van voorwaarden voor strafuitsluiting bij artikel 293 Wetboek van Strafrecht

### ARTIKEL 293B3IS

1. Niet strafbaar is de geneeskundige die bij iemand wiens dood nabij is en die ondraaglijk lijdt, met het oogmerk om dat lijden te verlichten diens dood bespoedigt, hetzij door medisch ingrijpen, hetzij door het achterwege laten van medische behandeling of het niet voortzetten daarvan, voor zover zulks geschiedt op uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de betrokkene en na overleg met minstens één andere geneeskundige, zijnde een medisch specialist, terwijl aan de te stellen eisen van zorgvuldigheid bij de uitvoering van de ingreep of bij het achterwege laten van (verdere) medische behandeling is voldaan.
2. Uitgesloten van strafbaarheid is eveneens de geneeskundige die bij iemand die in een irreversibele comateuze toestand verkeert medische behandeling achterwege laat of beëindigt, voorzover zulks geschiedt in overleg met de naaste familie van de betrokkene en na raadpleging van minstens één andere geneeskundige, zijnde een medisch specialist.
3. Uitgesloten van strafbaarheid is ook de verpleegkundige die aan een handelen of nalaten als in de vorige leden bedoeld medewerking verleent.
4. Van een handelen of nalaten als in het eerste en tweede lid bedoeld, zal door de betrokken geneeskundige verslag worden gedaan op een daartoe bestemd formulier, dat deel uitmaakt van de verklaring van overlijden.
5. De in het eerste en tweede lid bedoelde geneeskundige zendt na het overlijden van een persoon als in genoemde leden bedoeld, on-

kan worden opgenomen en vervolgens ter toetsing en controle wordt overgelegd aan de inspecteur van de Volksgezondheid, een overheidsfunctionaris die tevens als arts ter zake kundig is.

Ter kennisneming hierbij mijn 'eigen ontwerp' met betrekking tot de euthanasieproblematiek. Ik had dit reeds ruim een jaar geleden opgesteld; de publikatie in Medisch Contact van 15 januari jl. heeft mij gestimuleerd u deze brief te schrijven en mijn 'eigen ontwerp' daar bij te voegen. Misschien heb ik hiermee iets kunnen bijdragen tot het vinden van een voor alle betrokkenen bevredigende procedure met betrekking tot het melden van euthanasie.

verwijld een afschrift van de verklaring van overlijden aan de inspecteur van de Volksgezondheid binnen wiens ambtsgebied het overlijden heeft plaatsgehad.

### Toelichting bij lid 3

Wanneer men ook verpleegkundigen als eventuele deelnemers aan een gedraging als omschreven in het eerste en tweede lid van strafbaarheid wil uitsluiten – waaraan gezien de reacties uit die kring grote behoefte blijkt te bestaan – lijkt het geboden dit in een afzonderlijke bepaling tot uitdrukking te brengen. Het gaat bij de in het eerste en tweede lid bedoelde gedraging namelijk niet om een absolute rechtvaardigingsgrond (een absolute rechtvaardigingsgrond rechtvaardigt het feit zonder meer, is algemeen geldend, zodat elke deelnemer ervan kan profiteren), maar om een relatieve rechtvaardigingsgrond, dat wil zeggen een rechtvaardigingsgrond waardoor de gedraging slechts wordt gerechtvaardigd voor wat de in het eerste en tweede lid genoemde personen, in casu de geneeskundige, betreft. Wil men de in het derde lid bedoelde groep van personen als deelnemers (art. 48 onder 1° Wetboek van Strafrecht) eveneens van strafbaarheid uitsluiten, dan komt het mij voor dat ten aanzien van laatstgenoemde groep personen een afzonderlijke strafuitsluitingsbepaling dient te worden opgenomen; deze opvatting vindt ook steun in de literatuur\*.

\* Hazewinkel-Suringa. Inleiding tot de studie van het Nederlands Strafrecht. 9<sup>e</sup> druk, bewerkt door Mr. J. Remmelink. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1984, 223.



# Onderzoek klachten door Staatstoezicht na rapport ombudsman beter geregeld

*De hoofdinspecteurs voor de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen hebben een 'Leidraad klachtonderzoek' vastgesteld. Over het onderzoek van bij die inspecties binnengekomen klachten op het terrein van de gezondheidszorg had de Nationale ombudsman een uiterst kritisch rapport uitgebracht (ref. MC nr. 10/1986, blz. 295). De leidraad omvat regels over de te volgen procedure bij het klachtonderzoek, alsmede criteria voor de gevallen waarin de inspecteur zich tot de Officier van Justitie dan wel het medisch tuchtcollege dient te wenden. Op 11 juni 1987 heeft de vaste commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer over het ontwerp van de leidraad overleg gevoerd met de staatssecretaris van WVC. De bewindsman heeft verklaard met de leidraad en de daarbij behorende toelichting in te stemmen. Hierbij de tekst van leidraad en toelichting.*

## LEIDRAAD

### Procedure klachtonderzoek

A. Een klacht wordt in behandeling genomen indien zij voldoet aan de volgende voorwaarden:

1. De klacht dient, zo de klager daartoe in staat is, op schrift te zijn gesteld.
2. De klacht dient naam en adres van de klager te bevatten (anonieme klachten worden in het algemeen niet in behandeling genomen).
3. De klacht dient, zo duidelijk mogelijk, een omschrijving te bevatten van de gedraging waarop de klacht betrekking heeft en mededeling wie zich aldus heeft gedragen.
4. De klacht dient de reden te bevatten waarom de klager meent bezwaar te moeten maken tegen de gedraging.
5. De klacht moet liggen op het terrein waarop de betrokken inspecteur bevoegd is. Is de betrokken inspecteur ter zake niet bevoegd, dan verwijst hij klager naar de bevoegde instantie.
6. De gedraging waarop de klacht betrekking heeft dient niet langer dan twee

jaren voordat de klacht is ingediend te hebben plaatsgevonden. Is deze termijn overschreden, dan is de inspecteur niet verplicht doch wel bevoegd de klacht te onderzoeken.

B. Ten aanzien van in behandeling te nemen klachten gelden voor de inspecteur de navolgende verplichtingen:

1. De ontvangst van de klacht dient binnen 14 dagen na binnenkomst schriftelijk te worden bevestigd. Tevens wordt daarbij aan de klager:
  - a. informatie gegeven over de ten aanzien van de klacht te volgen procedure;
  - b. toestemming gevraagd om degene over wie wordt geklaagd en eventueel derden in kennis te stellen van de inhoud van de klacht;
  - c. gevraagd ermee in te stemmen dat in de gevallen waarin zulks niet wettelijk is geregeld, de inspecteur gerechtigd is de door hem noodzakelijk geachte inlichtingen bij derden in te winnen en desbetreffende medische dossiers in te zien.
2. De klager wordt op diens verzoek in de gelegenheid gesteld zijn klacht mondeling toe te lichten. Dit kan telefonisch geschieden.
3. Met betrekking tot de klacht wordt een dossier aangelegd.

C. Ten aanzien van kennelijk ongegronde klachten of klachten die uitsluitend een herhaling inhouden van reeds eerder onderzochte klachten is de inspecteur niet verplicht (verder) onderzoek te verrichten.

D. Ten aanzien van de klachten die voor verder onderzoek in aanmerking komen gelden voor de inspecteur de navolgende bepalingen:

1. Indien blijkt dat er ten aanzien van het onderwerp van de klacht een andere, overeenkomstig een wettelijke regeling ingestelde instantie voor klachtenbehandeling aanwezig is dan wel een instantie voor klachtenbehandeling die in het leven is geroepen door een wettelijk geregelde instelling, dient de inspecteur met het bestaan van zodanige instantie rekening te houden. Met het oog daarop kan de inspecteur, tenzij de klager daartegen bezwaar heeft of de aard van de klacht zich daartegen verzet, een afschrift van de klachtbrief of een samenvatting van de inhoud van de klacht aan de betrokken

instantie voor klachtenbehandeling zenden. In plaats van zich zelf ter zake schriftelijk te wenden tot de instantie voor klachtenbehandeling, kan de inspecteur, tenzij de klager daartegen bezwaar heeft of de aard van de klacht zich daartegen verzet, ook volstaan met de klager te verwijzen naar de klachtenbehandelingsinstantie. De inspecteur kan besluiten de uitkomst van het onderzoek door de klachtenbehandelingsinstantie af te wachten en verlangt alsdan in ieder geval dat hij daarvan op de hoogte wordt gesteld.

2. Degene over wie wordt geklaagd en, voor zover van toepassing, de directie van de instelling waarop de klacht betrekking heeft, wordt van het binnenkomen van de klacht bij de inspecteur in kennis gesteld door het toezenden van hetzij een afschrift van de klachtbrief hetzij een samenvatting van de inhoud van de klacht. Degene over wie is geklaagd wordt in de gelegenheid gesteld schriftelijk een reactie te geven op de klacht en verdere inlichtingen te verstrekken. Op zijn verzoek wordt degene over wie is geklaagd in de gelegenheid gesteld zijn mededelingen mondeling toe te lichten. Dit kan telefonisch geschieden.

3. De klager wordt in de gelegenheid gesteld een reactie te geven op de bevindingen van de inspecteur naar aanleiding van hetgeen door de betrokken beroepsbeoefenaar of instelling naar voren is gebracht met betrekking tot de klacht.

E. Bij zijn onderzoek kan de inspecteur, afhankelijk van het concrete geval, indien hij zulks wenselijk acht, andere personen (getuigen, deskundigen) betrekken. Hij kan voorts de klager en degene over wie is geklaagd om verdere inlichtingen vragen. Hij kan boeken en bescheiden, met name het patiëntendossier, inzien. Hij kan de klager, vragen of hij zijn klacht wil handhaven, wijzigen of intrekken.

F. De inspecteur kan het onderzoek beëindigen indien:

1. de klager zijn klacht intrekt;
2. de klager geen medewerking aan het onderzoek verleent.

G. De inspecteur kan afwijken van de leidraad, indien de feiten en omstandig-

heden waarop de klacht betrekking heeft van onvoldoende betekenis zijn voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, alsmede indien dit naar het oordeel van de inspecteur noodzakelijk is in het belang van de klager of een andere rechtstreeks belanghebbende. Alsdan is de inspecteur verplicht in het desbetreffende dossier vast te leggen waarom en in hoeverre afwijking van bedoelde bepalingen wenselijk moet worden geacht. Aan de klager wordt op diens verzoek ter zake informatie verstrekt.

H. Nadat het onderzoek is afgesloten en de inspecteur zich een oordeel heeft gevormd omtrent de gegrondheid van de klacht, is de inspecteur verplicht een schriftelijke en gemotiveerde reactie naar aanleiding van de klacht te zenden. De reactie bevat de conclusies van het onderzoek en het oordeel van de inspecteur omtrent de gegrondheid van de klacht. Bedoelde reactie wordt eveneens gezonden aan degene over wie is geklaagd, indien deze door de inspecteur bij zijn onderzoek van de klacht werd betrokken.

*Criteria voor de gevallen waarin de inspecteur zich behoort te wenden tot de Officier van Justitie*

Tot de Officier van Justitie behoort de inspecteur zich te wenden indien het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat er een strafbaar feit is begaan, tenzij er onvoldoende reden is om aan te nemen dat het aan te geven strafbaar feit zal worden vervolgd.

*Criteria voor de gevallen waarin de inspecteur zich behoort te wenden tot het medisch tuchtcollege*

Tot het medisch tuchtcollege behoort de inspecteur zich te wenden, indien:

- a. het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat een van de in de Medische Tucht-wet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtspraak is onderworpen; en
- b. het algemeen belang – en derhalve niet het particuliere belang van rechtstreeks belanghebbende – bij de zaak in overwegende mate is betrokken. Met name de navolgende aspecten zijn van belang:
  - de ernst van de klacht;
  - recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar;
  - de behoefte om door het uitlokken van

een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening.

TOELICHTING

De leidraad klachtonderzoek is gericht tot de inspecteurs werkzaam bij de drie in de kop van de leidraad genoemde inspecties. Met de term 'inspecteurs' wordt bedoeld op zowel de hoofdinspecteurs als de regionale inspecteurs bij bedoelde onderdelen van het Staatstoezicht. Aangetekend hierbij zij evenwel dat normaliter klachtonderzoek geschiedt door de regionale inspecteurs. Slechts in uitzonderingsgevallen kan zich de situatie voordoen dat een hoofdinspecteur onderzoek instelt of doet instellen naar aanleiding van een ingediende klacht.

*1. Procedure klachtonderzoek*

*ad A.* De ervaring leert dat de bij het Staatstoezicht ingediende klachten van zeer uiteenlopende aard zijn. Wil een klacht in behandeling kunnen worden genomen, dan dient aan enkele voorwaarden te zijn voldaan. Het gaat hier dus om een regeling inzake de 'ontvankelijkheid' van de klacht. Deze voorwaarden zijn beschreven in onderdeel A van de leidraad.

In een aantal gevallen zal de klager zich mondeling tot de inspecteur wenden. In het belang van een goede behandeling van de zaak zal alsdan aan de klager worden gevraagd de klacht op schrift te stellen. In sommige gevallen kan dit evenwel een te stringente eis zijn. Is het de klager niet mogelijk de klacht op schrift te stellen, dan zal toch de zaak in onderzoek kunnen worden genomen. De klachtbrief zal voorts aan bepaalde minimumeisen, zoals die ook zijn omschreven in de Wet Nationale ombudsman, moeten voldoen. De klachtbrief zal naam en adres van de klager moeten bevatten: anonieme klachten worden in het algemeen niet in behandeling genomen. De klacht dient ook, ter voorlichting van de inspecteur en te zijner tijd de aangeklaagde, een omschrijving te bevatten van de gedraging waarover wordt geklaagd, alsmede een aanduiding van de aangeklaagde, alsook de reden waarom wordt geklaagd. De klacht moet ook het terrein betreffen waarop de betrokken inspecteur functioneel en territoriaal bevoegd is. Indien de inspecteur ter zake niet bevoegd is, verwijst hij klager naar de bevoegde instantie. Ten slotte geldt als eis dat de gedraging waarover wordt geklaagd niet langer dan twee jaar voordat de klacht is ingediend moet hebben plaatsgevonden. Is die termijn overschreden, dan is de inspecteur ingevolge de leidraad niet verplicht de klacht te onderzoeken. Uiteraard kan de inspecteur toch, gezien de aard van de klacht, aanleiding vinden om een onderzoek in te stellen.

*ad B.* Indien de klacht voldoet aan de bovenbeschreven, in onderdeel A opgenomen voorwaarden, brengt zulks voor de betrokken in-

specteur enige in onderdeel B beschreven verplichtingen met zich.

In de eerste plaats dient de klager een ontvangstbevestiging te worden gezonden. Te zamen met de ontvangstbevestiging wordt de klager ingelicht over de procedure die ten aanzien van de klacht zal worden gevolgd. Denkbaar is dat klager een afschrift van de leidraad zal ontvangen, onder eventuele toevoeging van op de klacht zelf toegespitte mededelingen van de inspecteur. Voorts zal de inspecteur toestemming vragen aan de klager om de aangeklaagde en andere personen op de hoogte te brengen van de klacht. Ten slotte zal de inspecteur toestemming vragen aan de klager bij derden de door de inspecteur noodzakelijk geachte inlichtingen in te winnen en de op de zaak betrekking hebbende medische dossiers in te zien. Zodanige toestemming kan achterwege blijven voor zover wettelijk is geregeld dat de inspectie reeds zodanige inlichtingen kan inwinnen (artikel 4, vijfde lid, Krankzinnigenwet).

Het geven van toestemming is van belang indien de inspecteur zich wendt tot de aangeklaagde, bij wie het desbetreffende medische dossier berust, met verzoek om inzage. Redelijkerwijs kan door de aangeklaagde ten opzichte van de inspecteur geen beroep meer worden gedaan op het beroepsgeheim van de aangeklaagde, indien de klager (patiënt) toestemming heeft verleend aan de inspecteur om het medisch dossier in te zien, behoudens voor zover het geven van inzage de persoonlijke levenssfeer van een derde zou schaden. In dezelfde zin spreekt ook de Nationale ombudsman zich uit op blz. 16 van zijn rapport. Weigert de betrokken arts ondanks de toestemming van de klager inzage van het dossier aan de inspecteur te geven, dan kan – aldus het rapport van de Nationale ombudsman – dit voor de inspecteur aanleiding vormen om te concluderen dat er wellicht medisch iets schortte aan de zaak en kan hij de klacht aanhangig maken bij het medisch tuchtcollege.

In de tweede plaats moet de inspecteur de klager, indien deze daarom verzoekt, in de gelegenheid stellen zijn klacht mondeling, bij voorbeeld telefonisch, toe te lichten. De klachtbrief kan immers onduidelijk of lacuneus zijn. Ook kan het zijn dat de klager bepaalde aspecten van de zaak liever niet op schrift wil stellen. Een gesprek met de inspecteur kan dan verhelderend zijn. In het gesprek kan door de inspecteur ook worden gevraagd of de klacht reeds door een andere klachtenbehandelingsinstantie is of wordt behandeld. Op dit punt wordt verder teruggekomen.

In de derde plaats dient de inspecteur met betrekking tot de klacht een dossier aan te leggen.

*ad C.* Tussen de bij de inspecteur ingekomen klachten bevindt zich een aantal waarvan na kennismaking al aanstonds duidelijk wordt dat het weinig zin heeft ter zake uitgebreid onderzoek (horen van aangeklaagde, dossieronderzoek, etc.) te doen. Gedoeld wordt hier op de klachten die reeds eerder door de inspecteur zijn onderzocht en die uitsluitend een herha-

ling inhouden van een reeds eerder onderzochte klacht, alsmede op de klachten die kennelijk ongegrond zijn.

In deze gevallen kan het onderzoek meteen worden afgerond door, overeenkomstig onderdeel H, eerste volzin, aan de klager een schriftelijke reactie te zenden, waarin de inspecteur uiteenzet waarom hij diepgaand onderzoek in casu niet aangewezen acht.

*ad D.* De volgende fase in het proces van klachtonderzoek betreft de categorie van klachten die verder onderzoek wettigen. Alvorens daartoe over te gaan dient de inspecteur zich ervan te vergewissen of met betrekking tot het onderwerp van de klacht overeenkomstig een wettelijke regeling ingestelde of door een wettelijk geregeld orgaan in het leven geroepen klachtenbehandelingsinstantie competent is of ter zake van de klacht reeds bezig is onderzoek te doen of reeds onderzoek heeft gedaan.

Voorkomen moet worden dat het onderzoek door bedoelde instanties plaatsvindt naast het onderzoek door de inspecteur, hetgeen een doublure van werkzaamheden zou opleveren. Indien zodanige instantie aanwezig is en deze ter zake van de klacht nog geen onderzoek heeft gedaan, wijst de inspecteur de klager op het bestaan van zodanige instantie. Tenzij de klager daartegen bezwaar maakt of de aard van de klacht zich daartegen verzet, geldt doorgaans dat het onderzoek door de klachtenbehandelingsinstantie eerst geschiedt alvorens de inspecteur de klacht verder onderzoekt.

De inschakeling van de klachtenbehandelingsinstantie kan op tweeërlei wijze geschieden. De inspecteur kan zulks aan de klager overlaten door hem naar die instantie te verwijzen. Na afloop van het onderzoek kan de klager zich dan, indien hij dat nog wenst, wederom tot de inspecteur wenden met het verzoek het klachtonderzoek, mede op basis van de gegevens die het onderzoek door de klachtenbehandelingsinstantie heeft opgeleverd, voort te zetten. De inspecteur kan ook zelf het contact leggen met de klachtenbehandelingsinstantie en een kopie van de klachtbrief of een zakelijke samenvatting van die brief, al dan niet vergezeld van zijn persoonlijke kanttekeningen aan die instantie zenden.

In de gevallen waarin de inspecteur besluit zijn behandeling van de zaak op te schorten in afwachting van de resultaten van het onderzoek door de klachtenbehandelingsinstantie, verzoekt hij in ieder geval, hetzij aan de instantie, hetzij aan de klager, dat hij wordt ingelicht over de resultaten van dat onderzoek.

Nadat de inspecteur over de uitkomst van dat onderzoek is geïnformeerd, of, zo er geen klachtenbehandelingsinstantie is, aanstonds nadat hij met klager op diens verzoek heeft gesproken en deze hem toestemming heeft verleend zich te wenden tot de aangeklaagde, wendt de inspecteur zich tot de aangeklaagde en, indien deze werkzaam is in een instelling van gezondheidszorg, eventueel tot de directie van de betrokken instelling.

De aangeklaagde c.q. de directie krijgt de gele-

genheid binnen een door de inspecteur bepaalde termijn schriftelijk een reactie te geven op de klacht. Indien zij daar behoefte aan hebben, worden aangeklaagde en directie in de gelegenheid gesteld hun schriftelijke reactie mondeling toe te lichten. Ten slotte dient de inspecteur de klager in de gelegenheid te stellen mondeling of schriftelijk te reageren op de bevindingen van die inspecteur naar aanleiding van hetgeen door aangeklaagde en directie met betrekking tot de klacht naar voren is gebracht.

*ad F.* De onder D opgenomen regels bevatten de minimumregels voor de inspecteur ten aanzien van de klachten die diepgaand onderzoek wettigen. Zij hebben met name betrekking op het betrekken van de twee partijen – klager en aangeklaagde – in het klachtonderzoek. Het kan uiteraard gewenst zijn dat de inspecteur ook derden hoort (getuigen, deskundigen), partijen om nadere of verdere inlichtingen vraagt, dossiers raadpleegt en dergelijke. Het kan ook zijn dat de klager inmiddels al is gecontenteerd en geen behoefte meer heeft aan voortzetting van het klachtonderzoek.

Het vorenstaande is geheel afhankelijk van de situatie van het concrete geval. Om die reden is het niet goed mogelijk ter zake minimumnormen, geldende voor alle gevallen van klachtonderzoek, vast te stellen. Wel is ter zake – in de facultatieve vorm – een aantal aspecten in onderdeel E beschreven.

*ad F.* Indien blijkt dat de klager zijn klacht niet langer handhaaft of zelf geen medewerking aan het onderzoek verleent, bijvoorbeeld doordat hij niet de door de inspecteur gevraagde toestemming, bedoeld in onderdeel B, 1, onder b en c, geeft, kan de inspecteur het onderzoek van de klacht beëindigen. Dit is in onderdeel F tot uitdrukking gebracht.

*ad G.* Gezien de heterogeniteit van de onderscheidene klachten, kan niet elke klacht zonder meer langs de boven aangegeven lijnen worden behandeld. Dit geldt met name in die gevallen waarin feiten en omstandigheden, waarop de klacht betrekking heeft van onvoldoende betekenis zijn voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Het kan zijn dat een bepaalde klacht is toe te schrijven aan het ziektebeeld van de klager; het kan de klager ontbreken aan realiteitsbesef. Het kan ook gaan om de situatie waarin de klager er eigenlijk op uit is herziening te krijgen van een bij onherroepelijke uitspraak vastgestelde rechterlijke beslissing, bijvoorbeeld in een aangelegenheid op het terrein van de sociale verzekeringen waarbij klager bij de inspecteur klaagt over het zijn inziens onjuiste medisch advies dat aan de onherroepelijke rechterlijke uitspraak ten grondslag heeft gelegd.

Een andere categorie van gevallen betreft de gevallen waarin het naar het oordeel van de inspecteur in het belang van de klager niet wenselijk is de ingekomen klacht volgens de leidraad te behandelen. Gedoeld wordt hierbij op klachten die wel betekenis (kunnen) hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar die, gelet op de toestand waarin klager of diens naaste betrekkingen zich bevinden, in

het belang van de klager of diens naaste betrekkingen op een van de leidraad afwijkende manier moeten worden behandeld. Zo kan het aangewezen zijn dat de inspecteur reeds onmiddellijk, zonder zich te wenden tot degene over wie wordt geklaagd, bepaalde actie in het belang van de patiënt onderneemt. In zodanige gevallen is het niet bij voorbaat aangewezen dat het klachtonderzoek steeds plaatsvindt volgens de boven weergegeven regels. Met andere woorden: de leidraad dient voldoende marge te bevatten dat de inspecteur dit soort gevallen anders behandelt.

Onderdeel G verplicht de inspecteur er wel toe schriftelijk vast te leggen waarom en in hoeverre afwijking van de regels wenselijk moet worden geacht. De hier bedoelde motivering dient ook aan klager te worden meegegeeld, als deze daarom verzoekt.

*ad H.* Onderdeel H heeft betrekking op de afsluiting van het onderzoek. Deze houdt in dat de inspecteur, na de feiten te hebben vastgesteld, zijn oordeel geeft over de gegrondheid van de klacht. Dit oordeel dient op schrift te worden gesteld en aan de klager te worden gezonden.

De reactie van de inspecteur dient gemotiveerd te zijn: aan de klager moet worden uitgelegd waarom de inspecteur tot zijn oordeel is gekomen en tevens moet, indien de klager van de inspecteur verdere stappen verwacht – met name hierin bestaande dat de inspecteur zich wendt tot de Officier van Justitie of tot het medisch tuchtcollege – en de inspecteur daartoe geen aanleiding ziet, aan de klager worden uiteengezet waarom de inspecteur tot dat oordeel is gekomen.

## *II. Criteria voor de gevallen waarin de inspecteur zich behoort te wenden tot de Officier van Justitie*

Teneinde zoveel mogelijk houvast te geven is in de leidraad aandacht besteed aan de gevallen waarin de inspecteur zich behoort te wenden tot de Officier van Justitie. Zulks is alleen het geval als de klacht betrekking heeft op een gedraging die redelijkerwijs als een strafbaar feit moet worden gekenschetst.

Voorwaarde dient te zijn, wil de inspecteur zich wenden tot de Officier van Justitie, dat er een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden is dat er een strafbaar feit is begaan. Alsdan dient als uitgangspunt te gelden dat de inspecteur zich wendt tot de Officier van Justitie, tenzij er voldoende reden is om aan te nemen dat het desbetreffende strafbare feit zal worden vervolgd. Wat dit laatste betreft geldt als maatstaf de praktijk bij de rechter en de Officier van Justitie in overeenkomstige gevallen die zich eerder hebben voorgedaan. Zo heeft het weinig zin om elke klacht ter zake van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst aan te geven bij de Officier van Justitie. Anderzijds hoeft de inspecteur niet per se de in de justitiële praktijk gevolgde gedragslijn te volgen in zijn aangiftebeleid. Indien hij meent dat er toch aangifte moet worden gedaan, ondanks dat het hem bekend is dat aangifte in het algemeen niet leidt tot

vervolg en veroordeling, is hij uiteraard bevoegd de gedraging aan te geven bij het Openbaar Ministerie.

Los van het vorenstaande kan er in specifieke gevallen aanleiding zijn tot contact of overleg met de Officier van Justitie. Gewezen wordt op artikel 5 van de Krankzinnigenwet; daar is bepaald dat de inspecteur die constateert dat een krankzinnige buiten een krankzinnigen-gesticht wordt verwaarloosd, daarvan onverwijld kennis moet geven aan de Officier van Justitie nadat hij een vergeefse poging heeft gedaan om verbetering in de behandeling van de krankzinnige te verkrijgen.

### III. Criteria voor de gevallen waarin de inspecteur zich behoort te wenden tot het medisch tuchtcollege

Tot slot geeft de leidraad een aantal regels betreffende de gevallen waarin de inspecteur zelf een klacht bij het medisch tuchtcollege behoort in te dienen.

Eerste voorwaarde daartoe is dat er redelijkerwijs een vermoeden bestaat dat één of meer van de algemene tuchtnormen, neergelegd in de Medische Tuchtwet, zijn overschreden. Het gaat hier om de volgende tuchtnormen:

- ondermijning van het vertrouwen in de stand der beroepsbeoefenaren;
- nalatigheid waardoor ernstige schade ontstaat voor de patiënt;
- blijf geven van grove onkunde.

Voorts moet het gaan om een beroepsbeoefenaar die valt onder bedoelde vorm van tuchtrechtspraak. In de huidige situatie moet het

dan gaan om een arts, een tandarts, een apotheker of een verloskundige.

Tweede voorwaarde voor tuchtrechtelijke actie door de inspecteur is dat het algemeen belang in overwegende mate bij de zaak moet zijn betrokken. Beslissend is derhalve niet het particuliere belang van de klager. Bij de beoordeling van de vraag of het algemeen belang overwegend bij de zaak is betrokken, spelen allerlei factoren een rol; genoemd kunnen worden de ernst van de gewraakte gedragingen, de positie van de klager, de mate van verwijtbaarheid, de gevolgen van de gedraging, (gevaar voor) recidive, de kans op resultaat bij het tuchtcollege gezien het beschikbare materiaal, etc. Uitgangspunt is dat de rechtstreeks belanghebbende (patiënt/klager) – aan wie de Medische Tuchtwet zelf en wel primair klachtrecht toekent – primair zelf een klacht bij het medisch tuchtcollege indient. Een dergelijke klacht behoeft aan weinig vormeisen te voldoen. Eventueel kan bij de formulering van de klacht door de inspecteur worden geholpen.

De omstandigheid dat de patiënt zelf klaagt biedt het voordeel dat alleen dan de rechtstreeks belanghebbende zelf rechten verwerft in de tuchtprocedure: recht op informatie, recht om de zitting bij te wonen, recht om aldaar te worden gehoord, recht op afschrift van de beslissing. Indien de inspecteur zou klagen, legt artikel 14 van de Medische Tuchtwet de inspecteur zelfs een strikte geheimhoudingsplicht op ten aanzien van het doen van mededelingen over de tuchtzaak aan de patiënt, ook met betrekking tot de vraag of de

inspecteur een klacht heeft ingediend. Teneinde zoveel mogelijk houvast te bieden is in de leidraad tenslotte een niet als uitputtend bedoelde opsomming van specifieke aspecten van algemeen belang gegeven. Het eerste aspect betreft de ernst van de klacht. Alleen indien de klacht voldoende ernstig is, kan er aanleiding zijn voor de inspecteur zelf te klagen. Het tweede aspect heeft betrekking op het recidivekarakter van de gewraakte gedraging. Met name indien een beroepsbeoefenaar recidiveert en niet op andere wijze voor correctie vatbaar blijkt, kan het nodig zijn dat de inspecteur zelf een klacht indient bij het tuchtcollege. Het derde aspect doelt op de gevallen waarin er behoefte wordt gevoeld aan duidelijkheid ten aanzien van de vraag of een bepaalde gedraging wel of niet door de beugel kan. Om die reden kan het geboden zijn dat de inspecteur door het aanbrengen van een zaak bij het tuchtcollege de gewenste duidelijkheid tracht te verkrijgen.

Ten overvloede wellicht wordt er hier ten slotte nog op gewezen dat de onderdelen II en III van de leidraad alleen betrekking hebben op situaties waarin een patiënt of een direct betrokkene zich tot de inspecteur heeft gewend. Daarnaast staan de gevallen dat de inspecteur, zonder dat er een melding van een patiënt of een rechtstreeks betrokkene aan is voorafgegaan, aanleiding ziet om een klacht bij het tuchtcollege of de Officier van Justitie in te dienen. Daarbij gelden voor de inspecteur globaal dezelfde criteria als hierboven onder II en III besproken. □

## PRAKTIJKPERIKELLEN

### Vertrouwd

*Een vrouw van 29 jaar krijgt bij gebruik van de anticonceptiepil hoofdpijnklasten. Zij vraagt de huisarts of voor haar een pessarium geschikt is. De huisarts verwijst haar naar een gynaecoloog met als argument: 'Daar wordt het door het ziekenfonds vergoed en bij de Rutgers Stichting moet je zelf betalen'. De gynaecoloog laat zich tegen de vrouw eerst ontvallen dat hij in vijftien jaar niemand heeft gehad voor een pessarium. Als de vrouw opmerkt dat ze dan misschien beter naar het Rutgershuis kan gaan, vindt de gynaecoloog dat niet nodig: 'Nou, nee hoor. Ik heb de spullen nog wel.' Het aanmeten van het pessarium valt mee; na het vaginaal toucher worden twee maten gepast en de vrouw gaat met het pessarium maat 65 naar huis. Er is verder geen controle geweest.*

*Zeven maanden later is de vrouw zwanger, ondanks consequent (en volgens patiënte goed) gebruik van het pessarium. Zij besluit de zwangerschap niet door te laten gaan en laat bij 3-3½ week gestatieduur een overtijdbehandeling doen in een Stimezokliniek. In de kliniek wordt uitgebreid aandacht geschonken aan de anticonceptie. De vrouw, die erg tevreden was geweest met het pessarium, zit dan in dubio. Hoort zij gewoon tot de paar procent die ondanks goed gebruik zwanger wordt met een pessarium? Of was haar pessarium misschien niet goed aangepast? Zij wil daar graag zekerheid over hebben en laat zich bij het Rutgershuis onderzoeken. Daar blijkt dat ze een pessarium nodig heeft van vier maten groter: maat 75 in plaats van maat 65. Ze is dan in ieder geval weer tevreden met het pessarium. Ze blijft wel bezig met de vraag hoe het komt dat ze toch de gynaecoloog heeft vertrouwd. Had ze het anders moeten doen?*

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

# Meer behoefte aan zorg voor ouderen

## Maatschappelijke dienstplicht: de weg is er, nu de wil nog

*Werkelijk uitverkorenen hebben geen keus*

Stanislaw Jerzy Lec

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

Terwijl ten opzichte van vroeger de maximale levensduur van de mens niet noemenswaardig is toegenomen, bereiken, althans in de zogenaamde geciviliseerde landen, vergeleken met voorheen veel meer mensen een hoge en vooral een zeer hoge leeftijd. Die gewijzigde demografische situatie wordt aangeduid met het begrip '(dubbele) vergrijzing'. In genoemde landen worden tevens minder kinderen geboren dan vroeger, zodat er tevens van *ontgroening* sprake is. De prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende de bevolkingsamenstelling ten onzen in de komende decennia is weergegeven in *tabel 1*. Van verwachting tot werkelijkheid is reeds geworden de sterke toename van het aantal hoogbejaarden. Op 1 januari 1984 leefden er in Nederland 496 mensen ouder dan 100 jaar: 145 mannen en 351 vrouwen. Eén jaar later was hun aantal gestegen van 496 tot 552. Per 1 januari 1986 bedroeg het aantal levende 'eeuwelingen' 607, van wie 177 mannen en 430 vrouwen. Op 1 januari 1987 bedroegen deze getallen respectievelijk 635, 173 en 462. Het percentage zeer oude vrouwen is nu 70. Verwacht wordt dat dit 90 zal zijn in het jaar 2000. Behalve van vergrijzing en ontgroening is er dus ook sprake van een '*vervrouwelijking*' van de bevolking.

De prognose van het CBS ten aanzien van de sterke toename van het aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) in de komende decennia vindt men in *tabel 2*. De gevolgen van de veranderingen in de samenstelling van de Nederlandse bevolking zullen zowel groot als veelsoortig zijn<sup>1</sup>.

Het onderwerp van deze publikatie is de te verwachten enorme toeneming van de behoefte aan zorgverlening aan op leeftijd gekomen landgenoten, variërend van boodschappen doen voor hen die slecht ter been zijn tot medische zorg in ziekenhuizen. Hierbij kan worden aangetekend dat de huidige zorgverlening allerm minst optimaal is. Iedere praktiserende arts wordt vrijwel dagelijks geconfronteerd met vereenzaamde, verwaarloosde, aan

*Nederland vergrijst. Steeds meer zieken en/of hulpbehoevende ouderen zullen thuis moeten worden verzorgd. De groei van de professionele hulpverlening houdt met deze ontwikkeling geen gelijke tred. Het zoeken is naar alternatieven. Prof. Dr. J. A. Flendrig, hoogleraar in de inwendige geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg, Drs. J. F. B. M. Fiolet en Dr. C. van Proosdij, als internist respectievelijk klinisch geriater werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Maastricht, denken in de richting van een maatschappelijke dienstplicht voor jongeren.*

alcohol verslaafde, hulpbehoevende en demente bejaarden wier leven in feite mensonwaardig is. Reeds doorgevoerde en in de toekomst nog door te voeren bezuinigingen in de sectoren gezondheidszorg en zorgverlening zullen er zonder twijfel toe leiden dat 'het bejaardenprobleem' in de nabije toekomst alleen maar groter wordt.

In 1980 was de lokalisatie van de 1.730.000 personen van 65 jaar en ouder als vermeld in *tabel 3*. In dat jaar was de situatie zo dat 30% van de genoemde personen hulpbehoevend of ziek was. In *tabel 4* zijn de absolute getallen voor 1980 en de prognostische getallen voor het jaar 2000 weergegeven. Gesteld dat het mogelijk zal zijn in genoemd jaar 10% van de ouderen te institutionaliseren (211.000 personen), dan resteert een omvangrijke groep hulpbehoevende zieke bejaarden die thuis verblijven (422.600). Dit gaat uitsluitend op indien voor ouderen in ziekenhuizen, verpleeg- en bejaardenhuizen 24.000 plaatsen meer worden gecreëerd dan er in 1980 beschikbaar waren. In het jaar 2000 zal het aantal hulpbehoevende en/of zieke bejaarden thuis zijn toegenomen met ruim 90.000.

In het scenario-rapport 'Ouder worden in

de toekomst' (1984) van de Scenariocommissie Vergrijzing wordt een aantal mogelijkheden en varianten besproken om hulpbehoevende ouderen een menswaardig bestaan te verschaffen<sup>2</sup>. Gezien de voorgenomen bezuinigingen lijkt het niet reëel te verwachten dat de plaatsingsmogelijkheden in ziekenhuizen en verpleeghuizen toereikend zullen zijn. Dat geldt eveneens voor het aantal plaatsen in verzorgingshuizen voor matig hulpbehoevenden. Het is trouwens aannemelijk dat de vraag naar dit soort plaatsen in de toekomst niet sterk zal toenemen, omdat in toenemende mate ouderen zolang mogelijk in de eigen vertrouwde woonsituatie willen blijven, ook als zij zich daar niet meer helemaal zonder hulp kunnen redden. Mits voor voldoende hulp en bijstand kan worden gezorgd, is deze neiging tot zogeheten *extramuralisatie* een goede zaak.

In het hiervoor genoemde scenariorapport worden ontwikkelingen voorzien ten aanzien van de wijkverpleging, de gezinsverzorging, bejaardenwoningen en het gecoördineerd bejaardenwerk.

**Wijkverpleging.** De wijkverpleegkundige zorg voor ouderen is moeilijk af te splitsen van de overige werkzaamheden binnen het kruiswerk (zuigelingenverzorging, algemene preventie en dergelijke). Mede daardoor zijn betrouwbare gegevens over deze zorg schaars. Met dit voorbehoud in gedachten ziet het er naar uit dat de wijkverpleegkundige zorg per hoofd van de bevolking sinds 1979 stabiel is gebleven en dat gemiddeld per persoon ouder dan 65 jaar die zorg iets meer dan vier uren per jaar bedraagt. Uit hetgeen reeds is vermeld omtrent de dubbele vergrijzing van de Nederlandse bevolking volgt dat, wil men de gewone zorg op hetzelfde niveau houden, hiertoe aanzienlijk grotere financiële armslag mogelijk moet worden. Dat die er zal komen is hoogst onwaarschijnlijk.

**Gezinsverzorging.** Ruim de helft van het werk dat in de gezinsverzorging geschiedt bestaat uit hulpverlening aan ouderen. Het gemiddeld aantal uren aan hen besteed bedroeg in 1985 per hoofd 18,20. In totaal zijn dat in het genoemde jaar 31.473.000 uren. Per thuiswonende bejaarde wordt in het Sociaal en Cultu-

reel Rapport 1984 een streefgetal genoemd van 25,7 uur per jaar<sup>3</sup>. In de nota 'Eerstelijnszorg' wordt daarentegen gesteld dat, gelet op de financiële mogelijkheden, de zorg slechts marginaal kan worden uitgebreid<sup>4</sup>, zodat slechts kan worden geconcludeerd dat het aantal uren gezinsverzorging per bejaarde per jaar in de naaste toekomst onvoldoende zal toenemen.

**Bejaardenwoningen.** Een van de instrumenten om de doelstellingen van het beleid ten aanzien van ouderen gestalte te geven is het bieden van aangepaste vormen van huisvesting. Het gaat hierbij om woonvormen die een positie innemen tussen de gebruikelijke woning en het verzorgingshuis. Deze woonvormen tonen grote onderlinge verschillen wat het voorzieningsniveau betreft. Officieel bedroeg het aantal bejaardenwoningen in 1981 ongeveer 11.000. Blijkens het woningbehoefteonderzoek was er in dat jaar in Nederland een tekort van 110.000 geschikte woningen voor ouderen. Wederom gezien de snelle vergrijzing van de bevolking en de beperkte middelen van 'hogerhand' is het zeer de vraag of in de naaste toekomst aan deze behoefte kan worden voldaan.

**Gecoördineerd bejaardenwerk.** Aan het gecoördineerd bejaardenwerk wordt thans binnen het zogenaamde flankerend beleid een belangrijke plaats toegekend. Hiermee wordt een beter gebruik van taken en functies van de relevante voorzieningen voor ouderen beoogd. Het accent ligt hierbij op het ondersteunen van het eigen initiatief van ouderen en initiatieven in de directe leefomgeving, het zogenaamde vrijwilligerswerk. De zelfhulp van ouderen, de hulp en verzorging door burens en vrienden, alsmede de hulp en verzorging door eigen kinderen zullen in de diverse toekomstscenario's een steeds belangrijkere rol bij de verzorging van bejaarden moeten gaan spelen. Op papier lijkt dat nuttig en zelfs prachtig: een fraaie oplossing van het toekomstig bejaardenprobleem. Verschillende factoren evenwel maken dat de verwezenlijking van deze denkbeelden goeddeels illusorisch zal zijn; genoemd kunnen worden de sterk veranderde mentaliteit, het afnemend aantal kinderen en de toenemende individualisering.

De toekomst voor ouderen en vooral voor hulpbehoevende zieke bejaarden zou er ondanks het voorafgaande minder somber uitzien indien aan twee voorwaarden wordt voldaan:

Tabel 1. Bevolkingsprognose ( $\times 1.000$ ).

	leeftijdsgroepen			totale bevolking
	0-19 jr.	20-64 jr.	> 65 jr.	
1986	4.019 (27,7)	8.742 (60,2)	1.769 (12,2)	14.529
1990	3.826 (25,7)	9.152 (61,5)	1.898 (12,8)	14.876
2000	3.826 (24,5)	9.648 (61,9)	2.113 (13,5)	15.588
2010	3.638 (23,1)	9.753 (61,9)	2.358 (15,0)	15.749
2035	2.990 (20,5)	8.046 (55,1)	3.563 (24,4)	14.599

Tussen haakjes: procenten van totale bevolking.  
Bron: CBS 1986.

Tabel 2. Bejaarenprognose ( $\times 1.000$ ).

	leeftijdsgroepen		totaal
	65-79 jr.	> 80 jr.	
1986	1.387	382	1.769
1990	1.474	424	1.898
2000	1.632	482	2.113
2010	1.801	557	2.358
2035	2.360	593	3.563

Bron: CBS 1986.

Tabel 3. Lokalisatie van personen van 65 jaar en ouder in het jaar 1980 (reële getallen) en in het jaar 2000 (prognose).

	1980	2000
aantal personen > 65 jaar	1.730.000	2.113.000
ziekenhuis	17.911	
verpleeghuis	37.251	10%
bejaardenhuis	131.975	
thuis	1.542.862	1.901.700

Tabel 4.

	1980	2000
aantal personen > 65 jaar	1.730.000	2.113.000
ziek/hulpbehoevend	519.000	633.900
geïnstitutionaliseerd	187.137	211.300
hulpbehoevend/ziek thuis	331.863	422.600

1. Het verhoudingsgewijs kleine deel van de werkende Nederlandse bevolking zou bereid moeten worden gevonden om zeer grote financiële offers te brengen om in de behoeften aan medische hulp, verpleging en verzorging van ouderen te voorzien.

2. Er zal een drastische verandering ten goede in de mentaliteit van de bevolking moeten optreden waardoor mantelzorg en zelfzorg tot grote bloei kunnen komen.

Het is niet aannemelijk dat in de nabije toekomst aan deze twee (ideële) voorwaarden zal worden voldaan. Er zal dus moeten worden gezocht naar een andere weg. Ons inziens is een alternatief aanwezig.

## TWEEËRLEI DIENSTPLICHT

Een goede en naar onze mening te ver-

werkelijke oplossing voor de in het voorgaande geschetste en op ons allen toekomstige problemen is het invoeren van een vorm van dienstplicht voor alle personen (zowel jongens als meisjes) in de leeftijd van 18 tot 20 jaar. Naar keuze van de dienstplichtigen vindt inschakeling plaats in de militaire dienst of in de bejaardenverzorging. Voor velen is het huidige systeem van dienstplicht ter verdediging van het vaderland een omstreken zaak. Dat neemt niet weg dat de meerderheid van de Nederlandse bevolking instemt met de noodzaak van een defensief leger. De *uitgangspunten* van ons voorstel zijn:

- Iedere dienstplichtige moet kunnen kiezen tussen de militaire dienstplicht en de bejaardenzorg.

- De logistiek van de militaire dienst moet, na eventuele uitbreiding en aanpassing ook worden toegepast op de zorgplicht. Die logistiek omvat oproepen en registratiesysteem, lichamelijke en psychische keuring, uniformering, training in 'kazernes', discipline, vervoer, stafvorming, enzovoort.

- De thans fungerende wijkverpleegkundigen en bejaardenverzorgsters worden opgenomen in dit 'leger' van de bejaardenzorgplichtigen als beroepsformatie.

- Iedere dienstplichtige die heeft gekozen voor de bejaardenzorg ontvangt een basisopleiding in die tak van zorg.

- De staf heeft een controlerende en logistieke taak bij de hulp en verzorging die door de dienstplichtigen aan de bejaarden wordt geboden.

- De activiteiten, die door de dienstplichtigen kunnen worden ontplooid zijn onder meer: boodschappen doen, voorlezen aan eenzame bejaarden, huishoudelijke werkzaamheden, wandelen met alleenstaanden, verzorging van en zo nodig waken bij zieke bejaarden, bejaarden wekken, helpen met opstaan en aankleden, helpen met uitkleden en naar bed gaan, toezien op de hygiëne en bewassing (bad, douche) en deelneming aan 24-uurs begeleiding van ouderen die daarvoor in aanmerking komen.

Niet ontkend kan worden dat het dwangmatige van het voorgestelde systeem een nadeel is. Daar staan talrijke *voordelen* tegenover:

- o De logistiek van het militaire apparaat kan efficiënter worden benut. Het probleem van hulpbehoevende zieke bejaarden wordt voor een groot gedeelte opgelost.

- o De noodzakelijke emancipatie wordt bevorderd.



- Het probleem van de gewetensbezwaarden om militaire dienstplicht te vervullen is opgelost. Het negatieve effect van gewetensbezwaarden verdwijnt.
- De noodzakelijke mentaliteitsverandering van de adolescent ten aanzien van de oudere zal worden bevorderd.
- De negatieve gevolgen van afkeuringen voor het vervullen van militaire dienstplicht worden uit de weg geruimd.
- De structurele werkloosheid wordt aanzienlijk verminderd, de scholingsgraad neemt toe.
- De werkloosheids- en bijstandsuitkeringen vormen een mogelijke financieringsbron. De soldij van de maatschappelijke dienstplichtigen moet gelijk worden aan die van de militaire dienstplichtigen.
- De coördinatie van de bejaardenzorg komt op een centraal punt te liggen.
- Er is geen bedreiging voor de huidige professionele werkers in de bejaardenzorg: zij gaan de staf en het beroepsleger vormen in dit systeem.
- De dienstplichtigen doen een ruime levenservaring op en tevens leren zij op de goede manier omgaan met ouderen.

In 1986 bedroeg het aantal dienstplichtige mannen ongeveer 125.000. Aannemende dat het aantal potentieel dienstplichtige vrouwen dezelfde orde van grootte heeft, kunnen per jaar ongeveer 250.000 dienstplichtigen voor keuring worden opgeroepen. Van de mannelijke dienstplichtigen wordt thans ongeveer 15% afgekeurd voor de militaire dienst. Het is aannemelijk dat de lichamelijke

keuringseisen voor dienstplichtigen die kiezen voor militaire dienst hoger zullen zijn dan de eisen gesteld aan hen die kiezen voor de bejaardenzorg. Het aantal dienstplichtigen dat daarvoor zal kiezen kan worden geschat op ongeveer 125.000 per jaar. Een en ander gelet op a) de minder zware keuringseisen, b) de gewetensbezwaarden en c) het feit dat een groot aantal buitengewoon dienstplichtigen eveneens deelneemt aan de bejaardenzorg. Bij een dienstduur van veertien maanden (twee maanden opleiding, twaalf maanden effectieve dienst) zijn dus ongeveer 125.000 dienstplichtigen voortdurend ter beschikking van de bejaardenzorg, hetgeen betekent dat per zorgbehoeftige oudere per jaar ongeveer 500 uur extra kan worden geïnvesteerd. Indien de helft van deze tijd kan worden besteed aan directe zorgverlening betekent dit dat de zorgcapaciteit meer dan veertienvoudig wordt.

Naast deze dienstplichtigen zal een 'beroepsleger' van ongeveer 4.000 wijkverpleegkundigen en 18.000 gezinsverzorgsters ter beschikking blijven staan voor de ongeveer 400.000 hulpbehoevende zieke bejaarden die thuis verblijven. In totaal zal het aantal hulpverleners voor zorg voor ouderen dus ongeveer 147.000 zijn. Een aanzienlijk gedeelte van de nabije bejaardenproblematiek zal hiermede kunnen worden opgelost.

## BESLUIT

Al is het de enige manier om lang te leven, oud worden is niet altijd fijn.

Niettemin, deprimerende misverstanden over oud worden zijn nog altijd even talrijk als muizen in kattedromen. Wie denkt (en velen doen dat): als ik oud word, word ik tevens langdurig ziek, hulpbehoevend, hardlijvig, hardhorend, hardleers, kortademig, kortzichtig, kwaaddenkend, kreupel, ik zal wel kanker krijgen en op den duur word ik nog kinds ook, die slaat de plank ver mis. Dat soort narigheid kan een oud mens weliswaar overkomen, maar de kans erop is klein; veruit de meeste mensen blijven tot op hoge leeftijd lichamelijk en geestelijk redelijk goed in conditie. Verhoudingsgewijs en gerekend over de totale bevolking is het aantal ouderen dat in enigerlei vorm hulp nodig heeft toch groot en de behoefte aan die hulp zal in de toekomst nog veel groter worden. Het door ons geboden antwoord op de vraag naar toekomstige adequate hulpverlening zal ertoe bijdragen dat ouderen minder geneigd zullen zijn in het voetspoor te treden van de man wiens hart maar op-hield met kloppen omdat er toch niet werd opengedaan. □

## Literatuur

1. Post D. De vergrijzing en het ziekenfonds. Medisch Contact 1987; 42: 961-3.
2. Ouder worden in de toekomst. Scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Scenariorapport Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. 1984.
3. Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1984. Den Haag, 1984.
4. Nota Eerstelijnszorg. Tweede Kamer, zittingsjaar 1983/1984, 18180, nrs 1 en 2.

# Het geriatriesch circuit

De snelle groei van het aantal bejaarden, met een verdubbeling vanaf 1950 van 6% tot bijna 12%<sup>1</sup>, heeft op veel gebieden van maatschappelijke zorg nieuwe ontwikkelingen in gang gezet, alsook een versnelde groei van de bestaande voorzieningen. Daarmee is kwantitatieve winst geboekt, maar de kwaliteit van de ontwikkelde zorg is minder met de behoefte in de pas gebleven. De structuur is soms chaotisch, de samenhang zwak, de drempel vrij hoog. De tijd dringt om de structuur van de zorgstations en de verbindingslijnen door een verbeterde vorm

## J. A. de Fockert

*De zorg voor de bejaarde vraagt in het huidige tijdsgewricht een integrale structuur, een gesloten zorgketen, een circuit. Een bouwtekening daarvoor werd vervaardigd door J. A. de Fockert, hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde en Geriatrie van het ziekenhuis St. Joannes de Deo te Haarlem.*

doelmatiger te maken. In het jaar 2000 zal ons land volgens de prognoses 2 miljoen bejaarden tellen; 40% van hen is hoogbejaard. Het gemiddelde handicappercentage (60 jaar en ouder) zal dan stijgen van 40% naar 60%<sup>2 3</sup>; de hulpvraag zal evenredig oplopen.

Bij een bestendiging van de huidige structuur, waarbinnen de kaart der maatschappelijke voorzieningen zoveel witte plekken vertoont, met daarnaast een overlap bij de bestaande instituten en organisaties, gebrekkige inspraak en samenwerking en een bedekte, soms open-



lijke competitie, kan er zonder anticiperende veranderingen weinig heilzaam rond de eeuwwisseling worden geboden. Het lijkt daarom gewenst dat wij ons beraden op de vorming van een *gesloten, geïntegreerd en efficiënt werkend algemeen zorgsysteem*, dat lacunes opvult, doublures elimineert, onderdelen bundelt en op elkaar afstemt, om daarmee tot een zogeheten geriatriesch circuit te komen. Het werk zal moeten worden verricht met respect voor elkaars deskundigheid en met goed functionerende verbindingen waarbij de zorgstations optimaal voor elkaar bereikbaar blijven. Wordt dit nieuwe schakelsysteem geborgen in een management van onpartijdige signatuur en ondersteund door een gezamenlijk betalingssysteem, dan zijn de voorwaarden voor een doelmatig circuit voorhanden<sup>4</sup>.

## INVENTARISATIE EN VOORSTEL

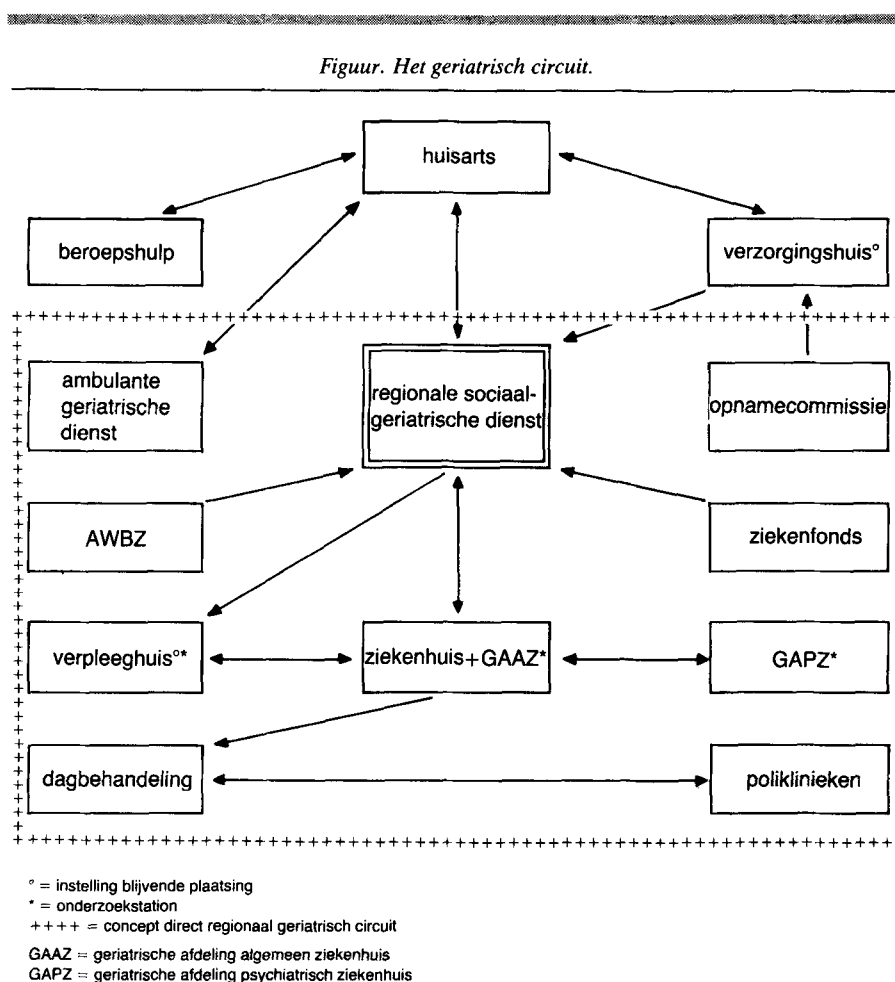
### Eerste lijn

#### Huisarts

De huisarts is en blijft de belangrijkste ingang naar de geriatrische zorgketen en daarheen keren ook de meeste lijnen weer. Verwacht mag dus worden dat de gewenste kennis en ervaring in voorraad is betreffende ziekte, gebrek en handicap bij de geriatrische patiënt, evenals deskundigheid ten aanzien van de sociale context<sup>5</sup>. Het is door E. H. W. van Kammen-Wijnmalen samenvattend omschreven in haar definitie van een geriatriche patiënt: iemand 'die door een veelvoud van ziekten en uitval van lichamelijke en/of geestelijke functies en een onregelde sociale situatie een complex ziektebeeld vertoont'<sup>6</sup>.

Het ingewikkelde profiel van de oudere patiënt verklaart dat huisartsen ongeveer de helft van de tijd aan deze patiënten besteden en dat de consultfrequentie het drievoudige van die bij jongeren bedraagt<sup>7</sup>. Dit vindt zijn oorzaak ook in de preventieve en anticiperende elementen in de praktijkvoering bij oudere patiënten<sup>8</sup>, zoals het streven naar behoud van functie en zelfredzaamheid, preventie van factoren die de conditie verminderen en verbetering van sociale omstandigheden die een neerwaartse invloed op de gezondheid hebben.

Bij deze leeftijdsgroep is nauwlettende observatie, kritische evaluatie en wederzijds vertrouwen doorslaggevend. Het home-team kan slechts node worden gemist<sup>9</sup>. Het bezoek van de huisarts aan bejaarden zal zich naar conventioneel



gebruik met name richten op hen die wegens bekende ziekten al eerder werden gezien en op diegenen die zelf, direct of indirect, consult vragen. Daarmee bereikt men evenwel slechts ongeveer 30% van de bejaarden in een huisartspraktijk. Toch blijkt ongeveer de helft aan al dan niet ernstige handicaps te lijden. De neiging van ouderdom om klachten te wijten aan de ouderdom en de aarzeling die ouderen hebben om zich voor advies tot de huisarts te wenden, houden deze bezwaren buiten diens gezichtsveld. Dat blijkt de ervaring deze afwijkingen toch vaak progressief zijn en de zelfredzaamheid sterk beïnvloeden verklaart de groeiende belangstelling voor een periodiek geneeskundig onderzoek van de oudere in de huisartspraktijk<sup>10 11</sup>; daarbij wordt gemiddeld bij elke bejaarde 1½ afwijking gevonden waarvan de huisarts tevoren onkundig was<sup>12</sup>. Tegenstanders voeren aan dat de kosten de baten overtreffen en wijzen op de gevaren van medicalisering en het optreden van angst voor ziekte. Men kan echter het eerste periodieke contact overlaten aan de wijk-

verpleegkundige, die gemakkelijker entree heeft bij de patiënt, of gebruik maken van een vragenformulier<sup>13-16</sup>.

#### Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en sociaal-geriatriche dienst GG&GD

Wegens de veelheid aan instellingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid werden deze enige jaren geleden gebundeld in het regionaal instituut (of: de regionale instelling) voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RI-AGG). De beperking van het werk in het ambulante veld tot die van de geestelijke problematiek bracht mee dat dit deel van de sociaal-geriatriche dienst van de GG&GD naar het RIAGG overging, zodat het somatische deel aanvankelijk geïsoleerd achterbleef. Hiervoor zijn in een aantal regio's bruikbare oplossingen gevonden. De geriatriche ambulante dienst (GAD) is inmiddels uitgegroeid tot een volwaardig instituut; de functionarissen van de geneeskundige en de verpleegkundige discipline die er werken vervullen een viertal taken:

1. plaatsingsadvies (geriatrische afdeling algemeen ziekenhuis (GAAZ), geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis (GAPZ), polikliniek, verpleeghuis, dagbehandeling);
2. aanvullend advies ten behoeve van de huisarts voor een bejaarde die ontspoot in het eigen woonmilieu;
3. toetsing van het opnameadvies op de GAAZ (sociale aspecten, mogelijkheden tot terugplaatsing)<sup>17 18</sup>;
4. nazorg bij ontslag uit de GAAZ<sup>19</sup>.

De dienst telt per regio één of twee sociaal-geriaters en vijf tot tien sociaal-verpleegkundigen. Het arbeidsterrein van de sociaal-geriater zal dat van de andere geriaters dicht benaderen; overlap is minder aannemelijk.

#### *Wijkverpleging*

De wijkverpleegkundige bezit in de ambulante bejaardenzorg van oudsher een belangrijke positie. Ze biedt hulp bij de ADL-training, ziet toe op de voeding, medicatie en huisvesting en coördineert de overige zorg.

#### *Bejaardenhulp*

De behoefte aan bejaardenhulp is in de laatste vijftien jaar sterk toegenomen; de personeelsbezetting bleef daarbij achter. Door de hoge kosten (1,2 miljard gulden per jaar) en de stijgende hulpvraag is bij de huidige overheidsstrategie financiële krapte ontstaan. De taak van de bejaardenhulp is veelomvattend; slechts de verpleegkundige zorgaspecten zijn hierbij uitgesloten.

#### *Unie van Vrijwilligers*

De Unie van Vrijwilligers (UVV) verzorgt onder meer de maaltijdvoorziening ('Tafeltje-dek-je'). Ze houdt regelmatig contact met ex-GAAZ-patiënten die dreigen te vereenzamen. De vrijwillige krachten verlenen aan de bejaarden niet-professionele hulp in het ziekenhuis en de polikliniek en beheren vaak het geriatrische informatiecentrum.

#### *Dienstencentrum*

Het dienstencentrum kan professionele hulp (wijkverpleging, bejaardenhulp, UVV) mobiliseren en coördineren. Het verzorgt de vrijwillige hulpverlening, biedt rechtskundige bijstand en verleent praktische adviezen aangaande huisvesting, voeding en dergelijke. Ook het beheer van de zogeheten telefoonkring en het organiseren van allerlei recreatieve activiteiten behoort tot de taken van het dienstencentrum.

#### *Verzorgingshuis*

De bejaarde wordt via de gewestelijke indicatie-commissie (ex art. 6j van de Wet op de bejaardenoorden) voor opname voorgesteld bij een van de 1.700 tehuizen (140.000 bejaarden). Voor vele bewoners draagt de overheid via de Algemene Bijstandswet de kosten (meer dan f 2.000,— per maand). Door verscherping van het opnamebeleid, ingegeven door bezuinigingsingrepen, is thans 85% der bewoners in enigerlei mate gehandicapt, hetgeen de werklust van het personeel sterk verhoogt; mede daardoor wordt het zogenoemd flankerend beleid – de gewenste integratie met de omwonenden – belemmerd.

De aard van de geneeskundige verzorging van bewoners van een verzorgingshuis die over een aantal huisartsen is versnipperd, staat ter discussie. Het zou om praktische redenen gewenst zijn deze taak over te laten aan verpleeghuisartsen, die per 1 januari 1987 door de staatssecretaris van WVC als consultant en medisch adviseur werden aangewezen. Binnen het geriatrisch circuit bestaan verbindingen naar de eerstelijnsvoorzieningen, het verpleeghuis en het ziekenhuis.

#### *Tweede lijn*

##### *Ziekenhuis*

De toename van het aantal bejaarden trof ook het algemeen ziekenhuis: door de stijging van het aantal ziekenhuisbedden dat door de bejaarden wordt bezet (vanaf 1950 tot heden van 20% tot éénderde) vanwege het uitblijven van een daling van de opnameduur, zoals die zich wel bij de jongeren heeft voorgedaan, nemen de bejaarden nu de helft van de verpleegdagen voor hun rekening<sup>20</sup>. Omdat ze twee- tot driemaal vaker worden opgenomen, twee- tot driemaal zo vaak een specialist raadplegen en het geneeskundig onderzoek in hun geval tijdrovend is, vormen de bejaarden een kostbare post op het budget: ongeveer de helft der ziekenhuiskosten. Onvoorziene complicaties en achterblijvende behandelresultaten dragen hiertoe bij<sup>21</sup>; het is in het buitenland weinig beter<sup>22</sup>.

Door gebrek aan inzicht en ervaring wordt slechts éénderde van de ingewikkelde geriatrische problematiek herkend. Ook draagt de mentaliteit van de oudere, onworteld en vervreemd van de vertrouwde omgeving, afwerend en zwijgzaam, niet bij tot een succesvol verblijf<sup>23 24</sup>. Binnen de hoogtechnologische, doch vaak kille ziekenhuissfeer is voor deze problematiek nauwelijks plaats<sup>25</sup>.

Dat een bejaarde die succesvol is behandeld op een orgaanspecialistische afdeling door verslechtering van onderliggende handicaps bij ontslag blijkt zichzelf niet meer te kunnen redden, is geen zeldzame ervaring.

De gewenste geriatrische denkrant van de geneeskundigen en verpleegkundigen blijkt steeds meer achter te blijven en dit zal slechts toenemen<sup>26</sup>. Het kan daarom van waarde zijn in voorkomende gevallen geriatrisch advies te vragen of de patiënt naar de geriatrische afdeling over te plaatsen<sup>27</sup>.

#### *GAAZ*

De geriatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (GAAZ) is binnen het geriatrisch circuit een belangrijk station. In de toekomst zal iedere regio over een geriatrische afdeling van 20-25 bedden beschikken. De huidige afdelingen in Amsterdam, Arnhem, Haarlem, Hilversum, Laren en Sittard, samen 267 bedden groot (4 promille van het Nederlandse ziekenhuisbeddenbestand), zien al jaren uit naar officiële erkenning door de overheid; het ziet er naar uit dat deze nu op handen is: de conclusies van de desbetreffende studie van het Nationaal Ziekenhuis Instituut<sup>27</sup>, opgezet naar aanleiding van een eerdere inventarisatie door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen<sup>28</sup>, werden door de staatssecretaris van WVC voorgelegd aan de Nationale Raad van de Volksgezondheid, die er via een multidisciplinaire commissie begin september 1987 zijn advies over heeft uitgebracht; nu kan parlementaire behandeling volgen. Na erkenning der huidige afdelingen wordt het mogelijk nog een tiental afdelingen te starten. Dan zal bij evenwichtige spreiding het doel: ½ tot 1 klinisch-geriatrisch bed per 1.000 bejaarden, zijn bereikt.

Van de GAAZ-patiënten, gemiddeld 80 jaar oud en voor 70% vrouwen, komt 47% uit de eigen woning, 24% uit het verzorgingshuis, 24% uit het ziekenhuis en slechts 5% uit het verpleeghuis. Verwijzing vindt plaats door de huisarts (48%), de specialist (25%), de geriatrische ambulante dienst (15%) en de polikliniek (7%)<sup>19 29 30</sup>. De opnamecriteria zijn scherp omschreven:

- Er is sprake van multiple pathologie met een complex ziektebeeld, leidend tot onzelfstandigheid<sup>31</sup>.
- Er is een ernstig doorbroken sociaal draagvlak.
- Het onderzoek behoeft een klinische setting.

In het GAAZ-team zitten één of meer

klinisch-geriateren, verpleegkundigen en verzorgenden, functietherapeuten, sociaal-verpleegkundigen en veelal een psycholoog, benevens een sociaal-geriater en consulent-verpleeghuisarts.

De GAAZ-patiënten zijn in omstreeks 50% van de gevallen grotendeels somatisch, in 25% van de gevallen psychiatrisch en in 25% van de gevallen dubbel gehandicapt. Van hen gaat de helft terug naar huis of verzorgingstehuis en één derde naar een verpleeghuis. De gemiddelde duur van de opname is 50 dagen; de helft ervan vormt de wachttijd voor definitieve plaatsing.

#### *Geriatrische polikliniek*

De geriatrische polikliniek heeft als kenmerk de éénmaligheid van de procedure in de vorm van een dagobservatie<sup>32</sup>; van 9.30 uur tot 15.00 uur vindt het gehele onderzoek plaats, inclusief dat van de ergotherapeut. In twee dagdelen per week worden vier nieuwe patiënten en tien tot vijftien controlepatiënten gezien. De indicatie verschilt weinig van die van de GAAZ, het aantal handicaps is veelal kleiner. De geriatrische instelling telt mee voor het totale beddental en het budget van het ziekenhuis.

#### *Verpleeghuis*

Nederland telt thans 300 verpleeghuizen, met 47.500 plaatsen, één derde deel voor psychogeriatrische en tweederde deel voor somatische patiënten. De patiënten, gemiddeld 78 jaar oud en voor tweederde deel vrouwen, worden opgenomen ter reactivering (15%), continue zorg (70%) of terminale begeleiding (15%)<sup>33 34</sup>. De patiënten komen uit een

ziekenhuis (55%), de eigen woning (30%) of van elders (15%)<sup>34</sup>. De somatische reden tot opname is voor tweederde van de gevallen van locomotorische aard; bij de psychogeriatrische huizen handelt het in 85% van de gevallen om dementie. De gemiddelde duur van de opname is 2½ jaar, de doorstroming 5% tot 10%. De patiënten zijn in 75% van de gevallen geheel ADL-afhankelijk, in 5% tot 10% van de gevallen geheel bedlegerig.

De opname geschiedt vanuit het ziekenhuis na beoordeling door de consulent-verpleeghuisarts, vanuit het eigen woonmilieu vaak door middel van een vaste 'intake'-procedure met een volledig pakket aan onderzoek, waarbij soms de vraag kan rijzen of de omvang van het onderzoek wel in verhouding staat tot het doel dat men zich heeft gesteld. De GAAZ heeft een eigen consulent.

In de *dagbehandeling*, naar het voorbeeld van de Britse 'day hospitals'<sup>35 36</sup>, wordt begeleiding, reactivering en behandeling die in het huismilieu moeilijk of niet uitvoerbaar zijn gegeven en kan een opname wellicht worden voorkomen. Het zorgpakket omvat ook functietherapie, inclusief logotherapie<sup>37-39</sup>. De kosten zijn ongeveer eenderde van die van een verpleeghuisopname.

De plaats van het verpleeghuis binnen een geriatrisch circuit is cruciaal, gezien zijn talrijke verbindingen<sup>39 40</sup>. Met het ziekenhuis, waar de consulent-verpleeghuisarts de indicatie tot verpleeghuisopname beoordeelt, bestaat gewoonlijk de afspraak dat het verpleeghuis kan rekenen op de inbreng van een vast consulenteam van specialisten. Recent is bij

beschikking van de staatssecretaris van WVC (NZR 86-320) de verpleeghuisarts aangewezen als consulent-medisch adviseur van verzorgingstehuizen. Of consultatie aan huis, in de vorm van een beperkt eenmalig advies en/of van een beperkte poliklinische activiteit, niet tot overlap en competitie-problematiek met de klinische geriateren zal leiden, moet worden afgewacht. In elk geval zullen hierover goede afspraken moeten worden gemaakt.

#### BESLUIT

Het aantal geriatrische voorzieningen in een regio is groot, hun samenhang zwak en hun overzichtelijkheid gering. Toch dient een bejaarde op elke gewenste plaats in het circuit te kunnen starten om langs een minimum-aantal stations en zonder onnodige dubblures het gewenste punt te bereiken. Dit is haalbaar, als de stations efficiënt en op tijd werken, hun grenzen bewaken en in onderlinge samenwerking streven naar souplesse en effectieve communicatie.

Een goed management is onontbeerlijk en moet in goed overleg worden gekozen. Het zal deze functie krachtig en buigzaam moeten uitoefenen. Het gezag dat ervan uitgaat kan dan op een geëngageerd antwoord rekenen. Het is evenzeer aan te bevelen de financiering langs een uniforme geldstroom te regelen, bij voorkeur via de AWBZ; dit geldt dan ook voor de geriatrische afdeling algemeen ziekenhuis<sup>41</sup>. □

De bij dit artikel behorende Literatuurlijst kan bij de redactie worden opgevraagd.

## Een experiment in Almere (2)

# De Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere

Op 1 januari 1987 werd binnen het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) een belangrijke mijlpaal bereikt. Na een draagtijd van enkele jaren aanschouwde EVA het levenslicht: de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Als (toekomstig) werkgever van alle Almeerse hulpverleners in de eerstelijnszorg en als beheerder van de gezondheidscentra van waaruit zorg wordt verleend, zal deze stichting een doorslaggevende rol kunnen gaan spelen bij het realiseren van de PGA-doelstellingen.

Dit artikel gaat in op het hoe en waarom

### C. P. Schouwstra

*Als werkgeefster van alle hulpverleners in de eerste lijn en als beheerder van de gezondheidscentra fungeert in Almere sinds '87 de EVA: de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Een van de leiders van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA), C. P. Schouwstra, beschrijft hoe de EVA is opgezet.*

van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere en beschrijft een aantal moeilijkheden die moesten worden overwonnen voordat de oprichting een feit was. Tevens wordt ingegaan op de vorm van de organisatie en de verwachtingen ten aanzien van de toekomst.

#### ACHTERGRONDGEGEVENS

De Zuidelijke Flevopolder is drooggevalen in 1968. De eerste achttien inwoners vestigden zich in 1976 in 'Almere'. In 1980 woonden er 6.500 mensen en in 1986

werd de 50.000ste inwoner verwelkomd. Deze sterke groei (2.400 nieuwbouwwoningen per jaar) vergt bijzondere maatregelen. Een probleem daarbij is bijvoorbeeld dat organisaties, instellingen en besturen met de stad moeten meegroeien, hetgeen ook geldt voor ondernemers, bestuurders en managers. Met andere woorden: snelle groei stelt hoge eisen aan bestuur en management.

De voortdurende instroom van nieuwe bewoners, het steeds veranderende stadsbeeld, leidt tot onrust- en onlustgevoelens. Veel mensen verhuizen kort na vestiging in Almere opnieuw, hetzij binnen Almere, hetzij terug naar het 'oude land'. Tradities zijn er nog niet in Almere en stabiele sociale netwerken zijn er nauwelijks. Dit betekent dat er veel sociale en psychische problematiek voorkomt die kan worden samengevat als 'ontwortelingsverschijnselen'.

Circa 60% van alle inwoners is afkomstig uit Amsterdam, 20% uit het Gooi en de rest uit het overige land. De groep 'oude mensen' is ondervertegenwoordigd in Almere.

## VOORGESCHIEDENIS

Ruim voordat het Project Gezondheidszorg Almere in 1983 officieel van start ging, zijn er gedachten ontwikkeld om in Almere te komen tot een sterke eerstelijnszorg met een duidelijke infrastructuur, waarbij in dienstverband wordt gewerkt vanuit buurtgezondheidscentra. Het zijn deze voornemens geweest die de staatssecretaris van WVC hebben doen besluiten samen met de gemeente Almere een experimenteel project in te stellen. De eerste aanzetten voor het experiment dateren van 1973. In dat jaar stelt een werkgroep in Amsterdam een nota op, waarin een schets wordt gemaakt van een toekomstig stelsel van zorgvoorzieningen voor de toekomstige gemeente Almere. Uitgangspunt is een samenhangende en gestructureerde eerstelijnszorg. Daarmee is de kiem gelegd voor wat in 1987 zou uitgroeien tot de EVA. In 1976 start Almere op nul: er zijn geen instellingen met hun tradities; er kan met een schone lei worden gestart. Deze nuloptie bleek echter heel wat minder ruimte te bieden voor vernieuwingen dan werd verondersteld. Immers, de gehele (traditionele) wet- en regelgeving van Nederland geldt ook in Almere, terwijl de nieuwe bewoners van Almere niet blanco staan ten opzichte van de gezondheidszorg: zij komen in Almere wonen en leven met de opvattingen, normen en

tradities die zij 'op het oude land' hebben geleerd.

Al spoedig nadat de eerste bewoners zich hebben gevestigd, ontstaat het eerste gezondheidscentrum – aanvankelijk in een houten barak – waarin de werkers nog vrije ondernemers zijn. Met hun medewerking komt in 1978 een discussienota over de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere tot stand. Van alle nota's die nog zouden volgen noem ik er twee: het door het samenwerkingsproject S1\* in 1981 uitgebrachte advies over de inrichting van de eerstelijnszorg in Almere en de door het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders in 1982 uitgebrachte doelstellingennota, waarin de uitgangspunten zijn neergelegd voor het toekomstige gezondheidszorgbeleid van de gemeente Almere.

Het in Almere vastgestelde beleid baseerde zich op de toekomstige Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de Schets voor de eerstelijnsgezondheidszorg, het S1-advies, alsmede op de in Almere zelf levende gedachten. Een van de uitgangspunten was het oprichten en in stand houden van één eerstelijnsorganisatie, die alle medewerkers in dienst heeft en alle Almeerse gezondheidscentra exploiteert.

Eén organisatie en dienstverband zou inhouden dat er voor de eerste lijn sprake kon zijn van een duidelijke aanspreekbaarheid, samenhang en samenwerking; bovendien zou op deze wijze richting kunnen worden gegeven aan de opbouw en het in stand houden van de eerstelijns-hulpverlening, met als uiteindelijk doel een kwalitatief betere zorg die aansluit bij de behoeften van de bevolking, maar die niet duurder is dan de traditionele zorg.

Inmiddels functioneerde in Almere sinds 1980 de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) als beheerder van op dat moment vier gezondheidscentra en als (tussentijdse) werkgever van een deel van de eerstelijns werkers. De gezondheidscentra zelf waren eigendom van de gemeente en werden aan de stichting verhuurd – een constructie die vandaag de dag nog bestaat.

Als eind februari 1983 het Project Gezondheidszorg Almere officieel van start gaat betekent dit tevens het begin van de werkzaamheden van de werkgroep Eerstelijnsvereniging Almere. Taakstelling

van deze werkgroep is het voorbereiden van de fusie tussen de op Almere gerichte delen van de Kruisvereniging Flevoland en de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland (MaDi) met de SMGA. De fusie had in de oorspronkelijke opzet in 1984 tot stand moeten komen, doch zou in de praktijk pas op 1 januari 1987 worden gerealiseerd. Voor deze vertraging is een aantal oorzaken aan te geven. De belangrijkste oorzaak lijkt te zijn gelegen in het feit dat het fusieproces tegelijkertijd voor zowel de Kruisvereniging Flevoland als de MaDi-Flevoland een belangrijke afslanking met zich mee zou brengen, alsmede de overdracht van een aantal bevoegdheden. Binnen de SMGA leidden zowel het feit dat de managementstructuur onvoldoende opgewassen bleek tegen de complexiteit van de problematiek als problemen met de financiering van de SMGA zelf ertoe dat de EVA-ontwikkeling op een laag pitje werd gezet.

De ontstane impasse wordt in november 1984 doorbroken, als de Stuurgroep PGA concludeert dat financiering van de EVA in principe mogelijk is en op verzoek van de gemeente de Coördinatiegroep Ontwikkeling EVA (COE) wordt opgericht. In deze groep hebben zitting delegaties uit de besturen en directeuren van de betrokken organisaties, het gemeentebestuur, het ziekenfonds en het Project Gezondheidszorg Almere. In mei 1985 bereiken de dagelijkse besturen van de SMGA, de MaDi en de kruisvereniging overeenstemming over een fusie, met als belangrijkste voorwaarde dat zal worden uitgegaan van het zogeheten *sectiemoedel*. Dit hield in dat de bestaande Almeerse delen van de organisaties *ongewijzigd* als sectie zouden worden ondergebracht onder één nieuw bestuur en een nieuw aan te trekken directeur. Hierbij zou gebruik worden gemaakt van de rechtspersoon SMGA, waartoe de statuten van deze stichting moesten worden gewijzigd. Eind 1985 wordt akkoord gegaan met de door een extern organisatie- en adviesbureau opgestelde concept-statuten en de voorgestelde organisatiestructuur. De uitwerking van deze voorstellen kost nog eens een jaar, zodat op 1 januari 1987 de EVA – inmiddels van Eerstelijnsvereniging Almere omgedoopt tot Eerstelijnsvoorzieningen Almere – van start gaat. Per 1 januari 1988 is ook de sectie gezinsverzorging Almere onderdeel van de EVA, waarmee het volledige pakket eerstelijnsvoorzieningen vanuit één organisatie aan de Almeerse bevolking kan worden aangeboden.

\* In het S1-project werkten samen de Nationale Kruisvereniging, de Joint en het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut.

Al met al telde de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere in 1987 circa 160 medewerkers. Van hen draagt 15% zorg voor de ondersteuning en het management. Het overgrote deel van de anderen wordt uitgemaakt door de eerstelijns werkers (inclusief tandartsen en apothekers) die in de huidige elf gezondheidscentra werkzaam zijn.

De *begroting* van de stichting voor 1987 is ruim 23,5 miljoen gulden. Tellen we de gezinsverzorging daarbij, dan komen we uit op een bedrag van ruim 26,5 miljoen gulden.

*Participatie van de bevolking* is geregeld op drie niveaus:

- op bestuurlijk niveau via deelname aan het stichtingsbestuur;
- op directieniveau via overleg tussen de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere en de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP), waarin de bij alle gezondheidscentra functionerende patiëntenraden zijn verenigd;
- op uitvoerend niveau via centrumcommissies, waarin bewoners die zijn afgevaardigd door de patiëntengroepen en werkers van het desbetreffende centrum participeren, commissies waarin vooral de dagelijkse gang van zaken in de gezondheidscentra ter sprake komt, alsmede onderwerpen als specifieke buurtproblematiek, thema-avonden en speciale zorgprojecten.

Wat de *organisatiestructuur* betreft is bij de start gekozen voor het sectiemodel. Dit gebeurde enerzijds om het fusieproces te vergemakkelijken; anderzijds was de expliciete bedoeling dat alle medewerkers van de nieuwe organisatie onder andere via de eigen EVA-ondernemingsraad mee invloed zou kunnen uitoefenen op de vormgeving van hun instelling. Thans zal de nieuwe organisatiestructuur verder moeten worden ontwikkeld.

Dat betekent dat we in het gehele ontwikkelingsproces van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere net voorbij het keerpunt zijn. Voor de komende jaren betekent dit dat EVA te maken krijgt met drie naast elkaar lopende processen:

- het opvangen van de groei van de stad Almere, die naar verwachting met ongeveer 5.000 inwoners per jaar zal groeien;
- het opbouwen van een geïntegreerde infrastructuur en het verbeteren van de bestuurbareheid van de organisatie;
- het op gang brengen van veranderingsprocessen die zijn gericht op nieuwe werkwijzen en samenwerkingsvormen met andere sectoren in de gezondheidszorg.

Dat bijvoorbeeld werkers zich voor moeilijke opgaven gesteld zien, kunnen we illustreren aan de in dienst tredende huisartsen. In Almere geldt dat overwegend jonge huisartsen worden aangenomen met belangstelling voor het Almeerse model. Deze jonge artsen hebben dikwijls weinig ervaring in de huisartspraktijk. Hun eerste opdracht is tweeledig: het opbouwen van een eigen praktijk, het ontwikkelen van eigen werkwijzen en het aangaan van relaties met cliënten, het opbouwen van een samenwerkingsverband met de andere eerstelijns werkers en bewoners en het via een tijdelijke behuizing inrichten van een definitief gezondheidscentrum. Tegelijkertijd wordt van hen gevraagd mee te denken en mee te werken aan de ontwikkelingen binnen de organisatie, vooral waar het gaat om de gewenste vernieuwing en verschuiving van de zorg.

Het tempo waarmee randvoorwaarden bestuurlijk en op wetgevend niveau (niet) tot stand komen of financieel (niet kunnen) worden ingevuld en de schier eindeloze berg papieren en nota's en discussiestukken waarmee een en ander gepaard lijkt te moeten gaan, werken demotiverend.

Verlaten we het voorbeeld van de huisartsen dan geldt in feite voor de gehele Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere dat bestuurders en financiers telkens opnieuw bewijslast vragen voor vernieuwing nog voordat daarvoor voldoende condities zijn geschapen. Daarbij mag nauwelijks worden verwacht dat ingrijpende veranderings- en ontwikkelingsprocessen binnen enkele jaren tot getalmatig meetbare andere inkomsten leiden dan een traditioneel stelsel van zorgvoorzieningen. De bewijslast dat zij het beter doen lijkt steeds bij de vernieuwers te liggen, nog daargelaten dat 'beter' in veler ogen een synoniem lijkt te zijn voor goedkoper.

## NABESCHOUWING

In Almere wordt, op basis van politieke besluiten en met behulp van vastomschreven beleidsuitgangspunten, een nieuwe vorm van gezondheidszorg ontwikkeld. Een van de belangrijkste resultaten tot nu toe is het tot stand komen van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). Terugkijkend op het tot stand komen van de EVA kan men vaststellen dat de complexiteit en de moeilijkheidsgraad van het ontwikkelingsproces zijn onderschat. Het is nauwelijks denkbaar dat drie werkorganisaties zelf-

standig, zonder nadrukkelijke en deskundige hulp van buitenaf een dergelijk proces tot een goed einde kunnen brengen. Er liepen verschillende processen en belangen door elkaar. Bij de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere ging het om ontwikkelings-, fusie-, groei- en financiële saneringsprocessen. Bij de beide andere 'moeder' organisaties was het fusieproces tevens een afsplitsingsproces, waarbij stabiele organisaties met hechte tradities en goed functionerende apparaten, werk, mensen, middelen en macht moesten overdragen aan een nieuwe organisatie – een overdracht zonder succesgarantie! Er was geen voorbeeld dat kon worden nagevolgd en het experimentele karakter houdt in dat wat de toekomst betreft voorlopig de nodige onzekerheden en vragen blijven bestaan. Echter, met de EVA is een gedegen basis voor de toekomst van het experiment Almere gelegd. Tevens kunnen we vaststellen dat de zorgvernieuwing wel degelijk op gang begint te komen, hetgeen tot uiting komt doordat tal van projecten worden ondernomen, zoals:

- het maken van EHBO-posten in de eerste lijn, terwijl EHBO in Almere hoofdzakelijk door de huisartsen wordt geboden;
- groepswork in de gezondheidscentra;
- deelname van een groot deel van de Almeerse huisartsen aan de nationale studie 'Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk';
- implementatie continuering van zorg en protocollaire verpleegkunde;
- project nachtverpleging vanuit de wijk;
- GVO in Almere;
- opbouw van een systeem van basisgegevens met betrekking tot de gezondheidszorg.

Evaluatie-onderzoek zal moeten uitwijzen of het vaartuig EVA, wellicht met tussentijdse veranderingen in vorm en werkwijze, in staat is een belangrijke bijdrage te leveren aan het veilig afmeren van het PGA in het begin van de jaren negentig. □

## Literatuur

S-1 eindadvies 1981.

Projectplan gezondheidszorg Almere. Januari 1983.

Advies inzake de verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnszorg, en de plaats van het toekomstig ziekenhuis in Almere. December 1983.

Discussienota Organisatie en Ontwikkeling Infrastructuur Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Juni 1985.

Hoofddienplan 1985-1989 'Al doende beter'. Mei 1985.

Beeldvorming organisatie EVA 1986. December 1985.

# De chronisch psychiatrische patiënt

C. H. Doorschot  
en S. de Wael

*Op de afdelingen voor langdurige opname van onze algemeen psychiatrische ziekenhuizen mag niet worden bezuinigd. Immers, ondanks de groei van de therapeutische mogelijkheden voor de chronische patiënt, blijkt de opnamedruk op die long-stay-afdelingen onveranderd groot te zijn. De psychiaters C. H. Doorschot en S. de Wael, beiden werkzaam binnen het cluster Long-stay van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Voorburg te Vught, bestudeerden vakliteratuur en medische dossiers.*

Voor mensen die niet werkzaam zijn binnen de psychiatrie, maar helaas ook voor een aantal dat wel in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam is, is 'chronisch psychiatrische ziekte' nog steeds een zeer moeilijk begrip. Het inzicht in behandelingsmethoden is dan ook vaak gebrekkig.

In principe kan elke psychiatrische stoornis, de persoonlijkheidsstoornissen daarbij inbegrepen, chronisch worden. Als voorbeeld kiezen wij de schizofrenie. In de jaren vijftig en zestig, toen er diverse nieuwe behandelingsmethoden waren ontwikkeld, brak een tijd een therapeutisch optimisme aan. Onder andere de behandeling met neuroleptica en gezinstherapie zouden volgens vele behandelers uit die tijd de patiënten zo doen verbeteren dat een groot deel van hen zou kunnen worden ontslagen. Tot op heden is daar weinig van terechtgekomen. Ondanks vele behandelingsmodellen hebben we moeten constateren dat *chroniciteit blijft bestaan*.

Hoe moet men zich nu een en ander voorstellen? Een patiënt wordt op tamelijk jonge leeftijd psychotisch, waarop de huisarts wordt ingeschakeld. Tegenwoordig zal de behandeling zoveel mogelijk ambulante geschieden, dus wordt er een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) ingeschakeld. Vaak zijn er (korte) opnames nodig omdat de omgeving de problematiek niet meer aankan of omdat het verblijf thuis niet meer verantwoord is. De behandelmethoden op een opnameafdeling lopen uiteen. Ernstige psychotische symptomen kunnen met medicijnen worden bestreden. Voor inter- en intrapsychische problematiek bestaan diverse vormen van psychotherapie, waarbij het gebruik van creatieve en activerende therapievormen niet onvermeld mag blijven. De partner en/of familieleden worden zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken.

Ondanks behandeling zijn er veel patiënten die niet zodanig reïntegreren dat ze weer in hun oude omgeving kunnen gaan wonen. Deze patiënten zijn na hun opname aangewezen op voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Veelal zal zo'n patiënt naar een long-stay-afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis moeten worden overgeplaatst. Dat betekent niet dat eerdergenoemde therapievormen ineens wegval-

len, integendeel: zonder therapie en begeleiding zal de patiënt snel verslechteren. Op zo'n long-stay-afdeling blijven we proberen de psychotische symptomatologie te bestrijden en de patiënt zoveel mogelijk te (re)activeren. Er is dan voor de toekomst een aantal mogelijkheden:

1. Er treedt een zodanige stabilisatie op dat ontslag naar huis weer mogelijk is.
2. Er wordt toegewerkt naar wonen in een sociowoning.
3. De patiënt is blijvend aangewezen op beschut wonen.

Voor zo'n langdurige behandeling is, evenals bij klinisch wonen, een specifiek multidisciplinair behandelteam nodig, bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een B-verpleegkundige (sommigen onder hen hebben het A- en B-diploma), een maatschappelijk werker en verschillende therapeuten van de activerende therapieën.

## WAARHEEN?

Wat zal er met chronisch psychiatrische patiënten gebeuren als deze zorg wegvalt? Wij willen hierbij eerst verwijzen naar wat er is gebeurd met ontslagen psychiatrische patiënten in de Verenigde Staten. Een groot aantal van hen is zonder enige vorm van nazorg op straat gezet. De resultaten waren vaak desastreus. Veelal zijn deze mensen niet in staat de ambulante voorzieningen te be-

reiken en zijn zij aangewezen op wat ze op straat vinden of worden zij uitgebuit door particulieren die hun, zolang ze nog geld hebben, huisvesting bieden in derderangs pensions. Een en ander is goed beschreven door B.P.A. Gersons in het artikel: 'Het lot van de chronisch psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten'<sup>1</sup>. Uit de lezing die de Amerikaanse onderzoekster Leona L. Bachrach ter gelegenheid van de viering van het 100-jarig bestaan van het psychiatrisch ziekenhuis Voorburg te Vught in mei 1986 heeft gegeven, blijkt dat zij de bevindingen van Gersons onderschrijft: 'On a nation-wide basis, we have largely ignored the needs of chronically mentally ill people'. Daarmee bedoelt ze dat na het sluiten van vele psychiatrische ziekenhuizen de patiënt werd vergeten. In sommige staten is men nu bezig nieuwe behandelingsvormen te ontwikkelen, doch een deel van de ongeveer 2.000.000 patiënten is onbereikbaar. Dat komt omdat er vaak te veel tijd overheen ging voordat nieuwe projecten van start gingen na het sluiten van 'state mental hospitals'.

Zoiets kan zich in ons land ook gaan voordoen, als wij de psychiatrische ziekenhuizen in snel tempo kleiner maken. Dit wordt onder meer voorgesteld in de 'Nota 2000'. De regering stelt daarin dan wel dat er andere voorzieningen moeten komen om deze patiënten op te vangen, maar de vraag rijst of dit haalbaar is. Op papier is zoiets gemakkelijk te stellen, maar voor ons heeft het meer de betekenis: de patiënt moet zijn ziekte maar aan de voorzieningen aanpassen. De 1,1 promille-norm (1,1 psychiatrisch bed per 1.000 inwoners) voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen is door Häfner ter discussie gesteld<sup>2</sup>. Häfner ziet een toenemende morbiditeit van psychiatrische ziektebeelden en concludeert dat men daarom 0,8-1,4 psychiatrische bedden per 1.000 inwoners moet hebben: een *hoger maximum* derhalve.

In de Nederlandse situatie zal een deel van de chronische patiënten totaal vastlopen in zijn omgeving. Een contact met de RIAGG van een uur in de week of dagbehandeling schiet doodeenvoudig te kort. We merken dit aan de toenemende stroom opnames van jongere patiënten die zo een tijd zijn behandeld. Daar hebben we nu ervaring mee kunnen opdoen, omdat deze patiënten vroeger vaak sneller werden gehospitaliseerd. Een niet on aanzienlijk deel van de opnameafdelin-

gen loopt vol met patiënten die pas na lange tijd (½-2 jaar), of überhaupt niet, kunnen worden ontslagen; in deze periode wordt de patiënt intensief behandeld met stabilisatie en resocialisatie als doel. Desondanks en ondanks de vaak voortreffelijke ambulante nazorg, zien we dat veel patiënten weer moeten worden opgenomen, al of niet met een maatregel (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging). Enkele factoren die tot een hernieuwde decompensatie leiden zijn de volgende:

1. Men vertoont een gebrek aan ziekte-inzicht, waardoor men geen medicamenten meer inneemt.
2. De ziekte wordt ernstiger en is door de medicatie niet meer in bedwang te houden.
3. Zoals punt 2, met daarbij 'andere therapievormen'.
4. De omgeving kan het niet meer aan (gezin, partner, burens, werk).
5. De ambulante hulp is te weinig frequent.

Deze factoren zijn terug te vinden als men de statussen van langer opgenomen patiënten bestudeert: bij elke opname zijn er één of meer terug te vinden. Vaak zal men na een aantal heropnames besluiten tot wonen onder de paraplu van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis; ons inziens ook de enige geschikte instelling, daar de know-how binnen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis groter is dan bijvoorbeeld binnen een regionale instelling beschermende woonvormen. De behandeling op een long-stay-afdeling is tamelijk jong binnen de psychiatrie. De resultaten kunnen pas de laatste jaren worden onderzocht. Met een beleid waarbinnen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis als middelpunt van de behandeling optreedt, met daaraan gekoppeld voorzieningen buiten het terrein, zijn bemoedigende resultaten behaald<sup>3,4</sup>.

Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis is dus dé plaats waar onderzoek kan plaatsvinden en pas na langdurig onderzoek kan men adviezen voor preventie gaan geven. Daar is het nu nog veel te vroeg voor. In de 'Nota 2000' wordt dit echter wel gesteld: 'Preventie moet een veel grotere rol gaan spelen'. We kennen nu nog veel te weinig factoren op biologisch en sociaal terrein die voor de mens ziekmakend zijn. Binnen de somatische geneeskunde geldt in principe hetzelfde model: het ziekenhuis is een belangrijk centrum voor onderzoek; dáár vindt onderzoek naar bijvoorbeeld kanker, hart-

Tabel 1. Opnames 1 januari 1984 tot 1 januari 1987, algemene kenmerken.

Onderzochte statussen: 114; man: 59, vrouw: 55 ontslag: ja 26, nee 80; overleden: 8 (3 suicides)	
Verwijzers: Short-stay + RIAGG	81
PAAZ	6
APZ elders	4
polikliniek	3
huisarts	3
verpleeghuis	4
RIBW	6
algemeen ziekenhuis	3
onbekend	4

RIAGG = regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg; PAAZ = psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis; APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis; RIBW = regionale instelling beschermde woonvormen

Tabel 2. Gescoord aantal contacten binnen de geestelijke gezondheidszorg.

<b>Ambulant</b>	
1. RIAGG	189
2. algemeen maatschappelijk werk	11
3. vrijgevestigde psychiater/neuroloog	18
4. vrijgevestigde psychotherapeut	22
5. polikliniek	106
6. alternatieve circuit	3
7. overige	33
<b>Semimuraal</b>	
1. RIBW	23
2. dagbehandeling	27
3. overige	17
<b>Intramuraal</b>	
1. APZ - (short-stay PIDG + APZ elders)	314
2. APZ - (long-stay PIDG)	150
3. APZ - (behandelafdeling voor ouderen)	3
4. PAAZ - (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis)	24
5. PUK - (psychiatrische universiteitskliniek)	7
6. TG - (therapeutische gemeenschap)	4
7. algemeen ziekenhuis i.v.m. psychische problematiek	61
8. overige	75
<b>totaal aantal contacten met de GGZ</b>	<b>1.087</b>

Tabel 3. Prognose zoals deze door de behandelaren van de 114 onderzochte patiënten werd opgegeven, de prognose van de reeds ontslagen patiënten inbegrepen.

1. ontslag naar de thuissituatie	22
2. ontslag naar semimurale zorg	14
3. klinische behandeling	57
4. draaideur patient(e)	9
5. overige (+ overleden)	12

en vaatziekten plaats, onderzoek dat pas later een preventieve uitstraling heeft. Zoals Crabbendam heeft betoogd<sup>5</sup>, is er vooralsnog geen enkele reden om het algemeen psychiatrisch ziekenhuis in de huidige vorm te ontmantelen, zeker niet zo lang er geen redelijk alternatief tegenover staat. Zo'n alternatief moet echter worden ontwikkeld; het kost verder geld, geld dat er nu zeker niet voor wordt uitgetrokken, omdat er op dit moment andere prioriteiten zijn. Daar alles budgetair neutraal moet verlopen, wordt er

dus op het algemeen psychiatrisch ziekenhuis gekort en krijgen de meer zorg behoevende patiënten die in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis achterblijven veel minder zorg - onaanvaardbaar volgens Crabbendam.

## ONDERZOEK

Om een en ander getalsmatig te kunnen uitdrukken, hebben wij gekeken naar het aantal contacten binnen de geestelijke gezondheidszorg van de patiënten die de laatste drie jaar in het cluster Long-stay van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Voorburg te Vught zijn opgenomen; het betreft 114 opnames. Onderzoek is geen eenvoudige zaak. Veel patiënten hebben in de loop der jaren een groot aantal contacten binnen de geestelijke gezondheidszorg achter de rug, wat resulteert in een grote hoeveelheid correspondentie die moeilijk is te ontwarren. Elke verwijzing naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd 'gescoord', doch hoe lang en hoe vaak een patiënt elders was behandeld bleek niet goed meetbaar te zijn. Vaak waren patiënten veel vaker elders onder behandeling geweest dan in de status was vermeld.

Het gemiddeld aantal jaren vanaf het eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg was 10,3 jaar, met een spreiding van 1 tot 47 jaar. Er is een praktisch gelijke man-vrouwverdeling (tabel 1), met een gemiddelde leeftijd van 46,4 jaar en een spreiding tussen de 19 en 85 jaar. Opvallend is de diversiteit aan verwijzers naar onze long-stay-afdeling. De opnameafdeling van ons eigen algemeen psychiatrisch ziekenhuis en de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg doen een groot deel van de verwijzingen met de vraag om langdurige behandeling.

In tabel 2 zien we de 'consumptie' binnen de geestelijke gezondheidszorg van de 114 patiënten. Het totaal aantal contacten dat wij konden achterhalen bedroeg 1.087. Dit betekent dat er gemiddeld in tien jaar 10 contacten zijn geweest.

Tijdens het onderzoek werd de behandelaren van deze 114 patiënten naar de prognose gevraagd (tabel 3). We zien dat het merendeel van deze patiënten op de geestelijke gezondheidszorg is aangewezen, de helft op het algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

Deze getallen tonen aan dat de consumptie binnen de geestelijke gezondheidszorg van onze patiënten hoog is. Dat betekent chroniciteit. Dit wordt door een



groot aantal instellingen blijkbaar ook goed onderkend, want praktisch alle instellingen van onze gezondheidszorg verwijzen regelmatig naar het algemeen psychiatrisch ziekenhuis met de vraag om langdurige behandeling. Met andere woorden: de geestelijke gezondheidszorg heeft om goed te kunnen functioneren een long-stay-afdeling als achterland nodig.

## BESLUIT

Wij hopen duidelijk te hebben kunnen maken dat chronisch psychiatrische ziektebeelden kunnen worden behandeld, dat daarvoor een multidisciplinair behandelings-team nodig is, dat behandeling binnen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis veelal nodig is en dat het algemeen psychiatrisch ziekenhuis een centrale functie vervult bij onderzoek naar chroniciteit.

Als klinici, werkend met chronisch psychiatrische patiënten, zien wij de huidige ontwikkeling: het snel afbouwen van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, als

een regelrechte bedreiging van deze categorie patiënten. Deze ontwikkeling kunnen wij alleen maar bestempelen als de uitkomst van een gevaarlijk en door de financiële moeilijkheden geforceerd beleid.

Het mag ons inziens niet zo zijn dat financiën en/of partijpolitiek de geestelijke gezondheidszorg dicteren, omdat gezondheidszorg het elementaire recht is van ieder mens. Alleen een *groeiprocess* waarin onderzoek en resultaten van zulk onderzoek een rol spelen, mag het toekomstbeeld van de chronisch psychiatrische patiënt bepalen.

De vernieuwingen binnen de psychiatrie in de jaren zestig en zeventig zijn zeer positief geweest. Vele patiënten konden toen het algemeen psychiatrisch ziekenhuis verlaten en andere woonvormen kiezen. Echter, elke vernieuwing brengt, al of niet op korte termijn, ook nadelen mee. Daarmee wil niets ten nadele zijn gezegd van nieuwe instellingen als de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg of de regio-

nale instelling beschermende woonvormen. Wat we hebben willen aantonen is dat de nieuwe vormen niet voor alle (chronisch) psychiatrische patiënten geschikt blijken te zijn.

Aan de opnamecijfers van het cluster Long-stay in Vught, aan het grote aantal opnames dat vele van onze patiënten achter de rug hebben en aan het feit dat de afbouw van de long-stay-afdeling snel is gestagneerd, zien we dat het algemeen psychiatrisch ziekenhuis zeker niet overbodig is geworden. □

## Literatuur

1. Gersons BPA. Het lot van de chronisch psychiatrische patiënt in de VS. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1982; 37: 1023-36.
2. Häfner H. Do we still need beds for psychiatric patients. Acta Psychiatr Stand, 1987; 75: 113-26.
3. Eynde IEM van. Een huis in de stad. Tijdschrift voor Psychiatrie 1984; 26: 128-45.
4. Delimon JAC. Sociowoningen, een verslag na twee jaar praktijkervaring. Tijdschrift voor Psychiatrie 1980; 22: 696-709.
5. Crabbendam EJM. Het APZ in de branding. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 41: 902-10.

W. M. Hirs, *Standaardclassificaties voor medische en niet-medische gegevens*. ISBN 90 9001676 7. 141 blz. Prijs: f 35,— (exclusief porto). Uitgave: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer.

Het proefschrift 'Standaardclassificaties voor medische en niet-medische gegevens' van W. M. Hirs behandelt de fundamentele problemen bij het opstellen van standaardclassificaties binnen de gezondheidszorg.

Nadat de argumenten voor een dergelijke standaardisatie zijn gegeven, wordt het belang van *begrips*standaardisatie voor classificatieschema's aangeduid. Tevens worden verschillende dichotome indelingen van begrippen besproken. Met name het onderscheid tussen holistische en reductionistische begrippen blijkt later van belang. Vervolgens wordt onderzocht of standaardisatie en classificatie onbeperkt mogelijk is. Daartoe worden de 'International Classification of Diseases' en de 'Standard Nomenclature of Medicine' nader onderzocht. Uit die analyse blijkt dat één universele classificatie van begrippen onmogelijk is. Aan de hand van vier voorbeelden van medische en niet-medische begrippen uit de gezondheidszorg worden de beperkingen besproken die gelden bij het opstellen van standaardclassificaties. Tot slot wordt een aantal 'spelregels' gegeven om tot standaardclassificaties te komen.

Uit het proefschrift wordt de discrepantie dui-

## BOEKEN

delijk die bestaat tussen het (holistisch) medisch denken en de reductionistische eisen die door classificaties worden opgelegd. Inzicht hierin is van belang voor iedereen die met (standaard)classificaties te maken heeft. Het boek heeft een sterk filosofisch karakter. Verwijzingen naar filosofische discussies over de aard van begrippen en hun relatie tot taalelementen ontbreken echter grotendeels. Daarnaast leest het niet echt gemakkelijk, waardoor van de lezer een grote inspanning wordt gevraagd om de inhoud te begrijpen.

Dr. Ir. J. L. Talmon,  
vakgroep Medische Informatie en Statistiek  
Rijksuniversiteit Limburg

E. H. Klein-Poelhuis, E. Schadé, A. Stenvers (red.), *Praktische zorg voor de terminale kankerpatiënt*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen 1987. ISBN 90 313 0815 3, 214 blz. f 46.

Bij de zorg voor terminale kankerpatiënten worden huisarts en wijkverpleegkundige vaak op zichzelf teruggeworpen. De eigen bagage aan ervaring is dan soms ontoereikend. Er moet dus worden geïmproviseerd, maar dan

wel goed: de soms snel wisselende en vaak precare problemen laten geen probeersels toe, maar vergen de beste aanpak die voorhanden is, dus het adequaat toepassen van beschikbare kennis en kunde. Ondersteund door het Koningin Wilhelmina Fonds en onder auspiciën van het Integraal Kankercentrum Amsterdam is het Project Terminale Thuiszorg Amsterdam 1983-1986 uitgevoerd. Beschikbare kennis en kunde is daarin doorgesluisd naar de hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg. Uit dit project is het boek, onder redactie van een psycholoog, een huisarts en een wijkverpleegkundige, voortgekomen. Het beoogt in situaties waarin pasklare antwoorden lang niet altijd mogelijk zijn, hulp te bieden bij het vinden van oplossingen. Aldus het 'Woord vooraf'.

Het boek is opgebouwd uit tweemaal zes hoofdstukken: zes voor de beschrijving van algemene vraagstukken, zoals pijnbestrijding, voeding, financiële aspecten, en zes handelend over orgaansystemen. Een om onduidelijke redenen niet genummerd hoofdstuk over euthanasie is het dertiende en laatste. Binnen de hoofdstukken is de materie gerangschikt naar klachten, symptomen en problemen die zich in het desbetreffende gebied voordoen. Deze opzet en het uitgebreide trefwoordenregister staan garant voor de toegankelijkheid en de bruikbaarheid van het boek: het is als een vademecum te hanteren. Via trefwoorden als 'kramp', 'huidnecrose' en 'hik' wordt de lezer geleid naar beschrijvingen van oorzaken en behandeling die uitmunten door beknoptheid.

Soms zijn het niet meer dan 'rijtjes'. Beknopt kan kernachtig, maar ook te beperkt zijn. Te boud is de bewering, dat pijn ten gevolge van decubitus, obstipatie, spierspasmen en contracturen met goede verpleging en fysiotherapie te voorkomen is. Te eenzijdig is de benadering van woede als een projectie van worstelen met de ziekte. To the point, maar weinig genuanceerd is de bespreking van alternatieve geneeswijzen. De hoofdstukken over orgaansystemen zijn door specialisten geschreven. Hier en daar zijn in aparte paragrafen bijdragen van wijkverpleegkundige of fysiotherapeut toegevoegd. Door deze vormgeving wordt de schijn gewekt dat de specifieke expertise van deze deskundigen geheel onder de specialistische paraplu valt. Specifieke huisartsgeneeskundige inbreng ontbreekt in deze hoofdstukken, maar de specialistische informatie is wel zorgvuldig getoetst op relevantie voor thuiszorg. Met een eervolle vermelding voor het hoofdstuk 'Pijnbestrijding' beveel ik het boek aan, eventueel ter lezing, maar vooral ter raadpleging. Het kan zeker 'hulp bieden bij het vinden van oplossingen'.

Prof. Dr. C. A. de Geus

E. Sietsma, *De telefoon in de huisartspraktijk; de rol van de telefoon in een huisartspraktijk: opvattingen van patiënten en huisartsen*. Proefschrift Universiteit Groningen. Handelseditie: Meditekst, Lelystad 1987 (Huisartsgeneeskundige monografieën nr. 2). ISBN 90 5070 003 9. 88 blz. Prijs f 24,50.

In een duo-huisartspraktijk in de Friese stad IJlst is onderzoek gedaan naar het gebruik van de telefoon. Geprobeerd is een antwoord te vinden op de volgende vragen:

1. Hoe groot is de omvang van het telefoongebruik in de huisartspraktijk en wat zijn de kenmerken van telefonische verrichtingen?
2. Wat is geschikt om via de telefoon te behandelen?
3. Welke standpunten hebben patiënten en huisartsen betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk?

Voor de beantwoording van de eerste vraag heeft de assistente gedurende tien dagen al haar telefonische verrichtingen geregistreerd. De huisartsen registreerden gedurende 44 dagen hun telefonische bemoeienissen met de patiënten. Voor het beantwoorden van de vragen 2 en 3 is een enquête gehouden onder driehonderd patiënten. Een vrijwel identieke enquête is verzonden naar driehonderd huisartsen uit de vier noordelijke provincies; de enquête bevatte vragen over een aantal praktijkvoorbeelden en vragen over een aantal stellingen met betrekking tot het gebruik van de telefoon.

Bij de weergave van de resultaten zien we dat de aan de assistente aangeboden klachten niet duidelijk verschilden van die aangeboden aan de huisartsen. Bij twee van de veertien voorgelegde praktijkvoorbeelden waren zowel de

huisartsen als de patiënten van mening dat het probleem zich leende voor telefonische aanpak. In een situatie waarin de patiënt in onzekerheid verkeert terwijl de huisarts uit ervaring oordeelt, waren huisarts en patiënt het niet eens over de aanpak. Vrijwel alle patiënten vonden een telefonisch spreekuur noodzakelijk, in tegenstelling tot een belangrijk deel van de huisartsen.

In de slotbeschouwing geeft de auteur een aantal regels ten aanzien van een verantwoorde telefonische hulpverlening. Deze regels moeten we niet zozeer zien als de onderzoekresultaten, maar als een neerslag van jarenlange ervaring in de huisartspraktijk.

Alleen al het belang van dit onderwerp zal velen uitnodigen om het boek te lezen. Een gedetailleerd antwoord op de vraagstellingen mag men echter niet verwachten: daarvoor is de opzet van het onderzoek te beperkt en zijn de resultaten te globaal weergegeven. Het boek is fraai uitgevoerd, vlot leesbaar en verdraagt de inbreng van een professionele eindredacteur.

Dr. J. de Haan

Y. van de Graaf en G. P. Vooijs, *Screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker; een verslag uit de proefregio Nijmegen over de jaren 1976-1983*. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. ISBN 90 5073 002 7. 140 blz.

Deze dissertatie bestaat, uiteraard met uitzondering van de inleiding en beschouwing, uit in buitenlandse tijdschriften gepubliceerde artikelen. Dit heeft zowel voor- als nadelen. Een voordeel is dat ieder hoofdstuk begint met een samenvatting, een nadeel dat men herhalingen niet heeft kunnen vermijden.

De inhoud van dit overzichtelijke en goed verzorgde proefschrift is gebaseerd op het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker gedurende de jaren 1976-1984 in de regio Nijmegen, een van de drie proefregio's die voor een grootscheeps proefproject waren aangegeven.

In het eerste hoofdstuk wordt de sterfte aan baarmoederhalskanker, de mortaliteit, in de periode 1936-1983 beschreven en geanalyseerd. Er blijkt sinds 1960 voor alle leeftijdsgroepen een daling te zijn ingetreden. Het eerste effect van het systematisch toepassen van de methode van vroege diagnostiek kan evenwel pas na 1980 worden verwacht; er moeten dus nog andere factoren een rol spelen. In de discussie wordt de conclusie getrokken dat het niet mogelijk is na te gaan welk effect elk van de genoemde factoren heeft teweeggebracht.

Het tweede hoofdstuk beschrijft de overlevingskansen bij cervixcarcinoom. Zoals verwacht is het stadium bij diagnose een belangrijk gegeven.

De gang van zaken en de (vroege) resultaten van het bevolkingsonderzoek in de proefregio

Nijmegen worden in het derde hoofdstuk beschreven. Deze resultaten zijn in de Nederlandse literatuur samen met de gegevens van de proefregio's Rotterdam en Utrecht terug te vinden in de rapportages van de EVAC<sup>1</sup>.

In het vierde hoofdstuk wordt het effect van screening op een sinds kort erkende wijze, 'het patiënt-controleonderzoek', aangetoond. Hiervoor werd gekozen omdat de analyse van de mortaliteit problemen gaf (zie eerste hoofdstuk). Vrouwen met een invasief cervixcarcinoom bleken minder vaak op preventieve indicatie te zijn uitgestreken dan de 'controle'-vrouwen. Dit verschil kon niet worden verklaard door storende variabelen. De conclusie leidt dat screenen de kans op het krijgen van een invasieve vorm van cervixcarcinoom in gunstige zin beïnvloedt. De tweede helft van dit hoofdstuk laat zien dat de incidentie van invasief cervixcarcinoom enige jaren na invoering van het bevolkingsonderzoek afneemt. (Deze resultaten zijn ook beschreven voor de twee andere proefregio's.) Voor de proefregio Nijmegen lijkt het besluit de onderste leeftijdsgrens voor het bevolkingsonderzoek op 35 jaar te stellen een goede beslissing te zijn geweest.

Voor een bevolkingsonderzoek is een goede procesbewaking een eerste vereiste. De kwaliteit van het uitslijken zelf én van het laboratoriumonderzoek dienen veel aandacht te krijgen, teneinde het aantal fout-negatieve uitslagen zo klein mogelijk te houden. In hoofdstuk 5 wordt hierop uitgebreid ingegaan.

Het laatste hoofdstuk geeft een algehele beschouwing. Men, dat wil zeggen de promovenda samen met de promotor en de co-referent, komt tot de conclusie dat bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom effect kan hebben, mits wordt voldaan aan een aantal (fundamentele) eisen, te weten:

- een hoog deelnamepercentage;
- goede kwaliteit van de uitvoering;
- sluitende follow-up; en
- een adequate behandeling.

Dit proefschrift biedt een welkome aanvulling op de tot nu toe verschenen literatuur over het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Samen met het reeds eerder verschenen 'Screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker'<sup>2</sup>, waarvan de promovenda eerste auteur was, krijgt men een compleet beeld van het voorkomen en voorkomen van cervixcarcinoom in de proefregio Nijmegen. Beleidsmakers, gynaecologen, patholoog-anatomen en anderen die zich met deze problematiek bezighouden dienen zich op de hoogte te stellen van de inhoud.

Mw. Dr. H. J. A. Collette

1. (Interim)rapportages van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom (EVAC). Leiden; NIPG.

2. MC nr. 6/1986, blz. 173.

# Verpleeghuisgeneeskunde voor co-assistenten

## Verplichte stage van drie weken

De afgelopen twintig jaar zijn in de regio Nijmegen goede ervaringen opgedaan met een facultatief co-assistenten Verpleeghuisgeneeskunde<sup>1</sup>. In combinatie met de behoefte in de medische studie meer aandacht te besteden aan niet-klinische vormen van gezondheidszorg hebben deze ervaringen ertoe geleid dat de tweede fase van de Nijmeegse basisartsopleiding onder andere een verplichte stage Verpleeghuisgeneeskunde zal bevatten. Geheel in overeenstemming met een eerder in dit tijdschrift besproken voorstel<sup>2</sup>, is gekozen voor een geïntegreerd co-assistenten buiten het ziekenhuis met een totale duur van twaalf weken, dat is opgebouwd uit:

- een stage in de huisartsgeneeskunde van zes weken;
- een stage in de verpleeghuisgeneeskunde van drie weken;
- een stage van drie weken in een van de takken van sociale geneeskunde.

### LEERDOELEN

De algemene doelstelling van het co-assistenten buiten het ziekenhuis luidt, dat co-assistenten door middel van patiëntgeoriënteerd onderwijs de gelegenheid wordt geboden kennis te nemen van, na te denken over en inzicht te verwerven in de aard van de problematiek, de werkwijzen en de mogelijkheden van de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis. Voor de stage Verpleeghuisgeneeskunde is deze doelstelling geconcretiseerd in een tiental leerdoelen die beogen de co-assistent actief kennis te laten maken met:

- diverse categorieën patiënten en de problemen die hun aandoeningen en het leven in een geïnstitutionaliseerde omgeving met zich meebrengen;
- diverse vormen van hulpverlening en de doelen die daarmee worden beoogd;
- het werken in teamverband<sup>2</sup>.

Deze leerdoelen, die meer dan in de voorafgaande klinische co-assistenten betrekking hebben op de psychosociale aspecten van (chronische) ziekte en hulpbehoefendheid, lijken het best te kunnen worden bereikt wanneer de co-assistent voor een zo lang mogelijk

R. Eijnsink  
en J. Hermans

*Dit jaar wordt het co-assistenten Verpleeghuisgeneeskunde in Nijmegen verplicht voor artsen in spe. Dit co-schap houdt een stage van drie weken in een verpleeghuis in. Om het optimaal te laten renderen zal een werkboek voor co-assistenten worden ingevoerd. Auteurs van dit werkboek zijn de basisartsen René Eijnsink en Joop Hermans, projectmedewerkers onderwijsontwikkeling, Prof. Drs. J. J. M. Michels, bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, en P. van Kalmthout, arts in het verpleeghuis St. Joachim en Anna te Nijmegen.*

ke periode de dagelijkse begeleiding van een aantal patiënten op zich neemt. Een vaste begeleider kan zijn werkzaamheden dagelijks bespreken en controleren en kan overzien in hoeverre de leerdoelen worden bereikt. Naast de sturende invloed van de begeleider wordt een belangrijke rol toegedacht aan het uitvoeren van concrete werkopdrachten. Met het verstrekken van deze opdrachten aan de student wordt een meervoudig doel beoogd:

- Het administreren van dagelijkse bezigheden maakt patiëntcontacten beter bespreekbaar en maakt het mogelijk de activiteiten bij te sturen en te spreiden.
- De co-assistent wordt aangezet tot het uitvoeren van voor hem nieuwe taken, zoals het functioneren in een netwerk van hulpverleners en het praten met patiënten over de betekenis van (chronische) aandoeningen, opname in het verpleeghuis en levensverwachtingen.
- De co-assistent wordt aangezet tot het optimaal benutten van de leermogelijkheden die het verpleeghuis biedt, ook al zijn deze niet strikt verpleeghuisgeneeskundig. Zo kan de co-assistent in contact komen met decubitusprofylaxe en -verzorging, overlijdensverklaringen, sondevoeding, etc.

De dagelijkse activiteiten als 'afdelingsarts' beslaan naar verwachting steeds de helft van de werkdag. De andere helft kan worden besteed aan het uitvoeren van specifieke opdrachten.

### WERKBOEK

Om de leerdoelen en de tot het bereiken daarvan leidende opdrachten continu onder de aandacht van de co-assistenten te houden, zijn zij in een werkboek gebundeld. Met het op deze wijze verstrekken en laten uitvoeren van opdrachten zijn in het Nijmeegse co-assistenten Huisartsgeneeskunde goede ervaringen opgedaan<sup>3,4</sup>.

Het (beknopt gehouden) werkboek voor het co-assistenten Verpleeghuisgeneeskunde bevat een korte inleiding over ontstaan en functie van het verpleeghuis, over het woon-leefmilieu en over de aard van de geboden zorg en de te verwachten pathologie. De algemene doelstelling is opgenomen naast de leerdoelen en de taakomschrijving van zowel de co-assistent als de begeleider.

Na deze algemene informatie volgen twee parallelhoofdstukken over de somatische patiënt en de psychogeriatrische patiënt. Beide hoofdstukken bevatten paragrafen over opname en indicatiestelling, ontslag of overlijden, begeleiding van de terminale patiënt. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de chronische patiënt, revalidatie en reactivering en de verschillende categorieën psychogeriatrische patiënten. Al deze paragrafen bestaan uit een inleidende tekst en één of meer daarop aansluitende opdrachten. In beide hoofdstukken wordt vooruitgewezen naar de erop volgende hoofdstukken, die betrekking hebben op dagbehandeling, teambespreking en verpleging, paramedici en andere hulpverleners. De opdrachten bij deze hoofdstukken hebben vooral betrekking op het leren communiceren met andere hulpverleners.

Bij het formuleren van de opdrachten

*Belangstellenden kunnen het 'Werkboek co-assistenten verpleeghuisgeneeskunde' bestellen bij het secretariaat Curriculum-ondersteuning, Subfaculteit Geneeskunde, Johannes Wierlaan 3/Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-515341.*

heeft de uitvoerbaarheid ervan binnen de structuur van de bestaande stageverlenende verpleeghuizen steeds een belangrijke rol gespeeld.

## CONCLUSIE

Een co-assistenten Verpleeghuisgeneeskunde brengt studenten in contact met categorieën patiënten en problemen die zij zowel in het ziekenhuis als in de huisartspraktijk slechts sporadisch zien, alsmede met een verscheidenheid aan vormen van paramedische en andere hulpverlening. Om deze redenen vormt

vanaf 1988 een co-assistenten Verpleeghuisgeneeskunde een verplicht onderdeel van de Nijmeegse basisartsopleiding.

Voor dit co-assistenten is een werkboek samengesteld. De daarin opgenomen teksten en uit te voeren opdrachten zullen naar verwachting de co-assistent helpen zijn aandacht te blijven richten op het bereiken van de doelstelling van de stage. Invoering van werkboeken kan helpen het rendement van het praktisch onderwijs in de geneeskunde te verhogen. □

## Literatuur

1. Emanuel-Vink H te al. Co-assistenten verpleeghuisgeneeskunde; evaluatie. Medisch Contact 1980; 35: 355-7.
2. Gulden JWJ van der, Voorn ThB. Een co-assistenten buiten het ziekenhuis. Medisch Contact 1985; 40: 750-4.
3. Werkboek Co-assistenten Huisartseneeskunde. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1984.
4. Gulden JWJ van der, Voorn ThB. Het Nijmeegse co-assistenten huisartseneeskunde nader bekeken. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 44-8.

# Verzekeraar en AIDS-test

## Twijfels bij Vereniging voor Gezondheidsrecht

*Standpunt van het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht met betrekking tot het testen op antistoffen tegen het HIV-virus bij de aanvraag van een verzekering*

Bij brief van 18 december 1987 heeft de minister van Justitie aan de Tweede Kamer een notitie gezonden over de juridische aspecten van verzekering in geval van AIDS-risico, hierna 'de notitie' genoemd. Daarin wordt onder meer gesteld, dat – onder nader aangegeven voorwaarden – bij het aanvragen van verzekeringen van de aspirant-verzekerde kan worden gevergd een HIV-test te ondergaan. Tegen enkele aan dit standpunt ten grondslag liggende overwegingen en tegen de mogelijke consequenties van het standpunt zijn grote bezwaren aan te voeren.

1. Omdat bij gebleken seropositiviteit voorts nog geen enkele mogelijkheid bestaat tot voorkoming van AIDS of tot genezing, wegen de negatieve implicaties van een positieve testuitslag zeer zwaar, zowel psychologisch als sociaal. Dit was een van de belangrijkste redenen voor de Gezondheidsraad om in zijn derde AIDS-advies van 8 december 1986 testen anders dan op medische indicatie in beginsel af te wijzen, inclusief testen als voorwaarde voor het afsluiten van een verzekering of hypotheek. Ook in de 'Nota inzake het AIDS-beleid' van 14 juli 1987 van de staatssecretaris van WVC wordt een medische indicatie vereist; daarnaast wordt testen ook toelaatbaar

geacht bij personen die daarom zelf verzoeken en over de zwaarwegende implicaties van een positieve testuitslag zijn geïnformeerd.

In de notitie wordt dit uitgangspunt losgelaten in verband met het grote belang van verzekeraars bij het kunnen schatten van de te verzekeren risico's; de mogelijkheid van verzekeringnemers medewerking aan een HIV-test te vragen zou daartoe onontbeerlijk zijn. Mocht dit standpunt mede zijn ingegeven door de overweging dat voor de verzekeringnemer bij het al dan niet kunnen afsluiten van de verzekering geen wezenlijke belangen op het spel staan, zodat hij in vrijheid kan besluiten zich aan de vereiste test te onderwerpen of van de verzekering af te zien, dan gaat die veronderstelling in een aantal gevallen niet op (zie sub 2). Uit het in de notitie ingenomen standpunt blijkt op geen enkele wijze dat bepaalde onderzoeken of testmethoden zodanig van aard kunnen zijn dat men medewerking daaraan van een keurling (die daarvoor niet in volle vrijheid heeft gekozen) niet kan vergen. Dit geldt zowel voor de verzekeraar (die ook heeft te rekenen met rechtmatige belangen van zijn wederpartij) als voor de arts (die zich uit hoofde van zijn beroepsnormen dient te onthouden van ingrepen die de gezondheid en het welzijn van de onderzochte kunnen schaden). Gelet op de ontwikkelingen in de medische wetenschappen, zullen in de toekomst waarschijnlijk meer tests beschikbaar komen die duiden op het dragerschap van of aanleg voor ernstige onbehandelbare ziekten; sommige daarvan zijn er al, zoals de test naar dragerschap van het Huntington-gen. Ook daarbij zal de vraag rijzen of men het mensen mag aandoen te worden geconfronteerd met zeer belastende kennis die zij niet zelf hebben gezocht. Het is te hopen dat uit de notitie niet

door verzekeraars en andere opdrachtgevers tot keuringen de conclusie zal worden getrokken dat hun belangen alle onderzoek kunnen rechtvaardigen.

Veeleer is een betere bescherming nodig bij geneeskundig onderzoek in het kader van keuringen. Voor organisaties van beroepsbeoefenaars ligt hier de taak zich op de rol van de arts bij medische keuringen te bezinnen, voor maatschappij en overheid ervoor te zorgen dat de positie van de keurling beter wordt geregeld.

2. Volgens de notitie zal toestaan van testen niet tot gevolg hebben dat een grote groep van de bevolking van fundamentele maatschappelijke voorzieningen verstoken blijft. In dit verband wordt erop gewezen dat bij de particuliere ziektekostenverzekeringen de wettelijke acceptatieplicht ook seropositieve personen betreft, dat er een volksverzekering voor arbeidsongeschiktheid bestaat en dat een levensverzekering reeds als zodanig niet als een fundamentele maatschappelijke voorziening kan worden beschouwd.

Ten aanzien van ziektekostenverzekeringen moet worden opgemerkt dat acceptatie niet altijd is gewaarborgd, met name ten aanzien van personen die niet reeds tegen ziektekosten zijn verzekerd én weten dat zij kort na afsluiting van de verzekering aanzienlijke ziektekosten zullen hebben. Een sluitende waarborg dat een persoon die seropositief is bevonden zich althans voor het standaardpakket kan verzekeren, is niet in alle gevallen aanwezig. De gedachte dat, mede in verband met het bestaan van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, veel van de scherpe kanten van de selectie op grond van het AIDS-risico ontbreken, kan niet worden gedeeld. De uitkering

waarop uit hoofde van de AAW aanspraak bestaat heeft een minimaal karakter. Met name in gevallen waarin de voor werknemers geldende aanvullende arbeidsongeschiktheidswetgeving niet van toepassing is, kunnen personen dringend behoefte hebben aan een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering om het bereikte maatschappelijk bestaansniveau min of meer te kunnen continueren. Ook in geval van levensverzekeringen kan er trouwens van een sociale functie van de verzekering sprake zijn.

Nog afgezien van het sub 1 gestelde, zou men ook op deze gronden in de notitie tenminste een sterke aandring tot terughoudendheid met testen verwachten en ondersteuning van elke vorm van zelfbeperking bij opdrachtgevers. (Men denke in dit verband bijvoorbeeld aan de mogelijkheid bij levensverzekeringen beneden een bepaald verzekerd bedrag van testen af te zien.) Een dergelijk element ontbreekt echter.

3. In de notitie wordt ook de vraag aan de orde gesteld wanneer mag worden getest. Daarbij

wordt erop gewezen dat de medische toestand van de betrokkene veelal geen indicatie zal geven voor selectie en dat reeds vanwege het feit dat het virus zich verspreidt, selectie op grond van criteria als geslacht, leeftijd en huwelijks staat minder te rechtvaardigen is.

Terecht wordt bij de selectie van personen die in aanmerking komen voor een test iedere vorm van discriminatie afgewezen. Een expliciet antwoord op de vraag welk testbeleid de verzekeraar dient te voeren ontbreekt echter. Uit de notitie kan geen andere conclusie worden getrokken dan dat, afgezien van het geval dat de medische toestand tot testen aanleiding geeft, de verzekeraar, indien hij bloedonderzoek wil laten doen, medewerking daaraan zonder onderscheid des persoons van alle aanvragers van een verzekering zal moeten vergen. Een dergelijke consequentie is echter in tegenspraak met de eerder genoemde 'Nota inzake het AIDS-beleid', waarin het routinematig testen op AIDS bij het afsluiten van (levens)verzekeringen op goede gronden wordt afgewezen. In dit verband zij niet alleen verwezen naar het sub 1 gestelde, maar ook

naar het gegeven dat naarmate er méér wordt getest de kans op fout-positieve uitslagen (met de daaraan verbonden uiterst nadelige gevolgen voor betrokkenen) meer gewicht krijgt.

\*  
\*\*

Het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht acht het gewenst dat bovenstaande overwegingen worden betrokken in de besluitvorming ten aanzien van de toelaatbaarheid van de HIV-test bij het afsluiten van verzekeringen.

Tot een beleid als voorgesteld in de notitie dient niet te worden besloten zonder dat enerzijds binnen organisaties van beroepsbeoefenaren afspraken worden gemaakt over de vraag welk medisch onderzoek in het kader van keuringen toelaatbaar kan worden geacht, anderzijds de positie van de keurling adequaat is geregeld. □

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

# Positieve expliciete toestemming voor obductie ontbrak

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door C en D, wonende te A, klagers/appellanten, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam van 17 februari 1986, waarbij hun klacht tegen K, wonende te O, arts-assistent gynaecoloog, nader te noemen: verweerder, is afgewezen.

Gezien de stukken, waaronder de beslissing waarvan beroep en de daarin vermelde stukken, het proces-verbaal van het verhandelde ter zitting van het college in eerste aanleg van 28 januari 1986, het beroepschrift d.d. 30 mei 1986, ingekomen 3 juni 1986, het verweerschrift d.d. 3 juli 1986, en nadere memories van appellanten van 20 oktober 1986 en 8 december 1986;

Gehoord ter zitting van het Centraal College van 25 juni 1987 appellanten, bijgestaan door Mr. E, advocaat te R, en de verweerder, bijgestaan door Mw. Mr. S, advocaat te W;

### Overwegende:

1. Met betrekking tot de vraag of appellanten tijdig in beroep zijn gekomen heeft het Centraal College van de secretaris van het Medisch Tuchtcollege te W bericht ontvangen dat de beslissingen in de zaken 84/100 A/B op 23 april 1986 werden verzonden aan klagers raadvrouw Mr. U te R, samen met de ontvangstbevestiging, welke laatste werd terugontvangen, gedateerd 24 april 1986, doch niet ondertekend. Die ontvangstbevestiging bevindt zich bij de stukken.

Uit het dossier van eerste aanleg blijkt dat klagers op 26 november 1984 een klaagschrift hebben ingediend waarbij hun eigen adres is vermeld. Op 28 september was een klacht binnengekomen namens klagers van Mr. G, advocaat te H. Op 12 juli 1985 heeft Mw. Mr. U, advocaat te R, een nader beroepschrift ingediend. Noch uit dit nader beroepschrift noch uit enig ander stuk blijkt – zulks in tegenstelling tot hetgeen de raadvrouw van verweerder heeft bepleit – dat appellanten domicilie hebben gekozen bij hun raadvrouw Mw. Mr. U voornoemd. De ontvangst door hun raadvrouw kan dan ook niet als ontvangst door appellanten worden beschouwd. Dit klemte te meer nu het adres van appellanten bekend was.

Nu appellanten aanvoeren dat zij de uitspraak niet hebben ontvangen vóór de dag van het beroepschrift en niet aannemelijk is gemaakt dat zij vóór die datum daar wel kennis van hebben gekregen, zijn appellanten onvanke-lijk in hun beroep.

2. Appellanten voeren als grief aan dat geen toestemming tot obductie is gegeven. Zij voeren aan dat een positieve expliciete toestemming tot obductie ontbreekt. Appellanten wijzen erop dat zij, niet in de laatste plaats vanwege hun islamitische achtergrond, een obductie een enorm ingrijpend gebeuren achten. Appellanten, die zijn geconfronteerd met een doodgeboren kind, zijn niet in staat geweest objectief hun gedachten te bepalen. De gedachtenwisseling heeft – aldus nog steeds ap-

pellanten – niet via een tolk plaatsgevonden.

3. Vast staat dat er tussen verweerder en de vader in de nacht van de bevalling een gesprek heeft plaatsgevonden, waarbij is gesproken over nader onderzoek van de baby, waarvoor de vader toen toestemming heeft gegeven. De vader heeft niet ontkend dat verweerder hem heeft voorgesteld het gesprek de volgende dag in aanwezigheid van een tolk te voeren, doch dat de vader dat niet nodig vond. Verweerder heeft uit dat gesprek begrepen dat toestemming tot sectie werd verleend en heeft zulks ook kunnen begrijpen, nu er is gesproken over nader onderzoek.

Verweerder voert aan dat hij heeft uitgelegd wat dat onderzoek zou inhouden. Kennelijk heeft de vader het gesprek met verweerder anders begrepen en heeft hij niet begrepen dat er obductie zou worden verricht. Aangezien verweerder heeft aangeboden het gesprek via een tolk te doen plaatsvinden en de vader dat niet nodig vond, is het Centraal College van oordeel dat het misverstand niet aan de verweerder kan worden verweten. Het Centraal College is dan ook van oordeel dat de grief geen doel treft.

4. Het Centraal College merkt nog op, dat met de moeder niet is gesproken en dat de moeder ter zitting heeft aangevoerd dat zij het kind negen maanden heeft gedragen. Hoewel het begrijpelijk is dat de moeder na de bevalling wordt ontzien, is het gewenst dat ook de moeder wordt geraadpleegd alvorens de aanvraag wordt ingediend.

5. *Het Centraal College acht het van belang dat in de aanvraag tot obductie een vraagstelling voor die obductie wordt opgenomen, waartoe het formulier ruimte biedt, en dat het formulier wordt ondertekend door de arts die de obductie aanvraagt*, hetgeen in het ziekenhuis in kwestie kennelijk niet het geval is, nu het aanvraagformulier daar geen aanwijzing voor geeft.

6. Aangezien het Centraal College zich ook overigens kan verenigen met de beslissing van het College van eerste aanleg zal het deze bevestigen, zij het dat de beslissing van het Centraal College om redenen aan het algemeen belang ontleend bekend zal worden gemaakt op de wijze in het dictum te bepalen.

Rechtsdoende in hoger beroep:

*Bevestigt de beslissing waarvan beroep;*

Bepaalt, dat deze beslissing, met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet naast plaatsing in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt door toezending daarvan aan de redacties van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in de raadkamer door Mr. B. Pronk, voorzitter; Prof. Dr. J. A. R. Sanders-

Woudstra; Dr. J. J. Hanming, Dr. C. Hermann, G. H. Gispén, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 20 augustus 1987 door Mr. J. J. R. Bakker, plaatsvervangend voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

## Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage

### Waarschuwing wegens nalatigheid bij incomplete miskraam

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag 7 oktober 1987 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van A en B, beiden wonende te IJ, klagers, tegen C, huisarts, wonende te Z, de persoon over wie wordt geklaagd, hierna te noemen: 'de arts'.

Het College voor het Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage;  
*Gezien* de stukken;  
*Gehoord* ter zitting van het college van woensdag 7 oktober 1987 partijen in persoon;  
*Overweegt* als volgt:

1. Op 26 december 1985 was klagster 10½ week zwanger. Om ± 9.30 uur ging zij naar de w.c. Zij hoorde een plons en begon te vloeien. Klager verzocht de arts – die op dat moment dienst deed – een visite af te leggen. De arts vond het niet nodig de gevraagde visite af te leggen. De arts stelde telefonisch de diagnose, te weten een miskraam, en schreef ermetrine voor, 3x daags 1 tablet. Klager heeft dit recept persoonlijk bij de arts afgehaald. Om ± 23.15 uur is klagster onwel geworden. De arts was niet op zijn praktijkadres aanwezig. Een andere dienstdoende arts bleek tenslotte bereid te komen. Hij heeft klagster in het ziekenhuis laten opnemen. Er bleek sprake te zijn van een incomplete miskraam van gemelli.

2. Klagers verwijten de arts dat hij tot tweemaal toe, de eerste maal tijdens het telefoongesprek, de tweede maal toen klager het recept bij de arts afhaalde, geweigerd heeft een visite af te leggen, alsmede dat de arts zonder nader onderzoek de diagnose heeft gesteld en ermetrine heeft voorgeschreven.

3. De arts antwoordt dat hij, wanneer een patiënte een miskraam heeft gehad en mede-

deelt de vrucht te hebben verloren, ermetrine voorschrijft. Hij geeft daarnaast het advies om, wanneer het bloedverlies ondanks het gebruik van ermetrine niet stopt, opnieuw contact met hem op te nemen. Een visite zou daaraan, aldus de arts, niets kunnen toevoegen. Is er een indicatie voor lichamelijk onderzoek, dan verricht de arts dit onderzoek niet zelf, doch verwijst hij de patiënt naar een gynaecoloog.

Hoewel hij het niet meer exact kan nagaan, neemt de arts aan dat hij ook in dit geval conform zijn vast beleid heeft gehandeld. De arts ontkent dat er meer dan eenmaal om een visite is verzocht.

4. Het college is van oordeel dat de arts aan het verzoek een visite te maken gevolg had moeten geven. Hij had zich moeten bedenken dat een abortus voor een vrouw een emotionele zaak is. Hij had voorts door een vaginaal toucher moeten nagaan of zijn diagnose juist was, dat het om een abortus ging en of er resten van de placenta in de baarmoeder waren achtergebleven. Had hij dat gedaan, dan zou terstond duidelijk zijn geworden dat er sprake was van een incomplete miskraam. De arts had dan de in dat geval noodzakelijke maatregelen kunnen treffen. Bovendien was hem dan gebleken dat hij juist niet ermetrine moest voorschrijven; dit middel bevordert immers dat de baarmoeder zich samentrekt, hetgeen niet moet worden bereikt indien er nog restanten in de baarmoeder aanwezig zijn.

Door dit alles na te laten en zonder onderzoek ermetrine voor te schrijven, heeft de arts zich schuldig gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen. De na te vermelden maatregel komt het college daarvoor gepast voor. Het college zal voorts publikatie van de beslissing

bevelen en wel vanwege het algemeen belang van deze beslissing.

*Rechtsdoende:*

Legt op de arts de maatregel van *waarschuwing* op.

Beveelt bekendmaking, met inachtneming van artikel 13 b van de Medische Tuchtwet, van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door aanbieding ter plaatsing aan de redactie van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klagers of aan de persoon over wie geklaagd is geen kosten voor hen voortvloeiend uit de behandeling van de zaak zullen worden vergoed.

Aldus gewezen op woensdag 7 oktober 1987 door: Mr. P. A. Offers, plv. voorzitter; G. C. Kooyker, H. Schrijver, Dr. J. E. Prinsen, Prof. Dr. H. A. Verbeek, plv. leden-geneeskundigen en Mr. P. Viersen-Kooiman, secretaris. □



## LAD

## Jubileumjaar goed ingezet

Met een druk bezochte nieuwjaarsreceptie heeft de LAD het jaar ingezet waarin gevierd wordt dat de vereniging 40 jaar geleden werd opgericht. Hoewel in principe de officiële oprichtingsvergadering van de LAD plaats had op zaterdag(!) 8 januari te Utrecht, geldt voor velen toch de 8e mei 1948 als dé officiële oprichtingsdatum. Toen namelijk werd aan enkele artsen in dienstverband door het toenmalige hoofdbestuur van de KNMG mandaat gegeven om de oprichting voor te bereiden van een derde vereniging voor de behartiging van de maatschappelijke belangen van de artsen in dienstverband. Op dat moment functioneerden reeds gedurende één jaar de beide andere, namelijk LHV en LSV.

M. G. Neurdenberg, de eerste voorzitter van de LAD, zei in zijn openingsrede op 8 januari 1949 blij te zijn dat de 'Maatschappij' nu eindelijk blij had gegeven een open oog te hebben voor de belangen van de artsen in dienstverband. Hij zei letterlijk: 'Het is mij echter een behoefte eerst nog, namens ons voorlopig bestuur, een woord van dank te uiten jegens het HB, dat het initiatief nam de artsen in dienstverband meer en beter in het werk der maatschappij te betrekken dan vóór de oorlog wel eens het geval is geweest. Het had immers vroeger de schijn, dat de Maatschappij als zodanig, bewust of onbewust, weinig open oog had voor de belangen der artsen in dienstverband. Hier en daar leek er over en weer meer een soort vijandschap te bestaan dan een hartelijke samenwerking. Daarin is thans een radicale verandering gekomen, doordat binnen een Federatie van Verenigingen voor Maatschappelijke Belangen nu reeds in de Mij-reglementen een gelijkwaardige plaats is ingeruimd voor de nu te formeren LAD, naast de reeds bestaande zusterorganisaties LHV en LSV. En dit geldt niet alleen op papier, maar bleek ons reeds door de hartelijke ontvangst van onze vertegenwoordiging in de bestuursorganen.' Opvallend overigens, gezien in het kader van de besprekingen eind vorig jaar van de nieuwe structuur van de KNMG, is zijn opmerking over een 'Federatie van Verenigingen van Maatschappelijke Belangen'. Ook toen al, blijkbaar.

De eerste leden van de LAD waren voornamelijk ambtenaren, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen volambtenaren en half-ambtenaren. De half-ambtenaren had-

den vaak naast hun ambtelijke status nog een gedeeltelijke privépraktijk. Ongeveer 1600 artsen kwamen destijds in aanmerking voor het lidmaatschap. Of ze allen lid zijn geworden vermeldt de historie niet, wel werden alle collega's binnen de toen nog NMG (Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) opgeroepen om collega's ertoe te bewegen lid te worden. Neurdenberg zei daar dit over: 'Wij weten, dat wij rustig aan moeten werken. Dat ligt ons artsen beter dan royaliteit (deze uitspraak had nog betrekking op de begroting, red.). Maar dan is het nodig, dat wij zoveel mogelijk medewerking overal in den lande onder vinden bij onze collega's en dat er zodoende geen cent verloren gaat aan inproductieve postzegels op onnozele rappèlbrieven. Thans is er dus alleszins reden om in uw eigen kring alle collega's op te wekken actief Maatschappijlid te zijn, te blijven of te worden!'

De vraag wel of niet vakvereniging te zijn hield de gemoederen ook 40 jaar geleden reeds bezig. Neurdenberg maakte daarover een schitterende opmerking toen hij zei: 'Veel artsen noemen zich wars van 'vakorganisatie', zij menen dat vaak zeer oprecht. Zij gevoelen zich dan te behoren tot het 'officium nobile'. Maar in de binnenkamer, in eigen milieu of gezin, ontdekken zij maar al te vaak, dat men nu eenmaal in dit ondermaanse 'van lucht alleen' niet kan leven. Daar bemerken wij, welke bezwaren er zijn onze kinderen (welke daartoe geschikt zijn) een opvoeding te geven, die gelijkwaardig is aan die, welke wij zelf hebben mogen genieten. Ik noem maar dit simpele voorbeeld. Er is echter een schroom te overwinnen om zich op te werken tot een openlijke poging tot behartiging van het individuele en gegroepeerde 'vakbelang'. Het is goed, dat wij artsen, en in het bijzonder wij artsen in dienstverband, deze schroom tot op de huidige dag nog voelen, maar tegelijkertijd is het nuttig, dat de structuur van de huidige maatschappij ons dwingt in het openbaar ervan te getuigen, dat wij er ook nog zijn, dat onze belangen, de belangen van onze gezinnen, het belang van ons beroep, eisen dat onze lastgevers daarvoor open oog moeten houden, of – zo zij zulks nog niet of niet meer hebben – dat open oog ook krijgen! Dát element, mijne heren, vertegenwoordigers der genodigde groepen, dát element wil onze beraamde organisatie in



... LAD-voorzitter Aghina spelt de jubileumbouton op de revers van R. H. Levi, voorzitter van de jubileumcommissie ...



... belangstelling voor het zojuist onthulde jubileumlogo van de LAD ...



## UIT DE VERENIGINGEN

nauwe samenwerking met u, en voorgelicht door u, ter hand nemen.'

Kortom, het is opvallend dat op sommige punten er in die 40 jaar zo weinig is veranderd. In de loop van dit jaar zal vaker worden 'teruggeblikt', nu echter eerst een blik in de toekomst.

### Jubileumprogramma 6 en 7 mei aanstaande

Op de nieuwaarsreceptie werd reeds een tipje van de sluier opgelicht. Nadat voorzitter Aghina in zijn nieuwaarstoespraak een algemene oproep had gedaan tot meer saamhorigheid en meer solidariteit onder alle artsen binnen de KNMG, ging de voorzitter van de jubileumcommissie, R. H. Levi, in op de plannen voor dit jaar.

Vanwege het feit dat de LAD op 8 mei 1948 werd opgericht (dat valt dit jaar op een zondag) werden als feestdata gekozen vrijdag 6 en zaterdag 7 mei. Op die data worden drie evenementen georganiseerd. Om te beginnen op vrijdag 6 mei. Dan worden de LAD-leden, genodigden en belangstellenden verwacht op het jubileumcongres dat de LAD in de Singerconcertzaal te Laren organiseert. Thema van het congres: 'Arts en arbeidssatisfactie'.

Diverse prominente sprekers hebben reeds hun medewerking toegezegd, waaronder Prof. W. A. Wagenaar, hoogleeraar toegepaste functieleer te Leiden, die zich blijkens een recent televisieprogramma niet alleen bezighoudt met functieleer maar ook met het functioneren van zeldzame toverlantaarns. Hij zal spreken over het onderwerp omgaan met risico's. Prof. Dr. A. J. Dunning zet het plezier in het werk in een historisch perspectief. Prof. Dr. H. Philipsen, hoogleeraar medisch sociologie te Maastricht, belicht de invloed

van de bureaucratisering op de medische professie en Dr. W. L. Meijer (naaste medewerkster van Prof. Dr. H. Thierry, sociaal psycholoog te Amsterdam), geeft aan op welke wijze (flexibele) beloning het plezier in het werk beïnvloedt. Het congres krijgt een luchtig, feestelijk karakter door enkele entre-acts, waarin het onderwerp ook op geheel andere wijze zal worden benaderd.

### Receptie

Vrijdagmiddag 6 mei, aansluitend aan het jubileumcongres, recipieert het Centraal Bestuur in het Singermeuseum. Vanzelfsprekend kunnen congresgangers en bezoekers aan die receptie die dag tevens genieten van de rijke kunstverzameling die in het Singermuseum is bijeengebracht.

### Seniorenendag

Op zaterdag 7 mei komen de ere-leden, leden van verdiensten en oud-bestuursleden bij elkaar in Kasteel Groeneveld te Laren. In het ochtendprogramma, dat zal worden afgesloten met een gezamenlijke lunch, onder andere een optreden van het vocaal ensemble 'Quinck' en een voordracht door Dr. G. T. Haneveld, patholoog-anatoom te Baarn over het onderwerp 'lijfartsen'.

De LAD hoopt met deze evenementen op een passende wijze inhoud te geven aan de viering van haar 40-jarig jubileum.

In het LAD-ledenbulletin en in Medisch Contact in de loop van dit jaar meer informatie over het jubileum.

## LVSG

### Gesprekken met beroepsspecifieke verenigingen

Het dagelijks bestuur van de LVSG heeft onlangs bilaterale gesprekken gehad met vertegenwoordigers van de NVJG, NVVG, NVAB en NVAG. Daarbij zijn aan de orde geweest de mogelijkheden tot intensivering van de contacten tussen LVSG en beroepsspecifieke verenigingen. Voorts is aan de orde gesteld de vraag welke afspraken gemaakt konden worden over de taakafbakening tussen LVSG en de beroepsspecifieke verenigingen.

Alle verenigingen hebben uitgesproken de intensivering van de contacten waardevol te achten. Genoemd zijnde de volgende mogelijkheden tot verbetering:

- benoemd portefeuillehouder KNMG/LVSG-zaken in eigen bestuur;
- bevorderen van de contacten tussen deze portefeuillehouder en de LVSG-bestuurder(s) vanuit de eigen tak;
- toezenden aan LVSG van relevante bestuursleden;
- het geven van meer voeding aan de LVSG-afgevaardigden ter ledenvergadering van de LVSG;
- toelaten van LVSG-bestuurder als toehoorder in eigen bestuur;
- opnemen van berichten over of van de LVSG in de diverse ledenbulletins, en opnemen berichten van beroepsspecifieke verenigingen in het LVSG-ledenbulletin.

Op korte termijn zullen over deze mogelijkheden nadere afspraken worden gemaakt.

De gedachten die in de gesprekken naar voren zijn gekomen met betrekking tot een nadere taakafbakening zullen worden voorgelegd aan de LVSG-commissie, die zich bezighoudt met de toekomst van de LVSG (zie. 'Perspectief').

### Contact met LSV Intensiveren

In een onlangs gehouden bestuurlijk overleg tussen LVSG en LSV is gesproken over de wenselijkheid de bestuurlijke contacten te intensiveren nu de raakvlakken tussen specialisten en sociaal-geneeskundigen in het dagelijks functioneren toenemen. Voorts zijn afspraken gemaakt over een aantal concreet op te zetten 'samenwerkingsprojecten'. Zo is afgesproken dat in gezamenlijk (ambtelijk) overleg zal worden bekeken hoe kan worden gekomen tot verbetering van de info-uitwisseling specialist-verzekeringsarts. Ook is gesproken over de mogelijkheid een netwerk van 'stage'-plaatsen op te zetten voor bijvoorbeeld jeugdartsen bij orthopeden, oogartsen en KNO-artsen.

## LVSG

## Nieuw lid Centraal Bestuur: G. C. van Enst

Tijdens de ledenvergadering van 4 november j.l. werd de heer G. C. van Enst benoemd in het Centraal Bestuur van de LVSG. Hieronder een korte profielschets:

Gee van Enst studeerde medicijnen aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Veel tijd werd – behalve voor de studie – besteed aan roeien. Europese, wereldkampioenschappen en Olympische Spelen maakte hij mee. De studie werd een jaar onderbroken, waarin werd gewerkt op het fysiologisch laboratorium van de GU. Na het behalen van het arts-examen werd de militaire dienstplicht vervuld op de medische afdeling van de Nederlandse Sport Federatie te Papendal

onder supervisie van wijlen collega De Jongste. Na het volgen van een cursus sportgeneeskunde in Loughborough was hij voorgoed gewonnen voor die facetten van de geneeskunde die te maken hebben met bewegen en sport. De Nederlandse Hartstichting (NHS) maakte in 1975 zijn vierjarige opleiding tot sportarts financieel mogelijk. Na het beëindigen van de opleiding tot sportarts werkte hij in 1980



en '81 op het Coronel Laboratorium in Amsterdam aan een onderzoek over een methode om sporters te selecteren in een groep die wel en een groep die geen nader onderzoek door een arts nodig heeft. Vanaf 1982 is hij als beleidsmedewerker verbonden aan het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ). Na de officiële registratie in 1980 als sportarts, was hij mede oprichter van de Vakgroep Sportartsen, waarvan alle geregistreerde sportartsen en sportartsen in opleiding lid zijn. De Vakgroep Sportartsen werd statutair een sectie van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). Binnen de vakgroep werkte hij mee als secretaris aan de beschrijving van het werktrein van de sportarts en vervolgens aan de op dat werktrein gerichte inhoud van de opleiding tot sportarts. Na de erkenning van sportgeneeskunde als zesde tak van de sociale geneeskunde, werd de Vereniging voor Sportgeneeskunde uitgenodigd om te participeren in de LVSG.

Deze vereniging droeg Van Enst (en Harting, daarover hebt u reeds eerder in deze rubriek kunnen lezen) voor als lid van het Centraal Bestuur van de LVSG. Desgevraagd deelde Van Enst mede, dat hij zich binnen het LVSG-bestuur ten doel stelt primair de sociale geneeskunde als wetenschap en vak te stimuleren en in het kielzog daarvan de sportgeneeskunde verder te ontwikkelen en te profileren.

## LVSG

## Keuringen

Naar aanleiding van de discussies over de toelaatbaarheid van bepaalde onderzoeken in keuringssituaties (onderzoek op Aids, drugs, etc.) hebben KNMG en LVSG vertegenwoordigers van de meest betrokken organisaties (NVAB, NVJG, GHI, LHV) uitgenodigd op korte termijn bijeen te komen om met elkaar van gedachten te wisselen

over de medisch-ethische aspecten van keuringen. Daarbij wordt niet alleen gedacht aan aanstellingskeuringen, maar ook aan keuringen voor levensverzekeringen, etc. Het is de bedoeling de nadere gedachtenwisseling te laten uitmonden in een standpuntbepaling met betrekking tot de toelaatbaarheid van onderzoeken in keuringssituaties.

## KNMG

## Servicerubriek werkzoekende artsen

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

Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris public relations (onder vermelding van het betref-

fende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

60. Huisarts, gehuwd. Ervaring: 2 jr. klinisch in chirurgie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en verloskunde, diverse waarnemingen. Geïnteresseerd in part-time huisartsenwerk in samenwerkingsverband. Voorkeur voor Noord(oost) of Midden-Nederland.

61. Basisarts, examen maart '88, 30 jr., ongehuwd. Interesse: opdoen van klinische ervaring, m.n. op het gebied van de interne geneeskunde, start echter graag in elke andere richting. Reacties: tel 020-416045.

62. Huisarts, 35 jr., gehuwd, 3 kinderen. Ervaring: klinisch: interne, chirurgie, gynaecologie/verloskunde; 5½ tropenarts, waarnemervaring, momenteel toegevoegd onderzoeker Universiteit Utrecht (vakgr. huisartsgeneeskunde). Interesse: associatie of vestiging in midden of oosten van het land. Reacties: tel 033-946036.

# KNMG

## Man en/of vrouw in de gezondheidszorg

Op zaterdag 16 april aanstaande organiseert de KNMG-afdeling Nijmegen samen met de Nederlandse Vereniging van Vrouwelijke Artsen (NVVA) een regionaal congres. Het centrale thema luidt: 'Man en/of vrouw in de gezondheidszorg.' Niet alleen het beroepsperspectief voor man en vrouw in de gezondheidszorg komt daarbij aan de orde toegang tot de specialistenopleidingen en dergelijke, ook wordt aandacht besteed aan de opleidingen zelve en de relatie tussen arts en patiënt.

Dit regionale congres vindt plaats in de (oude) aula van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Het begint om 11.00 uur en wordt om 16.00 uur afgesloten met een (forum)discussie. 's Avonds is er een swingend feest in Kasteel Dodendaal te Ewijk. De toegangsprijzen zullen zeker geen barrière oproepen om te komen. Ook niet-KNMG-leden zijn van harte welkom. Partners eveneens. Meer informatie volgt in deze rubriek. Noteer deze datum alvast in uw agenda.

# LHV

## Convocatie ledenvergadering 17 maart

Het centraal bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een *ledenvergadering op donderdag 17 maart 1988 om 19.00 uur*. De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (tel. 030-955911).

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen
3. Automatisering
4. Beroepsopleiding
5. Honorering
6. Thuiszorg
7. Basistakenpakket
  - Herziene wijzigingen 1986
  - Wijzigingsvoorstellen 1987
 besluitvormend
8. De prescriptie van geneesmiddelen en de nieuwe tariefstructuur voor apothekers en apotheekhoudende huisartsen  
informatief, eventueel besluitvormend
9. Pensioenproblematiek
  - Besluitvorming met betrekking tot de pensioenpre-

mieverplichtingsproblematiek van huisartsen in dienst van gezondheidscentra  
besluitvormend

10. Huisvesting bureau LHV  
besluitvormend

11. Benoemingen
  - Plaatsvervangend lid Geschillencommissie Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen
  - Raad van Commissarissen Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen
  - Bestuur Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen

12. Wat verder ter tafel komt

13. Rondvraag

14. Sluiting

Veel van de hierboven genoemde agendapunten zijn in volle bewerking. In de eerstvolgende Ledenbrief zullen wij u mededelen hoe de diverse agendapunten er definitief zullen uitzien. De benodigde stukken zullen u zo spoedig mogelijk worden toegezonden. Notulen welke het bestuurskorps bereiken tot drie weken voor de vergadering worden geacht op deze agenda te zijn geplaatst.

S. Buijs, huisarts,  
secretaris-penningmeester

### Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

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

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.  
Telefoon: 030-823911.