



## redactioneel

- Mw. Drs. M. Mootz, medewerkster van het Sociaal en Cultureel Planbureau, constateert dat er nauwelijks of geen relevant verschil is tussen fondsleden en particulier verzekerden voor wat betreft de frequentie waarmee zij hun huisarts consulteren.
- De Eerste Kamer heeft het wetsontwerp Wijziging wet ziekenhuisvoorzieningen zonder hoofdelijke stemming aangenomen. De gewijzigde wet moet opgaan in een Wet voorzieningen gezondheidszorg.
- Het Nederlands Huisartsen Genootschap wijdde zijn congres dit jaar aan het thema: 'Van zelfbeoordeling naar verbetering', volgens de NHG-voorzitter 'de eerste stap op de weg van de toetsing, de kortste weg naar de beterschap'.
- De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen besprak de indicatiestelling voor opname in een verpleeghuis.
- Arts en gevangene: een discussiebijdrage van de interniste Mw. Jeanne Smeulers, die de tendens van het betoog van de Rotterdamse politiearts Cremers bedroevend en gevaarlijk vindt.
- Prof. Dr. H. M. van Praag hield het Centraal College voor, dat de psychiatrie binnen de medische faculteit een heel goed tehuis heeft.
- Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen brengt uitvoerig verslag uit van de stand van zaken met betrekking tot de specialistenopleiding in de EEG.
- Dr. H. Blijham, zenuwarts te Groningen, is verontrust. Hij vraagt zich af hoe medici de schijnvertoning nog aandurven: te adviseren inzake rijvaardigheid.



'Het strand' is de titel van dit olieverfpaneel (afmetingen 54 x 62 cm) van de heer S. L. A. M. van der Kolk, huisarts te Nijmegen. Al zijn werk kan als overrealistisch worden getypeerd: 'werkend vanuit een gevoel van de absurditeit van het leven in onze tijd'. Enkele stukken uit zijn collectie waren te bezichtigen op de tentoonstelling van het kunstzinnige KNMG-gezelschap 'met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

Brieven .....	1462
---------------	------

*Inzenders: J. Kuijpers, Co Pasdeloup, Mr. Th. E. M. Littel-Leussink*

Ziekenfondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts, door Mw. Drs. M. Mootz .....	1465
---	------

Eerste Kamer aanvaardt wetsontwerp Wijziging wet ziekenhuisvoorzieningen .....	1469
--	------

Congres Nederlands Huisartsen Genootschap: Van zelfbeoordeling naar verbetering .....	1470
---	------

Indicatiestelling voor opname in een verpleeghuis .....	1471
---	------

Discussie – Arts en gevangene, door Dr. Jeanne Smeulers .....	1473
---	------

Interim-rapport acupunctuur .....	1475
-----------------------------------	------

Psychiatrie heeft goed tehuis binnen medische faculteit, door Prof. Dr. H. M. van Praag .....	1476
---	------

De specialistenopleiding in de EEG, door Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen .....	1479
---	------

Huisarts en somatische fixatie .....	1485
--------------------------------------	------

De rol van de medicus bij de beoordeling van rijvaardigheid, door Dr. H. Blijham .....	1486
--	------

OFFICIEEL .....	1489
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel .....	1492
-------------------------------	------



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgever**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Koninklijke Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **ACUPUNCTUUR**

De Commissie Alternatieve Geneeswijzen doet de merkwaardige aanbeveling acupunctuur op te nemen in het ziekenfondspakket. Dit staat tenminste in een interimrapport van deze commissie, die onder voorzitterschap staat van Prof. Dr. P. Muntendam (zie blz. 1475 Red.).

Waarom is deze aanbeveling merkwaardig? Omdat de grond waarop deze beslissing wordt genomen het aantal behandelingen met acupunctuur is. Niets meer en niets minder. De wetenschappelijke aspecten moeten nog worden uitgezocht. Zelfs uitspraken in het rapport van een commissie van de Gezondheidsraad, die eerst een wetenschappelijk opgezet vergelijkend onderzoek aanbeveelt naar de effecten van acupunctuur, geven de commissie onder leiding van Prof. Muntendam geen aanleiding een meer afwachtende houding aan te nemen. De aanbeveling berust niet op wetenschappelijke gronden. Het is kennelijk een politieke beslissing. En ook al hoeven politieke beslissingen dan niet wetenschappelijk gefundeerd te zijn, ze zullen toch wel doordacht moeten zijn. En daarover heb ik mijn twijfels. Waarin verschilt acupunctuur als methode met fysiotherapie of met het geven van tabletten als men het in het relationele vlak trekt? En het relationele aspect vindt de commissie belangrijk, getuige de uitspraak dat de waarde van alternatieve geneeswijzen behalve in het natuurwetenschappelijke en technische aspect ligt in het relationele aspect van de benadering van de patiënt.

Wat bedoelt de commissie met het relationele aspect?

De arts-patiëntrelatie?

De relatie die de patiënt heeft met zijn omgeving? Als die relaties zo belangrijk zijn – en dat zijn ze in mijn ogen – moeten we dan niet trachten te vermijden deze te verdoezelen? En naar het mij toeschijnt doet de commissie dat nu juist niet door zoveel nadruk te leggen op acupunctuur als methode, waardoor waarschijnlijk alleen maar een verschuiving optreedt van methode van behandeling.

Tablet is uit, acupunctuur is in. Maar afhankelijk zal de patiënt of cliënt, of hoe het slachtoffer in de toekomst ook moge worden genoemd, blijven. En ook het

systeem van behandelaars blijft op deze wijze intact, zij het wellicht in wat andere vorm. Deze aanbeveling van deze commissie verradt een typisch socialistische en/of confessionele gedachtengang: de hoeder van mijn (infantiele) broeder.

Geulle, 12 november 1978

J. Kuijpers, huisarts

### **NOG MEER MEDICI IN HET ZIEKENHUIS?**

In Medisch Contact van 4 augustus jl. (MC nr. 31/1978, blz. 950) is een brief gepubliceerd van de heer I. Bergsma, huisarts. Hij betoogt hierin, dat een ervaren huisarts in het ziekenhuis dient te worden geplaatst om zich bezig te gaan houden met het geven van voorlichting en informatie aan patiënten. Dit omdat de specialist hierin tekort zou schieten. Ik ben het met de heer Bergsma eens, dat sommige specialisten de gewoonte hebben weinig informatie aan de patiënt te verstrekken. Maar ik vind het principieel onjuist hier weer een andere medicus voor in te huren. Het is en blijft naar mijn mening de taak van de behandelend arts zelf voor te lichten en te informeren, al was het alleen maar om een zo goed mogelijke relatie te krijgen tussen patiënt en specialist. Door het aantrekken van een speciale 'praatdokter' maak je de specialist nog meer technicus en ontdoe je hem van alle sociale taken. Het is mijns inziens zinnvoller in de regelmatige contacten die er tussen huisartsen en specialisten zijn steeds weer dit onderwerp ter sprake te brengen en als huisartsen de specialisten op hun tekort te wijzen. Overigens is het ook bij opgenomen patiënten de taak van de huisarts contact met hen te onderhouden.

Verder denkt de heer Bergsma, dat sommige ziekenhuizen de oplossing voor bovengenoemd probleem dachten te vinden in het aantrekken van 'maatschappelijk werkers of zelfs klinisch

doorlezen naar blz. 1464

## ACUPUNCTUUR

Acupunctuur dient als verstrekking in het ziekenfondspakket te worden opgenomen en er dient een opleidingsprogramma voor acupuncturisten te worden opgesteld. Aldus enkele – verstrekkende – aanbevelingen van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen in een tussentijds rapport (blz. 1475), dat zij onlangs heeft uitgebracht.

De commissie gaat ervan uit dat iedere Nederlandse burger het recht heeft in vrijheid te kiezen voor die behandelingswijze en die therapeut die hem voor zijn welzijn als de beste voorkomt. Daarnaast is het volgens de commissie de plicht van de overheid risico's die aan een bepaalde behandelingswijze kunnen zijn verbonden tot een minimum te beperken, een verplichting die zich ook uitstrekt tot de reguliere geneeswijzen. De overheid maakt haar verantwoordelijkheid waar door toe te zien op de kwaliteit van de opleiding. Acupunctuur wordt momenteel reeds op uitgebreide schaal toegepast; het aantal patiënten dat in 1977 een acupunctuurbehandeling onderging wordt geschat op 70.000. Dit feit, gezien in het licht van de vrijheid van de burger en de verantwoordelijkheid van de overheid, bracht de commissie tot haar verregaande voorstellen.

Nu zal het niet eenvoudig zijn, waarborgen te scheppen dat acupunctuur deskundig wordt toegepast. De gebruikelijke maatstaven gaan hier niet op. Er bestaan in ons land zes acupunctuuropleidingen. Consensus over de opleidingseisen en de inhoud van het opleidingspakket ontbreekt, aldus de commissie, met als gevolg chaos. Er zal dus eerst orde op zaken moeten worden gesteld op het vlak van de opleidingen. Hoé dat moet laat de commissie evenwel in het midden; het lag wellicht ook niet op haar

weg die vraag te beantwoorden. Het lijkt ondertussen welhaast onmogelijk orde te scheppen in het acupunctuuronderwijs, tenzij de betrokkenen om de tafel gaan zitten en tot overeenstemming komen. Dan nog blijft het problematisch of de uitkomst kwaliteit garandeert.

De commissie heeft zich ook verdiept in de vraag wie acupunctuur zou mogen toepassen. De arts is daartoe uiteraard bevoegd en heeft geen aparte erkenning nodig; wel dienen artsen zich door nascholing in de toepassing van acupunctuur te bekwamen. Hetzelfde geldt voor de tandheelkundige professie. De commissie wil de bevoegdheid, onder dezelfde voorwaarde, eveneens verlenen aan fysiotherapeuten. Opleiding zowel als toetsing van de

*Het lijkt . . . welhaast  
onmogelijk orde  
te scheppen in het  
acupunctuuronderwijs*

kennis zullen aan door de overheid te stellen regels moeten voldoen. Alweer rijst de vraag: welke regels? hoe te toetsen?

Vraagtekens te over, waarbij men echter wel moet bedenken dat er op dit moment andere verstrekkingen zijn die evenmin volgens de gangbare methoden zijn te toetsen. Een voorbeeld is de verstrekking van homeopathische geneesmiddelen. Daarnaast moet worden bedacht dat vele therapeutische handelingen geen of nauwelijks een wetenschappelijke basis bezitten. Of een behandeling al dan niet als een ziekenfondsverstrekking moet worden aangemerkt wordt niet bepaald op grond van haar wetenschappelijke waarde maar op grond van het

antwoord op de vraag of de behandeling al dan niet onder beroepsgenoten gebruikelijk is. Gemeten naar deze maatstaf is acupunctuur (nog) geen ziekenfondsverstrekking.

Het blijkt, dat sinds enige tijd binnen de Commissie voor beroepszaken van de Ziekenfondsraad anders over deze zaken wordt gedacht. De uitdrukking 'in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk', aldus de recente uitleg van genoemde commissie, is niet bedoeld om de omvang van de hulp te beperken maar om de in 1965 ingevoerde verstrekking genees- en heelkundige hulp af te grenzen, namelijk om hulp verleend door de huisarts af te bakenen van hulp verleend door de specialist. Een voorbeeld: de huisarts, die genees- en heelkundige hulp verleent, behoeft geen appendectomie te doen; het is 'gebruikelijk in de kring van beroepsgenoten' dat de chirurg deze ingreep verricht. Toepassing van acupunctuur door een arts is 'genees- en heelkundige hulp', en dus inbegrepen in het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet. Dit betekent dat de eigen huisarts of de regulier geraadpleegde specialist van de verzekerde geen 'particulier honorarium' hiervoor kan vorderen.

Dit is een duidelijk ander standpunt dan het standpunt dat voor kort bijvoorbeeld door de Raad van Beroep werd ingenomen. Afgeacht moet worden of deze ommezwaaai ook praktische betekenis krijgt. Daar ziet het nog niet naar uit: staatssecretaris Veder-Smit heeft de Tweede Kamer naar aanleiding van het interimrapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen laten weten, dat op korte termijn geen beleids- en wettelijke maatregelen voor de opleiding van acupuncturisten kunnen worden verwacht.

B.

psychologen. Ik vind het jammer dat de heer Bergsma toch niet helemaal heeft begrepen waarom bijvoorbeeld een maatschappelijk werker in een ziekenhuis wordt aangetrokken en wat de taken zijn van een dergelijke functionaris. Zeker is voor mij, dat ook een maatschappelijk werker niet de taak van de specialist kan of mag overnemen als het gaat om voorlichting. Wel kan hij door zijn meer specifieke gesprekstechnische mogelijkheden proberen te onderzoeken met welke vragen een patiënt zit, om dan een gesprek tussen de specialist en de patiënt te organiseren. Vaak blijkt mij, als niet-medicus, echter dat na lang doorvragen aan de patiënt hij allerlei informatie heeft gekregen maar de samenhang hierin is zoekgeraakt. Een simpel vraag-en-antwoordspelletje leidt dan tot inzicht bij de patiënt omtrent zijn/haar situatie.

Tenslotte dit: ook de huisarts is in de eerste plaats een medicus en géén sociaal werker of psycholoog. Hij mist hier de specifieke opleiding voor. Daarom is het idee hem in te zetten bij alle voorkomende psychosociale problematiek onbruikbaar. De patiënt heeft meer recht op adequate medische maar ook psychosociale hulp als hij daarom vraagt. Hij heeft er dan ook recht op door deskundigen geholpen of begeleid te worden.

Purmerend, 3 november 1978

Co Pasdeloup, maatschappelijk werker  
Stads- en Liduinaziekenhuis

## PRAKTIJK ZOEKEN (II)

Het siert de arts E. Sanders, dat hij via het stukje 'Praktijk zoeken' in MC nr. 43/1978, blz. 1342, tracht voorlichting te geven over het zo moeilijke terrein van het bemiddelen bij het vestigen van medische praktijken en het daar zeer nauw bij betrokken terrein van financieren, verlenen van hypotheeken, het adviseren ten aanzien van pensioenvoorzieningen en assurantiën en dergelijke en daarbij als enige met name genoemde uitzondering het KNMG als zijn eigen artsenorganisatie warm aanbeveelt. Het siert hem evenwel niet, dat hij blijkbaar zonder enig kritisch onderscheidingsvermogen zijn waarschijnlijk persoonlijk teleurstellende ervaring als enige bron van wetenschap projecteert op alle kantoren buiten de KNMG, door hen zonder enige restrictie in zijn slotzin tot de beunhazen op bemiddelingsgebied te rekenen. Een ongenueanceerde beoordeling. Deze kantoren zouden 'met interessant lijkende gesprekken en met gewapper met financiële computerverslagen' hun medische cliënten tot goedgelovigheid brengen. Een beroepsgroep die qua IQ toch wel het kaf van het koren zal kunnen

onderscheiden, zal toch ons inziens niet gauw geneigd zijn zonder overtuiging iets te geloven. Wij onderkennen, evenals de heer Sanders, dat er op dit gebied zich situaties kunnen voordoen waarmede Intermediac zich niet kan verenigen. Het blijft ook bij onze leden mogelijk dat er beoordelingsfouten worden gemaakt, evenals dat op ieder ander werkterrein voorkomt. Hier geldt ieders individuele verantwoordelijkheid.

Intermediac is een vereniging van geheel onafhankelijke professionele adviseurs voor medische en andere academische beroepen op het terrein van associaties, van vestigingen en overdrachten van praktijken, op het gebied van financiering, hypotheeken, pensioenen en assurantiën, dit alles gezien in het kader van de persoonlijke financiële en fiscale mogelijkheden van de arts-cliënt. Deze kantoren moeten voldoen aan eisen van deskundigheid en over voldoende ervaring beschikken om als lid te kunnen worden toegelaten. Er zijn dan ook leden die twintig jaar en zelfs veel langer ervaring op dit specifieke terrein hebben. De kantoren moeten overeenkomstig de door Intermediac vastgestelde beroepscode handelen, waarbij het belang van de cliënt immer dient te prevaleren.

Intermediac-leden plegen een op diens persoonlijke omstandigheden gericht advies te geven, waarbij zelden gebruik wordt gemaakt van onpersoonlijke computerverslagen; dit in tegenstelling tot wat de heer Sanders met zijn 'gewapper met computerverslagen' bedoelt. Bovendien zou bij aanbidding van een praktijk 'een bepaalde vorm van financiering verplicht worden gesteld', zo stelt de heer Sanders. Afgezien van het feit dat er zeer verschillende vormen door een Intermediac-lid plegen te worden geadviseerd, zal de cliënt vooraf kunnen bepalen of hij van deze service gebruik wenst te maken en, zo ja, welke vorm hij kiest. Onze leden blijven de cliënt desgewenst persoonlijk verder in deze zaken begeleiden. Wij vinden het bijzonder jammer, dat de heer Sanders op dit terrein blijkbaar zo beperkt is georiënteerd en dat hij meent op denigrerende toon over alle kantoren een negatief oordeel te kunnen vellen.

Leersum, 9 november 1978

Het Bestuur van Intermediac, vereniging van adviseurs voor medische en andere academische beroepen, Mr. Th. E. M. Littel-Leussink, voorzitter  
H. D. Vooren, secretaris



**Medisch-historische dag** – De tiende medisch-historische dag zal worden gehouden op zaterdag 9 december 1978 in het Medisch Encyclopaedisch Instituut van de Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam. Aanvang 10.30 uur. Inleidingen: Mw. H. A. Bosman-Jelgersma ('Praktiserende apothekers te Delft tijdens de tweede helft van de 16e eeuw'), Mw. Drs. R. J. C. V. Ter Laage ('Nederlandse bijdragen tot de eugenetica tussen de wereldoorlogen'), Dr. C. M. van Hoorn ('Dr. Job Baster (1711-75), een leerling van Boerhaave'), Drs. J. Langelier ('Indrukken van het medisch-historisch congres te Plovdiv, Bulgarije, augustus 1978'), Prof. Dr. G. A. Lindeboom ('Boerhaaves conceptie van de elementaire bouw van het lichaam'), Dr. J. Masereeuw ('Johannes Monnikhof (1707-87) en zijn breukbehandeling') en Drs. M. C. de Haan ('Pieter Turcq, chirurgijn te Dinteloord'). Deelneming (lunch inbegrepen) na overmaking vóór 1 december van f 15,— op giro 1135214, Stichting Historia Medicinae, Mr F. A. van Hallweg 114, Amstelveen; vermelden: MHD. Maximum aantal deelnemers: 50.

**Vraag en aanbod g.g.z.** – De Studiedag 1978 van het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NCGV), vrijdag 15 december 1978 in de Utrechtse Jaarbeurs, heeft als thema: 'Oneindige behoefte – oneindige zorg'. Sprekers zijn Prof. Dr. M. A. J. Romme ('Epidemiologie in de geestelijke gezondheidszorg'), Dr. C. W. Aakster ('Behoeft, beleid, hulpverlening'), R. Offerhaus ('Van probleem tot psychiatrie: een onderzoek'), Dr. A. van der Werff ('Onderzoek en overheidsbeleid') en Prof. Dr. A. de Swaan ('Behoeft het aanbod bepaling?'). Na hun voordrachten een forumdiscussie onder leiding van NCGV-directeur Drs. T. E. D. van der Grinten. Inschrijving door storting van f 60,— per persoon op giro 108700, NCGV, Utrecht; vermelden: 'Studiedag 1978'. Voor dat geld krijgt men tevens een documentatiemap, een lunch en consumpties. Nadere inlichtingen en inschrijfformulier: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, Wilhelminapark 26, Utrecht, tel. 030-517804.

**LVAG over specialistenopleiding** – Op 13 januari 1978 houdt de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) vanaf kwart over tien in de Jaarbeurs te Utrecht een symposium over 'De opleiding tot specialist: hoe verder?' Nadere mededelingen volgen.

---

# Ziekenfondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts

## 1. Inleiding

In recente beleidsplannen van de regering wordt onder meer een uitbreiding voorgesteld van de eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekeringen op niet-klinische verstrekkingen met een maximum van f 100,— per zelfstandige huishouding (Bestek '81, pag. 46). Dit voornemen heeft begrijpelijkerwijs de aandacht getrokken en veel kritiek uitgelokt (zie bijvoorbeeld 'Het Binnenhof' van 12 juli 1978).

In dit artikel wordt een poging ondernomen om met behulp van enkele onderzoeksgegevens wat meer te weten te komen over factoren die met de mogelijke invloed van het fondslidmaatschap te maken kunnen hebben.

## 2. Bestaand onderzoek

De rol die het fondslidmaatschap speelt bij het raadplegen van de belangrijkste niet-klinische verstrekking, de huisarts, is in Nederland herhaaldelijk onderwerp van studie geweest<sup>1</sup>. In alle in noot 1 genoemde gevallen gaat het om onderzoek naar ziektegedrag en zijn determinanten. De algemene probleemstelling die eraan ten grondslag ligt is de vraag welke factoren wel, welke minder en welke niet van invloed zijn op het raadpleeggedrag van mensen. Natuurlijk verschilt telkens de manier waarop een en ander onderzoekbaar is gemaakt en waarop het materiaal werd geanalyseerd. Voorts doen zich verschillen voor in de kenmerken van de onderzochte groep mensen: sommige onderzoekers maken gebruik van registratiegegevens, anderen van

---

door Mw. Drs. M. Mootz



Mevrouw Mootz is medewerkster van het Sociaal en Cultureel Planbureau te Rijswijk; zij dankt Drs. C. Kool, Dr. A. P. N. Nauta en Drs. M. van der Snoek voor hun opbouwend commentaar bij het totstandkomen van dit artikel.

---

steekproeftechnieken, die overigens slechts in één geval (Jessen, 1974) een voor Nederland representatief te achten onderzoeksgroep opleverden. In deze onderzoeken wordt – meestal onder het begrip consumptiemogelijkheid – de variabele ziekenfondslidmaatschap opgevoerd. De invloed van deze variabele is over het algemeen niet erg groot. Het is (gelukkig) zo dat alle bekende studies de verschijnselen die met de gezondheidstoestand van de patiënt te maken hebben als belangrijkste determinanten van het raadplegen van de huisarts aanmerken.

Voor zover wel een invloed van het fondslidmaatschap wordt geconstateerd, wijst deze meestal in de richting van meer medische consumptie door fondspatiënten vergeleken met niet-fondspatiënten<sup>2</sup>. De invloeden van andere

determinanten, zoals bijvoorbeeld de belangrijkste, namelijk de gezondheidstoestand, worden bij de meeste studies (met behulp van statistische analysetechnieken) gelijk verondersteld. Hieruit zou de voorlopige conclusie kunnen worden getrokken dat fondspatiënten hun huisarts iets vaker raadplegen dan niet-fondspatiënten, zonder dat daarvoor aanwijsbare redenen zijn aan te voeren.

Als men even afziet van de wat wankelende basis waarop die conclusie berust, is het de vraag of hiermee voldoende informatie is verkregen over die factoren die voor de invloed van het fondslidmaatschap op het raadpleeggedrag belangrijk zijn.

Wij menen van niet. Het is immers niet duidelijk welke kenmerken veel en weinig raadplegende bevolkingsgroepen hebben. Wij hebben daarom geprobeerd om de onderlinge samenhang van de determinanten van ziektegedrag die voor de eigen risico-problematiek van belang kunnen zijn wat gedetailleerder te ontrafelen dan tot dusver is geprobeerd. Daarbij hebben wij bij de selectie van de variabelen voortgebouwd op genoemde onderzoekresultaten van anderen. Een en ander was mogelijk omdat wij gebruik konden maken van het materiaal van het Leefsituatie-onderzoek 1977. Dit landelijke onderzoek (N=4.000) werd in 1977 door het CBS uitgevoerd mede ten behoeve van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het is niet gehouden met het specifieke doel het hier besproken vraagstuk te belichten. Het biedt evenwel voldoende aanknopingspunten om er middels secundaire analyse nader op in te gaan.

3. Fondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts: een overzicht

In de eerste plaats is nagegaan welke invloed het fondslidmaatschap heeft op het consulteren van de huisarts, als de invloed van enkele andere belangrijke factoren is geëlimineerd. Daarbij is uitgegaan van het analysemodel van Cassee (1973, zie noot 1).

Anders dan bij deze hierbovengenoemde studies is het er ons niet om te doen het raadplegen zo goed en volledig mogelijk te verklaren. Het gaat immers alleen om de rol die het fondslidmaatschap daarbij speelt. Het resultaat is te vinden in tabel 1.

Bij de interpretatie (van de stapsgewijze regressie-analyse) moet rekening worden gehouden met de volgorde der variabelen: het gaat om de vraag, welke verklaring de tweede variabele kan toevoegen aan de verklaring die de eerste variabele al aangaf, etc. Zou men bijvoorbeeld de variabele inkomen aan het fondslidmaatschap vooraf laten gaan, dan zou door deze laatste variabele per definitie minder verklaring worden verkregen.

Uit tabel 1 blijkt dat de verklaring die het ziekenfondslidmaatschap nog kan toevoegen aan het feit of men zijn huisarts niet, weinig of veel raadpleegt zeer gering is (en niet significant). In feite spreekt dit resultaat de algemene conclusie uit bestaand onderzoek (zie onder 2) tegen.

De reden hiervoor moet waarschijnlijk worden gezocht in het feit dat onze resultaten – anders dan die van de meeste anderen – gebaseerd zijn op een vrij grote landelijke steekproef (in dat opzicht zijn zij betrouwbaarder). Voorts is het niet uitgesloten, dat de invloed van het fondslidmaatschap meer dan die van andere determinanten in de loop van de tijd is afgenomen (het leefsituatieonderzoek werd in 1977 gehouden, het materiaal van anderen dateert van circa begin 1970).

Tenslotte konden de consumptienoodzaak en -geneigdheid vrij goed worden geïndiceerd, zodat de invloed van het fondslidmaatschap mogelijk beter 'gezuiverd' werd dan in andere studies.

Tabel 1: De mate waarin het ziekenfondslidmaatschap boven 10 andere determinanten verklaring toevoegt aan de frequentie waarmee men de huisarts raadpleegt <sup>3</sup>.

	regressie- coëfficiënten	percentage verklaarde variantie (stapsgewijs toegevoegd)
<i>Consumptiegeneigdheid</i>		
perceptie gezondheid .....	+ .21	18,2%
stress (VOEG <sup>4</sup> ) .....	+ .13	
neuroticisme (ABV <sup>5</sup> ) .....	+ .02	
<i>Consumptienoodzaak</i>		
aantal langdurige aandoeningen <sup>6</sup> .....	+ .10	5,8%
ziek in bed geweest afgelopen 3 mnd. ....	+ .23	
<i>Structurele variabelen</i>		
geslacht .....	+ .06	0,4%
leeftijd .....	+ .01	
opleiding .....	- .04	
<i>Consumptiemogelijkheid</i>		
fondslidmaatschap .....	+ .03	0,1%
gezinsinkomen .....	- .02	
Totaal percentage verklaarde variantie .....		24,5%

4. Het fondslidmaatschap en de raadpleegfrequentie van enkele specifieke bevolkingscategorieën

4.1 Inleiding

De grote steekproef van het leefsituatieonderzoek staat een vrij vergaande uitsplitsing van het materiaal toe. Daardoor is het mogelijk om combinaties van factoren nader te onderzoeken (statistisch betekent dit het opsporen van interactie-effecten).

Bij deze problematiek is het (gezins-)inkomen een belangrijke variabele. Aangezien inkomen en fondslidmaatschap sterk samenhangen, wordt het inkomen niet altijd mee bij de analyse betrokken. De samenhang tussen beide variabelen sluit echter niet uit dat er ook fondsleden zijn die een hoog gezinsinkomen kunnen genieten en – aan de andere kant – dat er ook particulier verzekerden met een laag inkomen zijn, zoals bijvoorbeeld zelfstandigen.

In deze analyse worden eerst fondsleden en particulier verzekerden in verschillende inkomensgroepen vergeleken naar de frequentie waarmee zij hun huisarts raadplegen. Daarbij wordt geprobeerd de groepen voor wat hun gezondheidstoestand

betreft, zo weinig mogelijk van elkaar te laten verschillen. Daarvoor zijn twee indicatoren gekozen. Ten eerste zijn groepen onderling vergeleken die een of meerdere langdurige aandoening(en) hebben en groepen die geen aandoening rapporteerden (beide 50% van de steekproef)<sup>6</sup>. Ten tweede zijn mensen onderling vergeleken die in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek ziek in bed hebben gelegen (20% van de steekproef). De gerapporteerde raadpleegfrequentie had betrekking op dezelfde periode. Hierbij wordt niet gesuggereerd dat het ziek in bed liggen aan het raadplegen van de arts voorafgaat; het kan natuurlijk ook een gevolg ervan zijn. De samenhang tussen beide variabelen is echter wel duidelijk.

Wij zullen de resultaten voor deze twee indicatoren afzonderlijk bespreken. Daarna wordt nader ingegaan op naar leeftijd, opleiding en inkomen onderscheiden groepen. Voor de gebruikte statistische toetsingsmethoden wordt verwezen naar noot 7.

4.2 Langdurige aandoeningen

Er zijn drie inkomensgroepen onderscheiden, te weten < f 21.000, f 21.000 tot f 31.000 en > f 31.000 per

jaar. Met nadruk wordt er nogmaals op gewezen dat het om het inkomen van het huishouden gaat waarvan de respondent deel uitmaakt. Bij de drie groepen met langdurige aandoeningen werd geen significant verschil in raadpleegfrequentie gevonden tussen fondsleden en particulier verzekerden. Van de drie groepen zonder langdurige aandoeningen vertoonde er slechts één wel een dergelijk verschil: fondsleden in de laagste inkomenscategorie raadplegen hun huisarts meer dan particulier verzekerden in diezelfde categorie (zie tabel 2). Erg sterk is deze tendens overigens niet<sup>8</sup>.

Tabel 2: Frequentie waarmee mensen die géén langdurige aandoening hebben met een gezinsinkomen van < f 21.000 per jaar hun huisarts raadplegen naar verzekeringsvorm (in perc.)

raadpleegfrequentie	fondsleden	particulieren
geen maal .....	62	85
1 maal .....	23	11
2 en meer maal .....	15	4
	(N=492)	(N=47)

$\chi^2 = 11.88 \quad p < .05$   
 $z = 3.2 \quad (7)$

#### 4.3 Ziek in bed geweest

Van de zes onderling vergeleken groepen bleken er twee verschil te tonen in raadpleegfrequentie tussen op verschillende wijzen tegen ziektekosten verzekerden. Het bleek dat fondsleden in de laagste inkomensgroep, die niet 'ziek in bed geweest' waren, méér raadplegen dan particulieren in diezelfde groep. Anderzijds raadplegen particulieren weer meer in de groep met een gezinsinkomen van > f 31.000 per jaar wanneer zij wel ziek in bed zijn geweest (zie de tabellen 3 en 4). Beide verbanden zijn echter evenmin sterk<sup>8</sup>.

#### 4.4 Leeftijd en opleiding

Aangezien iemands opleiding en vooral zijn leeftijd het invoeren van huisartsenhulp kunnen beïnvloeden werd ons materiaal verder uitgesplitst naar deze kenmerken. Dit nieuwe materiaal bracht echter geen wezenlijk nieuwe inzichten: van alle zestig groepen, die werden

Tabel 3: Frequentie waarmee mensen die niet ziek in bed waren, met een gezinsinkomen van < f 21.000 per jaar hun huisarts raadplegen naar verzekeringsvorm (in perc.)

raadpleegfrequentie	fondsleden	particulieren
geen maal .....	54	67
1 maal .....	22	14
2 maal .....	10	12
3 en meer maal .....	14	7
	(N=972)	(N=84)

$\chi^2 = 7.65 \quad p < .05$   
 $z = 2.1$

Tabel 4: Frequentie waarmee mensen die wel ziek in bed geweest waren met een gezinsinkomen van > f 31.000 per jaar hun huisarts raadplegen naar verzekeringsvorm (in perc.)

raadpleegfrequentie	fondsleden	particulieren
geen maal .....	47	32
1 maal .....	27	33
2 maal .....	11	9
3 en meer maal .....	16	26
	(N=90)	(N=100)

$\chi^2 = \text{n.s.}$   
 $z = -2.0$

samengesteld en naar de raadpleegfrequentie van fondsleden en particulieren werden vergeleken, vertoonden er slechts vijf significante verschillen. Op het totaal gezien betekent dit een niet-significante uitkomst. De verfijning naar leeftijd en opleiding geeft ook geen aanleiding tot een duidelijke interpretatie van de uitkomsten. Wel blijkt dat zich geen verschillen tussen het aantal huisartsconsulten van fondsleden en particulieren voordoen in de leeftijdsgroepen van ouder dan 50 jaar<sup>9</sup>.

#### 4.5 Geneigdheid tot het uiten van lichamelijke klachten

Om het voorgaande beter te kunnen interpreteren is gekeken naar bevolkingscategorieën waarvan kan worden verondersteld dat zij makkelijker of eerder lichamelijke klachten uiten dan anderen. Als maatstaf hiervoor is gekozen voor de score op de Vragenlijst Ervaren Gezondheidstoestand<sup>4</sup>.

Van de zes voor deze score telkens vergelijkbare inkomensgroepen blijkt er slecht één groep verschillen te vertonen: fondsleden met een relatief grote neiging lichamelijke klachten te uiten raadplegen hun huisarts meer als zij deel uitmaken van de inkomensgroep < f 21.000 dan hun particulier verzekerde tegenhangers (zie tabel 5).

Tabel 5: Frequenties waarmee mensen die relatief gemakkelijk lichamelijke klachten uiten met een gezinsinkomen van < f 21.000 per jaar hun huisarts raadplegen naar verzekeringsvorm (in perc.)

raadpleegfrequentie	fondsleden	particulieren
geen maal .....	36	56
1 maal .....	26	17
2 maal .....	14	18
3 en meer maal .....	24	9
	(N=711)	(N=54)

$\chi^2 = 12.95 \quad p < .001$   
 $z = 2.8$

### 5 Samenvatting

In dit artikel is met gegevens uit een relatief grote en voor de Nederlandse bevolking representatief te achten steekproef nagegaan of er verschillen zijn tussen fondsleden en particulier verzekerden voor wat de frequentie betreft waarmee zij hun huisarts consulteren. Als de invloed van enkele gegevens betreffende de gezondheidstoestand statistisch wordt geëlimineerd, kan zo'n verschil voor de totale bevolking met deze gegevens niet worden vastgesteld. Ook uit de analyse van specifieke bevolkingscategorieën (interactie-effecten) blijkt hooguit een zeer gering verschil in raadpleegfrequentie tussen groepen fondsleden en particulieren die naar gezondheidstoestand, inkomen, leeftijd en opleiding vergelijkbaar zijn. Belangrijk is vooral op te merken dat zich géén significantieverschillen voordoen tussen de groepen die een of meer langdurige aandoeningen hebben. Men kan het hebben van één of meer landurige aandoeningen zien als een indicator voor de noodzaak om medische hulp in te roepen. Deze consumptienoodzaak blijkt de raadpleegfrequentie van de onderscheiden groepen duidelijker te beïnvloeden dan het inkomen of de



verzekeringsvorm van die groepen. Met enige voorzichtigheid kan men wel concluderen dat fondsleden in de laagste inkomensgroep meer de huisarts raadplegen dan particulieren, zonder dat hun gezondheidstoestand – gemeten volgens onze twee indicatoren – daartoe aanleiding geeft. Particulieren raadplegen de huisarts daarentegen meer dan fondsleden voor zover zij deel uitmaken van de hoogste inkomensgroep. Zij rapporteerden dan wel in de afgelopen drie maanden ziek in bed geweest te zijn. Tenslotte werd vastgesteld dat fondsleden met een neiging lichamelijke klachten te uiten hun huisarts vaker consulteren dan particulier verzekerden met diezelfde neiging, als beide groepen een inkomen van minder dan f 21.000 genieten.

#### Noten

1. Resultaten van buitenlandse studies zijn voor dit probleem minder bruikbaar, omdat zowel het verzekeringssysteem als de structuur van het gezondheidszorgsysteem in andere landen verschilt van de Nederlandse situatie. De belangrijkste Nederlandse studies zijn:
  - Cassee, E. Th., Naar de dokter, Meppel 1973.
  - Gaag, J. van der, An Econometric Analysis of the Dutch Health Care System, Leiden 1977.

- Jessen Medische Consumptie, Groningen 1974; voor deze vraagstelling vooral bewerkt door Ormel, J.
- Kuyvenhoven, M. en F. Touw-Otten, De verschillen en overeenkomsten in frequentie van aandoeningen tussen agrarische, autochtone en forensengezinnen in een plattelandsgemeente in Nederland (Instituut voor Huisartsgeneeskunde), Utrecht 1977.
- Lamberts, H., De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor huisartsgeneeskunde (I-III). In: Huisarts en Wetenschap 1974, 455-473; 1975, 7-39; 1975, 61-73.
- Oliemans, A. P., en W. van der Ven, Morbiditeitsanalyse in een solo-huisartspraktijk. In: Huisarts en Wetenschap (1975) 18, p. 437-448.
- Rutten, F. F. H. The Use of Health Care Facilities in the Netherlands, Leiden 1978.
- Velden, H. G. M. van der, Huisvrouw-Huisarts-Huisgezin, Nijmegen, 1971.

2. Ormel (Jessen, 1974) schrijft deze samenhang toe aan de aard van het werkverband van fondspatiënten: omdat niet-fondspatiënten vaak zelfstandigen zijn, hebben zij minder gelegenheid om naar de dokter te gaan en ziek te zijn. Kuyvenhoven en Touw-Otten (1977) vonden géén invloed van het fondslidmaatschap op het raadpleeggedrag.

3. Analysemodel vrij naar Cassee (1973, zie noot 1). De gevraagde raadpleegfrequentie had betrekking op een periode van drie maanden (febr.-april '77).

4. Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand, ontleend aan Dirken, M. J., Arbeid en Stress, Groningen 1969.

5. Amsterdamse Biografische Vragenlijst, N-items, ontleend aan Wilde, G. J. S., Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode, Amsterdam 1962.

6. Zie Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1976, p. 293-294, Den Haag, 1976.

7. De significantieberekeningen zijn gebaseerd op de chi-kwadraat-toets en op de toets van Wilcoxon. De aangegeven z-waarde is een standaardisatie van W

$$(z = \frac{W - N_1 \times N_2}{\sqrt{\frac{1}{3} N_1 \times N_2 (N_1 + N_2 + 1)}})$$

met een significantiegrans van  $|z| \geq 1.96$ . Een positieve z wijst erop, dat fondsleden vaker de huisarts raadplegen dan particulieren, een negatieve z wijst op het omgekeerde.

8.  $p \leq .05$ .

9. De resultaten geven geen aanleiding tot volledige presentatie van dit materiaal. Het is bij de auteur te zien.

## PRAKTIJKPERIKELN

### Arts/vrouw

*Nauwelijks thuis na een drukke dag ratelt zoals gewoonlijk de telefoon. De recovery? 'Met Dr. X.' 'Mag ik Uw man?' 'Die heb ik niet'. 'Mag ik dan de dokter?' 'Daar spreekt U mee, mijnheer.' De meneer, particulier patiënt, blijkt zeer verbolgen te zijn over mijn declaratie, want hij is verzekerd en heeft derhalve niets met mij te maken, zegt hij. Discussie bleek onmogelijk: hij wenste de dokter zelf te spreken. Aan mijn nota's en mijzelf is duidelijk te zien dat ik een vrouw ben.*

### Arts/patiënt

*Als ik een ander ziekenhuis dan dat waar ik zelf werkzaam ben opbel, ligt de telefoniste bij het horen van 'U spreekt met Dr. X uit Y' op de knieën. Zodra echter blijkt dat ik behalve arts ook patiënt ben, wordt ik ogenblikkelijk op andere wijze benaderd. Inderdaad, patiënten worden in ziekenhuizen vaak honds te woord gestaan.*



---

# Eerste Kamer aanvaardt wetsontwerp Wijziging wet ziekenhuisvoorzieningen

De Eerste Kamer heeft het wetsontwerp Wijziging wet ziekenhuisvoorzieningen zonder hoofdelijke stemming aangenomen. Het eerste wetsontwerp was afkomstig van staatssecretaris Kruisinga; het werd in 1971 in het Staatsblad geplaatst. Het thans aanvaarde is van staatssecretaris Hendriks. Sinds de indiening van het wetsontwerp en het wijzigingsontwerp is het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg ingediend. De gewijzigde wet Ziekenhuisvoorzieningen zal daarin opgaan. Daarvoor zal een nota van wijziging in het wetsontwerp Voorzieningen nodig zijn.

## Doel

Het doel van het onderhavige wetsontwerp is drieledig:

1. het bieden van een kader voor planning in de intramurale gezondheidszorg, waardoor een gezamenlijk denken en samenwerken wordt bevorderd;
2. het bevorderen van de doelmatigheid en kostenbeheersing, doordat een juiste spreiding en een optimaal gebruik van de voorzieningen wordt bevorderd;
3. het bieden van de nodige rechtszekerheid voor alle personen en instellingen wier belangen met de materie zijn gemoeid.

Een goed systeem van planning zal de samenhang tussen de geplande voorzieningen bevorderen. Dat kan tot uiting komen doordat men zorgt dat de voorzieningen elkaar aanvullen. Het functioneren van ziekenhuizen is immers nauw verbonden aan dat van

verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen, enz. Tevens kan rekening worden gehouden met de aanwezigheid van extramurale voorzieningen – zoals wijkverpleging, bejaardenzorg, gezinsverzorging – en met het functioneren van de huisartsenhulp in zijn verschillende vormen. Doelmatigheid en kostenbeheersing bij het bouw- en inrichtingbeleid worden van groot belang geacht, gezien het feit dat in 1977 de exploitatiekosten in de intramurale zorg circa 12,5 miljard bedroegen en dat in 1976 de kosten van de intramurale zorg 57% van de totale kosten van de gezondheidszorg bedroegen.

De rechtszekerheid wordt bevorderd, doordat de uitvoeringsmaatregelen van deze wet onder meer voorzien in de procedures voor publikatie, inspraak en beroep. Er zullen termijnen worden vastgesteld waarbinnen beslissingen moeten worden genomen en adviezen uitgebracht. Ook komt er een regeling voor de financiële gevolgen van een eventuele sluiting van inrichtingen. Tenslotte zal het wettelijk advieslichaam van de regering, het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu een definitieve status krijgen en wordt de Ziekenhuiscommissie opgeheven. Het kenmerk van de voorgestelde wijzigingen is dat wordt gestreefd naar meer *flexibiliteit* in de planning. Er behoeft niet meer één totaalplan voor het hele land te komen, maar er komen categorale plannen (bijvoorbeeld voor verpleeghuizen) of plannen voor bepaalde regio's. Ook is de regeling voor de spreiding van sterk gespecialiseerde voorzieningen (bijvoorbeeld de megavolttherapie) vereenvoudigd.

## Toepassing

De beoordeling van de aanhangige bouwplannen dient zo soepel en vlot mogelijk te verlopen, aldus staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit bij de behandeling van het wetsontwerp in de Eerste Kamer. Gewaakt moet worden voor het ontstaan van een bureaucratisch proces, dat de besluitvorming vertraagt.

Een bijdrage tot een snelle beslissingsprocedure kan zijn, dat de adviezen van de drie instanties die met de advisering zijn belast – het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de provincies en de Geneeskundige Inspectie – zoveel mogelijk in methode en tijd op elkaar worden afgestemd. Een belangrijke bijdrage is ook de beschikbaarheid van de juiste, actuele informatie. Daarmee kan worden voorkomen dat tijd verloren gaat met het inwinnen van nieuwe informatie of dat met niet voldoende actuele informatie moet worden gewerkt.

Bij de beoordeling van bouwplannen moet niet alleen worden gelet op de ruimtelijke aspecten en investeringskosten, maar vooral ook op het functioneren en de exploitatie. Dit wordt des te meer van belang geacht, omdat de personeelskosten in de intramurale zorg circa 65% bedragen, terwijl met rente en afschrijvingen 12% is gemoeid. Getracht wordt de *kwantitatieve maatstaf* van 4 bedden per 1.000 inwoners te verfijnen, aan te vullen en genuanceerd toe te passen. Zodra het desbetreffende onderzoek is afgerond, wil men deze maatstaf vervangen door een maatstaf als 'behandelcapaciteit', 'patiëntenplaats' of een dergelijk begrip.

## *‘Van zelfbeoordeling naar verbetering’*

‘Na een congres onder het motto ‘Beter worden, hoe?’ waar de basis gelegd werd, volgden congressen over ‘Methoden van hulpverlening’ (1976) en ‘Methoden van nascholing’ (1977) waar de wegen naar beterschap bestudeerd en beproefd zijn. De lijn wordt nu doorgetrokken met een congres over ‘Methoden van toetsing’: ‘Van zelfbeoordeling naar verbetering’ is de eerste stap op de weg van de toetsing, de kortste weg naar beterschap’. Aldus de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap ter toelichting van het thema dat dit jaar was gekozen voor het NHG-congres, zaterdag 4 november jl. gehouden in ‘De Horst’ te Driebergen.

Volgens Dr. De Geus zijn de toetsingsmethoden zodanig, dat het signaleren van tekortkomingen hand in hand gaat met het opheffen ervan: ‘Daarom is toetsing ook niet bedreigend. Toetsing werkt als een kompas dat de koers bewaakt. Er is nauwelijks een schrede tussen zelfbeoordeling en kwaliteitsbevordering’. In zijn openingswoord betoogde Dr. De Geus voorts (samenvattend): ‘Van zelfbeoordeling tot verbetering’ is niet zomaar een egotrip ten behoeve van jezelf. In NHG-verband omvat dit thema een volledig programma: de route van zelfbeoordeling naar verbetering van eigen functioneren, van daar naar verbetering van het functioneren van de groep waarin je werkt, dan naar verbetering van het functioneren van de beroepsgroep als zodanig, van daar naar bijstelling van het ideaal, van daar naar ontwikkeling van het beroepsbeeld, van daar naar ontwikkeling van het wetenschappelijk idioom, van daar

naar beschrijving van de inhoud van het vak, van daar naar beter onderwijs en van daar weer terug naar betere huisartsen.’

De NHG-voorzitter besloot zijn inleiding aldus: ‘Hetzelfde motto, ‘Van zelfbeoordeling tot verbetering’ is de grondgedachte van het projectenplan, dat in opdracht van het bestuur wordt ontwikkeld en waarvoor het bestuur belangstelling wil wekken. Het is een van onze pogingen om de huisartsgeneeskunde verder te brengen. Een poging die weerklank gevonden heeft bij de huisartseninstituten. Wij verheugen ons erover dat hoogleraren in de huisartsgeneeskunde en het NHG-bestuur bijna gelijktijdig aan elkaar hebben laten weten het nodig te vinden, dat de banden onderling weer aangehaald worden.’

‘Het Genootschap is een organisatie van huisartsen die zoeken naar de essentiële kenmerken van het per definitie onbereikbare ideaaltype. Het genootschap zelf kan pas verdwijnen als dit ideaaltype voorgoed gerealiseerd is. Dus nooit. Ik meen inderdaad, dat het niet aangaat om de huisartsgeneeskunde te midden van andere wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen tot bloei te laten brengen door de universitaire instituten en zich als leden van het Genootschap op wetenschappelijk gebied te beperken tot het consumeren van nascholing.’ ‘De huisartsgeneeskunde krijgt een gezicht. De kunst is de wederhelften wetenschap en beroep, de gezichten van het prototype van de huisartsgeneeskunde, in één oogopslag ideaal te typeren en van dat type zelf een actuele afspiegeling te zijn. De methode is ‘van

zelfbeoordeling tot verbetering’. Begin bij jezelf, verbeter de wereld.’

### **Toetsing**

De voorzitter van de NHG-werkgroep ‘Toetsing’, de heer P. V. M. Cromme, huisarts te Twello, hield daarop een inleiding, waaraan hier het volgende is ontleend:

‘Nu de huisartsgeneeskunde een erkende academische discipline geworden is, komt de vraag naar wat zij is en wat zij wil zijn sterker naar voren dan toen er sprake was van algemeen arts zijn. De vraag naar een wetenschappelijk fundament voor de huisartsgeneeskunde wordt steeds dringender. Een van de eerste problemen bij het opbouwen van een dergelijk fundament is een duidelijke omschrijving van het taakgebied van de huisarts en de grenzen van zijn werkgebied ten opzichte van specialismen in de tweede lijn en andere disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg.’

‘Parallel daaraan lijkt het een redelijke vooronderstelling dat iedere huisarts er behoefte aan heeft geïnformeerd te zijn over het resultaat van zijn werk op een objectieve wijze; toch is een dergelijke reflectie nu nauwelijks te verkrijgen door gebrek aan bruikbare en algemeen aanvaarde normen en tevens door het gebrek aan terugkoppelingsmechanismen voor wat betreft het resultaat van zijn bemoeiingen.’

‘Naast deze ontwikkelingen binnen de beroepsgroep zelf is de toenemende aandacht van de communicatiemedia voor de gezondheidszorg, met name met betrekking tot een mondigere opstelling van het publiek en een

benadrukking van het ook zelf verantwoordelijk zijn voor zijn gezondheid, een factor die mede leidt tot de vraag omtrent kwaliteit en rendement van de verleende zorg. Dat de overheid en de financierende instanties, zoals ziekenfonds en particuliere verzekeringsmaatschappijen, vragen om kwaliteitsbewaking en rendementsbepaling lijkt niet alleen een voorspelbare maar ook een volledig legitieme zaak, immers iedereen wil graag weten waarom en waaraan hij zijn geld uitgeeft.' Na een schetsmatig overzicht te hebben gegeven van de procesgang met betrekking tot toetsing, besloot de heer Cromme: 'Op dit moment is het slechts mogelijk om heel summier op enkele facetten van de gehele toetsingsmethode in te gaan; binnenkort verschijnt het rapport over toetsing van het huisartsenaandeel in de eerstelijns gezondheidszorg, waarin de werkgroep tracht zoveel mogelijk facetten te belichten en onderzoeksadviezen te formuleren waaruit kan blijken of toetsing zinvol, haalbaar en wenselijk is. Het is natuurlijk het intrappen van een open deur wanneer ik zou stellen dat niet

alle onderzoeksvragen en probleemvelden in één groot onderzoek te vangen zijn. Het stapsgewijs ontwikkelen van deelonderzoeken lijkt wel haalbaar, ook in de algemene praktijk, mits deze gedeelten deel uitmaken van het integrale onderzoeksplan. Het leren praten over je eigen werk, maar vooral over je eigen wijze van functioneren, is iets wat wij als huisartsen allemaal nog grotendeels moeten leren. Het lijkt een goed begin om eerst eens een aantal mogelijkheden te leren hanteren, waarmee enig inzicht in het eigen functioneren kan worden verkregen en juist daarop zijn de meeste oefeningen van vandaag gericht'. Aldus tenslotte de heer Cromme.

Zoals de laatste jaren gebruikelijk was ook dit keer het NHG-congres opgesplitst in werkgroepen waarbinnen een groot deel van het werkgebied van de huisarts aan bod kon komen: hoe lees ik literatuur? farmacotherapie, hoe kan ik een verwijsbrief evalueren? wat leer ik van spoedgevallen? hoe ga ik om met 'feed-back'? hoe kan ik een casus presenteren? hoe kan ik eigen

gesprekken evalueren? hoe lees ik? wat doe ik aan vaardigheden in mijn huisartspraktijk? anticiperende geneeskunde, welke praktijkinrichting heb ik en hoe gebruik ik die?

### NHG-prijs

Bij de opening van het congres maakte Dr. De Geus bekend dat de NHG-prijs dit jaar is toegekend aan het collectief, dat een rapport heeft samengesteld over een algemene methode van hulpverlening en de opbouw van een functionele relatie, toegespitst op de huisartspraktijk.

Voor dit rapport, getiteld 'Methodisch werken', tekenden J. Holten-Vriesema, C. Tompot, H. van Aalderen, K. Blanken, J. Ibelings, F. Riphagen, K. Schouwstra en G. Venhorst. De auteurs van het rapport, gepubliceerd in 'huisarts en wetenschap' nr. 9/1978, zijn leden van een NHG-werkgroep. Zij zijn allen betrokken bij de ontwikkeling van de eerste lijn, hetzij in uitvoerende functies, bijvoorbeeld huisartsen, dan wel ondersteunende functies, zoals de onderzoekers.

## Indicatiestelling voor opneming in een verpleeghuis

(Van een bijzondere medewerker)

De titel boven dit kort verslag van de vergadering van de NVVA (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen) had ook kunnen luiden: 'Wat is de identiteit van het verpleeghuis?' Niettemin is met opzet gekozen voor het hier gebruikte opschrift, omdat kort geleden een onderzoek naar de 'indicatiestelling voor opneming in verpleeghuizen' is afgerond, waardoor een belangrijk facet van de herkenbaarheid van het verpleeghuis meer duidelijkheid zal krijgen. De bedoeling van de vraagstelling was: proberen na de bestudering van de problematiek voorstellen te doen tot indicatie voor opneming in een verpleeghuis, tot het expliciteren van opnemingscriteria en tot een mogelijk regionaal opnemingsbeleid.

Op de ledenvergadering van de NVVA van 27 oktober jl. hielden de heer Sipsma, directeur van de Sociaal Geriatrische Dienst in de provincie Friesland en de heer Janssens, medisch adviseur van de Medische Dienst van de Stichting Samenwerking Rotterdamse Ziekenfondsen, beiden een boeiende voordracht over dit onderwerp. Kort en krachtig stelde de heer Janssens, dat de verzekerde zelf opneming en verblijf in een verpleeginrichting aanvraagt, ex. art. 4, lid 1 van de AWBZ. Het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan vraagt aan zijn medische dienst of er al dan niet een indicatie tot opneming bestaat. Strikt genomen is het echter de wil van de verzekerde (= patiënt) of hij al dan niet naar een inrichting wil. De huisarts of de specialist leveren

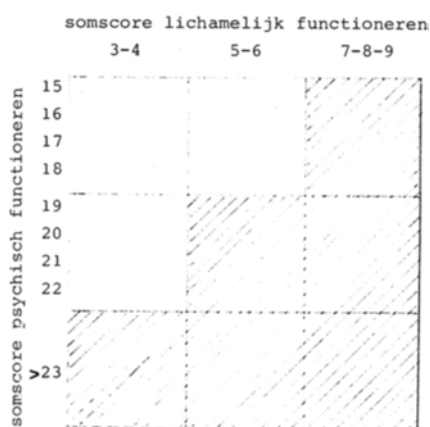
daartoe de motivering, welke de verzekerde nodig heeft om zijn claim bij de verzekeringsinstelling waar te kunnen maken.

Bij de arts ligt de verwijsbeslissing die kan worden beïnvloed door een aantal factoren, zoals kennis, vaardigheid, speciale deskundigheid, ervaring en attitude. Buiten de arts wordt de verwijsbeslissing beïnvloed door factoren als de aard van de aandoening, religieuze, geografische en soms economische factoren, voorts de aard en de omvang van de medische voorzieningen in het gebied waar de verzekerde patiënt woont. Strikt logisch en methodisch is de verwijsbeslissing dan ook niet. De heer Sipsma zette deze complexe problematiek met betrekking tot multiële pathologie bij bejaarden op heldere wijze uiteen. Om de toenemende willekeur van

verwijzing het hoofd te bieden, is getracht de beslissing 'opneming ja of neen' op basis van impliciete criteria te analyseren, onduidelijkheden eruit te halen, toetsbaar te maken voor anderen, terugkoppeling te evalueren en een zekere mate van normering aan te brengen.

Onmiddellijk rijst dan de vraag of men criteria kan ontwikkelen voor een voorziening, in casu het verpleeghuis, waarvan de functie niet geheel is gedefinieerd. Het wordt zo langzamerhand hoog tijd, dat het verpleeghuis een andere functietypering krijgt. Zolang deze nog niet exact kan worden vastgesteld, is een functietypering met een brede marge, met een redelijke functieflexibiliteit en de mogelijkheid tot ontwikkeling in meer richtingen het enig haalbare.

Het operationeel maken van de vraagstelling werd door de heer Sipsma uitgewerkt in een score-indeling ten aanzien van het lichamelijk functioneren (ADL-functies, contactfuncties en mobiliteit) en psychisch functioneren (cognitieve, affectieve en wilsfuncties). Op grond hiervan werd met behulp van somscores van het lichamelijk (horizontale as) en psychisch (verticale as) functioneren een tweedimensionaal schema ontworpen, waaruit de indicatiestelling tot opneming kan worden afgelezen (zie *schema*: het gearceerde gedeelte vormt het indicatiegebied voor opneming). Voegt men aan deze indicatiestelling een derde dimensie toe in de zin van de woon-/leefsituatie (in eigen woning



## 'DOELSTELLINGEN'-SERIE GEBUNDELD

*De indertijd verschenen gebundelde uitgave van alle artikelen die in de serie 'Doelstellingen van de gezondheidszorg' in Medisch Contact werden gepubliceerd zijn – in tegenstelling tot andersluidende eerdere berichten – nog steeds verkrijgbaar.*

*Stof voor deze bundel leverden: Prof. Dr. J. P. Kuiper, Dr. J. van Mansvelt, Dr. L. Th. S. Kortbeek, Dr. Y. van der Wielen, Dr. J. T. Buma, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Prof. Dr. H. J. J. Leenen, Prof. Dr. A. G. M. van Melsen, Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Dr. H. Festen, Prof. Dr. H. J. Dokter/Dr. H. Ph. Milikowski, Drs. A. Chr. J. Brand en Dr. P. Siderius.*

*Belangstellenden voor deze doelstellingenbundel waarvan de kosten (incl. verzending) f 8,50 bedragen verzoeken wij hun interesse kenbaar te maken door overmaking van dit bedrag op postgironummer 58083 der KNMG of op de AMRO-bank, rekeningnummer 45.64.48.969.*

handhaafbaar?), dan is met bijvoorbeeld het geven van tweemaal een negatief antwoord een bevestiging gegeven van de noodzaak tot realisering van de indicatie. Tenslotte worden als vierde dimensie ingevoerd 'zwaarwegende factoren', zoals vakantieopneming, onvoldoende professionele hulpvoorziening, de aard van de aandoening, waarbij met eenvoudig 'ja' een opnemingsindicatie voor het verpleeghuis aanwezig is.

*'The proof of the pudding is in the eating'*

Door middel van een kleine steekproef van 121 indicatiestellingen werd dit systeem getoetst. De vraag was of de eigen impliciete indicatiestelling afweek van de expliciete, gekwantificeerde indicatiestelling. Driekwart van de 121 gevallen kwam met deze meetmethode in het 'indicatiegebied voor opneming' terecht. De overige zouden er volgens dit systeem buiten gevallen zijn, indien 'zwaarwegende factoren' door de indicatiestelling niet naar voren zouden zijn gebracht op grond van reactivering (bejaarden met collumfractuur, arthroplastiek), carcinoomlijden of labiele fysieke evenwichtstoestand, waardoor alsnog tot opname werd besloten. Verdere toetsing zal ongetwijfeld nodig zijn. De heer Sipsma stelde dat de indicatiestelling de eerste fase is in

het proces van opneming van de patiënt in het verpleeghuis en dat er ruimte moet blijven voor een eventueel verder nodig geachte informatie-inwinning over de patiënt en zijn omstandigheden.

Bij voorkeur zal de adviserend geneeskundige (a.g.) van het verbindingskantoor een toetsende functie kunnen vervullen ten aanzien van het proces van indicatiestelling en dat van plaatsing (met betrekking tot de geneeskundige behandeling, verpleging en ADL-functies, de sociale milieufactoren), waarbij meer dan voorheen de sociaal-medische aspecten in de beoordeling zullen worden betrokken. Veel nadruk legde de heer Janssens op wat hij 'promotion' noemde: toetsing van de verstreking op haar kwaliteit met de nadruk op wat het milieu te bieden heeft (versterking van het thuisfront, verbetering van kwaliteit van zorg in de inrichting).

Na afloop ontstond zich een levendige discussie waaruit bleek dat alleen in goede samenwerking en overleg binnen de verpleeghuizen en/of bemiddelende en adviserende instanties in een bepaald gebied een goede indicatiestellingsprocedure tot stand kan worden gebracht, wanneer de beoordeling zo objectief mogelijk is, de gegevens overdraagbaar zijn en een en ander zo onafhankelijk mogelijk van emotionaliteit wordt gesteld.

## Arts en gevangene

In Medisch Contact van 27 oktober jongstleden (MC nr. 43/1978, blz. 1351) reageert collega Cremers op het verslag van de vertrouwensartsen van de drie RAF-leden die tot voor kort in twee Nederlandse gevangenissen verbleven (MC 26/1978, blz. 793). Enkele kranteartikelen, maar vooral genoemd verslag, hebben bij Cremers de laatste rem van zijn pen geschopt, zoals hij het zelf zo plastisch uitdrukt, en hij gaat uitpakken over 'arts en gevangene'. De tendens van zijn stuk vind ik bedroevend en gevaarlijk, daarom mijn reactie.

Er zijn inderdaad veel mensen in Nederland die ten gevolge van uiteenlopende omstandigheden geen *vrije artskenkeuze* hebben. Het is goed dat collega Cremers dit eens naar voren brengt. Hij geeft voldoende voorbeelden om iedereen te overtuigen, schrijft helaas niet dat hij het een te betrouwen zaak vindt, maar gaat integendeel in één adem door met zich af te vragen waarom, als het voor die vele Nederlanders niet geldt, gevangenen dan zo nodig wel een eigen arts kunnen kiezen.

Dergelijke dooddoeners hebben altijd tot doel een discussie stuk te laten lopen. Iedereen kent die spelletjes wel: Klaag je over je loon en de omstandigheden in de fabriek? Moet je eens zien wat je overkomt als je als arbeider in de Sovjet-Unie een vrije vakbond wil oprichten . . . Zijn de gevangenisomstandigheden hier niet goed? Je zou je eens moeten verdiepen in de situatie in Latijns Amerika . . . Klaag je over de kwaliteit van je huis? Menig mens in India heeft niet eens een dak boven het hoofd . . . Zo kunnen we doorgaan, maar je komt er geen stap verder mee.

Ik kan maar niet inzien waarom collega Cremers zo heftig en agressief reageert nu enkele artsen en

---

door **Dr. Jeanne Smeulers, interniste**

---

advocaten de vrije artskenkeuze van gedetineerden ter sprake brengen naar aanleiding van drie voor Nederland uitzonderlijke gevangenen, in een onmiskenbaar uitzonderlijke detentie situatie, die bovendien nog in hongerstaking zijn. Het is juist uiterst nuttig dat dit probleem eens gesteld wordt, hopelijk ook voor al die andere Nederlanders zonder keuze. Cremers schrijft echter: 'Daarentegen kiezen delinquenten door hun misdragingen welbewust voor het risico te worden gepakt en zodoende ergens terecht te komen waar alleen een hun onbekende arts valt te consulteren'; ze hebben 'door hun daad om die isolatie gevraagd'. 'Iedereen schreeuwt maar om rechten', gaat hij argeloos verder, maar die 'rechten' (aanhalingstekens van Cremers) moeten niet alleen getoetst worden op omstandigheden 'maar ook op praktische mogelijkheden, kortom op redelijkheid'.

Verwarrend woordgebruik vind ik dit. Redelijk betekent: verstandig, billijk, humaan, rechtvaardig (zie van Dale). Het is redelijk als iemand een vrije artskenkeuze verlangt en het kan praktisch en prettig zijn voor de leiding van het instituut als de betreffende patiënt ervan afziet en de beschikbare arts accepteert. Als hij of zij dat niet doet is er geen sprake van onredelijkheid, wel eventueel van last, moeite, tijdverlies voor de leiding om een oplossing te zoeken. Ik vind niet dat je de patiënt, waar die ook is of 'zit', van onredelijkheid kunt beschuldigen. De agressieve reactie van collega Cremers is wel onredelijk. Maar toch, pet af voor collega Cremers! Het gebeurt niet vaak dat je iemand dank zij zijn woordgebruik en

stellingname zo ongeremd door de mand ziet vallen. Hij vindt dat er aan *rechten* kan worden getornd als je je misdraagt. Hij plaatst dit woord zelfs tussen aanhalingstekens alsof hij het niet serieus neemt. Kan iemand, die zo spreekt mij vertellen waar het tornen ophoudt en wanneer?

Verderop spreekt Cremers over 'superfanaten', 'Het is absurd om naar de pijpen van een koppige gedachtenwereld te dansen', 'Het leven van een arts betekent voor hen ook niets'. Nou, nou. Ik hoop dat elke gevangenis- en politiearts zich distantieert van dit woordgebruik en deze denkwereld. Hoe kan een mens die zo praat nu ooit door een gevangene als arts worden vertrouwd? Het lijkt of Cremers hardgrondig de pest heeft aan gevangenen en meent dat ze hun mond moeten houden en niet het recht hebben over rechten te praten.

Even later zegt hij over bewaarders: 'Dat zijn geen SS-kamp bewaarders', over het politiegebeuren: 'Hier werken gewone mensen om hun brood en niet om een ideologie en niet om een dictatuur te vleien.' Precies. De essentie van onze democratie is niet dat collega Cremers het hierboven geciteerde allemaal zo flink in het openbaar mag zeggen. Het griezelige is nu juist dat bijna alles wat Cremers zegt in welke dictatuur dan ook zo mag worden gezegd. Maar in geen enkele dictatuur zouden er vertrouwensartsen kunnen zijn. Wie in een dictatuur als arts vraagtekens plaatst bij de wijze van detentie van welke soort gevangene dan ook en probeert dit openbaar te maken maakt zich verdacht, kan gearresteerd worden of verdwijnt zonder dat iemand meer iets van hem hoort. Dictatuur betekent repressie en onder andere het onderdrukken van het leveren van kritiek op een onjuist

geachte gevangenis-situatie. Men doet daar niets anders dan het woord rechten van criminele en politieke gevangenen tussen aanhalingstekens zetten, omdat men vindt dat zulke figuren het recht als mens te worden beschouwd hebben verloren. De waarde van onze democratie is dat we iedereen als mens blijven behandelen, wat hij ook heeft gedaan. In onze samenleving hebben we het recht kritiek uit te oefenen en we hebben ook de plicht ons iedere keer weer af te vragen of de waarden die we zeggen te verdedigen in een bepaalde situatie ook echt worden hooggehouden. Artsen die geconfronteerd worden met gevangenisomstandigheden die naar hun mening niet voldoen aan de humanitaire beginselen die wij in Nederland verdedigen, moeten dit rapporteren. De vertrouwensartsen hebben dit gedaan. Ze hebben een zakelijk verslag met relevante gegevens over een hongerstaking gemaakt en ze hebben hun stem verheven tegen de vorm van isolatie waaraan deze gevangenen werden onderworpen. Daar hebben zij gelukkig het recht toe en ik meen dat het elke arts zou passen kritisch te luisteren naar wat zij te vertellen hebben. Ik ben het eens met collega Cremers als hij het een koud kunstje noemt wat één der vertrouwensartsen deed, namelijk 48 uur in een kast gaan zitten, de gevoelens die bij hem opkwamen op een bandje insprekend, zodat het later door de radio kon worden uitgezonden. Ik zou het alleen geen koud kunstje, maar een *waardeloos spelletje* noemen, al is het misschien goed bedoeld. Aan dit soort pseudo-onderzoekingen bestaat geen enkele behoefte. Maar aan het bagatelliseren van collega Cremers is net zo min behoefte. Hij snapt er kennelijk helemaal niets van, want hij vergelijkt het kast-experiment van collega Van Ree met zijn eigen retraitsperiodes in vroeger tijden. En verder is het probleem isolatie voor hem afgedaan. Wat pijnlijk en onwaardig tegenover gevangenen waar ook ter wereld die op welke manier dan ook geïsoleerd zijn of zijn geweest en de gevolgen ondervinden. Het gaat niet aan, isolatievormen die minder erg zijn dan de ergste (sensorische deprivatie) zorgeloos terzijde te schuiven. Cremers schrijft in zijn conclusie: 'Een arts moet in principe betrouwbaar zijn tot het tegendeel

blijkt.' Een vreemde zin. Ik hoop nu maar dat hij het niet zo bedoelt. Ik dacht dat een arts *betrouwbaar* behoort te zijn en dat hij als het tegendeel blijkt moet worden berispt. Zoals Cremers het schrijft kan het betekenen dat een patiënt verplicht is zich te onderwerpen aan de behandeling van een arts die hij niet wil en pas gelijk krijgt als bewezen is dat hij volledig fout is behandeld. Mij niet gezien, als patiënt niet en als arts niet. Ik kan toch geen patiënt onderzoeken, begeleiden, behandelen als deze niet wil? Maar dat wil toch nog niet automatisch zeggen dat ik een slechte dokter ben als één patiënt mij niet wenst als arts? Als drie gevangenen de ter beschikking staande artsen in de gevangenis niet wensen, wil dat toch nog niet automatisch zeggen dat deze artsen niet deugen? Die conclusie heb ik althans absoluut niet getrokken. Het tuchtrecht waar collega Cremers mee komt aandragen lijkt mij dan ook onzinnig. Ik begrijp best dat de gestichtsartsen in Nederland wilden reageren om officieel kenbaar te maken dat zij vrij zijn in hun handelen en niet onderworpen aan speciale regels die hun medisch-ethisch denken aantasten. Ik neem het graag aan, ik twijfelde ook niet aan hun goede bedoelingen. Maar het probleem lag ook niet bij hen, maar bij drie gevangenen die niet door hen behandeld wilden worden wegens, vermoed ik, diep wantrouwen tegen alles wat met Justitie en gevangenis te maken heeft. Het doet er op een bepaald moment niet toe of hun mening nu terecht of onterecht is, als ze in hongerstaking zijn is er een noodsituatie en de aangewezen weg lijkt mij het aanstellen van vertrouwensartsen, zoals is gebeurd. Uit het verslag van de vertrouwensartsen heb ik niet gelezen dat zij de gevangenisartsen in diskrediet hebben gebracht. Nee, mijn bezwaren tegen de *vertrouwensartsen* zijn van geheel andere aard. Wat moet ik denken van artsen die uiteindelijk niet meer opgewassen zijn tegen de patstelling, eraan gaan deelnemen en de behandeling van hun patiënten staken? Kan en mag dat zo maar? Bij mij is het vertrouwen in deze vertrouwensartsen wel wat aangetast. Het is misschien nuttig nog eens een zin uit de Verklaring van Tokio van de World Medical Association uit 1975 aan te halen: 'De fundamentele rol van de arts is het leed van zijn of haar

medemensen te verlichten. Geen motief – zij het persoonlijk, collectief of politiek – mag dit hogere doel overheersen'. Een laatste punt. Wie, als ik, meerdere malen heeft geluisterd naar de ervaringen van slachtoffers van *martelingen* uit verschillende landen, is niet alleen verbijsterd over wat ze moesten doorstaan maar ook hevig verontrust dat artsen op diverse manieren bij het martelen en het zwijgen erover betrokken waren. Aangezien de 'instanties' die zij doorliepen politie-, militair of gevangenisapparaat was, kwamen zij in contact met politie-, militaire of gevangenisartsen. Volgens mij zijn deze artsen absoluut niet allemaal voorgesorteerde slechteriken, de naam arts nooit waardig geweest. Je vraagt je af: hoe is het ooit zover met ze kunnen komen? 'Dat is de dictatuur', zal collega Cremers zeggen, 'en die is zwart. Bij ons kan dat nooit. Wij zijn een democratie, wij zijn wit.' Maar ik geloof niet dat deze artsen van de ene op de andere dag zo veranderden. Het lijkt mij waarschijnlijker dat ze langzamerhand op een hellend vlak kwamen zonder dat ze het zelf wisten, omdat ze in het verleden niet kritisch genoeg waren geweest. Voor de buitenwereld is het dan mogelijk allang duidelijk dat ze de naam arts niet meer waardig zijn en zelf zullen ze het op een gegeven ogenblik ook bewust merken, maar dan is er haast geen weg meer terug. Waar begint het hellend vlak, het grijze gebied? Zijn wij zo wit als we zeggen te zijn? Welke garanties moeten we inbouwen in ons handelen zodat het zover nooit kan komen? Hoe kunnen we vanuit onze situatie, onze open kritische mogelijkheden, een zinnige bijdrage leveren ter analyse van de problemen elders? Dat zijn zo een paar vragen die bij mij opkomen. Een reële bijdrage in denkwerk, kritische zin, redelijkheid in discussie zou juist van de kant van politie-, militaire en gevangenisartsen zeer welkom zijn. Daarom betreur ik het zo dat een artikel van een willekeurige politie-arts zo kortzichtig is en niets bijdraagt aan een discussie waarin eerlijk problemen kunnen worden besproken. Ik hoop dat collega Cremers toch nog in staat is tot open discussie. Zo niet, dan hoop ik dat hij een uitzondering onder zijn collegae is, want anders ziet het er somber uit.

---

# Interim-rapport acupunctuur

De Commissie Alternatieve Geneeswijzen heeft een interim-rapport over de acupunctuur aangeboden aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevr. Mr. E. Veder-Smit.

De commissie werd in mei 1977 ingesteld, met als opdracht een onderzoek te verrichten naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen voor de gezondheidszorg in Nederland en te adviseren over maatregelen, al of niet van wettelijke aard, met betrekking tot deze geneeswijzen.

Uit de commissie, die uit 27 leden bestaat, werd al spoedig een werkgroep Acupunctuur gevormd, die speciaal deze geneeswijze zou bestuderen. Van de werkgroep, die ook onder voorzitterschap stond van Prof. Dr. P. Muntendam, maakten de volgende personen deel uit: H. J. Anbeek; Dr. J. L. A. Boelen; Dr. Mr. K. van Dijk; P. A. van Dijk; Prof. Dr. L. J. Menges en Mr. W. B. van der Mijn. Met prioriteit heeft de commissie het vraagstuk van de acupunctuur in Nederland behandeld, op grond van de volgende overwegingen:

1. Uit een ingesteld onderzoek is gebleken, dat de belangstelling voor acupunctuur zeer groot is en vaak de mogelijkheden voor behandeling overtreft. Geschat wordt, dat in 1977 het totaal aantal patiënten 70.000 bedroeg en het aantal contacten met therapeuten 1 miljoen per jaar. Tevens is gebleken, dat ook het aantal werkzame acupuncturisten snel groeiende is en in 1977 ruim 600 bedroeg.
2. De genoemde snel groeiende belangstelling blijkt tevens uit het

toenemend beroep dat gedaan wordt op ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars om acupunctuurbehandeling te honoreren. In het algemeen wordt hierop tot nu toe afwijzend beschikt.

3. Het is gebleken dat in veel gevallen de acupunctuur wordt verricht door niet-artsen en derhalve door niet bij de wet bevoegden.

4. Er bestaan in Nederland een zestal opleidingen van zeer uiteenlopende aard. Een ordening op dit gebied is aangewezen.

5. Aangezien de Gezondheidsraad een wetenschappelijk rapport over de acupunctuur heeft uitgebracht, was het noodzakelijk dat de commissie hierop zo snel mogelijk een rapport over de maatschappelijke aspecten van de acupunctuur aan de staatssecretaris uitbracht.

De commissie komt in haar rapport tot de conclusie, dat bij de alternatieve geneeswijzen en dus bij de acupunctuur, naast het natuurwetenschappelijk aspect en het technisch aspect, het relationele aspect een belangrijke rol in de benadering van de patiënt speelt. Een volgende conclusie is dat met name onder fysiotherapeuten, die niet bevoegd zijn acupunctuur te verrichten, een groeiende belangstelling hiervoor bestaat. Tenslotte komt de commissie tot de slotsom dat de uitkomsten van het onderzoek naar de effecten van acupunctuur vaak tegenstrijdig zijn, terwijl de onderzoeksmethoden onvolkomen zijn.

De commissie heeft een aantal *aanbevelingen* gedaan die zij vóór haar eindrapportering, welke wellicht aan het eind van 1979 te verwachten is, met prioriteit aan de staatssecretaris

wilde doen. De commissie is van mening dat de ontwikkelingen op het gebied van de acupunctuur niet een vrije loop moeten hebben, doch dat een aantal maatregelen moet worden aanbevolen:

1. Voor de acupunctuur dient een plaats te worden ingeruimd in de gezondheidswetgeving.
2. De commissie acht het noodzakelijk, dat er ten spoedigste een opleidingsprogramma voor acupuncturist tot stand komt, waarbij het naar de mening van de commissie tevens noodzakelijk is dat ook artsen die acupunctuur willen toepassen in elk geval daarvoor een adequate opleiding hebben gevolgd.
3. De commissie beveelt de regering aan, te bevorderen dat de acupunctuur zo spoedig mogelijk als verstrekking in het ziekenfondspakket wordt opgenomen en wel in ieder geval zodra de acupunctuur in de gezondheidswetgeving haar plaats heeft gevonden.
4. De commissie verzoekt de regering te willen overwegen in hoeverre het mogelijk is in de medische opleiding meer aandacht te besteden aan de betekenis van alternatieve geneeswijzen.
5. De commissie is evenals de Gezondheidsraad van mening, dat nader onderzoek naar het effect van acupunctuur dient te worden ingesteld.

Eén van de leden van de commissie heeft een minderheidsnota aan het rapport toegevoegd. De commissie ziet met belangstelling de publieke reacties op het rapport tegemoet, omdat zij die noodzakelijk acht met het oog op de verdere voortgang van haar werkzaamheden.



---

# Psychiatrie heeft goed tehuis binnen medische faculteit

1. De stroomversnelling waarin heden ten dage de psychiatrie verkeert, is niet alleen een beweging vooruit, doch is ook een beweging die desintegratietendensen kent, gevoed door grote groepen 'non-psychiaters'. Onder non-psychiaters versta ik werkers op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, zonder medisch-psychiatrische opleiding. De zogenaamde anti-psychiatrie is een trieste uiting van die desintegratieve tendensen. Overigens worden die tendensen ook gevoed door psychiaters zelf en men zou dat kunnen kenmerken als een vorm van zelfdeprecieatie en zelfdestructie. Dit is voor de psychiatrie geen goede ontwikkeling, in het bijzonder is het niet goed voor de psychiatrische patiënten.

2. Sedert het ontstaan van de psychiatrie, ruim 100 jaar geleden, is zij immer gekenmerkt, heeft zij altijd geleden onder eenzijdigheid. Een bijna 'religieuze' mentaliteit, een geweldige overgave aan één bepaald systeem, had vaak als keerzijde verkettering van 'andersdenkenden'. In de periode 1850-1900 had men het hoogtij van de biologische beschouwingen. De hersenananatomie zou de oplossing brengen van het ontstaan van geestesziekten. Globaal komt er dan de periode 1900-1950 met aan de ene kant de psycho-analytische stromingen – zeer duidelijk sectarisch – en daarnaast de meer filosofische stromingen (fenomenologie – antropologie) met beide de pretentie het wezenlijke van de geestesziekten te benaderen. Vanaf ongeveer 1950/1960 tot heden is het hoogtij voor sociologische beschouwingswijzen, met ook weer in

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

---

door **Prof. Dr. H. M. van Praag**



---

grote kringen verkettering van andere denksystemen.

3. Het is uiterst onvruchtbaar voor de uitoefening van dit vak, voor de wetenschap van de psychiatrie en voor de patiëntenzorg, dat men zo polariseert. Men kan nu eenmaal niet over gestoord en niet over normaal gedrag denken als factoren:

- a. de cerebrale matrix, zonder dewelke geen gedrag mogelijk is;
- b. de psychologische ontwikkelingsgang;
- c. het milieu waarin het individu verkeert.

*ad a.* Dit geldt voor zowel gestoord als normaal gedrag, om het even of dit betreft motorische stoornissen, denkprocessen, emotionele processen etc. Niets is in het gedrag denkbaar zonder dat dit mogelijk wordt gemaakt door een bepaalde 'state of the brain' die geacht kan worden in principe analyseerbaar te zijn al is men daar in veel opzichten nog ver vanaf.

*ad b.* De structuur van de persoonlijkheid is medebepalend voor het ontstaan van abnormaal gedrag.

*ad c.* Het milieu van leven en wonen van mens en dier heeft relatie tot de wijze van gedragen en of men zich al of niet kan handhaven binnen dat milieu.

De bovengenoemde driedeligheid geldt voor iedere gedragswetenschap, dat wil zeggen ook voor psychologie en sociologie. Het is te betreuren dat men psycholoog kan worden zonder de geringste kennis van het biologisch substraat, evengoed als het te betreuren is dat men arts kan worden zonder veel idee van de psychologische en maatschappelijke factoren die een rol spelen bij het ontstaan van allerlei ziekten, zowel somatische als gedragsziekten. Opvallend is echter dat in het algemeen psychologen en sociologen onder dit gebrek aan kennis van de biologie niet 'lijden'.

## Basisdiscipline

4. De psychiatrie dient te worden gezien als een basisdiscipline in de geneeskunst. Enerzijds is dat vanwege de mede-biologische bepaaldheid van gedrag, anderzijds vanwege de empirische evidentie dat psychologische en maatschappelijke factoren het lichamelijk functioneren – duurzaam – kunnen verstoren en omgekeerd het lichamelijk functioneren een duidelijke weerslag heeft op het al dan niet psychisch welbevinden. Dit alles maakt de psychiatrie tot een medische basisdiscipline die op elk terrein van de geneeskunde van belang is naast andere basisdisciplines als chirurgie en inwendige geneeskunde. Als men deze benadering onderschrijft dan is de conclusie gerechtvaardigd dat de psychiater de taal van de medicus moet kunnen spreken. Als hij hiertoe niet is opgeleid dan is er geen brug naar de andere disciplines, dan is er ook geen gemeenschappelijke taal meer. Juist voor de liaison-psychiatrie – de schakel tussen de somatische vakken en de psychiatrie – is het noodzaak dat de psychiatrie binnen de medische faculteit blijft. Het zou bovendien therapeutisch gezien een ramp voor de patiënten zijn als dit ooit veranderde. De psychiatrie zit op twee gronden binnen de medische faculteit. De ene is dat het veel te maken heeft met hersenen en de andere dat de somatiek veel te maken heeft met psychologische processen. Er moet een brug blijven bestaan tussen de psychiatrie en de andere medische disciplines.

5. Eén en ander leidt tot persoonlijke kanttekeningen bij wat ik een gewenste opleiding in het specialisme vindt. Klinische ervaring acht ik daarbij erg belangrijk. De opleiding moet gesitueerd zijn in kliniek en polikliniek met een accent op hun wisselwerking en de contacten naar buiten.

Een essentieel gegeven is dat de arts-assistent leert dat soms helaas een tijdelijke plaatsing in een ziekenhuis noodzakelijk is, doch dat de behandeling daarna door moet gaan. Het vervolgen van de toestand na ontslag is uitermate belangrijk om te bestuderen en om te behandelen. Als de patiënten na ontslag worden losgelaten en zonder onderling overleg in handen komen van

sociaal-psychiatrische diensten etc., is dat een onjuiste ontwikkeling. Onderkend moet worden dat dit niet altijd even gemakkelijk is. Echter, ook moet worden onderkend dat deze benadering in de opleiding niet altijd even veel aandacht heeft. Er is een wisselwerking nodig tussen extramurale zorg en het klinisch gebeuren, ook ten aanzien van de opleiding.

## Meerledige opleiding

6. Het is mijn overtuiging dat de opleiding meerledig moet zijn:

- de assistent moet cursorisch leren over psychodynamische opvattingen over het ontstaan van gestoord gedrag;
- de assistent moet in de psychotherapie worden ingevoerd c.q. moet leren het gunstig beïnvloeden van de intrapsychische processen;
- de assistent moet worden ingevoerd in de interactionele processen tussen de patiënt en zijn medeburgers;
- de assistent moet kennis nemen van bepaalde aspecten van de relaties hersenen/gedrag en van de psychofarmacologie.

In het Consilium is beslist dat er een zeker percentage aan tijd gedurende de opleiding moet worden besteed aan bovenstaand onderwijs in psychotherapie, in cursorisch en supervisorisch kader. In het Consilium is tevens vastgesteld dat een rapport zal worden opgesteld over de plaats van de biologische psychiatrie en de sociale psychiatrie binnen de opleiding. De driedigheid – onderricht in psychodynamische psychiatrie, in sociale psychiatrie en in biologische psychiatrie – begint dus gestalte te krijgen. Tot nu toe wordt dit wel beleeden, maar noch in Nederland noch in andere landen is daarvan tot nu toe veel verwezenlijkt.

## Plaats neurologie

7. Naast de klinische ervaring met een sterke nadruk op interactie tussen intramurale en extramurale zorg en naast het onderricht in de drie richtingen is aandacht nodig voor de neurologie. Hier doet zich een oud

probleem voor, dat reeds is begonnen bij het splitsen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Psychiatrie in twee verenigingen. Ik ben er groot voorstander van het in de opleiding psychiatrie houden van de neurologie. Men kan het jaar neurologie niet vervangen voor een jaar in een belendend specialisme als bijvoorbeeld de inwendige geneeskunde. Gedrag wordt geleid door het centrale zenuwstelsel – met name hersenen en hersenstam en een stukje ruggemerg – en het is derhalve voor de psychiater van groot nut daarvan kennis te nemen, zowel theoretisch als praktisch. Ook al heeft een psychiater een unipolaire praktijk, hij heeft ermee te maken dat in veel gevallen de grenzen tussen neurologie en psychiatrie vaag zijn. In de praktijk doet zich heel vaak de vraag voor in hoeverre een bepaald ziektebeeld primair wordt bepaald door een sterke psychologische of situatieve druk, dan wel primair door een aantoonbaar substraat in hersenen of ruggemerg. Deze vraagstelling is dagelijkse kost voor de psychiater. Als deze te weinig weet van de neurologie is dat een groot probleem. Neurologische kennis komt ten goede aan behandeling en diagnostiek.

Met betrekking tot een verandering van de plaats van de neurologie in de opleiding psychiatrie heb ik zorgen. Er wordt o.a. gesproken over een consulentenschap neurologie in de opleiding psychiatrie. Dat zal alleen al praktisch zeer moeilijk te verwezenlijken zijn. Bovendien ziet men als het goed is in de psychiatrie niet veel neurologie en bovendien is er het bezwaar dat via een dergelijk consulentenschap zeker niet is gegarandeerd dat alle assistenten werkelijk bij de neurologie worden betrokken. Het is een tweedrangskennismaking met de neurologie. Een onderdompeling in de neurologie is voorwaarde om het denken van de neuroloog in termen van functie van het centraal zenuwstelsel te leren kennen. Als men stelt dat de biologische psychiatrie tot de psychiatrie behoort – hetgeen ik stellig geloof – dan is dat gebied veel beter te begrijpen als men ook enige kennis heeft van neurologie. Biologische psychiatrie en neurologie vallen voor 50% samen, namelijk in hun belangstelling voor het centrale zenuwstelsel. Als men de neurologie laat vervallen dan zal het onderricht in de biologische aspecten van gedrag

duidelijk daaronder lijden.

8. Het grote aantal keuzemogelijkheden in de psychiatrie vind ik persoonlijk niet zo aantrekkelijk. Het is theoretisch erg mooi, maar er wordt voorbijgegaan aan de hiërarchie van belangen in de psychiatrie. Ik zou graag de drie verplichte stages terugzien: inrichtingspsychiatrie, kinderspsychiatrie en sociale psychiatrie. Dat was een goede opzet. Het zijn drie knelpunten. Dat zijn zaken als de sexologie, de oligofrenologie enz. niet in die mate. Daarmee is niet gesteld dat deze gebieden niet belangrijk zijn, ik bedoel alleen dat de kennis op die gebieden op een andere manier kan en moet worden verworven. Ik zou dus de keuzemogelijkheden willen beperken, dan wel weer teruggaan naar de oude toestand van de drie kernstages.

#### Opleidingsduur

9. De opleidingsduur vind ik te kort. Ik heb destijds het terugbrengen van de opleidingsduur van 5 jaar naar 4 jaar als een stap terug ervaren. Het gaat om één van de snelst groeiende, meest omvangrijke disciplines – reikend van de zuivere biochemie tot aan de zuivere sociologie – die niet is onder te brengen in 4 jaar. Ik vind het probleem van de 4 jaar met de dag klemmender worden.



Samenvattend geldt voor mij dat in de opleiding klinische ervaring opgedaan moet worden zonder strikte scheiding van intramuraal en extramuraal; integendeel, deze dienen bij elkaar te worden gehouden. Er moet verder cursorisch en supervisorisch onderricht plaatshebben in de psychotherapie. De drie hoofdstromingen van de psychiatrie moeten worden bestreken. Een jaar neurologie moet verplicht blijven. De keuzemogelijkheden zouden moeten worden beperkt. De oude verplichte stages verdienen opnieuw aandacht. De duur van de opleiding is te kort.

Op grond van alle overwegingen als gegeven kan worden geconcludeerd dat de psychiatrie binnen de medische faculteit een heel goed tehuis heeft.



#### De voorraadkast van Madame Tussaud

*De eerste dag van de week zit er nauwelijks op en ik ben alweer bekaf.*

*Het begon vanochtend allemaal zo rustig: geen patiënten op de poli, geen visite en geen overhaast inschrijven van labwaarden. Maar om elf uur veranderde het. Ik was net bezig met het tekenen van een grafiek, toen ik naar de EHBO moest voor een vrouw met een dik been. Twee dikke benen baren nooit onrust, maar één dik been betekent een taxi naar het ziekenhuis. En ja hoor, mevrouw keek naar de TV – in de helft van alle anamneses speelt de televisie een of andere rol – toen ze 'een vreemd gevoel' in haar been kreeg. Ze stond op en merkte dat het been 'niet meer ging'. Zo'n been houdt er een heel verstandig en helder principe op na: wanneer het geen zin meer heeft iets uit te voeren weigert het gewoon dienst. Het been wordt dan loodzwaar, begint in omvang toe te nemen (zoals mensen zich van woede kunnen opblazen) en kleurt dan in alle kleuren van de regenboog. Natuurlijk hebben wij schitterende namen voor zo'n been; in de anamnese kon ik mij dan ook weer zalig uitleven op mijn Latijnse vocabulaire. Het lichamenlijk onderzoek was niet minder boeiend. Kortom, ik had er wel plezier in, zeker toen ik even later een infuus mocht aanbrengen. Tjonge, wat ging dat goed. De broeder, die doorgaans met zijn neus op mijn handen staat te loeren totdat er iets misgaat, moest zelfs bekennen dat 'ie er in één keer inzat'. Glunderend blies ik even daarna de aftocht naar de assistentenkamer, om mijn grafiek af te tekenen.*

*Tijdens het middageten was ik in een eufore stemming. Midden onder de maaltijd riep ik mijn assistent toe dat hij er bij een van zijn patiënten met zijn diagnose finaal naast had gezeten. Achteraf bleek het toch niet zo erg te zijn. Na het eten nam mijn assistent mij even apart en zei op straffe toon 'dat het geen stijl was om hem voor zijn collega's zwart te maken'. Natuurlijk had hij gelijk en ik bloosde van spijt.*

*Over de middag kan ik kort zijn. Nauwelijks had ik een patiënt gestatust of het liep al weer bij vijven, dus tijd om chirurgen te bekijken tijdens de overdracht. Het geheel verliep allemaal vrij sfeerloos. Alleen viel er halverwege de nogal bizarre opmerking: 'Bij het lichamenlijk onderzoek vonden wij alleen buik.'*

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(56)

*Toen ik vanavond rond elfen het ziekenhuis verliet – voor mij de normale tijd – vroeg mijn assistent mij nog of ik hem even wilde helpen bij een ontslagbrief. Maar ik kon niet meer. Bij het weggaan wierp ik nog ijlings een blik in een kamer waar drie vrouwelijke patiënten liggen. Ze zaten alle drie in het pikkedonker naar de TV te kijken, onbeweeglijk, doodstil, als marmeren beelden vooraan in een donkere grot, terwijl hun gezichten met de starre blik in hun glazige ogen heel vaag en geheimzinnig werden opgelicht door het grauwe schijnsel van de kijkkast. Kant en klaar voor Madame Tussaud. Het enige wat nog zou ontbreken is het feit dat 'die meest linkse een bekend feministe was in het begin van deze eeuw, dat de middelste vijf en twintig jaar lang op de Nederlandse radio het programma 'Zo was het toen' heeft gepresenteerd en dat die rechtse Nederlands eerste presidente was . . .'*

Alexander van Es

# De specialistenopleiding in de EEG

## Uit de Werkgroep 'Opleiding Medische Specialisten' van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding

De Werkgroep 'Opleiding Medische Specialisten' van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding telt leden uit alle negen landen van de EEG.

Van de plenaire vergadering kreeg zij in de eerste plaats de *opdracht*, een overzicht op te stellen van de erkende specialismen in de lidstaten, in het bijzonder ten aanzien van de duur van de opleiding en indien noodzakelijk de samenstelling van de verschillende stages. In de tweede plaats wenste de vergadering te worden ingelicht over plannen in de verschillende lidstaten met betrekking tot de erkenning van nieuwe specialismen. Vervolgens zou aandacht moeten worden gegeven aan centrifugale dan wel centripetale tendensen in de uitsplitsing van de specialistische geneeskunde. (Het is bekend dat er in West-Duitsland een sterke centripetale tendens heerst; de afgeleide specialismen worden daar teruggevoerd naar de algemene interne geneeskunde. In andere landen, zoals Italië, bestaat een zeer sterke centrifugale tendens en splitst de specialistische geneeskunde zich steeds verder uit.) Uiteraard moest daarbij aandacht worden gegeven aan de opleiding van de specialist in relatie tot de basisopleiding: in hoeverre vinden de veranderingen in de basisopleiding, die men in welhaast ieder land terugvindt, hun neerslag in de specialistenopleiding? Met name bestond er ongerustheid omtrent het ontstaan van lacunes in de kennis die de kandidaat-specialist meebrengt aan het begin van zijn opleiding.

Dit alles moest worden bezien in het licht van de plaats die de specialist in de gezondheidszorg inneemt. Zo mogelijk diende te worden gelet op de tendensen in verschillende lidstaten om de specialisten geheel te concentreren in de ziekenhuizen (in Engeland is dat in het bijzonder het geval, maar ook in Denemarken, terwijl in Duitsland een zeer groot aantal specialisten aan huis praktiseren). Ook werd aandacht gevraagd voor de gedecentraliseerde beoefening van de specialistische geneeskunde vanuit de ziekenhuizen, op poliklinieken, etc. Vooral Engeland vroeg naar een onderzoek in de lidstaten naar de

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



De auteur is vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding.

relatie tussen specialisten en vertegenwoordigers van de 'community medicine'.

In tweede instantie werd de werkgroep gevraagd inzicht te verschaffen in de methodologie van de opleiding, het al of niet gebruiken van moderne technische middelen bij de opleiding en de relatieve betekenis van kennisvermeerdering, handvaardigheid en attitude in het proces van de opleiding. Teruggrijpend op de Richtlijnen werd tevens de vraag gesteld in hoeverre specialisten in opleiding een persoonlijke verantwoordelijkheid dragen bij het behandelen van de patiënten. Dit alles met het *doel*, op den duur te komen tot een harmonisatie ten aanzien van de erkenning van de specialismen, de duur van de opleiding en vooral het curriculum. De taak van de werkgroep is te komen tot een rapport dat via de Plenaire Vergadering moet worden aangeboden aan de Commissie te Brussel en aan de lidstaten. Het uiteindelijke doel is dan het bereiken van een zo hoog mogelijk niveau van de specialistische geneeskunde.

### Vraagpunten

Wanneer men gaat nadenken over de problemen bij de specialistische

geneeskunde, dan ontkomt men er niet aan de basisopleiding primair te stellen en dan vooral na te gaan op welke wijze de overgang van de basisopleiding naar de specialistenopleiding zich voltrekt. Dit heeft niet alleen te maken met het onderwijscurriculum, maar ook met de toelating tot de specialistische opleiding (screening? *numerus fixus*?). Daarnaast is er de vraag naar de structuur van de opleiding voor wat betreft de voor de opleiding competente lichamen. Wie oefent toezicht uit op de kwaliteit en de kwantiteit van theoretische en praktische training? Wat is de verhouding in aantal tussen studenten, opleiders en patiënten? Is er tijdens de opleiding nog een methode om de kennistoename van de op te leiden artsen te toetsen? En vooral: oefent men selectie uit bij het aanwijzen van opleiders, oefent men toezicht uit ter plaatse van de opleiding en is er sprake van een periodieke toekenning van het opleidingsrecht aan opleiders (dit laatste geschiedt alleen maar in Nederland)? De algemene indruk na bestudering van al deze punten was dat er *vele wegen naar Rome* leiden. Niet alleen bestaan er diepgaande verschillen in de structuur van de opleiding tussen Engeland en Ierland enerzijds en een aantal landen op het continent anderzijds, maar ook tussen de laatste landen onderling. Grofweg zou men de methodiek van de opleiding op het vasteland kunnen verdelen in een noordelijk en zuidelijk type. Het noordelijke type (Nederland, Duitsland, Denemarken) neigt tot een vergaande detaillering en omschrijving van de opleidingseisen. Het zuidelijke type (België, Frankrijk, Italië) laat meer over aan de opleider zelf; deze wordt dan ook niet gecontroleerd. Destijds heeft men de stap gewaagd om in de Richtlijnen uit te gaan van de gelijkwaardigheid der artsopleiding en in de EEG. Met de verschillende methodieken van naopleiding tot huisarts begint er echter wel verschil te komen. Evenzo bestaat er ook het gevoel dat de specialist in de verschillende landen in doorsnee vrijwel gelijkwaardig is, met een

uitzondering voor die landen die een opmerkelijk korte opleidingsduur hebben en waar het onderwijs hoofdzakelijk theoretisch is (Italië!). Dit betekent dat men, wanneer men deze opvatting is toegedaan, niet verplicht is het gehele curriculum uit te zoeken en na te gaan of het curriculum zelf moet worden geharmoniseerd.

In de moderne onderwijskunde is één van de grote discussiepunten of het moet gaan om een tot in details omschreven opleiding, die dan leidt tot een eindtoestand die ook omschreven moet zijn – de zogenaamde synoptische benadering – dan wel of men zo exact mogelijk de eindtermen van de opleiding moet vastleggen en aan de opleiders moet overlaten op welke wijze ze deze willen bereiken – de zogenaamde incrementele benadering. Terwijl in Nederland het Centraal College jarenlang heeft aangestuurd op een steeds verdergaande detaillering van de opleidingseisen, is er anderzijds een stroming die steeds sterker wordt en die aandringt op een meer incrementele benadering. Dat legt dan de plicht op om het te bereiken einddoel veel nauwkeuriger te omschrijven dan nu gebeurt, en het bereiken van het einddoel eventueel te toetsen (afgezien van vrijwillige toetsingen onderweg, die nu hier en daar al plaatsvinden). Dit neemt niet weg dat in die opleidingen waarbij handvaardigheid een grote rol speelt, dus in de snijdende vakken, maar ook in die specialismen waarvoor ingewikkelde onderzoekingsmethodieken moeten worden aangeleerd, een minimum aantal verrichtingen dan wel onderzoeken in de opleidingseisen moet worden omschreven.

De opdracht aan de Werkgroep 'Opleiding Medische specialisten' was welbewust omvangrijk en veeleisend. Wil er ooit enig inzicht komen in de uiterst verschillende methodieken en inhouden van de specialistenopleidingen in Europa, dan is een nauwkeurige beantwoording van de in de opdracht gestelde vragen noodzakelijk. Ik heb de indruk dat de werkgroep eerder een keus zal doen uit alle onderwerpen dan dat ze ze alle zal beantwoorden. De werkgroep heeft besloten een interimrapport in te dienen op de plenaire zitting van maart 1979.

## Methodiek per land

### België

De dynamiek in de ontwikkeling van de opleidingen in Europa op het ogenblik is een zwaar belastende factor in het verkrijgen van een duidelijk overzicht van de situatie. In België zijn bij Koninklijk Decreet van 29 juni 1978, voortbouwende op de Wet van 9 augustus 1963, later gemodificeerd door de wet van 8 april 1965 in verband met de ontwikkelingen in de

gezondheidszorg maar vooral met de Richtlijnen, de opleidingen van huisartsen en specialisten nader geregeld. Deze opleidingen vallen onder het ministerie van Volksgezondheid. Ingesteld werden een Commissie voor Toelating van Medisch Specialisten voor ieder der (door de ziekenfondsverzekering) erkende specialismen en een zelfde Commissie voor de Toelating van Huisartsen. Iedere specialisten-toelatingscommissie (Kamer) bestaat uit vier leden benoemd op voordracht van de faculteiten van Geneeskunde met vervangende leden en vier leden benoemd op voordracht van de beroepsorganisaties, eveneens met plaatsvervangers; deze pariteit is overgenomen van Nederland. Alle leden worden door de minister van Volksgezondheid benoemd voor een termijn van zes jaar, die kan worden verlengd. Iedere Kamer kiest zelf zijn voorzitter en ondervoorzitter; de secretaris wordt toegevoegd door het ministerie. De Kamers hebben tot taak:

- de minister een gemotiveerd advies te geven omtrent degenen die willen worden toegelaten tot de uitoefening van een bepaald specialisme;
- de planning van de opleiding van tevoren goed te keuren. Overigens moet de planning plaatsvinden binnen de voorschriften van de boven de Commissies gestelde 'Conseil supérieur' (vgl. het Centraal College);
- toezicht te houden op de uitvoering van de planning van de opleiding;
- te adviseren omtrent het toekennen van het opleidingsrecht en het aanwijzen van opleidingsinrichtingen;
- een gemotiveerd advies te geven omtrent de kwaliteit van iemand die tot opleider wenst te worden benoemd en omtrent de ziekenhuizen waar een dergelijke opleiding moet plaatsvinden.

Men ziet in deze constructie als het ware een vermenging van de taken die in Nederland afzonderlijk worden toegekend aan het Centraal College en aan de Specialisten Registratie Commissie. Bovendien is de gehele 'setting' geplaatst in het kader van het ministerie van Volksgezondheid. Hier is dus geen sprake van een opleiding in het kader van de beroepsorganisaties, zoals in Nederland. Wat de 'Conseil supérieur' betreft, zijn voorzitters worden voorgesteld door de Académie Royale des Médecins de Belgique en de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. Ook moet er één lid zijn van de Ordre. Dan bevat de 'Conseil supérieur' 6 leden, aangewezen door de faculteiten, en 6 door de beroepsorganisatie aangewezen leden (hier vindt men weer een opzet als van het Centraal College). Voorts wordt een arts aangewezen op voorstel van de minister van Sociale Zekerheid. Aangezien deze Kamer echter een composiet is voor specialisten- en huisartsenopleidingen, bevat hij ook vier huisartsen aangewezen

door de faculteiten en vier huisartsen aangewezen door de beroepsorganisatie. De ziekenhuisorganisaties en de artsen in opleiding zijn niet vertegenwoordigd! Deze 'Conseil supérieur' heeft tot taak, de minister voorstellen te doen over opleidingseisen voor specialisten en huisartsen en over de eisen die men kan stellen aan opleiders en opleidingsinrichtingen. Gescheiden van de 'Conseil supérieur' functioneren de Kamers van de 'Conseil supérieur'. Deze hebben tot taak beroepszaken tegen het niet erkennen van een opleiding te beoordelen.

In het algemeen kan men zeggen dat de Belgische methodiek verrassend veel overeenkomst vertoont met de Nederlandse. Het is ook zeker dat de Nederlandse opleiding hier het voorbeeld is geweest.

Er zijn wel enige belangrijke afwijkingen. In de eerste plaats ressorteert het geheel onder het ministerie van Volksgezondheid en ten dele onder dat van Sociale Zaken. Er is voorts een zekere inbreng vanwege de 'Ordre' en er is geen uitsplitsing tussen een Centraal College enerzijds en een Specialisten Registratie Commissie anderzijds. Er wordt ook weinig gezegd over de feitelijke controle op de opleidingen; er wordt wel gesteld dat controle noodzakelijk is, maar voorschriften inzake visitatiecommissies zoals wij die kennen ontbreken – naar mijn gevoel een ernstige leemte. Aangezien er nogal wat artsen van België naar Nederland komen, ook specialisten, is de beschreven verandering in de opleiding voor Nederland een goede zaak. Tot nog toe was het heel moeilijk om de Belgische opleidingen, die in wetenschappelijk opzicht zeker niet achterstonden bij de Nederlandse, juist te beoordelen op hun effect. Met een dergelijke regeling komt België van alle landen het dichtst bij onze opleidingsmethodiek. Ook hier begint de specialistenopleiding na het verkrijgen van het artsdiploma.

### Denemarken

De opleiding in Denemarken is moeilijker te begrijpen omdat de relatie tot de basisopleiding principieel verschilt van die in veel andere landen in de EEG. De opleiding tot arts duurt in Denemarken 6½ jaar; daarna komt een stage van drie jaar. Met het artsdiploma, dat dus na 6½ jaar kan worden verworven, heeft men als het ware een universiteitsdiploma, dat echter geen toegang geeft tot de praktijkvoering. Eerst moet men, verplicht, 3 jaar in ziekenhuizen werken, maar onder toezicht. Na 1½ jaar kan men de specialistenopleiding aanvangen. Ook kan men zich na 1½ jaar vestigen als arts. Men heeft dan een diploma dat naar Deense inzichten overeenkomt met het artsdiploma in de andere landen van

Europa. Dit diploma geeft dus de mogelijkheid zich in een ander land te vestigen. Wil men echter toegelaten worden tot de ziekenfondspraktijk en een functie vervullen in het kader van het gezondheidssysteem (en daarbuiten zijn er maar heel weinig mogelijkheden) dan moet men de volle 3 jaar volbrengen. De specialistenopleiding begint dan na een vooropleiding van 8 jaar. Ook hier is de hele opleiding tot specialist in handen van het ministerie, in dit geval van het directoraat van Volksgezondheid als onderdeel van het ministerie van Binnenlandse Zaken. Het ministerie verstrekt het specialistendiploma. Ook hier regelt een commissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de universiteiten en van de professie, de opleiding. Gepoogd wordt vertegenwoordigers van de ziekenhuizen mede in de werkzaamheden van deze commissie te betrekken, in verband met de voor de opleiding noodzakelijke utensiliën en mankracht (voorwaardenbeleid) maar ook in verband met de toekenning van opleidingsplaatsen. De opleidingsprogramma's worden in Denemarken door aparte colleges per specialisme vastgesteld. Aangezien er in Denemarken een duidelijk overcompleet aan artsen bestaat, komt het veel voor dat bezitters van het universiteitsdiploma die wachten op een plaats in de specialistenopleiding zolang de gehele opleiding tot praktisch arts aflopen, dus de volle 3 jaar na de 6 1/2 jaar basisopleiding. Van belang is dat in Denemarken de opleiding bepaald niet tot één ziekenhuis mag worden beperkt. Op zijn minst 1 jaar moet worden doorgebracht in een academisch ziekenhuis en 1 jaar verplicht in een klein type ziekenhuis. Van belang is ook dat bij de opleiding tot specialist een deel van de tijd moet worden doorgebracht in specialismen die met het gekozen specialisme verband houden. Opleidingsplaatsen worden toegekend door een commissie van oudere artsen, die zijn benoemd op grond van persoonlijke en wetenschappelijke kwaliteiten. Interessant is de bepaling dat men de opleiding niet op één en dezelfde plaats mag volgen. Dit systeem hanteert men onder meer ook in Engeland. De in West-Duitsland en Nederland gebruikelijke 'tunnel'opleiding – men stapt in de opleiding en stapt er aan het eind van de tunnel weer uit; men krijgt het diploma, maar onderweg heeft men verder niets gezien – wordt met name in Engeland aangevallen. Ten aanzien van de Engelse opleiding zal wel blijken dat de totale integratie van de opleiding in de National Health Service tot variatie van opleidingsplaatsen heeft gedwongen, maar in Denemarken heeft men er bewust voor gekozen. Ook in Nederland kennen we voorschriften dat men op zeker twee plaatsen moet worden opgeleid (dus een A-opleiding met een B-opleiding, of een universitaire met een niet-universitaire

A-opleiding) en in het algemeen bestaat er in het Centraal College aandacht voor een mogelijke spreiding van de opleidingen. Men mag echter niet over het hoofd zien dat dit voor de artsen in opleiding reële moeilijkheden kan meebrengen. Het verplicht doorbrengen van enige tijd in een belendend specialisme is een interessante ontwikkeling. Deze wordt ook in Frankrijk in de commissie-Fougère besproken; men denkt bijvoorbeeld aan een stage reanimatie voor internisten, een stage traumatologie voor alle specialisten die daarmee te maken hebben, etc. Nog interessanter vind ik persoonlijk het feit dat men in Denemarken voorschrijft dat ook enige tijd moet worden doorgebracht in een ziekenhuis in een kleinere stad. Men heeft er blijkbaar oog voor de omstandigheid dat dit type ziekenhuizen niet minder maar anders is dan de grote ziekenhuizen; deze ziekenhuizen kunnen juist in de veel nauwere relatie tussen specialist en patiënt en tussen specialist en huisarts problemen leren kennen die in de grote ziekenhuizen niet aan de orde komen.

De opleidingen zijn in Denemarken vrij nauwkeurig omschreven voor wat betreft de inhoud, terwijl er veel cursussen aan de opleidingen zijn verbonden die voor meerdere specialismen tegelijk toegankelijk zijn. De opleidingsziekenhuizen worden aangewezen door de regering, op aanbeveling van de beroepsorganisaties, maar men kent geen visitatie of inspectie van het ziekenhuis terwijl de opleiding niet wordt getoetst en onder geen enkele supervisie staat. Ook in Denemarken is het verkrijgen van posten noodzakelijk voor een in fasen bestaande opleiding; een moeilijke zaak, vandaar dat de gemiddelde opleiding minstens 10 jaar duurt. Het uiteindelijk verkrijgen van een certificaat van specialist geeft geen enkele garantie voor een benoeming in een ziekenhuis. Er is dan ook in Denemarken een toenemend aantal van specialisten in de vrije praktijk buiten het ziekenhuis; de meesten echter hebben daarnaast toch wel een part-time functie in een ziekenhuis. Degenen die buiten het ziekenhuis praktijk doen worden betaald door de ziekenfondsen, degenen die geheel binnen het ziekenhuis het beroep uitoefenen worden door de staat betaald. Er zijn dus twee soorten specialisten, een toestand waaraan men probeert een eind te maken. Het aantal ziekenhuisspecialisten staat tot het aantal huisartsen als 1:10, het aantal vrij gevestigde specialisten is gelijk aan het aantal huisartsen. Denemarken rapporteert een groot overschot aan chirurgen, gynaecologen en internisten.

#### Frankrijk

Het specialistendiploma wordt in Frankrijk uitgereikt door de plaatselijke 'Ordre'.

Men kan specialist worden op drie manieren, namelijk via het internaat, door het behalen van een 'Certificat d'Etudes Spéciales' en – typisch Frans – door uitverkiezing, op grond dus van zogenaamde 'notoriété'. De laatste methode is echter zeer uitzonderlijk. Buitenlanders hebben er altijd grote moeite mee de structuur van het *internaat* te begrijpen. Men kan via een, overigens zeer moeilijk, examen nog tijdens de opleiding tot arts worden aangewezen voor een internaat. Na afloop van een dergelijke opleiding mag men de titel 'Ancien Interne des Hopitaux de . . . ' (bijvoorbeeld 'Paris') voeren, en dank zij de Richtlijnen ook meenemen naar een gastland! Aan het internaat kan men beginnen aan het eind van het 4e, 5e of 6e jaar van de basisopleiding. Beginnt men in het 4e jaar, dan moet men toch altijd nog in de loop van de tijd het artsexamen doen. De internaten zijn bekend om hun grote maté van klinische training en worden bijna uitsluitend in universiteitsziekenhuizen gevolgd. Toch is het internaat niet voldoende. Wil men bijvoorbeeld na 5 jaar opleiding in de chirurgie chef de clinique worden, dan moet men nog een extra jaar volgen. De details van de training van een bepaalde kandidaat moeten worden voorgelegd aan een kwalificatiecommissie van de 'Ordre', die dan achteraf de specialistentitel, die in het algemeen overeenkomt met de voorschriften van de EEG, uitreikt. Merkwaardig is, dat in de voorschriften voor de internaatopleiding niets is bepaald omtrent de theoretische opleiding. De opleiding zelf wordt gecontroleerd door de 'chef de service' (in Nederlandse termen de senior stafarts van het betreffende specialisme). De 'Ordre' bemoeit zich niet met de inhoud of de standaards van de opleiding. Er is ook geen inspectie. Het internaat wordt in de regel betaald. De opleiding tot specialist langs de weg van de '*études spéciales*', die wordt georganiseerd door de universiteiten en waarvan de inhoud is vastgelegd bij de wet, is zowel praktisch als theoretisch onbetaald. Deze opleidingen beginnen in beginsel pas na de basisopleiding, die in Frankrijk 7 jaar duurt. Het aantal is ongelimiteerd, de opleiding is part-time, de artsen in de opleiding worden zoals gezegd niet betaald, de opleidingsduur is voor het hele land gelijk maar varieert, zoals elders, met het specialisme. Aan het eind van het eerste jaar is er een examen, dat toegang geeft tot de volgende jaren. Het eindexamen is landelijk, maar wordt ter plaatse afgelegd. Het is duidelijk dat er vergeleken met de voorschriften zoals wij die kennen belangrijke elementen aan deze opleiding ontbreken. Het gaat vooral om de inhoud van de opleiding, (die niet omschreven is) het toezicht (dat praktisch alleen in handen van de opleider wordt gelegd) en het totaal ontbreken van iedere visitatie of inspectie. Toch moet worden gezegd dat het

toelatingsexamen voor het internaat zo zwaar is dat alleen de besten daartoe worden uitverkozen en dat ook de examens in de 'études spéciales' uitzonderlijk zwaar zijn. De laatste vorm van opleiding is echter duidelijk niet overeenkomstig de Richtlijnen, omdat ze in principe part-time is en vooral omdat het klinisch gedeelte duidelijk achterstaat bij het theoretische (een situatie die zich in Italië in nog veel sterkere mate voordoet). De commissie-Fougère is inmiddels bezig met een fundamentele verandering van het opleidingssysteem, waarbij de 'interne' het enig geldende systeem wordt.

### *West-Duitsland*

Ook in West-Duitsland begint de studie tot specialist na het afleggen van het artsexamen. Dit land zal nooit willen instemmen met een *verplichte* naopleiding tot huisarts, omdat men het artsdiploma als volwaardig wenst te beschouwen en iedere voortgezette opleiding ('Weiterbildung') slechts als een toevoegsel ziet. Dit betekent dat de assistent in opleiding in West-Duitsland volwaardig arts is en als zodanig wordt betaald: ze worden het best betaald van alle specialisten in opleiding in de negen landen van Europa. De specialistenopleiding in West-Duitsland vertoont opvallend veel overeenkomsten met die in Nederland. Per specialisme wordt een curriculum voorgeschreven, maar de opleidingen vinden hoofdzakelijk plaats aan de universiteiten en in mindere mate aan niet-universitaire ziekenhuizen. Dwingende voorschriften voor de ziekenhuizen ten aanzien van de opleiding ontbreken; ook is het niet altijd duidelijk op grond waarvan iemand buiten de universiteit het opleidingsrecht krijgt. De grootste afwijking bestaat echter uit het ontbreken van een goed visitatiesysteem en een inspectiesysteem voor respectievelijk de opleiders en de opleidingsinrichtingen. Er is ook geen sprake van de mogelijkheid de opleiders te verplichten om jaarlijkse attesten af te geven over de vorderingen van de kandidaten. Men moet bovendien in West-Duitsland helemaal niet aankomen met het Nederlandse systeem, waarbij de assistenten in opleiding het recht hebben over de opleider een *judicium* te vervaardigen. De duur van de opleiding is in de regel nog iets langer dan die in ons land, dat wat dit betreft toch al hoog op de ladder staat. De opleider bepaalt wie hij wil opleiden; er zijn overigens geen formaliteiten, geen screening en er is ook geen controle over het aantal opgeleiden. Voor ieder specialisme wordt een aantal noodzakelijke onderwijselementen opgesomd. De specialistenopleiding kent sinds kort een afsluitend examen; in feite heeft op dit ogenblik nog geen enkel examen plaatsgevonden. Dit examen is de consequentie van een uitspraak van het Hoog Gerechtshof van Karlsruhe, waarin wordt gesteld dat de opleiding

onderworpen moet zijn aan het oordeel van de Landesaerztekammer, dus van de 'Ordre'. Het eindoordeel is de opleider dus ontnomen en in handen gelegd van een commissie uit de Aerztekammer. De eerste tijd zal dit eindexamen vermoedelijk niet veel meer dan een formaliteit zijn: er is voorzien dat vier kandidaten tegelijk zullen worden ondervraagd en dat de gehele examenduur niet meer dan één uur mag zijn! Waarschijnlijk is dit een reactie van de professie op de uitspraak van het Hof. Gezien de toenemende belangstelling voor de kwaliteit van de opleiding in Europees verband heb ik echter de indruk dat het afsluitend examen in de Duitse methodiek in belangrijkheid zal toenemen. Naar mijn mening is zo'n examen ook noodzakelijk, omdat er in West-Duitsland geen enkele vorm van toezicht tijdens de opleiding is. Men blijft er eenmaal benoemd zijnde ook opleider.

### *Engeland en Ierland*

Aangezien Engeland en Ierland, hoewel niet identiek, toch vergaande overeenkomsten vertonen voor wat betreft hun opleidingssysteem voor specialisten, werden ze hier gezamenlijk behandeld. Vooral in het Verenigd Koninkrijk is de dominerende factor in de specialistenopleiding dat deze plaatsvindt langs de carrière ladder van de National Health Service. Er is dus geen voorgeschreven curriculum, er is ook geen voorgeschreven opleidingstijd, er is echter wel in de opleiding een aantal elementen dat meetelt. Er is in de eerste plaats een examen, dat wordt afgenomen door een van de 'Royal Colleges'. Dat examen kan op ieder willekeurig ogenblik worden afgelegd, het is overwegend theoretisch. Verder gelden de stages mee, met zo mogelijk beoordelingen van degene bij wie de stage is gevolgd, het aantal uitgevoerde operaties, etc. Essentieel is dat men voor de opleiding gebruik moet maken van een 'cake walk'-systeem: men is op een bepaalde post en probeert dan een volgende hogere post te bereiken. De uiteindelijke top, de functie van 'consultant', wordt soms pas na zeer lange tijd bereikt. Een en ander doet denken aan de vroegere opleiding tot notaris, waarbij een kandidaat-notaris tot zijn 55e of 60e jaar in deze positie kon blijven. Zo erg is het in Engeland nu ook weer niet overal, maar toch kan men zeer lang moeten wachten voor men een topfunctie bereikt. De titels die worden verstrekt, zoals die van 'junior registrar' en 'senior registrar', zijn carrièrebenamingen en geen opleidingskwalificaties. De opleiding is in beginsel full-time, behoudens enkele uitzonderingen. De opleiding begint met een verblijf in een bepaald ziekenhuis zonder dat men daarbij een specialisme kiest: men is meer in algemene dienst. Slechts

opleidingsplaatsen die erkend zijn door de 'Royal Colleges' en de faculteiten geven toegang tot het examen waaruit het diploma resulteert. Deze opleidingsplaatsen worden regelmatig geïnspecteerd op hun waarde voor de opleiding; de opleidingsziekenhuizen worden ook geïnspecteerd. Sinds kort bestaat de mogelijkheid om, na eenmaal met succes het examen van een bepaald 'college' te hebben afgelegd, een post te bekomen voor 'higher specialistic training', die wordt geregeld door de 'Joint Higher Training Committees' van enerzijds de 'Royal Colleges' en anderzijds de academische en professionele organisaties. Deze 'committees' inspecteren het programma voor ieder die opgeleid wordt en de plaats waar opgeleid wordt. Men is, zoals gemeld, sterk tegen een zogenaamde 'tunnel' opleiding maar is sterk voor een zo breed mogelijke oriëntatie buiten het eigen specialistische terrein. Men is zelfs binnen één opleiding zeer gesteld op varianten. De vraag is, of dit wordt gezien als een verrijking van de opleiding of dat het een 'must' is gezien het aantal op te leiden artsen en de beschikbare plaatsen. De Engelsen verdedigen met vuur hun methode van opleiden, omdat men bij een beperkt aantal posten in een specialisme tijdens de opleiding van koers kan veranderen. Men komt dan wel eens op een andere plek uit – dat gebeurt herhaaldelijk – dan waarvoor men oorspronkelijk richting heeft gekozen. Aan het eind van een opleiding voor 'higher specialistic training' krijgt men een certificaat van 'accreditation in higher (medical, surgical, etc.) training'. In de nabije toekomst zal een dergelijk certificaat nodig zijn voor een benoeming op een post als 'consultant' in de NHS. De 'Royal Colleges' hebben nog een vinger in de pap bij de benoeming van 'consultants', omdat zij in de gemengde commissie die de benoeming moet doen zijn vertegenwoordigd; zij hebben vooral de taak om het wetenschappelijk niveau van de kandidaat-'consultant' te beoordelen. In de visie van de Engelsen zijn de lagere posten in de ziekenhuizen vooral bepaald door de noodzaak de dienstverlening in stand te houden, terwijl de hogere graden, te beginnen bij de 'registrar', worden gereguleerd door het niveau en de beschikbare kandidaten. Men kan niet aan de indruk ontkomen, dat Engeland nog steeds leeft in de veronderstelling dat de eigen opleiding het beste is in Europa en dat men zich daarnaar moet schikken. Er zijn weinig aanwijzingen dat men er van plan is in de pas te gaan lopen met de Richtlijnen. Uit het bovenstaande blijkt immers duidelijk dat een echte specialistenopleiding bekroond met een specialistendiploma in feite in het Verenigd Koninkrijk niet bestaat, of het moest zijn dat men het certificaat na de 'higher specialist training' als zodanig wil beschouwen. Dit diploma is echter vereist om de rang van 'consultant',



de hoogste sport van de carrièreladder van de NHS, te bereiken. De Engelsen houden daarom consequent vast aan hun mening, dat voor het vasteland met een lagere graad kan worden volstaan.

Aangezien er geen officieel specialistendiploma bestaat, moest men daarvoor een oplossing ad hoc vinden. De 'General Medical Council', belast met het toezicht op de academische opleidingen in Engeland, maar tevens een tuchtrechtelijk orgaan – een structuur die verwant is met die der 'Ordres' in de Latijnse landen – bepaalt nu wie in aanmerking komt voor een erkenning in Europa op grond van de reeds verworven opleiding. Dit lichaam wordt voor ieder specialisme bijgestaan door een adviescollege uit de verschillende specialismen. Het aantal jaren opleiding is moeilijk als enige maatstaf te nemen, omdat de carrière in de NHS verloopt langs posten die wel en posten die niet voor opleiding in een bepaald specialisme zijn aangewezen. Daar komt nog bij dat de carrière op ongedifferentieerde posten aanvangt. Al behoeft men niet te twifelen aan de goede trouw van de adviescolleges van de 'Council', toch is het zo dat men in Europa niet kan beoordelen in hoeverre een Engelse opleiding equivalent is aan een volledige Europese opleiding tot specialist. Men kan er niet aan ontkomen zelf nauwkeurig na te gaan hoeveel jaar de Engelse specialist die in ons land wil komen praktiseren in opleiding is geweest, of hij een diploma heeft van een 'Royal College', waar hij zijn opleiding heeft genoten en wat hij daar heeft uitgevoerd. Het probleem zou opgelost zijn wanneer de Engelsen zouden besluiten tot het instellen van een opleiding die overeenkomt met die op het vasteland, met als bekroning een specialistendiploma. In Engeland mikt men echter uitsluitend op de carrière in de NHS (vestigingen buiten de ziekenhuizen komen praktisch niet voor). Omgekeerd is het volstrekt onduidelijk welke mogelijkheden een gast-specialist anders dan afkomstig uit Ierland in Engeland krijgt, wanneer hij een plaats wil gaan innemen binnen de NHS. Tot nog toe heeft zich dit nog nooit voorgedaan. Ten dele is dit toe te schrijven aan de geringe interesse bij de specialisten van het vasteland, anderzijds is er de profylactische drempel van het taalexamen. Geheel tegen de Richtlijnen in, en zelfs op deze wijze wederrechtelijk, eisen de Engelse instanties het afleggen van een taalexamen en bij het niet daarvoor slagen een herhaald examen na zes maanden; is dit ook dan onvoldoende, dan dient men het land weer te verlaten. Er is natuurlijk niemand die zich voor zes maanden kan vestigen, zodat het onduidelijk is welke mogelijkheden een gast-arts heeft. Bovendien is niets bekend omtrent de exameneisen. In een desbetreffende, inmiddels uitgevaardigde wet staat dat de kandidaat-arts 'has to satisfy' een bepaalde taalexamen-commissie, maar wat de

exameneisen zijn is volstrekt onduidelijk. Dit schept alle mogelijkheden voor willekeur.

Alles bij elkaar een weinig bevredigende toestand. Ongetwijfeld zal de Werkgroep 'Opleiding Medische Specialist' op deze anomalieën dienen te wijzen, al is te voorzien dat er een fors verzet zal komen van de Engelse delegatie in dit raadgevend college.

### Italië

Reeds eerder werd meegedeeld dat de situatie in Italië rondweg desastreus is. Er zijn meer dan 190 opleidingsinstellingen, het aantal studenten dat tot specialist wil worden opgeleid is onbeperkt, bovendien moeten de artsen in opleiding voor hun opleiding betalen. Hier dus het andere uiterste van ons panorama: het best betaald in West-Duitsland, voor de opleiding nog toebetalen ook in Italië. En nog niet eens zo weinig: in doorsnee moet een aanstaande specialist in Italië f 3.000,— tot f 4.000,— per jaar voor zijn opleiding betalen. Dit heeft geleid tot monsterlijke toestanden. Het komt voor dat het aantal aan een universiteit op te leiden specialisten in de honderden loopt. Wat er dan terecht moet komen van de praktische opleiding laat zich raden. De artsen zijn nu door de schaamtebarrière heen gebroken en verkondigen overal dat ze hulp van het buitenland moeten hebben om deze afschuwelijke toestand een halt toe te roepen. Men kan zich echter niet aan de indruk onttrekken dat het feit dat steeds meer artsen zich voor de gezondheidszorg melden (en dat daarmee de situatie voor de artsen materieel, behoudens enkele uitzonderingen, bijzonder slecht wordt) een belangrijk argument is voor hun verzet.

Een tweede complicerende factor is het feit dat de opleidingen niet duidelijk zijn omschreven en gezien het grote aantal kandidaat-specialisten overwegend cursorisch worden gegeven. Ook zijn de opleidingen qua inhoud maar vooral ook qua tijdsbeslag in de verschillende opleidingsplaatsen niet gelijk. Volgens de Italiaanse vertegenwoordigers zoeken de specialisten in opleiding eerder een universiteit op met een lange opleiding, omdat ze dan betere vestigingskansen hebben, al moeten ze dan natuurlijk ook weer meer betalen.

De Italiaanse wetgeving is thans als laatste aangepast aan de Richtlijnen, zodat een vrije vestiging in Italië plaats kan vinden. Wat dit praktisch betekent beseft men wanneer men weet dat honderden artsen in Italië werkloos zijn en dat vele anderen een minimumbestaan leiden. Aangezien de artsen voor hun opleiding moeten betalen is praktisch geen enkele opleiding full-time. De wet van 1933 betreffende de specialistenopleiding is dringend aan revisie toe. Die revisie laat echter nog op zich wachten, aangezien er een grote

politieke factor meespeelt: de linkse groeperingen zijn voor onbeperkte toelating tot de universiteit, zelfs ook in avondcursussen; zij vrezen dat een strikt toezicht op de opleidingen dergelijke mogelijkheden zou beperken of zelfs uitsluiten. De regering heeft dan ook niet anders kunnen doen dan de universiteiten (waar de opleidingen in feite alleen maar plaatsvinden) dringend te verzoeken de opleidingen beter te programmeren en in het algemeen in overeenstemming te brengen met de Richtlijnen.

De opleiding vindt dus hoofdzakelijk in academische ziekenhuizen plaats, of in wat wij zouden noemen geaffilieerde ziekenhuizen ('ospedali convenzionati'). In uitzonderingsgevallen kunnen ziekenhuizen die niet geaffilieerd zijn ('ospedali non-clinicizzati') meedoen. De studenten moeten niet alleen betalen voor hun opleiding, maar ook voor hun examens. De opleidingsinstellingen bedruipen zich voor een groot deel van de betalingen van de studenten. De opleiders worden gekozen door de directeur van de school, derden hebben daarin geen zeggenschap. Op het ogenblik worden de opleidingstijden aangepast aan de minimeisen van de Richtlijnen; verschillende tijden waren daar hoogstens de helft van. De regering denkt aan een ratio van 1 student op 4 bedden. Aangezien het aanbod de mogelijkheden overtreft, vindt een selectieprocedure plaats aan verschillende universiteiten, met verschillende methodieken en zonder dat enig inzicht is te verkrijgen in de waarde daarvan. Een bijzonder gevaarlijke bepaling is dat op grond van verkregen relevante ervaring de opleidingstijden kunnen worden bekort. De cursussen zijn verplicht, evenals de patiëntendemonstraties, maar in details verschillen ze van school tot school. De noodzaak van een periode van werken in het ziekenhuis zelf wordt meer en meer als noodzakelijk gevoeld (*sic*). Hieruit volgt dat er studenten tot specialist worden opgeleid op de collegebanken, dat wil zeggen zonder ooit in contact geweest te zijn met patiënten.

Er zal nog heel wat moeten gebeuren voordat de Italiaanse opleidingen gelijkwaardig zijn aan die van de andere landen van Europa. Ook in Italië zelf wordt de noodzaak daartoe gevoeld, niet in het minst door de toepassing van de Richtlijnen. Anderzijds valt niet in te zien dat er bij deze politieke constellatie op korte termijn verandering of verbetering in komt. De laatste tijd kan een aantal assistenten in opleiding tot specialist van de staat een geldelijke ondersteuning krijgen, echter voor zover mij bekend, niet meer dan de helft van de kosten van de opleiding.

### Luxemburg

Zoals bekend is heeft Luxemburg geen

artsopleiding en ook geen specialistenopleiding. Het specialistent diploma wordt uitgereikt door het ministerie van Volksgezondheid op voordracht van de 'Ordre' in Luxemburg. Ook hier begint de specialistenopleiding na een basisopleiding tot arts. De specialist in opleiding moet vooraf in eigen land zijn opleidingsschema bespreken. Ook moet toestemming worden verkregen voor het volgen van de opleiding bij een bepaalde opleider. Het ligt in de bedoeling specialistenopleidingen voor bepaalde disciplines binnenkort plaats te doen vinden in het nieuwe 'centre hospitalier' en in enkele daartoe aangewezen ziekenhuizen.

#### Voorlopige conclusies

De werkgroep is tot de overtuiging gekomen dat een '*competente autoriteit*', zoals die in de Richtlijnen wordt genoemd, noodzakelijk aanwezig moet zijn in ieder land. Een dergelijke autoriteit heeft regelende functies, waartoe gerekend zouden kunnen worden – maar in veel gevallen is dit onuitvoerbaar – een controle van het aantal artsen in opleiding en een screening bij de toelating tot de specialistenopleiding. Overigens worden aan deze autoriteiten alle functies toegedacht die in Nederland door het Centraal College en de Specialist Registratie Commissie worden vervuld. Van belang is echter dat de werkgroep stelt dat in ieder land de opleidingscentra en de opleiders moeten worden erkend en getoetst en dat een regelmatige inspectie van opleidingsplaatsen, opleiders en de opleidingsprogramma's noodzakelijk is. Hierin weerspiegelt zich een duidelijke invloed van Nederland. Verder dient een specialistencertificaat of -diploma te worden uitgereikt (en dat zal voor Engeland dan nog een heel probleem zijn). De '*competente autoriteit*' moet ook een lijst bijhouden van erkende specialisten (een dergelijke lijst bestaat in Engeland en Italië niet). Ook zou een dergelijke autoriteit de taak moeten hebben gast-specialisten al of niet te erkennen. Vermeldenswaard is nog dat in het Verenigd Koninkrijk wordt gestreefd naar één lichaam voor de regeling van de basisopleiding en de voortgezette opleidingen.

De commissie heeft voorts uitgesproken dat bij alle waardering voor de pogingen de opleiding tot huisarts als voortgezette opleiding van de basisopleiding te zien, dit niet er toe mag leiden dat de *basisopleiding* belangrijke elementen gaat missen die voor de specialistenopleiding noodzakelijk zijn. De basisopleiding dient daarom alomvattend te zijn, 'leaving no important areas of total ignorance'. In de tweede Richtlijn wordt uitgesproken dat de specialistenopleiding niet eerder kan beginnen dan nadat de opleiding tot arts

gecompleteerd is; men mag daaruit afleiden dat deze inderdaad alomvattend moet zijn en geen duidelijke lacunes mag vertonen. Ook wordt nog een keer uitgesproken, dat tijd die tijdens de opleiding tot arts aan een bepaald specialisme wordt gegeven niet kan meetellen voor de specialistenopleiding, aangezien die volgens de Richtlijnen dient plaats te vinden na de opleiding tot arts.

Ook deze commissie komt tot de uitspraak, dat een beperking van het aantal studenten voor de opleidingen tot arts en tot specialist een effect heeft op de toekomstige, voor de gezondheidszorg beschikbare mankracht. Daarom kan men deze problemen alleen maar bekijken in een alomvattende structuur. Echter de commissie gaat er vanuit dat het *aantal opleidingsplaatsen* in geen enkel land onbeperkt kan zijn (anders krijgt men Italiaanse toestanden) en dat ook de toelating van een buitensporig groot aantal tot specialist op te leiden artsen de kwaliteit van de opleiding aantast. Daarbij dient het vraagstuk van de selectie zich aan. De *selectie* wordt in verschillende landen op verschillende wijzen uitgevoerd; de werkgroep meent dat over geen enkele methode nog een definitief oordeel valt te vellen. Daarom is uitwisseling van ervaringen van de grootste betekenis. Engeland ziet een methode van selectie in de wetenswaardigheden die de assistent-specialist ervaart in de NHS, omdat de eerste posten voldoende in aantal zijn en een soort basisopleiding geven voor verschillende specialismen; naarmate men stijgt op de carrière ladder worden de posten meer gespecialiseerd, met meer verantwoordelijkheid, maar kleiner in aantal – mijns inziens eerder een 'to make the best of it' dan een bewust gekozen methodiek.

De werkgroep is unaniem van oordeel dat *studie in het buitenland* moet worden aangemoedigd. Daarbij heeft zij zich niet willen uitspreken over een maximum tijd. Speciale aandacht verdient in dit verband het feit dat grote aantallen Deense artsen geheel worden opgeleid in Zweden. Aangezien in de drie Scandinavische landen de diploma's uitwisselbaar zijn, kan een in Zweden opgeleide arts zich zonder meer in Denemarken vestigen. Merkwaardigerwijze kan hij zich echter niet in één van de negen landen van Europa vestigen, omdat Zweden buiten de EEG valt. Men zal daarvoor via de Raad van Ministers een oplossing moeten zoeken, want het is natuurlijk inconsequent deze artsen te verbieden wat andere Deense artsen zonder meer is toegestaan. Wanneer een deel van de opleidingstijd wordt doorgebracht in een erkende opleidingsinrichting met een erkend trainingsprogramma in een andere deelstaat, dan moet deze opleiding ook voor de eigen opleiding worden erkend. De commissie stimuleert – in navolging van

een uitnemend rapport van de Junior Doctors Association – ook gaarne de mogelijkheid van uitwisseling van assistenten op reciproke basis. Aan het land van oorsprong moet worden overgelaten te beoordelen of de educatieve waarde van de buitenlandse opleiding voldoende is. Een dergelijk systeem zal pas op bredere schaal kunnen worden ingevoerd wanneer de opleidingen meer gelijkwaardig zijn geworden en vooral ook wanneer de competente autoriteiten een beter contact hebben en een betere greep op de opleidingsprogrammering in sommige landen.

Tenslotte heeft de werkgroep als zeer belangrijk onderdeel van de opleiding de *verhouding van de afgeleide specialismen tot het moederspecialisme* aangevat. In Nederland is dat geen groot probleem: wij gaan ermee akkoord dat de afgeleide specialismen een basisopleiding hebben vanuit het moederspecialisme. Toch gaan er ook in Nederland stemmen op die tegen een dergelijke structuur protesteren (cf. plan-Den Otter). Tegenover de opvatting dat twee jaar algemene chirurgie een goede basis vormt voor de nadere specialisering op één van de deelgebieden wordt dan de opvatting gesteld dat het deelgebied zulke aparte eisen stelt aan de basisopleiding dat deze daarom moet worden overgelaten aan de opleiders in het eigen specialisme. Dit is, in één term samengevat, het grote vraagstuk van de '*tronc commun*'. Dit geldt nog meer wanneer men ziet dat enkele landen een centripetale tendens gaan volgen en de afgeleide specialismen weer terug willen brengen in het moederlichaam – een soort omgekeerde partus.

De meerderheid van de commissie bleek nog altijd geporteerd voor een gemeenschappelijke basisopleiding van de afgeleide specialismen, dus bijvoorbeeld twee jaar chirurgie voor orthopaedie, plastische chirurgie, neurologie, etc. Er werd op gewezen dat een zo breed mogelijk specialisme van belang is voor landen met grote geografische afstanden en met kleinere ziekenhuizen, omdat men daar nu eenmaal ver uitgesplitste specialismen geen plaats kan geven. Een moeilijkheid nu is, dat in verschillende opleidingsziekenhuizen in Europa de uitsplitsing zover is gegaan dat de algemene chirurgie of de algemene interne geneeskunde er praktisch niet meer bestaat en dat degenen die willen worden opgeleid moeten roteren over een aantal supergespecialiseerde afdelingen – een weinig wenselijke toestand.

#### Aanbevelingen

De Werkgroep 'Opleiding Medische Specialist' doet de volgende aanbevelingen:

1. Ieder land moet beschikken over een

centrale nationale medische autoriteit voor alle opleidingsproblemen binnen de geneeskunde, zowel voor de basisopleiding als voor de voortgezette opleidingen.

2. Voor ieder land ligt er een taak de basisopleiding te coördineren met de voortgezette opleidingen, in dit geval de specialistenopleidingen.

3. Ieder land moet streven naar een erkenning via diploma's, uit te reiken door een officieel lichaam, zoals in de Richtlijnen voorgeschreven. Deze officiële lichamen op het gebied van de medische opleiding dienen op Europees vlak contact met elkaar op te bouwen. Op grond van de zeer gunstige ervaringen opgedaan in de plenaire assemblee van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding met de samenwerking tussen regeringsvertegenwoordigers, hoogleraren en vertegenwoordigers van de professie moeten volgens de werkgroep ook in dergelijk toezichthoudende lichamen alle drie groepen vertegenwoordigd zijn.

4. Grote aandacht moet worden gegeven aan een zodanige beperking van het aantal op te leiden artsen tot specialist, dat de opleidingsplaatsen daardoor niet in het ongereede geraken. Voor een opleiding dienen opgestelde normen strikt te worden gehandhaafd. Studie in het buitenland moet worden aangemoedigd. Full-time training met een element van dienstverlening, dus met eigen verantwoordelijkheid of althans eigen activiteit in het verzorgen van patiënten, moet de norm zijn; deze criteria, neergelegd in de tweede Richtlijn, dienen gehandhaafd te blijven. (Dit gaat overigens lijnrecht in tegen de conclusie van het rapport-Rapin dat de part-time opleidingen als blijvend en voor ieder specialisme toepasselijk beschouwt.) De commissie meent dat er plaats moet blijven voor een opleiding algemene chirurgie en een opleiding algemene interne geneeskunde en dat gewaakt moet worden voor een zodanige versplintering dat de opleiding in deze vakken onmogelijk zou worden. Bovendien zou gestreefd moeten worden

naar een meer centripetaal principe bij het indelen van de specialismen en dus naar een kortere lijst; een verder uitsplitsing zou dan slechts dienen plaats te vinden binnen het eigen specialisme. Deze weg wil het Centraal College ook inslaan door het in werking stellen van de 'aantekening' van een speciaal gebied binnen het grondspecialisme, zonder dat dit een erkend specialisme wordt. De basisopleiding tot arts dient alle velden van de geneeskunde te bestrijken en moet voltooid zijn voordat de specialistenopleiding begint.

Conclusie: op het ogenblik bestaan er in verschillende landen vrij revolutionaire plannen voor het veranderen van de opleiding tot arts en de opleiding tot specialist en vinden er voorts in vele landen activiteiten plaats op het vlak van de nascholing; het werk van deze commissie is daarom van grote betekenis.

---

## Huisarts en somatische fixatie

### Een rapport van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

Klachten over de gezondheid staan niet op zichzelf. Ziekte en het beleven daarvan houden nauw verband met de manier waarop mensen in hun omgeving – gezin, wijk, werk – functioneren. Gaan arts en patiënt bij lichamelijke klachten geheel voorbij aan deze relatie en richten zij zich alleen maar op de strikt medische betekenis van de klachten, dan kan 'somatische fixatie' optreden. Aldus onderzoekers uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI). Zij zijn vanaf 1973 nagegaan welke factoren een rol spelen bij het aangeduide proces van eenzijdige aandacht voor lichamelijke klachten, een eenzijdigheid die een juiste hulpverlening in de weg kan staan. Het Praeventiefonds steunde hun onderzoek financieel.

#### Omgaan met conflicten

In toenemende mate doet de maatschappij bij allerlei problemen een beroep op de artsen. Zie de gestegen cijfers van WAO en Ziektewet, zie het geneesmiddelengebruik, zie de presentatie van vage klachten aan de

huisarts.

Ook de Nijmeegse onderzoekers signaleren, dat de mensen steeds vaker een *typisch medische oplossing* zoeken voor onlustgevoelens.

Dikwijls komen deze gevoelens evenwel voort uit spanningen die kenmerkend zijn voor het leven. Het is dan zinvoller de spanningsbron (bijvoorbeeld moeilijkheden tussen ouders en kinderen, problemen op het werk, isolement van het gezin) aan te pakken dan alleen de onlustgevoelens te bestrijden.

De onderzoekers spraken uitvoerig met ruim vierhonderd gezinnen, behorend tot vier huisartspraktijken. Zij stelden vast dat patiënten, met name zij die geneigd zijn bij klachten gauw hun bed op te zoeken, vaker naar de huisarts gaan als zij slecht kunnen omgaan met conflicten en die liever ontwijken. Voorts merkten zij op, dat kinderen van moeders die geneigd zijn conflicten te ontwijken vaker bij de huisarts komen dan andere kinderen; dit bleek echter alleen op te gaan als de moeder zelf betrekkelijk weinig bij de dokter kwam. Een andere uitkomst was, dat vooral moeders met jonge kinderen die betrekkelijk geïsoleerd leven

vaker met vage klachten naar de huisarts gaan.

In het algemeen kwamen twee belangrijke punten naar voren uit het NUHI-onderzoek:

- bij ziekte zijn niet alleen typisch medische zaken van belang, maar ook de manier waarop de patiënt met zijn spanningen omgaat;
- bij ziekte speelt een belangrijke rol hoe de gezinsleden van de patiënt reageren.

Door middel van een *vervolgonderzoek* wil men meer licht brengen in de rol die de huisarts speelt in het proces van eenzijdige aandacht voor lichamelijke klachten. Bij de huidige opleiding van huisartsen wordt op dit aspect van het werk nog nauwelijks ingegaan. Met behulp van de uitkomsten van de vervolgstudie kan wellicht een betere huisartsenopleiding worden bewerkstelligd, hopen de Nijmegenaren.

Meer over dit NUHI-project inzake (preventie van) somatische fixatie vanaf oktober in het maandblad Huisarts en Wetenschap.

---

# De rol van de medicus bij de beoordeling van rijvaardigheid

Rijvaardigheid in verkeerstechnische zin en in medisch opzicht zijn twee zaken die beoordeeld worden bij het uitreiken van een rijbewijs. Beide houden grote en moeilijke beoordelingsproblemen in. Tussen beide bestaat verband.

De verkeerstechnische vaardigheidsbeoordeling is in handen van CBR-examinatoren, de training voor deze vaardigheid berust bij rij-instructeurs en rij scholen.

Vermoedelijk is zowel over deze training als over de toetsing ervan in kritische zin veel interessants op te merken, onder meer vanuit

onderwijskundige en

gedragswetenschappelijke hoek.

In dit artikel echter worden speciaal die rijvaardigheidsaspecten onder de loupe genomen waarvan traditioneel wordt aangenomen dat ze wat de beoordelingskant betreft tot het domein van de medicus behoren. Het is mijns inziens overigens zeer de vraag of voor verschillende zaken, waarvoor beoordeling aan de medicus wordt gevraagd, dat wel terecht is.

Er is sprake van een ontwikkeling, begonnen in het tijdperk waarin psychosociale categorieën nog nauwelijks een rol speelden en toen er van verkeersproblemen nog nauwelijks sprake was, toen het er nog hoofdzakelijk om ging of iemand kon zien, horen, een stuurwiel kon draaien en enkele knoppen en handles kon bedienen. Vermoedelijk is een expliciete bezinning op de huidige beoordelingsrol van de medicus bij rijvaardigheidsproblemen ten onrechte uitgebleven. De welbekende 'eigen verklaring' maakt in haar opstelling en simpelheid een gevaarlijk *anachronistische* indruk. In feite komt het er praktisch op neer dat er nauwelijks sprake is van

---

door Dr. H. Blijham



De heer Blijham is zenuwarts te Groningen

---

werkelijke controle op geschiktheid tot verkeersdeelneming. En wat erger is: een eventuele, bij wijze van uitzondering gevraagde, medische beoordeling veroorzaakt een bedrieglijke schijn van het getoetst zijn van deze geschiktheid. Dat moge in het volgende worden toegelicht.

## Statussymbool

Eerst echter nog het volgende. Het rijbewijs blijkt een zeer fel begeerd en als uiterst belangrijk beleefd document te zijn. Ten dele heeft dit te maken met het feit dat het bezit van een auto soms een min of meer narcistisch beleefd statussymbool is. Voorts echter verschaft het rijbewijs de houder niet alleen toegang tot deelneming aan het verkeer, c.q. het verkeersgedrag, maar ook tot gedragsuitingen in het verkeer die samenhangen met wezenlijke en diepe innerlijke krachten. Essentieel is daarbij dat deze verkeersdeelneming en dit gedrag, rijdend in een auto, in de anonieme sfeer blijft. Men kan zich min of meer los van de eigen

'ik-structuur' mateloos en moeilijk grijpbaar overgeven aan 'Es-impulsen', men kan ontkomen aan de 'super-ego-sturing' daarvan. Men denke in dit verband onder meer aan de automobiel als suïcidemiddel, aan het massaal negeren van snelheidslimieten, aan het massaal rijden door rood licht, etc.

Deze enkele opmerkingen verwijzen naar een omvangrijk, nog onvoldoende geëxploreerd gebied van kennis. Maar er is voldoende aanwijzing – ook in de directe dagelijkse waarnemingswereld – dat autorijden is geworden tot een bezigheid waarin de persoonlijkheid zich presenteert in al haar gecompliceerdheid.

Hiermee hangt samen dat het rijbewijs een der meest 'heilige' documenten is die de mens zich kan verwerven, met grote emotionele betekenis. Het bezit van een rijbewijs bepaalt een belangrijk deel van de uitingsmogelijkheden. Bij de medische beoordelingssituatie dient men zich dit alles niet alleen in zijn algemeenheid duidelijk voor ogen te stellen, maar ook steeds geëxtrapoleerd naar de te beoordelen individuele mens. Tegelijk echter dient men zich zijn beperktheden ten aanzien van de beoordeling duidelijk te realiseren.

We constateerden dat bij het autorijden de persoonlijkheid zich presenteert in al haar gecompliceerdheid. Daaraan kan worden toegevoegd: in al haar griezigheid, haar onberekenbaarheid, haar agressiviteit, haar streven naar machtsbelevens. De hele wijze van psychisch functioneren speelt mee. Dit zowel in het 'normale' als in het sub- en ab-normale. Daarbij denk ik om te beginnen aan de

organisch-cerebrale kant, zonder me hier te beperken tot ernstige dementi's of epilepsie. Vermoedelijk zijn verschillende fijn genuanceerde organisch-cerebrale stoornissen van groot belang. De grote aantallen mensen met uiteenlopende post-hersentraumatische toestanden maken dat deze zaak zowel kwantitatief als kwalitatief nauwelijks meer hanteerbaar is. Ik denk aan bewustzijnschommelingen, opvattingsstoornissen, beoordelingsanomalieën en dergelijke.

Voorts dient ook te worden gedacht aan het stemmingsniveau, met griezeligheden naar beide kanten, naar de (sub)depressieve en de (hypo)manische pool, én aan de invloed daarvan op het gedrag en het motorische gebeuren. Ook de affectief-emotionele situatie draagt bij tot de psychische constellatie.

Uiteraard speelt de intelligentie een rol, maar niet zo simpel als men zou kunnen veronderstellen. Een laag IQ betekent zeker niet altijd minder geschikt zijn en omgekeerd.

Voorts is de zintuiglijke en apercceptieve verwerking van prikkels van belang. Motorische vaardigheden en beperktheden spelen ook mee. Tenslotte – maar niet in de laatste plaats – dienen natuurlijk genoemd te worden eventuele neurotische (al dan niet psychopathoforme) eigenschappen, beperkingen of modificaties van het bestaan en het functioneren.

Op deze gecompliceerde en hier slechts in een oppervlakkige aanzet geschetste psychische constellatie van veel factoren speelt als intern-milieubepalend en daardoor functiemodificerend element steeds een grote rol het somatisch gebeuren. Men denke als voorbeeld aan de ingrijpende invloed van een lichte hypoglycemie op het bewustzijnsniveau en de stemming. Kort aangeduid: het gaat om de modificerende invloed van de totaliteit van de orgaanfuncties en het biochemisch gebeuren.

### Complex

Na aldus te hebben gewezen, enerzijds op enkele menselijke aspecten van het autorijden en de daarmee samenhangende bezitsdrang naar het rijbewijs, anderzijds op de complexiteit van het psychosomatisch

gebeuren in de mens en het belang daarvan voor het autorijden, kan het volgende duidelijk worden. Kennelijk hebben we in de beoordelingssituatie voor de rijvaardigheid als medicus te maken met een zeer complex subject-object en met een moeilijk te doorschouwen functie-aspect in de verkeerssituatie. Uit deze moeilijke problematiek wil ik nog in het bijzonder de aandacht vestigen op de volgende drie zaken, die deze materie nog moeilijker hanteerbaar maken.

1. Een bijzonder hachelijk hoofdstuk in het kader van ons onderwerp is dat van de epilepsie. Ongeveer 1 op 200 personen lijdt aan epilepsie. Zeer vermoedelijk is er een groter aantal personen met sub-klinische afwijkingen die verband houden met epilepsie. Er zijn wat de rijvaardigheid betreft voor epileptici eenvoudige en praktisch lijkende regels gesteld. Een essentieel criterium daarbij is: twee jaar aanvalsvrij geweest zijn. Kritisch beschouwd echter blijkt zelfs op deze eenvoudige vraag in de praktijk vrijwel nooit een voldoende betrouwbaar antwoord te verkrijgen te zijn! Noch van de betrokkenen zelf, noch ook van behandelende instanties en collegae. Dit hangt onder meer samen met de emotionele betekenis van het bezitten van een rijbewijs, waarover reeds een en ander werd opgemerkt. Beoordeling van epileptici in het kader van ons onderwerp blijkt in de praktijk een problematische zaak.

2. Er is een grote invloed op de rijvaardigheid van het al dan niet gebruiken van farmaca, al dan niet terecht aangeduid als geneesmiddelen. Dit geldt niet alleen – maar wel in het bijzonder – de groep der psychofarmaca in de meest ruime zin. Men bedenke dat het gebruik/misbruik van farmaca een ontstellende omvang heeft aangenomen en dat dit verschijnsel met betrekking tot een individu vrijwel oncontroleerbaar is geworden. Hetzelfde geldt voor de genotmiddelen en de zogenaamde drugs. Tussen farmaca, genotmiddelen en drugs bestaan onderling vele betrekkingen. Onder meer wat betreft interacties, maar ook vooral in de tot gebruik/misbruik aanzettende drijfveren. Het hele gebied van het chemisch-farmacologisch geëxposeerd zijn is vrijwel volledig

oncontroleerbaar in de beoordelingssituatie voor het rijbewijs. De gegevens of inlichtingen erover die eventueel verkregen worden van of over de te beoordelen persoon zijn praktisch altijd onbetrouwbaar. Wel weten we dat het gebruik per hoofd van de bevolking aan farmaca, met name ook de psychofarmaca, angstwekkend hoog is gestegen. De voorschriften ter waarschuwing bij de aflevering van receptuur werken in de praktijk nauwelijks.

3. Tenslotte het in meerdere opzichten verschrikkelijk moeilijke vraagstuk: alcohol en verkeer. Er is de problematiek van het zogenaamde sociaal drinken en het verkeer. Een wonderlijke amfibische en contradictoire materie. In hoofdzaak echter niet een medisch vraagstuk. Maar er is ook het vraagstuk van de abusushoudende alcohol in al zijn vele vormen, waarbij ons wel een hoeveelheid moeilijke pathologie wordt gepresenteerd. Ook met als uitgangspunt en kerngedachte, dat alcoholgebruik/misbruik in principe onverenigbaar is met deelneming aan het verkeer, blijkt toch in de praktijk dat diverse compromissituaties ten onrechte min of meer worden aanvaard. Een moeilijkheid voor een ter advisering geconsulteerde medicus is dat het gaat om een nauwelijks voorspelbare materie. In het algemeen zal de medicus bij alcoholmisbruik afwijzend adviseren. Ook ten aanzien van alcohol blijkt het, speciaal als het gaat om rijvaardigheidsadviezen, erg moeilijk betrouwbare gegevens te verkrijgen, zowel auto- als hetero-anamnestic. Wat we wel weten is de angstwekkende toeneming van de alcoholconsumptie, zowel privé als zakelijk. In ons land zijn ongeveer 1 miljoen mensen die zich schuldig maken aan alcoholmisbruik. Een groot aantal van hen bevindt zich dagelijks in het verkeer.

Tussen de genoemde speciale punten epilepsie, farmaca/drugs en alcohol bestaan onderlinge verwevenheden en interacties die de beoordeling nog gecompliceerder maken. Men denke aan de vele polymorf verslaafden. Voorts is er het kwantitatief-statistisch aspect: ongehoorde aantallen mensen, feitelijke of potentiële bezitters van een rijbewijs, vallen onder één of meer der genoemde speciale

categorieën; vermoedelijk aanmerkelijk meer dan 50%.

### Verontrustend

Ik ben me gaan afvragen hoe een medicus het nog aandurft te adviseren inzake rijvaardigheid, gezien het tot nu toe beschrevene. Ik wil niet verhalen dat ik het niet meer kan! Voorts moet ik melden dat ik me soms zorgen maak naar aanleiding van ter zake door collegae uitgebrachte rapporten en adviezen. Zoals ik me ook zorgen maak over de simplificerende en probleem-reducerende wijze, waarop in de sfeer der opinievorming en in de beleidssfeer gemeend wordt dat er met administratieve en technische maatregelen (bijvoorbeeld veiligheidsgordels, snelheidsbeperkingen, verkeerssignalering, etc.) of met sancties een wezelijke invloed is uit te oefenen op het verkeersgedrag en de verkeersveiligheid. Verontrustend is het ook dat men kennelijk geen lering wenst te trekken uit de zogenaamde 'overklaarbare' ongevallen. De oorzaken hebben veel te maken met het beschrevene. Daarentegen valt het mij soms op hoe overdreven en weinig relevant de eisen zijn die worden gesteld aan – om op mijn vakgebied te blijven – lijdens aan multiple sclerose, dwarslaesie, heredo-ataxie, spierdystrofie, en dergelijke. Sommige van deze mensen moeten zich jaarlijks op eigen kosten specialistisch laten onderzoeken. Alsof dáár de problemen liggen. Nauwelijks geïndiceerd worden deze vaak toch al sociaal zwakkeren op voor hen hoge kosten gejaagd. Deze mensen rijden nogal eens in aangepaste voertuigen, waarin ze noch voor zich zelf noch voor anderen een gevaar vormen. Ze rijden vaak erg voorzichtig, rustig, vaak dicht bij huis, geringe afstanden. Hun toestand is op korte en middellange termijn gezien vaak nauwelijks progressief.

De werkelijke problemen werden hierboven aangegeven. *Als echter aan een eigentijdse medische beoordeling werkelijk achtergrond en zin zal worden gegeven, dan zal een niet onaanzienlijk deel der rijbewijsaanvragers, inclusief vele verlengingen, op een geheel andere wijze 'medisch' dienen te worden onderzocht.* Daarbij moet dan mijns

inziens worden gedacht aan een hoog en specifiek geoutilleerd en getraind centrum, c.q. centra, toegespitst op de speciale vraagstelling. Aldaar zullen alle voor deze vraagstelling van belang zijnde middelen aanwezig dienen te zijn, alsmede de noodzakelijke disciplines en deel-disciplines.

Een dergelijke aanpak heeft natuurlijk onder meer financiële consequenties. Naar mijn oordeel is er een zodanig zwaarwegend algemeen belang in het spel, een zodanig essentieel aspect van de verkeersveiligheid, dat de kosten uit de 'algemene middelen' dienen te worden betaald.

Uit het voorgaande volgt dat het goeddeels een illusie is te menen dat men ten principale verkeersgedragcorrigerend zou kunnen werken met straffen en sancties. Dat blijkt vrijwel dagelijks. De enige, weliswaar moeilijke en dure methode is de preventieve in genoemde specifieke centra, waarin de medicus – geïntegreerd met andere disciplines – zijn plaats kan vinden. Wellicht is daarbij te overwegen de uitgifte van rijbewijzen te doen geschieden naar analogie van die van het paspoort. Het document blijft dan eigendom van de overheid, het verschaft te omschrijven rechten, echter gebonden aan eveneens aan te geven voorwaarden en regels. Het is dan niet een soort diploma in eigendom. Schending van de regels en

voorwaarden betekent dan het inleveren van het document. Pogingen tot terugverkrijging zou dan kunnen worden gereguleerd.

### Prioriteiten

Het belang van genoemde specifieke keuringen lijkt me stellig veel groter en veel urgenter dan van vele andere categorale onderzoeks- en beoordelingsactiviteiten. Ik denk bijvoorbeeld aan het werk van schoolartsen, aan de militaire keuringen, sportkeuringen en dergelijke. Men begripe me niet verkeerd: niet dat ik zonder meer genoemde categorieën afwijs, het gaat om prioriteiten.

Nu het verkeer is uitgegroeid tot de ieder bekende heksenketel, waarin met name ook bejaarden, jonge kinderen, zintuigelijk gehandicapten, etc. onverantwoorde risico's lopen, nu kan een samenleving, die het zich permitteert de als voorbeelden genoemde categorieën mensen medisch te checken, het zich mijns inziens niet meer permitteren de rijvaardigheid vrijwel onbeoordeeld op zijn beloop te laten. Want daarop komt mijns inziens de huidige regeling neer. Erger nog: er is nu de schijn van beoordeling, waarbij de medicus wordt overschat en waarbij het medisch advies niet veel meer is dan een schijnvertoning.

## SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

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

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



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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



## van het hoofdbestuur

### Jaarverslag 1977 Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van medische specialisten

De Commissie van Beroep heeft in 1977 één beroep behandeld. De behandeling is geschied door een uit de Commissie samengestelde Kamer, bestaande uit de heren Mr. G. J. Wiarda, voorzitter, Mr. H. L. Hoogenhuis, Prof. Mr. J. J. M. van der Ven, Dr. J. Roos en Dr. H. G. van Balen, leden.

De zaak betrof een arts die niet voldeed aan de vastgestelde opleidingseisen voor een erkend specialisme, maar ingevolge artikel 1018, eerste lid van het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij op grond van bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid in het betrokken specialisme inschrijving verlangde in het register van erkende specialisten. De SRC weigerde deze inschrijving, van welke weigering de arts in beroep kwam.

In haar beslissing overwoog de Commissie van Beroep met betrekking tot de betekenis van artikel 1018 van het Huishoudelijk Reglement het navolgende:

'dat deze bepaling het karakter heeft van een uitzondering op de regel dat de inschrijving in het register van erkende specialisten slechts mogelijk is na het volgen van de voorgeschreven opleiding voor het betrokken specialisme, waarbij volgens het tweede lid van die bepaling in het bijzonder is gedacht aan personen die bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid bezitten ten aanzien van een onderdeel in de geneeskunde, waarvoor een nieuw specialisme wordt ingevoerd dat tot dusverre niet had bestaan en waarvoor dus ook nog geen opleiding was erkend;

dat, al is de toepassing van het eerste lid van genoemde bepaling niet tot deze laatste groep – waartoe aanvraagster overigens niet behoort – beperkt, de strekking van die bepaling meebrengt, dat het alleen uitzonderingsgevallen zijn die daarvoor in aanmerking komen en dat het bezitten van specialistische kennis en ervaring verkregen buiten het kader van een voorgeschreven opleiding, daarvoor op zichzelf niet voldoende is;

dat zulks onder meer kan blijken uit het Besluit van het Centraal College no. 3-1975, getiteld 'meetellen van specialistische kennis en ervaring', waaruit volgt dat kennis en ervaring na het artsexamen in een specialisme opgedaan, in het algemeen slechts kan leiden tot vermindering van de opleidingsduur, maar niet tot vrijstelling daarvan;

dat in dezelfde richting wijst het Besluit no. 2-1975 getiteld 'Opleiding van Nederlandse artsen tot specialist in het buitenland', volgens welk besluit voor hen, die dit op eigen initiatief hebben gedaan, ook indien zij de buitenlandse opleiding volledig hebben gevolgd, in het algemeen geldt dat zij om hier te lande in het register voor het desbetreffende specialisme te worden ingeschreven, eerst nog bij een hier te lande voor het specialisme erkende opleider een beoordelingsstage moeten volgen;

dat het uit genoemde bepalingen blijken systeem meebrengt, dat afgezien van de in het tweede lid van artikel 1018 genoemde gevallen, toepassing van het eerste lid alleen mogelijk is voor gevallen waarin de aanvrager door hetgeen hij op praktisch en wetenschappelijk terrein heeft gepresteerd met een zodanige evidentie doet blijken van bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid, dat het ook zonder beoordelingsstage in de mogelijkheid waarvan voor deze gevallen nu eenmaal niet

is voorzien, duidelijk is dat hij bij een zelfstandige uitoefening van het betrokken specialisme in geen enkel opzicht zal onderdoen voor hen die wél de voorgeschreven opleiding hebben gevolgd, en dat het daarom onredelijk zou zijn van hem te vergen dat hij de officiële opleiding nog zou volgen, zelfs als daarbij Besluit no. 3-1975 zou worden toegepast.'

De Commissie van Beroep overwoog vervolgens dat noch uit het door de SRC in eerste aanleg verrichte onderzoek, noch uit de behandeling in beroep van zodanig theoretische kennis en praktische bekwaamheid overtuigend was gebleken. Tot dit oordeel is de Commissie gekomen na een onderzoek ingesteld te hebben naar o.a. de betrekkingen waarin de arts werkzaam was geweest en de wetenschappelijke publikaties van de hand van de arts. De Commissie verwierp het beroep en bevestigde de beslissing van de SRC, waarbij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten werd geweigerd.

De werkzaamheden van de Commissie hebben zich beperkt tot de behandeling van bovenweergegeven zaak. Andere beroepen werden ingetrokken.

### Jaarverslag 1977 Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van sociaal geneeskundigen

Tijdens het verslagjaar zijn bij de Commissie geen beroepen ingesteld. Mitsdien bestond voor de Commissie in 1977 geen aanleiding bij elkaar te komen.

### Jaarverslag 1977 Commissie van Beroep voor de huisartsgeneeskunde

Tijdens het verslagjaar zijn bij de Commissie geen beroepen ingesteld. Mitsdien bestond voor de Commissie in 1977 geen aanleiding bij elkaar te komen.

Voorzitter, Mr. G. J. Wiarda  
Secretaris, Mr. P. Mout

## van het Ondersteuningsfonds

### Adressen afdelingscorrespondenten

#### Alkmaar en Omstreken

J. Lourens, Wilgenlaan 3, 1851 LD Heiloo.

#### Almelo en Omstreken

H. H. Heijmans, Wierdensestraat 118A, 7604 BM Almelo.

#### Alphen en Omstreken

M. E. van der Steen, Wilhelminalaan 66, 2405 EE Alphen aan den Rijn.

#### Amersfoort en Omstreken

W. J. van der Hooft, Dr. Abr. Kuyperlaan 22, 3818 JC Amersfoort.

## *Amsterdam*

Dr. L. Koekenheim, Minervaplein 26-3, 1077 TS Amsterdam.

## *Apeldoorn en Omstreken*

P. H. Drabbe, Arnhemseweg 59, 7331 BC Apeldoorn.

## *Arnhem en Omstreken*

V. H. Haag, Kerklaan 21, 6891 CM Rozendaal.

## *Assen en Omstreken*

G. J. L. Bosselaar-Boerma, Platolaan 24, 9404 EN Assen.

## *Bergen op Zoom – Roosendaal en Omstreken*

J. B. Schueler, Zundertseweg 3, 4715 CH Rucphen.

## *Breda en Omstreken*

W. H. Leers, Valkenstraat 10, 4847 TH Teteringen.

## *Delft en Omstreken*

A. Houwing, A. M. de Jonglaan 15, 2624 LB Delft.

## *Deventer en Omstreken*

H. H. F. Hobbel, Brinkgreverweg 222, 7415 CJ Deventer.

## *Dordrecht en Omstreken*

J. W. Walvis, Petunia 2, 3317 HN Dordrecht.

## *Drenthe's Zuidoosthoek*

K. A. Huisman, Weesboom 4, 7861 CE Oosterhesselen.

## *Eindhoven en Omstreken*

A. J. P. M. Peters, p/a van Beethovenlaan 39, 5654 EB Eindhoven.

## *Emmeloord en Omstreken*

W. H. Cense, Grote Fok 29, 8321 VZ Urk.

## *Enschede en Omstreken*

G. Dornseiffen, Verdilaan 7, 7522 KA Enschede.

## *Friesland-Noord*

Dr. E. W. Hoving, Pelikaanstraat 33, 8916 AD Leeuwarden.

## *Friesland-Oost*

G. J. van der Slikke, De Hoge Bomen 4, 9203 ND Drachten.

## *Friesland Zuidwesthoek*

C. Kerbert, Nr. 58, 8647 SV Sybrandaburen.

## *Goeree en Overflakkee*

J. Dogterom, Voorstraat 17, 3245 BG Sommelsdijk.

## *Gooi en Eemland*

P. A. Keeman, Noolseweg 26, 1251 GP Laren (NH).

## *Gorinchem en Omstreken*

A. Lubbers, Peulenstraat 249, 3371 AM Hardinxveld-Giessendam.

## *Gouda en Omstreken*

N. Tom, Ronsseweg 523, 2803 ZJ Gouda.

## *'s-Gravenhage en Omstreken*

A. D. J. Berkhout, Duinlustweg 5, 2243 GP Wassenaar.

## *Groningen en Omstreken*

J. M. Rijkmans, Ged. Zuiderdiep 40, 9711 HJ Groningen.

## *Haarlem en Omstreken*

J. J. Koningsberger, Schotersingel 143, 2023 AC Haarlem.

## *Haarlemmermeer en Omstreken*

G. van Walbeek, P. C. Hooftlaan 3, 1422 JH Uithoorn.

## *Heerenveen en Omstreken*

S. de Boer-v.d. Burg, Meerkoetweg 48, 8446 JZ Heerenveen.

## *Heerlen en Omstreken*

J. Th. M. Berkhout, Akerstraat-noord 41, 6413 JA Heerlen.

## *Den Helder en Omstreken*

J. Udding, Marsdiepstraat 32, 1784 AP Den Helder.

## *Helmond en Omstreken*

Dr. J. W. Koch, Dorpsstraat 112, 5708 GK Helmond-Stiphout.

## *'s-Hertogenbosch en Omstreken*

E. Schimmel, Ophoviuslaan 142, 5212 AS 's-Hertogenbosch.

## *Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier*

W. E. C. Wind, Hoofdweg 129, 9628 CM Siddeburen.

## *Kennemerland*

M. ten Harmsen van der Beek, Lessestraat 1-3, 1966 SB Heemskerk.

## *Leiden en Omstreken*

E. W. F. van Walchren, Oranjelaan 29, 3124 CB Oegstgeest.

## *Maastricht en Omstreken*

J. A. M. D. J. Janssen, Burg. Huybenstraat 10, 6267 CL Cadier en Keer.

## *Meppel en omstreken*

S. A. de Jong, Wilhelminapark 26, 7941 GN Meppel.

## *Midden-Limburg*

G. J. de Maat, Biesstraat 13, 6093 AB Heythuysen.

## *Midden-Twente*

J. H. Buis, Deldenerstraat 306, 7555 AL Hengelo (Ov.).

## *Noord-Limburg*

L. J. H. M. Smeets, Koninginnelaan 2A, 5981 XZ Panningen.

## *Nijmegen en Omstreken*

Dr. A. Rijpperda Wierdsma, Dr. Cl. Noorduijnstraat 1, 6522 AS Nijmegen.

## *Oostelijk Groningen*

A. H. Goedhuis, Stationsstraat 6, 9641 KE Veendam.

## *Oude IJssel*

H. H. J. Bisterbosch, Terborgseweg 32, 7064 AE Silvolde.

## *Purmerend en Omstreken*

R. R. R. Huijsman-Rubingh, Westerweg P 9, 1445 AB Purmerend.

## *Rotterdam en Omstreken*

E. M. Janssens, Gruttosingel 53, 2903 EE Capelle aan den IJssel.

## *Schiedam en Omstreken*

Vacature.

## *Schouwen-Duiveland*

J. Ph. P. Strenger, Burghseweg 52, 4328 LB Haamstede.

## *Sittard-Geleen*

C. L. Bronkhorst, Rijksweg-Z 151, 6134 AB Sittard.

## *Slingeland*

C. W. Mijnhout, Wilhelminastraat 31, 7101 CN Winterswijk.

## *Tiel en Omstreken*

J. van der Koppel, Molenstraat 4, 4061 AC Ophemert.

## *Tilburg en Omstreken*

Dr. H. A. M. Ruhe, Vrijthof 28, 5081 CB Hilvarenbeek.

## *Utrecht en Omstreken*

Dr. C. E. M. de Maat, Park Arenberg 12, 3731 ES De Bilt.

## *De Vecht en Omstreken*

A. G. Hulsman, Amsterdamsestraatweg 22, 1391 AB Abcoude.

## *Voorne-Putten*

J. J. Walters, Ravelijnstraat 1B, 3221 XP Hellevoetsluis.

## *Wageningen en Omstreken*

Dr. G. M. Bax, Prins Clauslaan 8, 6721 AG Bennekom.

## *Walcheren*

J. de la Hayze, Seisdam 22, 4331 NT Middelburg.  
*West-Friesland*  
 G. M. Kenter, Emmalaan 5-7, 1687 BB Wognum.  
*Westland*  
 L. E. M. Kleipool, B. Kampschoërstraat 100, 2681  
 AH Monster.  
*Woerden en Omstreken*  
 Dr. R. F. Brenkman, Vossenschanslaan 142, 3445 EE  
 Woerden.  
*IJssel-Noord-Alblas-Lek*  
 J. van Toledo, Resedahof 6, 2951 BW Alblasserdam.  
*Zaanland*  
 C. H. Willemse, Bartel Jacobszstraat 1, 1502 WS  
 Zaandam.  
*Zeeuwsch-Vlaanderen Oostelijk deel*  
 M. C. T. M. Dierick, Graaf Jansdijk A 185, 4554  
 AM Westdorpe.  
*Zeeuwsch-Vlaanderen Westelijk deel*  
 B. M. H. Grosfeld, Romanlaan 25, 4527 BD Aardenburg.  
*Zuidhollandse Eilanden*  
 H. J. R. Pastoor, Witte de Withstraat 2, 3342 TW Hen-  
 drik-Ido-Ambacht.  
*Zuid- en Noord-Beveland*  
 M. J. de Bruin, 's-Gravenpolderseweg 116, 4462 RA  
 Goes.  
*Zutphen en Omstreken*  
 Th. Flohil-Verschuur, Kozakkenlaan 13, 7231 DK  
 Warnsveld.  
*Zwolle en Omstreken*  
 J. P. Minderhoud, Beekstraat 38, 8081 ED Elburg.

## Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

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

OLMA


## Fractiewaarde

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

## Stafmedewerker buitendienst

Om de sterke toename van werkzaamheden bij de OLMA adequaat te kunnen opvangen is het wenselijk gebleken het aantal stafmedewerkers, werkzaam in de buitendienst, uit te breiden. In verband hiermede is in dienst van de OLMA getreden de heer *J. G. de Roos, Kastelenlaan 187, Roden (Dr.), tel. 05908-1 61 61*, die persoonlijke contacten zal onderhouden met artsen, woonachtig in de drie noordelijke provincies. In voorkomende gevallen kan rechtstreeks contact met hem worden opgenomen.

In onderstaand schematisch overzicht zijn de namen en telefoonnummers van alle in de buitendienst van de OLMA werkzame stafmedewerkers vermeld.



Stafmedewerkers

I J. van Elzeingen Skabo-Brun  
(Onder-direkteur)  
tel. (020) 22 92 25  
Alleen voor Amsterdam

II G. M. Richter  
tel. (02154) 1 82 76

III M. Rebergen  
tel. (030) 88 54 11  
of (08385) 1 52 77

IV J. G. de Roos  
tel. (05908) 1 61 61

V R. Th. van der Garden  
tel. (05759) 18 25

VI H. G. Hofma  
tel. (01845) 21 72

VII E. J. M. Gheng  
tel. (0131) 68 21 34

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, opgericht door de KNMG  
 Domus Medica, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, tel. (030) 88 54 11

## INHOUD OFFICIEEL

### KNMG, van het hoofdbestuur:

Jaarverslag 1977 van de Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van medische specialisten .....	1490
Jaarverslag 1977 van de Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van sociaal geneeskundigen .....	1490
Jaarverslag 1977 van de Commissie van Beroep voor de huisartsgeneeskunde .....	1490

### KNMG, van het Ondersteuningsfonds:

Adressen afdelingscorrespondenten .....	1490
---	------

### OLMA:

Fractiewaarde .....	1492
Stafmedewerker buitendienst .....	1492

Nr. 47 - 24 november 1978