

Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

IN DIT NUMMER



Kristallen.
©Belzeaux/Rapho,
Transworld Features,
Holland BV

Geen zendingsdrang, wel een missie

Het onbehagen van A.J. Dunning - F. MEULENBERG

1464

Het bewaren waard

Het ledenpanel over het dossier - E. DE JONG

1468

Pas het poldermodel aan

De aanpak van Ziektewet en WAO - R. HOEDEMAN

1472

Praktijkverpleegkundige in een huisartsengroep

Niet minder werkdruk, wel betere kwaliteit van zorg - J.W. SLOESERWIJ

1476

Digitaal complicaties registreren

Jarenlange trends in kaart gebracht - M.C. HOVIUS, P.P.M. KARTHAUS, G. VAN ANDEL

en T.J.M. SCHLATMANN c.s.

1479

Zorg voor diabetespatiënten is kerntaak voor eerste lijn

Samenwerking leidt tot hoogwaardige zorg - R. VAN LEEUWEN,

E.J. PEELEN en J.K. RADDER

1482



RUBRIEKEN

Contactwijzer	1458
Hoofdredactioneel	1459
MediSein	1460
Brieven	1462
Praktijkperikel <i>Huisvredebreuk</i>	1463
Veldwerk <i>de co-assistent</i>	1467
Promotie <i>Screening ouderdomsgebreken niet doelmatig</i>	1471
Over de grens <i>Bericht uit Namibië</i>	1475
Toekomstbespiegelingen	1481
Boeken	1485
Agenda	1486
Voorzitterscolumn <i>LHV</i>	1487
Officieel	1488

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, hoofdredacteur
mw. C.R. van der Sluijs, eindredacteur a.i.
R.J.M. Jansen, redacteur
mw. drs. W.G. Juffermans, redacteur
drs. R.J.H. Crommentuyn, journalist
drs. H. Maassen, journalist
mw. B. Verblact, journalist
mw. D. van Dijk, opmaakredacteur
mw. mr. M.T.N. van der Leen, redactieassistent/fotoredacteur
mw. C.M. Schouten, secretaresse/opmaak
mw. M.E. van Beuge, secretaresse

Redactieadres

Lomanlaan 103 Postbus 20052
Utrecht 3502 LB Utrecht
telefoon 030 282 3384/282 3323
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Raad van Advies Medisch Contact

J.F.M. Bergen, voorzitter, huisarts
J.H.A.M. van den Bergh, longarts
P.W. de Feiter, agio-heelkunde
mw. J.M. Hoovers, sociaal-geneeskundige
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners, gynaecoloog

Adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG

mw. U. Roschar-Pel en mr. W.P. Rijkse

Basisvormgeving

J. van Halm, Amsterdam

Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv,
Corner Plaza, Planeten-
baan 96-99, 3606 AK Maarssen
Postbus 1110, 3600 BC Maarssen
telefoon: 0346 577 238, fax: 0346 577 370
mw. A. van der Meent
Voor niet-leden van de KNMG zijn de
kosten voor een abonnement f 232,50
(incl. BTW); België Brf. 4650 (incl. BTW);
buitenland f 378,- (incl. verzendtoeslag);
studenten-niet-KNMG-leden f 91,50;
losse nummers: f 14,50. Abonnementen
lopen automatisch door, tenzij 30 dagen
voor de vervaldatum schriftelijk wordt
opgezegd. Adreswijziging: drie weken van
te voren schriftelijk doorgeven.

Advertenties

Elsevier bedrijfsinformatie bv,
Planetenbaan 1, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
Personeelsadvertenties: mw. W. Koezen,
telefoon 0346 577 778, fax 0346 577 372
Advertenties: C. Nieuwlands,
telefoon 0346 577 250, fax 0346 577 372
Verkoopnabewerking: mw. S. van Vossen,
telefoon 0346 577 245, fax 0346 577 372
Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen worden geweigerd.

Oplage

32.000

Druk

Tijl Offset, Zwolle



De redactie is onafhankelijk en werkt op basis
van een redactiestatuut. Alleen de berichten
van de verenigingen achterin MC verschijnen
onder directe verantwoordelijkheid van het
bestuur van de KNMG en de federatiepartners.

Medisch Contact wordt door Elsevier
bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven
voor de KNMG. ©1999, KNMG

Het is niet toegestaan om, zonder voorafgaande
toestemming van de redactie, gepubliceerde
artikelen of gedeelten daarvan over te nemen,
te (doen) publiceren of anderszins openbaar te
maken of te veeleelvoudigen.

ISSN 0025-8245

LEIDSCHENDAM 2000 KWALITEITSPRIJS

Ter voorbereiding van de
Conferentie Kwaliteit van
Zorg Leidschendam 2000 wor-
den in een groot aantal regio's
regionale kwaliteitsconfe-
renties gehouden. In de regio
duiken tal van aansprekende
kwaliteitsprojecten op. Projec-
ten die laten zien dat de
patiënt/consument werkelijk
centraal staat en dat de conti-
nuïteit van zorg concreet
wordt verbeterd.

Als onderscheiding voor het
regionale kwaliteitsproject dat
het duidelijkst kwaliteitsverbe-
tering van zorg laat zien, is de
Leidschendam 2000 Kwali-
teitsprijs ingesteld.

Tot 1 maart 2000 kunnen
belangstellenden zich inschrij-
ven voor De Leidschendam
2000 Kwaliteitsprijs. De prijs is
ingesteld om het groeiende
kwaliteitsbewustzijn bij aan-
bieders, patiënten, consumen-
tenplatforms en zorgverzeke-
raars in de regio te stimuleren.
De inzendingen zullen worden
beoordeeld door een jury van
onafhankelijke leden buiten de
zorgcentrum. Deze jury wordt
gevormd door topdeskundi-
gen op het gebied van kwa-
liteit uit de dienstverlenende
sector in Nederland.

Prijsuitreiking

De winnaar ontvangt een

geldbedrag in euro's. Daar-
naast wordt de winnaar uitge-
nodigd om een presentatie te
houden en zal aan het win-
nende project publiciteit wor-
den besteed.

De prijs zal worden uitgereikt
op de eerste dag van de
Landelijke Conferentie Kwali-
teit van Zorg op 24 mei 2000.

Voor meer informatie:

Landelijk Coördinatiepunt

Kwaliteitsbeleid Zorgsector

Postbus 290

3700 AG Zeist

telefoon: 030 6988 260 (tussen
10.00 en 12.00 uur)

telefax: 030 6988 259

e-mail: Ickz@zn.nl

internet: www.lckz.org



In Medisch Centrum
Haaglanden, locatie
Antoniushove in Leids-
chendam, is van 5 tot en
met 30 november de
tentoonstelling te zien
50 jaar *Pincet en Penseel*.
De vereniging Pincet en
Penseel organiseert jaar-
lijks tijdens congres-
dagen op wisselende
plaatsen in het land een
tentoonstelling. Sinds
1991 heeft de vereniging
een continue expositie
in de Van Nieuwen-
huizenzaal van Domus

Medica, Lomanlaan 103 te
Utrecht.

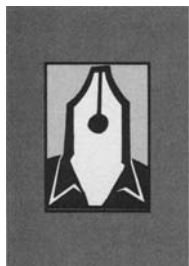
De reisafstand tussen het
Nederlands congres-
gebouw waar het KNMG-
congres op 13 november
wordt gehouden en Anto-
niushove is per auto tien
minuten.

Medisch Centrum
Haaglanden, locatie
Antoniushove, Burgemees-
ter Banninglaan 1,
Leidschendam (schuin
tegenover winkelcentrum
Leidsehage).

AANWIJZINGEN VOOR AUTEURS

- Kopij aanleveren op diskette, met een geprinte versie. E-mailen kan ook, met vermelding van adres en telefoonnummer.
- De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren.
- Beperk uw artikel tot 1.200 woorden (2 blz. MC) of, indien beslist noodzakelijk, tot maximaal 2.000 woorden (3 blz. MC), inclusief een puntsgewijze samenvatting van maximaal 150 woorden.
- Gebruik bij het intikken zo min mogelijk functies en géén eigen pagina-opmaak.
- Literatuurverwijzingen en noten met nummers aangegeven op de juiste plaats in de tekst; bijbehorende lijst onderaan het artikel.
- Voorzie tabellen, schema's en figuren van een bondige titel. Aanleveren op een apart vel.
- De redactie maakt de koppen, de tussenkoppen, de lead en de quotes.
- Van geaccepteerde artikelen vervalt het auteursrecht aan de redactie.
- De redactie heeft het recht bijdragen weer te geven op de website van Artsennet.

De wet zegt ...



Er zijn van die weken dat ik aan één pagina voor het hoofdredactioneel niet genoeg heb. Dan moppert de eindredacteur op maandagmorgen dat ik weer heb zitten proppen. Maar ja, komkommertijd is het nooit in de gezondheidszorg.

Neem nou ons beroepsgeheim. De vorige week in MC gepubliceerde uitspraken van het KNMG-ledenpanel over dat beroepsgeheim en het conflict van plichten heeft, niet alleen onder artsen, het nodige stof doen opwaaien. Er was nu toch openlijk aangegeven dat artsen zich gemangeld voelen tussen de (tucht)wet en hun geweten. Het mondje dichthouden is weliswaar veiliger voor de dokter en een mogelijke pleger van een delict, maar of je daar nou lekker op slaapt? Zou je niet van zwijgplicht naar spreekrecht moeten? Waar liggen de kantelmomenten? Onze brievenrubriek staat open ...

Deze week het tweede artikel over het ledenpanel. Ook hieruit blijkt dat artsen een afwijkender mening hebben dan de wetgever (en ook de besturen) zou(den) verwachten. Niks dossier vernietigen na tien jaar en al helemaal niet eerder op het verzoek van een patiënt. Ook blijkt dat er wel eens een voor de patiënt geheim dossiertje wordt gebruikt. Mijns inziens volkomen begrijpelijk. Waarom moet een arts wél elk detail in het dossier vermelden als een patiënt het op ieder door hem gewenst tijdstip eruit mag laten halen? Dat heb ik altijd inconsequent gevonden. Patiënten die verhuisden naar een andere huisarts en mij vroegen een gedeelte van hun medisch verleden te vernietigen omdat hun dat niet zo goed uitkwam. Dan zit je als nieuwe huisarts met een incompleet verhaal. Lekkere start van een arts-patiëntrelatie! En dat geheime dossiertje? Ach, als je door het inzagerecht ooit bent afgestraft voor het op de patiëntenkaart vermelden van bepaalde ernstige vermoedens, word je wat voorzichtiger. U niet?

Een andere inconsequentie trof ik afgelopen week aan in de reacties betreffende onze met hepatitis B besmette collega-chirurg. Los van het drama dat zich afspeelde en nog afspeelt, gaat het mij te ver dat er weer alleen richting artsen wordt gekeken. Natuurlijk moeten artsen die blootstaan aan bloedcontact gevaccineerd zijn, anderhalf jaar geleden gaf minister

Borst in MC al aan dat het tijd was voor actie bij de risicogroepen ...¹; één ziekenhuis verplichtte zijn medewerkers zelfs al daartoe.² Inmiddels is - na dit 'verdrongen kalf' - zowel de minister als de patiëntenbeweging sterk voorstander van het verplicht testen van chirurgen op hepatitis B (en HIV?). Het recht op 'niet weten' geldt kennelijk niet voor iedereen. Het

inconsequente is dat de patiënt die de arts kan besmetten wettelijk niet verplicht is zich te laten testen. Ook al is er vanwege de 'windowfase' een zekere mate van schijnzekerheid, goed geïnformeerd zou de chirurg toch eerder dubbele hand-

schoenen (gaat het virus daar zeker níét doorheen?) en een beschermende bril dragen. Gynaecoloog J. Lind pleitte al eerder voor een ruimer testbeleid.³

*Van zwijgplicht
naar
spreekrecht?*

En dan was er deze week nog de behandeling van de begroting van VWS, de ouderenadviseur, en de openbaarmaking van het rapport van de commissie-De Vries. De zorgverzekeraars gaan bepalen welke en hoeveel medicijnen er mogen worden voorgeschreven en de vaste pillenprijs moet worden verlaten. Dit zal bij de meesten van ons niet in slechte aarde vallen. Het betekent immers minder 'me too'-preparaten - tegenwoordig in hun niet te onthouden generieke naam. Hoe minder hoe liever, dat wel, maar dan natuurlijk wel met behoud van die medicijnen die u altijd gewend bent voor te schrijven ...

Tot slot nog dit: deze week meende Kluwer een nieuw blad - gedrukt op krantenpapier - voor u op de markt te moeten brengen. Niets op tegen, alleen trappen ze de hoofdredacteur van het ex-verzetsblad Medisch Contact wel op zijn ziel door te beweren dat zij het enige onafhankelijke medische blad zijn. Het beursgenoteerde Kluwer onafhankelijk? De aandeelhouders zullen toch winst willen zien! Ach, al heeft u misschien geen aandelen-Kluwer, u ben als lid van de Federatie KNMG wel voor ééndertigduizendste deel eigenaar van Medisch Contact en de redactie is, alhoewel statutair onafhankelijk, uiteindelijk alleen aan ú verantwoording schuldig.

Referenties

1. Borst-Eilers E. Hepatitis B-vaccinatie in Nederland. Het is inderdaad tijd voor actie. Medisch Contact 1998; 53: 319-20. 2. Schmit Jongbloed LJ. Ziekenhuismedewerkers verplicht gevaccineerd tegen hepatitis B. Praktijkschets van een ambitieus beleid. Medisch Contact 1999; 54: 1003-5. 3. Lind J. Testen op HIV, tenzij ... Vrijblijvend testbeleid leidt tot frustraties bij hulpverleners. Medisch Contact 1999; 54: 808-10.

>> MEDI SEIN <<

ALZHEIMER WELLICHT PRIONENZIEKTE

De kans is groot dat prionen een rol spelen bij neurologische aandoeningen als de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson, aldus de molecuulair-bioloog en Nobelprijswinnaar Stanley Prusiner tijdens een congres van de American Neurological Association. Prionen zijn bekend geworden als de 'misvormde' eiwitdeeltjes die verantwoordelijk zijn voor de gekkekoeienziekte en voor de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJ).

Bij CJ veroorzaken prionen door samenklontering schade in de hersenen. Dergelijke eiwitbezinkels worden ook aangetroffen bij Alzheimer- en Parkinsonpatiënten. Onduidelijk is nog door welk mechanisme normale eiwitten veranderen in ziekmakende prionen. << RC

ANTIDEPRESSIVA VERGROTEN KANS OP BLOEDINGEN

Het slikken van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) vergroot de kans op bloedingen in het maagdarmkanaal. Die conclusie trekken onderzoekers van het Spaanse instituut voor farmaco-epidemiologie in British Medical Journal (BMJ) van 23 oktober.

De onderzoekers vergeleken een groep van 1.651 mensen die tussen 1993 en 1997 een laag- of darmbloeding hadden met een controlegroep van 10.000 personen. Uit de vergelijking

TE KORT SLAPEN IS ONGEZOND

Chronisch slaapttekort kan de stofwisseling en de hormoonproductie bij jonge mensen sterk beïnvloeden. Tot die conclusie komen onderzoekers van universiteit van Chicago in The Lancet van 23 oktober.

De studie werd verricht in de wetenschap dat steeds meer mensen in de westerse wereld vrijwillig van een goede nachtrust afzien om te kunnen voldoen aan alle eisen die de moderne maatschappij aan hen stelt. Tot nog toe werd echter aangenomen dat slaapgebrek geen negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid.

Om die veronderstelling te toetsen, werd er een slaapexperiment uitgevoerd met elf mannen met een leeftijd variërend van 18 tot 27 jaar. De mannen brachten

zestien nachten door in een onderzoekskliniek. De eerste drie nachten mochten ze acht uur slapen, de daaropvolgende zes nachten vier uur en de laatste zeven nachten brachten ze twaalf uur in bed door. Op gezette tijden werden de bloedsuikerspiegel en de productie van verschillende hormonen gemeten.

De glucosestofwisseling bleek door het chronische slaapttekort aanzienlijk te zijn verstoord. Zodanig zelfs, dat de proefpersonen voldeden aan de criteria voor de diagnose 'diabetes type 2'. Na zes korte nachten hadden de mannen gemiddeld 40 procent meer tijd nodig om hun glucosepeil na een koolhydraatrijke maaltijd te normaliseren dan tijdens de periode dat zij acht uur sliepen. Zowel de insulineuitscheiding als de insulineopname liep met 30 procent terug. Daarnaast bleek de productie van het hormoon cortisol door het lichaam sterk toe te nemen. Een hoge cortisolspiegel wordt onder meer in verband gebracht met ouderdomsverschijnselen als insulineresistentie en vergeetachtigheid.

Opvallend was ook de bevinding dat in de periode dat de mannen twaalf uur mochten slapen de hormoon- en glucosewaarden verbeterden ten opzichte van de uitgangssituatie. De onderzoekers concluderen daarom niet alleen dat een chronisch slaapttekort negatieve gezondheidseffecten heeft, maar ook dat adolescenten mogelijk beter functioneren wanneer zij meer dan acht uur per nacht slapen. << RC



FOTO: STIJN RADEMAKER

bleek dat van degenen met een bloeding 3,1 procent SSRI's slikte, tegen 1 procent in de controlegroep. Omgezet in patiëntenaantallen komt dat neer op een incidentie van één bloeding per 8.000 gebruikers van SSRI's.

In het onderzoek werd ook de interactie tussen SSRI's en niet-steroïde ont-

stekingsremmers (NSAID's) en aspirines bekeken. Van de laatste groep medicijnen is bekend dat zij ook de kans op bloeding vergroten. Het nadelige effect van deze middelen bleek in combinatie nog te worden versterkt. In een commentaar in BMJ schrijft professor Alain Li Wan Po van het centrum voor

evidence-based farmacotherapie in Birmingham dat er verschillende oorzaken voor de gevonden effecten mogelijk zijn. Desalniettemin raadt hij artsen aan terughoudend te zijn bij het voorschrijven van SSRI's in combinatie met hetzij niet-steroïde ontstekingsremmers, hetzij aspirine. << RC

BORSTKANKER DOOR STOMERIJBEZOEK?

Newton is een rijke buitenwijk van de Amerikaanse stad Boston. In de periode tussen 1982 en 1992 lag het percentage vrouwen met borstkanker in deze welgestelde buurt zo'n 13 procent hoger dan in de rest van de staat Massachusetts. Scholing en inkomen kunnen onmogelijk verantwoordelijk zijn voor dit verschil, maar wat dan wel? Om dat uit te zoeken, besloot de openbare gezondheidsdienst van Boston een onderzoek te laten uitvoeren naar de invloed van sociaal-economische factoren op het ontstaan van borstkanker.

Het onafhankelijk onderzoeksinstituut Silent Spring hield daarvoor een enquête onder 1.350 vrouwen in diverse delen van Massachusetts. Uit de studie bleek dat bekende risicofactoren voor borstkanker, zoals kinderen krijgen op late leeftijd en het voorkomen van borstkanker bij familieleden,

den, het verschil slechts voor een klein deel verklaren.

De onderzoekers vonden daarentegen enkele omgevingsfactoren die zij als 'verdacht' betitelen. Vrouwen uit de risicogebieden bleken vaker in aanraking te komen met pesticiden en hun kleding vaker chemisch te laten reinigen dan de vrouwen uit de minder getroffen gebieden.

Volgens onderzoeksleider dr. Nancy Maxwell mag uit de gegevens niet worden geconcludeerd dat chemicaliën en pesticiden kanker veroorzaken. Ze is wel van mening dat er voldoende grond is om verder onderzoek te doen naar het verband tussen omgevingsfactoren en het optreden van kanker. << RC

GROEI HERSENCELLEN IS TE STIMULEREN

Onderzoekers van de Amerikaans Yale Universiteit hebben ontdekt hoe de groei van hersencellen kan worden gestimuleerd. Alge-

meen wordt aangenomen dat deze groei tijdens de adolescentie stopt, ofschoon daarover zeer recent twijfels zijn gerezen (zie MediSein, MC nr. 42, blz. 1421).

Een moleculair mechanisme dat bekend staat als Notch-signalering is verantwoordelijk voor het 'aan- en uitzetten van de groei', aldus neurobioloog Paso Rakic, die de vondst samen met enige collega's publiceerde in Science van 22 oktober. Notch-receptoren zijn te vinden op de cellichamen van neuronen en op hun uitlopers, axonen en dendrieten. Van hun bestaan zijn neurobiologen al sedert de jaren veertig op de hoogte, maar tot voor kort was onduidelijk wat hun precieze functie is in het brein. Naar nu blijkt, remmen ze na de adolescentie verdere uitgroei van neuronen en zorgen ze daarmee voor een stabiele hersenschors, hetgeen de opslag van herinneringen in het lange-termijngeheugen mogelijk maakt.

De onderzoekers rede-

neerden dat onderdrukking van de Notch-activiteit moet leiden tot hernieuwde groei van neuronen. En dat was precies wat ze vonden. Volgens Rakic opent dat perspectieven voor de behandeling en preventie van verschillende hersenziekten, waaronder de ziekte van Alzheimer. << HM

VACCIN TEGEN PROSTAATKANKER SUCCESVOL

Onderzoekers van het Johns Hopkins kankercentrum in Baltimore hebben bij elf patiënten met succes een 'vaccin' ingezet tegen prostaatkanker, zo meldt het tijdschrift Cancer van 15 oktober. Zij maakten daarvoor gebruik van een virus dat was verrijkt met een gen dat het menselijke immuunsysteem aanzet tot de vernietiging van specifieke tumoren.

Om het vaccin te maken, werden prostaattumorcellen van de elf patiënten op een kweek gezet. Daarna werden de genetisch gemanipuleerde virussen in het DNA van de tumorcellen gebracht. Na te zijn bestraald om verdere groei te stoppen, werden de 'opgevaardeerde' kankercellen weer terug in het lichaam van de patiënt geïnjecteerd.

Binnen vier weken na injectie konden de onderzoekers een duidelijk toegenomen activiteit van het immuunsysteem vaststellen. Doordat het vaccin het immuunsysteem activeert, is het bijzonder geschikt om kankercellen op te ruimen die zich in de verre uithoeken van het lichaam bevinden. Onderzoeksleider J. Simons wijst er echter op dat het effect van het vaccin op de overlevingskansen van de kankerpatiënten nog niet vaststaat. Volgens hem zal de nieuwe therapie vooral van waarde zijn als aanvulling op bestaande therapieën. << RC

NEJM SCHENDT EIGEN REGEL

Onderzoekers die gunstig rapporteren over de effecten van een bepaald medicijn en tegelijkertijd verzwijgen dat ze financiële banden onderhouden met de producent ervan, zijn niet geloofwaardig. Reden waarom gerenommeerde tijdschriften als The New England Journal of Medicine (NEJM) er altijd op toezien dat dergelijke bindingen duidelijk zijn voor de lezer.

Los Angeles Times van 21 oktober bracht aan het licht dat NEJM zich niet aan zijn eigen gouden regel houdt. In acht van de 36 artikelen die in 1997 waren gewijd aan de effectiviteit van bepaalde medicijnen, verzwegen de auteurs dit potentiële belangenconflict. De auteurs werden door de farmaceutische bedrijven in kwestie onder andere betaald voor spreekbeurten en adviezen.

In een commentaar zegt hoofdredacteur ad interim Marcia Angell dat de redactie van NEJM nog niet opnieuw gekeken

heeft naar de acht bijdragen. Maar dat gaat zeker gebeuren. Dat de auteurs hun connecties verzwegen, is volgens haar te wijten aan een misinterpretatie van de geldende regel. << HM



EARLY RELEASE:
Authors' Conflicts of Interest: A Disclosure and Editors' Reply

Subscribe to the Journal
What's the Diagnosis?
Receive each week's
table of contents by e-mail
Take the Images Quiz

About the Journal On-line
Information for Authors
Editorial Policies
Classified Ads
Customer Services
Continuing Medical Education Program
Upcoming Medical Meetings
First Issue of the Journal, January 1912

The Journal is owned and published by the Massachusetts Medical Society.
The New England Journal of Medicine, 10 Shattuck Street, Boston, MA 02115-5094
Phone: (617) 734-9500 FAX: (617) 733-9564

Questions and comments

>> BRIEVEN <<

Plaatsing in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. De omvang van uw ingezonden brief dient te worden beperkt tot maximaal 300 woorden. Als het even kan: aanleveren op diskette of per e-mail.

Slimme truc (2)

Reactie op de ingezonden brief van W.J. Braam (MC nr. 40/1999, blz. 1351).

 De heer Braam verwoordt zijn verbazing over de vervanging van de oude Losec-capsules door Losec MUPS. Helaas zijn al onze inspanningen om - onder meer via brieven en in persoonlijke contacten - artsen de achtergronden van deze verbeterde toedieningsvorm uit te leggen, aan hem voorbijgegaan. Althans, zijn ingezonden brief bevat onjuistheden en misvattingen die de lezer op het verkeerde been zetten.

Ten eerste hebben wij de oude Losec-capsules niet 'stilzwingend' uit de handel genomen. Afgezien van de al genoemde intensieve communicatie naar artsen, zijn alle apothekers door ons en via de groothandel geïnformeerd. Bovendien hebben wij via patiënten-informatiefolders, patiënten door middel van de apotheek op de hoogte gebracht van deze nieuwe toedieningsvorm. Ten tweede stelt Braam dat de registratie van de capsules is ingetrokken. We weten niet waar hij dit op baseert, want de registratie is niet ingetrokken.

Ten derde - en wederom bezijden de waarheid - schrijft Braam dat 'de introductie van MUPS zou samenhangen met het aflopen van het octrooi op de capsules omeprazol in oktober'. Er loopt geen enkel octrooi af in oktober. Het octrooi op omeprazol loopt tot eind 2002.

Ten vierde zou MUPS 'duur-

der uitvallen dan de capsules'. Ook dit is onjuist, en helaas een misleiding van de lezer. Of het nu om aflevering via het ziekenhuis of via de officiële apotheker gaat: de prijzen van capsules en MUPS zijn identiek.

We betreuren het dan ook dat de heer Braam geen contact met ons heeft opgenomen om bovenstaande feiten te verifiëren.

*Zoetermeer, oktober 1999
DRS. A. DOCKHEER, algemeen directeur
AstraZeneca*

Medische verklaringen (2)

 De brief 'Medische verklaringen' (MC nr. 37/1999, blz. 1235) is ons uit het hart gegrepen. Als artsen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap worden wij regelmatig gevraagd om een geneeskundige verklaring ten behoeve van een ondercuratelestelling. De meeste cliënten van ons zijn niet in staat hun belangen

naar behoren waar te nemen. Wij hebben nog meegemaakt dat deze mensen door de rechter werden bezocht. Na twee keer vroeg deze magistraat zich hardop en retorisch af of dit wel zin had. Sindsdien wordt om een geneeskundige verklaring gevraagd. Daarin geven wij aan dat betrokkene op grond van zijn of haar verstandelijke handicap niet in staat is zijn of haar belangen naar behoren waar te nemen. Wij voegen er meestal (namelijk indien van toepassing) aan toe dat betrokkene onder begeleiding weliswaar in staat is de rechtbank te bezoeken, maar aldaar niet in staat is zijn of haar mening kenbaar te maken. Soms geven wij aan dat het voor betrokkene niet goed is de rechtbank te bezoeken, in verband met een waarschijnlijke gedragsontregeling. Ons ontgaat volledig de zin om deze verklaring door een niet-behandelend arts te laten opstellen. Met name als deze arts de betrokkene zelf moet


zien, betekent dit een contact met de betrokken gehandicapte dat in het gunstigste geval overbodig en in het ongunstigste geval schadelijk is.

Mede namens mijn collegae,


*Apeldoorn, september 1999
F.A. SCHOLTE, arts voor verstandelijk
gehandicapten*

Slapen met of zonder baby?

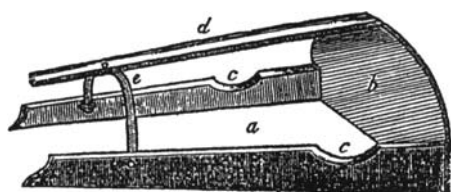
Reactie op bericht in de rubriek MediSein (MC nr. 40, blz. 1348).

 Er is met de Amerikaanse onderzoeker James McKenna inderdaad veel voor te zeggen dat baby's bij ouders in bed slapen. Het draagt bij aan de intieme relatie tussen het kind en zijn ouders, het bevordert het geven van borstvoeding en het gaat vermoedelijk gepaard met minder huilen. Het is echter dubieus of het samen slapen met een volwassene bijdraagt aan de fysieke veiligheid van het kind. Sinds het bij zich in bed nemen van een zuigeling in ons land meer en meer 'in de mode' is gekomen, is er een toename van wiegendood in die situatie. In de laatste 36 maanden deden zich in ons land tenminste tien gevallen van plotseling onverwacht overlijden voor van een baby die bij één of twee ouders in bed sliep en bij wie postmortaal geen verklarende doodsoorzaak werd aangetoond. Het betrof uitsluitend kinderen jonger dan vier maanden, drie waren zelfs jonger dan vier dagen. In drie gevallen hadden de ouders veel alcohol gebruikt - in de

Minister verkoopt medisch beroepsgeheim

 Er staat in de krant dat minister Borst een akkoord heeft gesloten met de apothekers: de apothekers moeten een heleboel geld inleveren en als tegenprestatie krijgen zij het recht bij de artsen de medische documentatie op te vragen van de patiënten. De minister heeft het medisch beroepsgeheim verkocht. Dit medisch beroepsgeheim is niet een geheim van de artsen, maar van de patiënten. Deze laatste worden nu tot vee gedegradeerd. Ik heb nog een goed advies voor de minister: bij gebrek aan huisartsen kan zij de veterinairs een spoedcursus geneeskunde geven en ze laten meedoen; dat heeft het voordeel dat de artsen van hen leren om patiënten te kunnen behandelen zonder anamnese af te nemen.

*Eindhoven, oktober 1999
J.F.D. DE KOK, zenuwarts*



De Florentijnse boog

Illustratie en tekst ontleend aan Valerie Fildes, *Breasts, bottles and babies*. Edinburgh University Press, 1986.

De Florentijnse arcutio (1731), te gebruiken door minnen, bedoeld om de toenmalige hoge sterfte door doodliggen te voorkomen.

a. de plaats waar het kind ligt

b. de hoofdplank

c. uitholling voor de borst van de min

d. houten steun voor een arm tijdens het voeden

e. een smal steunijzer

overige zeven gevallen was daarvan geen sprake. De slaapsituatie die bij het artikel staat afgebeeld, is wel heel onveilig: de baby in zijligging, onder een dekbed en dichtbij een hoofdkussen! Vanuit de zijligging draait een baby immers eerder naar buikligging dan vanuit de rugligging. Bovendien kan zijligging bij het samen slapen het risico opleveren dat het kind met zijn gelaat tegen een volwassene komt te liggen (op de afbeelding lag het kind weliswaar afgewend van de vader, maar waar lag de moeder?). Maar ook zonder alcohol-

gebruik van de ouders, op de rug en zonder gevaarlijk beddengoed is het samen slapen met een baby jonger dan vier maanden niet veilig. Voor de veiligheid bij het samen slapen zou men zijn toevlucht kunnen nemen tot een Florentijnse boog (met een fraaie uitsparing voor de borstvoeding), maar het lijkt eenvoudiger om de baby in de wieg of het bedje direct naast het ouderlijk bed te plaatsen; zeker in de eerste vier maanden.

Oegstgeest, oktober 1999

G.A. DE JONGE, kinderarts, coördinator Landelijke Werkgroep Wiegendood

>> PRAKTIJKPERIKEL <<

Huisvredebreuk



Op een middag werd ik geconsulteerd door een wat gespannen ogende dame van 45 jaar die in een nabij gelegen dorp haar vakantie doorbracht. Uit het medisch dossier bleek dat zij die week reeds twee keer mijn collega had geraadpleegd voor onderzoek naar de aanwezigheid van lymfeklieren in de liezen. Zij opende het consult met de mededeling dat ze leed aan carcinofoobie en verzocht mij haar te onderzoeken. Ik antwoordde dat ik daar in beginsel wel toe bereid was, maar dat ik mij afvroeg wat ik dan zou moeten onderzoeken, of zij ergens last van had misschien? Duidelijke klachten bleek zij niet te hebben, wat haar vooral verontrustte was de mogelijkheid te lijden aan de ziekte van Hodgkin, zodat palpatie van hals tot en met borsten op de aanwezigheid van vergrote lymfeklieren haar prioriteit had. Mede omdat ik haar nooit eerder had ontmoet, leek het me raadzaam haar ietwat ongebruikelijke verzoek te honoreren, in de hoop dat een geruststellende uitslag de basis zou leggen voor een gedachtewisseling over een efficiëntere aanpak van haar problematiek.

Staan voor de onderzoeksbank had ze ineens haar broek op haar enkels. Ze bemerkte door mijn verbaasde blik haar vergissing en trok haar broek gelukkig weer snel omhoog. Hoewel de palpatie van hals en bovenlichaam geen bijzonderheden opleverde, was ze niet snel tevreden. Of ik het onderzoek nog eens wou overdoen, of ik op die en die plekken al goed had gevoeld, zij had zo het idee van niet. En of ik maar niet deed alsof er geen afwijkingen waren, ze was immers toch geen vaste patiënt. Ook wilde ze nog weten

welk cijfer ik voor haar borsten zou geven; haar eigen huisarts gaf altijd een tien!

Het leek me inmiddels volkomen duidelijk dat deze vrouw psychiatrische hulp nodig had. Toen ik hiernaar vroeg, antwoordde ze reeds bij een psychiater te lopen en zei toe hem na afloop van haar vakantie weer te zullen raadplegen. Ze leek zelfs te zijn gerustgesteld.

De dag daarna stond ze weer voor mijn neus. Ze kwam voor hetzelfde als de vorige dag. Ik was niet van plan mij nog een keer te laten misbruiken en ik liet haar weten daar niet op in te willen gaan. Gisteren was er niets afwijkends aangetroffen, tumoren groeien niet zo snel en bovendien zou ze zich tot de psychiater wenden. Mijn weigering bleef niet zonder gevolg. In een oogwenk lag ze smekend voor me op haar knieën: alstublieft nog één keer. Een poging mijn weigering kracht bij te zetten door naar de spreekkamerdeur te lopen, strandde doordat ze de deur barricadeerde. En toen ik toch probeerde de deur te openen, lag ze plotsklaps in halve onmacht op de onderzoeksbank, ogenschijnlijk niet van plan nog een vin te verroeren voordat ze haar zin had gekregen.

Het duurde me nu toch echt lang genoeg en het spreekuur moest doorgang vinden. Ik bedacht dat ze zich zonder mijn toestemming in de spreekkamer bevond en dat de situatie derhalve leek op huisvredebreuk. Ik zei haar te overwegen de hulp van de politie in te roepen. Uiteindelijk droop ze toch maar af. We hebben haar niet teruggezien.

Korte door artsen geschreven signalen

GEEN ZENDINGSDRANG, WEL EEN MISSIE

Het onbehagen van A.J. Dunning

Zeventien jaar na zijn debuut met *Broeder Ezel* wijdt emeritus hoogleraar cardiologie A.J. Dunning opnieuw een essaybundel aan de geneeskunde. *Betoverde wereld* is meteen zijn laatste boek over de geneeskunde: 'Nu ik niet meer praktiseer, raak ik natuurlijk steeds meer los van de dagelijkse praktijk.' Een vraaggesprek met Dunning over zijn ervaringen en over zijn boek, dat leest als een reisverslag door medisch luilekkerland.

FRANS MEULENBERG

Terugkijkend op het begin van zijn carrière zegt Dunning: 'Als prille dokter stond je niet stil bij het eigen handelen, want anderen hadden je geleerd dat je bol stond van goede bedoelingen. Daarom werkte je ook zeventig tot tachtig uur. Dat verandert nu. Normale werktijden worden usance in de gezondheidszorg, evenals 'part-timen'. Dokters kijken niet graag naar het verleden, want geneeskunde kijkt alleen vooruit. Daarom wilde ik nog één keer reenschap afleggen van hetgeen ik heb meegemaakt, ook omdat ik zie hoe oude problemen terugkeren. Hoe de wetenschap ook verandert, je moet je blijven verstaan met de patiënt. Ik heb in arme landen gewerkt en veel derdewereldlanden bezocht. Wanneer ik dan in de 'blanke' wereld terugkeer, denk ik: hoe is het toch mogelijk dat wij hier klagen! Wat een provincialisme!'

'Vanaf de jaren vijftig is in de geneeskunde meer veranderd dan in de tweeduizend jaar daarvoor. De levensverwachting en de kwaliteit van leven zijn sterk verbeterd. De vraag is echter of dit zo doorgaat. Naar mijn idee is de curve van de vooruitgang aanzienlijk afgevlakt. Triomfen worden vrijwel uitsluitend nog op moleculair-biologisch

niveau gevierd. Het zorgelijke is dat de geneeskunde de verwachtingen die door die triomfen worden gewekt vermoedelijk niet kan waarmaken. Als voorzitter van de Gezondheidsraadcommissie over xenotransplantatie ben ik op enorme problemen gestuit wat haalbaarheid betreft. Ook andere initiatieven, zoals het in kaart brengen van de genetische code, zullen problematisch blijken, omdat de weg van het kennen van de code naar de behandelconsequenties een

regelmatige controles. De ideologie van de autonome, gezonde en mooie mens leidt tot een *know your numbers*-gedrag en een uiterst bedenkelijk vorm van medicalisering.'

Geneeskunde verwordt tot een servicestation ...

'Ja. De westerse dokter is een soort loodgieter die zich met een gereedschapskist - kijkbuis en katheter - toegang tot het lichaam verschaft. Werk voor een ambachtsman. In de westerse wereld leven wij op de grens van het biologisch krediet. Een mens is nu eenmaal geen oude olifant die plotseling omvalt en sterft. De levensverwachting ligt hier boven de zeventig jaar. Stel dat de sterfte aan hart- en vaatziekten zou zijn uit te bannen,

dan komen daar zeven jaren bij. Lukt het ons om kanker en geweld als doodsoorzaak uit te sluiten, dan levert dat vijf respectievelijk drie extra maanden op. Al met al nog geen tien jaar! Alle winst is dus marginaal en schoorvoetend bereikt. In die toegevoegde jaren vindt nauwelijks een compressie van ziekten plaats en wordt er heel wat afgedokterd. Wat heet winst wanneer je in die extra jaren dement, afatisch of blind rondstompelt?'

De milde scepticus van Stof van dromen, uw vorige boek, lijkt cynischer geworden. 'Wanneer geneeskunde niets anders kan

***De geneeskunde richt zich steeds
meer op gezonde mensen***

erg lange is. Toch wordt dit alles met veel poeha gebracht en is het woord 'genepas' al geheel ingeburgerd.

'Volgens mij heerst er in de medische wereld een knagende twijfel over dit toekomstbeeld. Want dit hightech toekomstperspectief heeft tot een merkwaardige tegenbeweging geleid. Van de weeromstuit richt de geneeskunde zich namelijk steeds meer op gezonde mensen. De aandacht verschoof zelfs zo dat artsen momenteel een zwak hebben voor gezonde mensen. De patiënt wenst eeuwig jong te blijven. Om die reden moet hij aan de voedingssupplementen, cholesterolmetingen, check-ups en andere

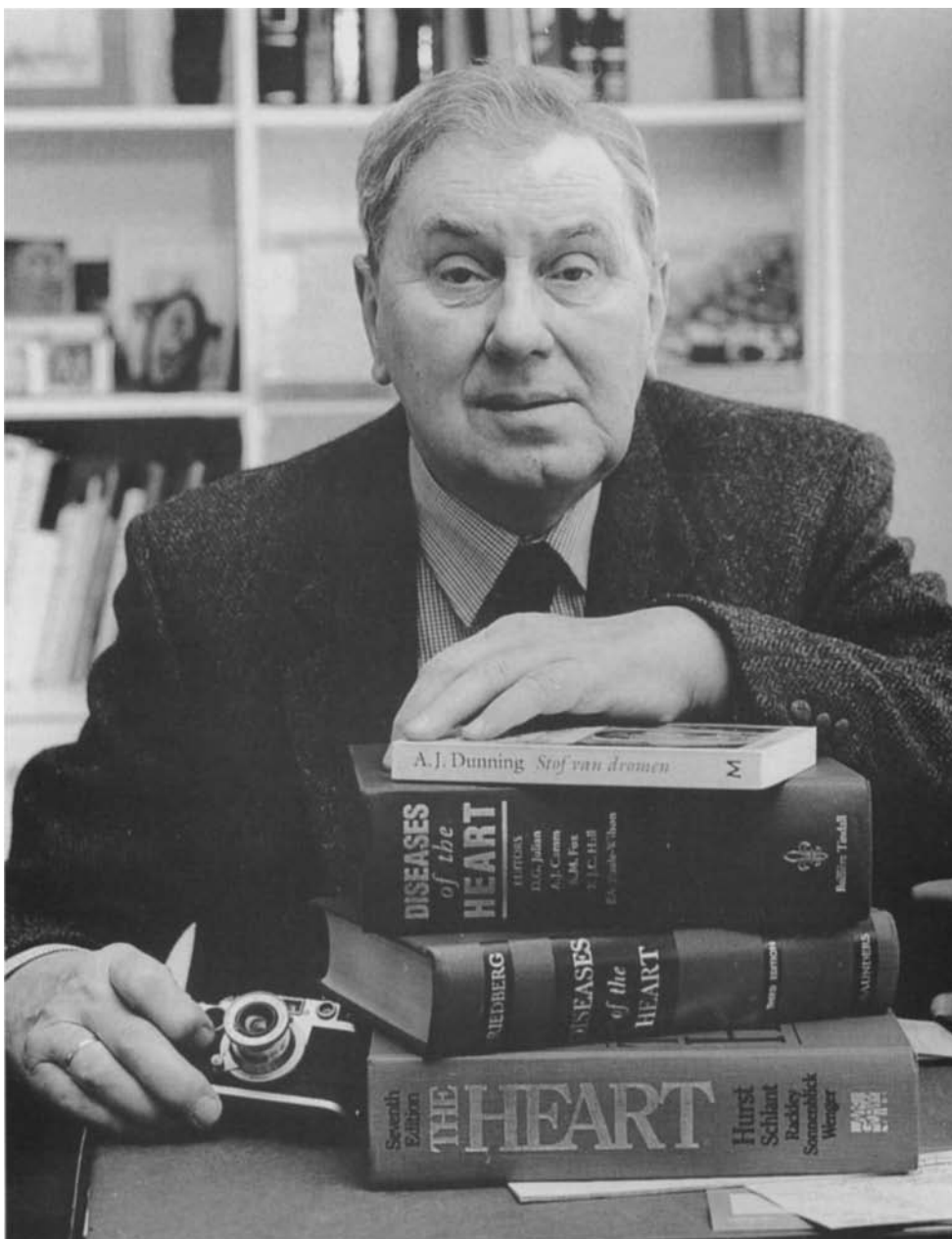


FOTO: EDDY POSTHUMA DE BOER

A.J. Dunning: '... nog één keer rekenschap afleggen van hetgeen ik heb meegemaakt ...'

bieden dan Viagra of Prozac, dingen voor onze seks of onze stemming, en tegelijkertijd geen antwoord kan geven op problemen in de derde wereld, dan is die geneeskunde van afnemende betekenis. Het mag niet zo zijn dat de geneeskunde alleen de rijke wereld bedient en de grote noden veronachtzaamt. Bedenk dat jaarlijks een miljoen kinderen overlijden aan malaria.'

GELOOF IN TOEVAL

'Veel is toeval in dit leven. Zo ben ik in Arnhem geboren. Was ik twintig kilometer verderop ter wereld gekomen, in Kleef bijvoorbeeld, dan had ik in mijn

jeugd wellicht vaandeltjes zwaaiend met de Hitlerjugend opgetrokken. Zoiets kun je niet uitsluiten.'

Hij zwijgt even.

'In zijn algemeenheid wil ik er dit over zeggen. Mensen kunnen zich niet voorstellen dat de dingen toevallig gebeuren; ze lijken een heilige vrees te hebben voor het toeval en verzinnen daarom altijd verhalen ter verklaring van wat er gebeurd is.

'Het omslagmoment kwam toen de geneeskunde in staat bleek het aloude lot om te smeden tot een maakbare keuze. Op een dag wil een vrouw een kind. Ongeacht de bijkomende factoren - de

leeftijd van de vrouw, de kwaliteit van het zaad van de man - lijken alle problemen overzichtelijk en oplosbaar. Wat men vergeet, is dat in het geval van reageerbuisbevruchting twee van de drie paren uiteindelijk toch kinderloos blijven en teleurgesteld heengaan. Zij troosten zich echter met de gedachte dat zij wél alles hebben geprobeerd. Zij weten nu echter dat het lot uiteindelijk minder beheersbaar bleek dan vooraf leek.'

Het lot heette vroeger 'God'. U noemt God een 'indianenverhaal'.

'Zoals ik in het boek schrijf: wij zijn niet geschapen, maar geëvolueerd. Wij >>

<< leven maar één keer, dat besef begint overal door te dringen. Maar hiermee verdwijnt ieder perspectief. Met het verval van het kerkelijk leven is de religieuze behoefte niet verdwenen, en zeker niet de behoefte aan troost. Men vindt een andere vluchtroute, bijvoorbeeld het new age-denken. Een zienswijze uitsluitend gericht op eigen verbetering, een met lijf en ziel belijden van egocentrisme.'

Verwacht u een debat naar aanleiding van dit boek?

'Dat zou on-Nederlands zijn. Hans Magnus Enzensberger besloot lang geleden een Duitse vertaling van *Broeder Ezel* uit te geven in zijn reeks *Die andere Bibliothek*. De kritiek in de Frankfurter Alge-

meine was zo genadeloos ("Onbetamelijk", "Hier hebben wij geen boodschap aan", "Het boek biedt geen oplossingen", "Een spottersboek", "Er deugt niets van") dat ik er een balorig soort plezier aan beleefde. Nog steeds heb ik niet het idee dat ik mensen met dit boek voor het hoofd heb gestoten.'

*De essayist Dunning voelt zich thuis in de traditie van verhalende cultuurfilosofen als Huizinga en Burckhardt. In zijn titel refereert hij aan de Friese predikant Balthasar Bekker die in 1691 het boek *De betooverde wereld* schreef. Een geestverwant?*

'Nee, daarvoor ligt hij te ver weg in de geschiedenis. Zijn houding bevalt mij

wel. Waar *Broeder Ezel* mij op de slachtbank van de Frankfurter Allgemeine bracht, trof Bekker het ergere lot zich te moeten verantwoorden voor de synode. Zijn boek veroorzaakte een oproer en een debat die hun weerga niet kenden. Hij was een gelovig, verdraagzaam maar ook sceptisch man in die zin dat hij zich voortdurend verzette tegen de magische verklaringen van de geneeskunde. Verklaringen die bol stonden van geesten en duivels. Hij was sterk beïnvloed door het mechanisch wereldbeeld dat Descartes destijds presenteerde.'

Simon Schama noemde onze Gouden Eeuw een tijdperk van 'overvloed en onbehagen'. U gebruikt deze typering als 'diagnose' voor onze geneeskunde.

'Ruim tien jaar geleden schreef Lynn Payer een buitengewoon aardig boek. In haar onschuld meende zij aanvankelijk dat geneeskunde een internationaal vak was. Tot haar verbazing bleken de verschillen tussen diverse landen erg groot. In Frankrijk richtte men zich vooral op de constitutie van de mens, terwijl in Duitsland verstoringen van de harmonie centraal stonden. In het Duitse woord *Kreislaufstörungen* klinkt het allemaal nog dramatischer; vandaar de Teutoonse voorkeur voor bossen en meren als therapie. In Engeland regeert nog steeds de *stiff upper lip*, het niet klagen. De historicus Simon Schama beschrijft in zijn studie over onze Gouden Eeuw hoe de republiek langzamerhand schatrijk werd door het handeldrijven, terwijl er toch een groot onbehagen heerste. Deze paradox acht ik van toepassing op onze gezondheidszorg: er heerst een chronisch onbehagen, terwijl de gezondheidszorg schatrijk is. Het onbehagen van de dokter uit zich in het gevoel uitgeblust te zijn en het onbehagen van de patiënt uit zich in een barre zoektocht langs alternatieve kronkelpaden. De opvallendste consequentie van dit onbehagen is een collectieve verlaging van de Nederlandse klaagdrempel.'

Uitgelokt door de geneeskunde zelf.

'Zeker. Kijk naar de Riagg's. De stormloop op de drempelloze Riagg's leidde uitsluitend tot wachtlijsten. De burger verwacht niet anders dan geholpen te worden. Hij mag klagen over alles. Niet alleen de echte kwalen, maar ook de alledaagse ongemakken worden in de spreekkamers geëtaleerd. Zelfs wanneer men



Het grote bellen



Gedurende de (EHBO)-diensten van het co-schap heekunde word je tussen de verzwikte enkels en

kleine snijwonden door ook geconfronteerd met ernstiger zaken.

Waar ik nog altijd het meest van onder de indruk raak, is niet een groot trauma waarvoor het hele ATLS-(Advanced Trauma Life Support)-protocol uit de kast dient te worden getrokken, maar juist van een relatief vaak voorkomend, bijna alledaags probleem: de femurfractuur. Zodra een patiënt die dit heeft door een huisarts of ambulancepost wordt aangekondigd, beginnen de assistent en de verpleegkundigen iedere keer opnieuw onbedoeld te zuchten. Het diagnostisch proces is rechttoe rechtaan, aangezien de X-femur, aansluitend op een meestal karakteristiek verhaal, zelden onduidelijkheid geeft. Maar dan beginnen de moeilijkheden pas. De operatie op zich niet, die levert - zoals mij dit co-schap is verteld - voor een ervaren chirurg meestal niet veel moeilijkheden op. Het probleem is echter: waar kan er voor de patiënt een bed worden gevonden? Meestal resulteert dit in een belronde langs menig ziekenhuis, tot soms vijftien aan toe. Gevolg: een patiënt die urenlang ligt te wachten op de EHBO, om daarna per ambulance naar een ander ziekenhuis te worden vervoerd.

Zodra de ambulance de hoek om is, wordt een patiënt van rond de dertig binnengebracht met een complexe fractuur van de onderarm, die, na enkele onbloedige pogingen, toch operatief moet worden gezet. Binnen een uur ligt de patiënt op de operatietafel

StethosCo

de co-assistent

gezond is, heeft men iets te klagen. Wij weten heus wel dat wij gezond en tamelijk gelukkig zijn. Toch vragen wij ons af: Is dit alles? Er is geen barricade, geen uitdaging meer. De mens kan zijn ziel en zaligheid niet meer kwijt in avontuur.

HET CHRONISCH TEVEEL

Wie Betoverde wereld leest, denkt dat het budget voor de gezondheidszorg minstens voor een half miljard omlaag kan. Neem de maagzuurremmers ...

Dunning: '... waar een Rennie ook helpt, of beter gezegd: evenmin helpt ...' en de cholesterolsyntheseremmers.

'Het is belachelijk om een risicofactor als het cholesterolgehalte tot éénzijdig doel van farmacotherapie te maken. Hoezo risicofactor voor hart- en vaatziekten? Terwijl het cholesterolgehalte op bevolkingsniveau nauwelijks is gedaald, is het aantal sterfgevallen aan hart- en vaatziekten teruggegaan met 30 procent. En wij maar doorgaan met het voorschrijven van die spullen, meestal buiten de grenzen die wij hebben afgesproken.'

In uw boek vergelijkt u aandoeningen als het chronisch-vermoeidheidssyndroom, whiplash, het hyperactiviteitssyndroom of de multiële persoonlijkheid met de hysterie van een eeuw geleden.

'Geneeskunde kent ook modes. Vergeet niet dat 'hysterie' in die tijd in Wenen of Parijs een algemeen geaccepteerde diagnose was. Hetzelfde doet zich nu voor bij de moderne kwalen. Alles wat er nodig is, is een scala van onbegrepen klachten, een ijverige dokter die er een naam bij verzint, een groep patiënten die om erkenning schreeuwt en, bij voorkeur, een therapie waarvan men vermoedt dat het helpt. Onbehagen moet lichamelijk een uitweg vinden en geaccepteerd zijn. Lichamelijke klachten die moeilijk objectificeerbaar zijn, legitimeren het onbehagen in het werk of het privé-bestaan. Gezondheidszorg wordt zo een soort sociale zekerheid.'

Uw oordeel is hard.

'Ik noem het realistisch, want ik herken het patroon. Elke patiënt is op zoek naar erkenning. Ontbreekt die erkenning, dan zoekt zo iemand vrijwel onmiddellijk de slachtofferrol.'

Valt daar niets aan te doen?

'Nee. Ik heb het zelf meegemaakt met slachtoffers van vervolging en verzet. Jaren na de oorlog konden zij aanspraak

maken op een geldelijke toelage. Het ging om uiterst minieme bedragen. Ik vroeg aan iemand: "Waarom vraagt u een toelage aan?" En het antwoord was steeds: "Erkenning". Zo stelde ik mij ook als dokter op: Ik kan het niet goedmaken, maar ik kan wel erkennen dat u hebt geleden.'

BALANCEREN

'Inderdaad ben ik van mening dat ik met dit boek een balans opmaak. Ik geloof niet in een stoïcijn leven. Menno ter Braak pleegde aan het begin van de Tweede Wereldoorlog zelfmoord. Hij maakte de balans van zijn leven op en trok de consequenties. Veel mensen kunnen dat niet. Al begrijp ik dat best. Het is lastig om het wel te doen, om in het aangezicht te staan van menige hunkering en eigen falen. Soms is het verschrikkelijk om vol spijt en verdriet om te zien. Ja, dat geldt ook voor mijzelf.'

Het gesprek neemt een haakse wending en de engel van het toeval duikt als thema weer op.

'Lang geleden had ik een steenpuist in mijn gezicht. Dit leidde tot een meningitis. Ik was heel erg ziek en kreeg antibiotica. Weken later - ik was allang weer opgeknapt en aan het werk - ging ik sidderend en bevend over mijn hele lichaam naar mijn kamer. Pas toen kwam het besef: ik had dood kunnen zijn.'

Dunning zegt geen zendingsdrang te hebben. Maar een missie heeft hij wel: 'Het centrale probleem is mijns inziens het volgende. Gezonden en patiënten leven in een wereld van overvloed, waarin het steeds moeilijker wordt in matigheid te leven. Ze zijn autonoom en maken hun eigen keuzen. Maar de geneeskunde moet de gevolgen daarvan opvangen. Als eten, drinken, roken, vrijen of rijden tot schade leidt. Wat mensen zelden willen of kunnen, is hun gedrag veranderen, ook al verwachten ze dat hun dokter dat zou kunnen bereiken. De autonomie van de enkeling maakt zich zo ongewild afhankelijk van professionele hulp en dat is een kostbare ondersteuning.' <<<

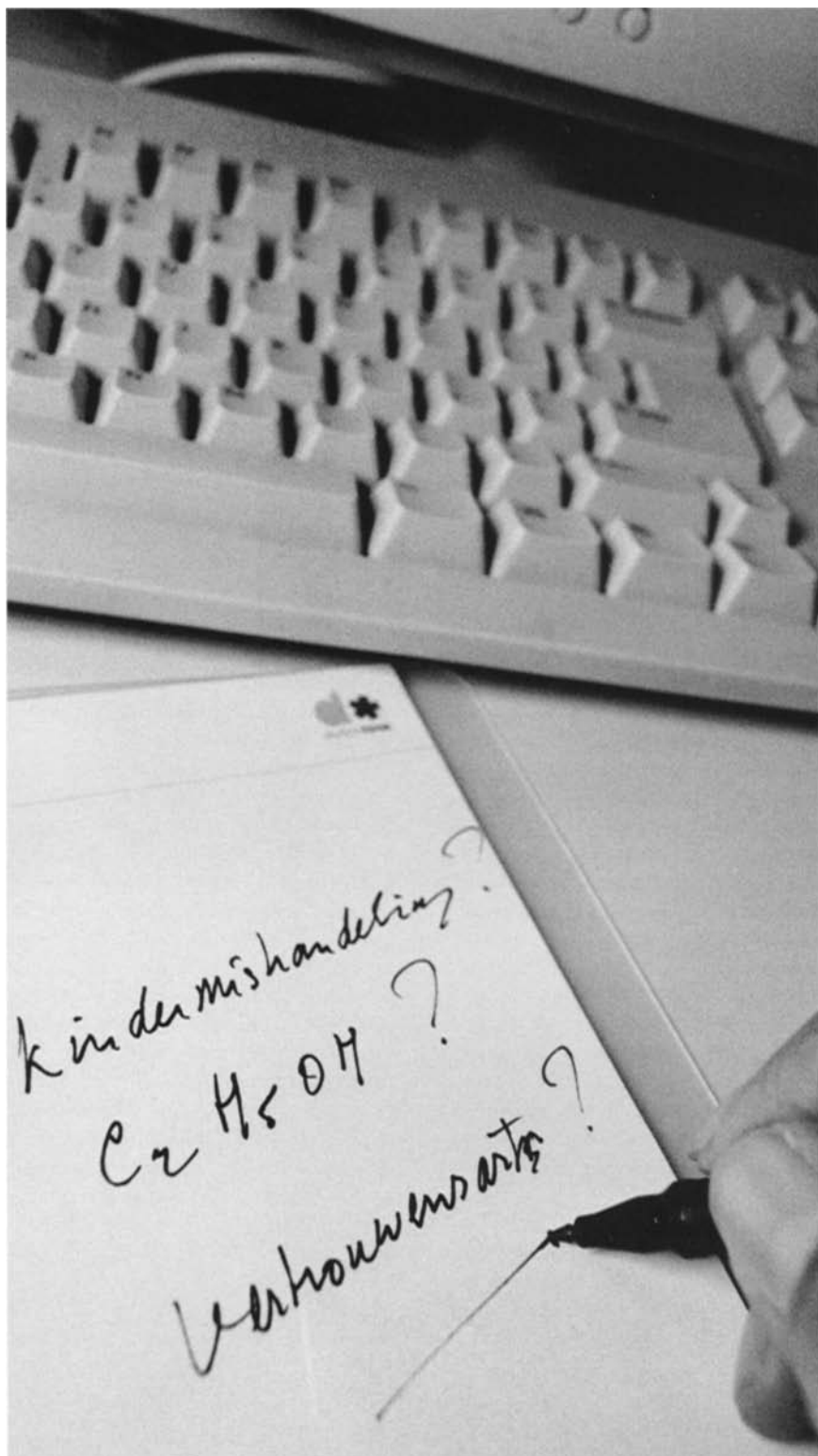
Frans Meulenberg
freelance journalist

A.J. Dunning
Betoverde wereld
Uitgeverij Meulenhoff
f 34,90

HET BEWAREN WAARD

Het ledenpanel over het dossier

In de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat onder andere dat een arts een patiëntendossier moet aanleggen en dat deze gegevens na tien jaar moeten worden vernietigd, tenzij uit 'de zorg van een goed hulpverlener' voortvloeit dat de gegevens langer moeten worden bewaard. Hoe denkt het KNMG-ledenpanel hierover? Ernst de Jong, stafmedewerker KNMG over de uitkomsten van het panelonderzoek.



Persoonlijke werkaantekeningen niet in het dossier

FOTO: LOEK ZUYERDUIJN

In een eerder artikel is besproken welke resultaten er naar voren kwamen toen het KNMG-ledenpanel werd gevraagd naar haar mening over het beroepsgeheim in relatie tot het conflict van plichten.¹ Dat leverde een aantal boeiende gegevens op.

Het tweede thema dat aan het ledenpanel werd voorgelegd, betrof het medisch dossier in relatie tot de in 1995 in werking getreden Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De keuze voor dit onderwerp was onder meer gelegen in het gegeven dat de KNMG betrokken is bij de evaluatie van deze wet. Het is tegenwoordig goed gebruik dat een nieuwe wet enige jaren nadat deze in werking is getreden als geheel of op bepaalde punten wordt geëvalueerd. Zo ook met de WGBO. Een dergelijke evaluatie is uiteraard bij uitstek het moment om aan de juiste personen duidelijk te maken welke knelpunten de wet in de praktijk oplevert. Vanuit die gedachte was het logisch dat het ledenpanel hierin mede een rol kreeg toebedeeld. Daarnaast is ook op andere manieren

door de KNMG onderzocht hoe de WGBO in de praktijk wordt toegepast en welke problemen daarbij worden ervaren. De officiële bijdrage van de KNMG aan de WGBO-evaluatie zal te zijner tijd ook in dit tijdschrift te lezen zijn.

HET MEDISCH DOSSIER EN DE WGBO

Terugkerend naar het ledenpanel en de vragen over het medisch dossier kan ter adstructie het volgende worden gezegd.

De WGBO bepaalt dat een arts over een patiënt een dossier moet inrichten, waarin gegevens moeten worden opgenomen omtrent de patiënt voorzover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is. Deze gegevens moeten tien jaar worden bewaard vanaf het moment dat zij zijn vervaardigd. Na die tien jaar moeten de gegevens worden vernietigd, tenzij uit 'de zorg van een goed hulpverlener' voortvloeit dat de gegevens langer moeten worden bewaard.

Niet tot het dossier behoren de zogenoemde persoonlijke werkaantekeningen. Onder persoonlijke werkaantekeningen worden verstaan: die aanteken-

ningen die niet bedoeld zijn om onder ogen van derden te komen en die inderdaad niet in handen zijn gekomen van een derde, dat wil zeggen van een ander dan degene die deze aantekeningen maakte. Als dergelijke aantekeningen in het dossier worden opgenomen, zijn het geen persoonlijke werkaantekeningen meer, maar behoren ze tot het medisch dossier.

Patiënten hebben recht op inzage in en afschrift van hun eigen gegevens, tenzij inzage of afschrift zou leiden tot inbreuk op de privacy van een ander (niet de arts). De arts mag inzage niet weigeren op grond van de gedachte dat dat niet ten goede zou komen aan de patiënt.

Bovendien hebben patiënten recht op vernietiging van (een gedeelte van) hun dossier, tenzij het van aanmerkelijk belang is voor een ander dat de gegevens van de patiënt bewaard blijven dan wel dat de wet zich tegen vernietiging verzet (bijvoorbeeld bij gedwongen opgenomen patiënten).

De tuchtrechter hamert met het oog op de patiëntenzorg voortdurend op het zorgvuldig bijhouden van de dossiers. Bovendien laat tuchtrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie zien dat een goed bijgehouden dossier niet alleen van belang is voor de directe patiëntenzorg, maar de arts ook behulpzaam kan zijn bij het voeren van verweer tegen een klacht of een claim.

Met deze gedachten in het achterhoofd werden de volgende stellingen (zie het overzicht) aan het ledenpanel (n = 480) voorgelegd.

COMMENTAAR

Als er al sprake is van juridisering van de gezondheidszorg dan lijkt dat zeker te gelden voor het medisch dossier. Het dossier is niet meer wat het geweest is. De wetgever en de rechter bemoeien zich uitdrukkelijk met de vraag hoe een dossier dient te worden bijgehouden en hoe met de daarin opgenomen gegevens moet worden omgegaan. Het is dan ook niet geheel verbazingwekkend dat maar liefst 73 procent van de panelleden aan- >>

Overzicht. De stellingen die aan het ledenpanel (n = 480) werden voorgelegd

Medisch dossier in relatie tot de WGBO			
Stelling	Voor*	?	Tegen
1. Juridische ontwikkelingen, waaronder de invoering van de WGBO, hebben mij ertoe aangezet kritisch te kijken naar hetgeen ik in het dossier wel of niet vastleg	73 %	12 %	15 %
2. Affaires als de DES-dochters en asbestslachtoffers hebben naar mijn mening duidelijk aangetoond dat medische gegevens beter langer dan tien jaar zouden moeten worden bewaard	75 %	18 %	7 %
3. Het is mij duidelijk in welke gevallen ik als 'goed hulpverlener' de medische gegevens langer dan tien jaar moet bewaren	29 %	25 %	46 %
4. Het recht op inzage en/of afschrift wordt naar mijn idee te pas en te onpas door patiënten gebruikt	14 %	28 %	58 %
5. Soms acht ik het noodzakelijk bepaalde medische gegevens niet in het medisch dossier op te slaan, maar op een aparte (geheime) plaats in de computer of schriftelijk bestand	46 %	13 %	41 %
6. Als een patiënt vraagt om inzage in zijn dossier, voel ik dat als een motie van wantrouwen jegens mijzelf	11 %	24 %	66 %
7. Als ik van mening ben dat een patiënt zijn dossier beter niet in kan zien, dan vind ik dat ik inzage moet weigeren, ook al is dat misschien in strijd met de wet	18 %	15 %	68 %
8. Ik ben van mening dat patiënten niet zomaar het recht op vernietiging van hun dossier zouden moeten hebben	72 %	11 %	18 %
* Voor de goede orde moet nog worden vermeld dat de voor- en tegenstanders beiden bestonden uit twee groepen, namelijk zij die het geheel oneens waren met de stelling en de groep die het daarmee 'gewoon' (on)eens was.			

<< sche ontwikkelingen van invloed zijn geweest op hun wijze van omgaan met patiëntengegevens. Uit de analyse blijkt dat dit vooral het geval is bij artsen ouder dan 60 jaar en bij medisch specialisten. De vraag of dat ook heeft geleid tot betere patiëntenzorg (of juist niet) kan op grond van deze gegevens uiteraard niet worden beantwoord.

BEWAREN OF Vernietigen?

Het KNMG-secretariaat ontvangt dagelijks veel vragen die betrekking hebben op het omgaan met medische gegevens en het dossier. Uit die vragen was reeds duidelijk geworden dat niet alle bepalingen van de WGBO over het dossier door artsen als helder worden ervaren. Dat geldt bijvoorbeeld voor het langer dan tien jaar bewaren van gegevens. De wet zegt hierover dat langer bewaren aan de orde is als dat redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit (of als de wet daartoe verplicht). Slechts 29 procent van de respondenten geeft aan met dat criterium uit de voeten te kunnen. De rest geeft grotendeels aan dat niet te kunnen. Gelieerd aan dit probleem is het opvallend dat maar liefst 75 procent van de panelleden vindt dat medische gegevens helemaal niet na tien jaar moeten worden vernietigd, maar langer bewaard moeten blijven. Dat resultaat bevestigt nog eens het belang dat artsen aan medische gegevens hechten, bijvoorbeeld met het oog op latere behandelingen van een patiënt of nog uit te voeren epidemiologisch onderzoek. Vanuit dat perspectief is het dan ook wel begrijpelijk dat 72 procent van de respondenten meent dat patiënten niet zomaar het recht op vernietiging van hun dossier moeten hebben. Daarbij speelt naar onze ervaring vooral een rol dat men van mening is dat vernietiging van het dossier de patiëntenzorg, in het bijzonder in de psychiatrie, in gevaar kan brengen.

Beide uitkomsten zijn impliciet een pleidooi voor wetswijziging. Wel moet erop worden gewezen dat in het bijzonder met het oog op epidemiologisch onderzoek het anoniem bewaren van patiëntengegevens een oplossing kan bieden. Daar verzet de wet zich in ieder geval niet tegen. Ook is het goed nog eens te benadrukken dat het invullen van

het begrip 'zorg van een goed hulpverlener' door de beroepsgroep zelf behoort plaats te vinden. Dat betekent bijvoorbeeld dat in een richtlijn van een wetenschappelijke vereniging kan worden opgenomen dat gegevens van bepaalde

Medische gegevens langer dan tien jaar bewaren?

patiënten in de regel langer dan tien jaar bewaard moeten blijven.^{2,3}

Hoe het ook zij, de vraag wanneer gegevens langer dan tien jaar bewaard moeten blijven, blijkt in de praktijk niet eenvoudig te beantwoorden te zijn. Dat is een belangrijke conclusie die nadere bestudering behoeft door onder meer de wetgever.

INZAGERECHT GEACCEPTEERD, OF TOCH NIET?

Voor wat betreft het inzagerecht van de patiënt lijkt er op het eerste gezicht geen probleem aan de orde. De meeste panelleden vinden dat dit recht *niet* te pas en te onpas wordt gebruikt en 66 procent ervaart de situatie dat een patiënt om inzage vraagt niet als een motie van wantrouwen jegens zichzelf. Bovendien is 68 procent van de respondenten het oneens met de stelling dat inzage in strijd met de wet mag worden geweigerd als de arts meent dat inzage beter niet kan plaatsvinden. Maar wat blijkt nog meer? Een substantieel aantal respondenten (46%) geeft aan het soms noodzakelijk te vinden bepaalde medische gegevens niet in het dossier op te nemen, maar ergens anders op te slaan. Bij de subgroep huisartsen bleek dit zelfs 52 procent te zijn. Slechts 41 procent van de totale groep geeft aan dit niet te vinden en de rest weet het niet. Dat is toch wel een opvallend resultaat. De vraag naar het waarom dringt zich daarbij op. Daar hebben we helaas niet naar gevraagd, maar een voor de hand liggende reden zou kunnen zijn dat artsen het toch niet altijd wenselijk

vinden dat patiënten hun dossier inzien. Een andere reden is misschien dat wordt gemeend dat het separaat opslaan van bepaalde patiëntengegevens toegestaan is omdat het persoonlijke werkaanteekeningen betreft. Dat zal echter al snel niet het geval zijn, omdat het kennelijk om gegevens gaat die worden opgeslagen en dus eigenlijk in het dossier moeten worden opgenomen. Ook als gedeelten van een dossier op verschillende plaatsen worden bewaard, heeft de patiënt recht op inzage in al die gedeelten.

Misschien echter zit er een geheel andere, voor de KNMG nog onbekende, reden achter het apart opslaan van patiëntengegevens. Het zou interessant zijn om daarover van de artsen eens iets meer te horen.

TEN SLOTTE

Ook het tweede thema van de eerste ronde van het ledenpanelonderzoek heeft een aantal interessante resultaten opgeleverd. Deze resultaten worden ook in de bijdrage van de KNMG aan de WGBO-evaluatie gebruikt en zijn alleen daarom al zeer nuttig. Omdat ook de resultaten van het andere thema: te weten 'Het beroepsgeheim en het conflict van plichten', zeer de moeite waard waren, is onze conclusie dat het ledenonderzoek een belangrijke rol kan vervullen in het betrekken van de leden bij het beleid van de KNMG. De volgende ronde van het panelonderzoek is dan ook in voorbereiding. <<

mr. E.J.C. de Jong,
stafmedewerker KNMG

SAMENVATTING

- De bepalingen van de WGBO ten aanzien van het medisch dossier zijn voor de arts in de praktijk niet altijd even helder.
- Met name de formulering van de uitzondering op de bewaartermijn van tien jaar die in de wet wordt genoemd, biedt weinig houvast.
- Het inzagerecht lijkt geen probleem meer te zijn in de praktijk, alhoewel het apart opslaan van gegevens die conclusie enigszins op losse schroeven zet.

Literatuur

1. Jong de EJC, Bottema R, Vathorst S van de. Wet of geweten? Medisch Contact 1999; 54: 1430-3. 2. Helmer FMM en Buiting HPJ. Ziekenhuis ontwikkelt criteria verantwoorde bewaartermijn. Medisch Contact 1999; 54: 691-4. 3. Vergert HTM ten. Medisch dossier langer dan tien jaar bewaren? Medisch Contact 1999; 54: 688-90.

Screening ouderdomsgebreken niet doelmatig



Er komen steeds meer ouderen, die een steeds hogere leeftijd bereiken. Vooral de groep van 75-plussers, zo is wel geopperd, kan baat hebben bij preventieve zorg. 'Zeker als interventies van de huisarts leiden tot vermindering van de hinder die deze ouderen ondervinden van hun aandoeningen, waardoor ze langer zelfstandig kunnen functioneren.' Dat zegt Just Eekhof, huisarts en onderzoeker bij de Afdeling Huisartsgeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum.

'In Engeland zijn huisartsen sinds 1990 zelfs verplicht alle 75-plussers in hun praktijk te controleren. Voor de effectiviteit van deze dienstverlening bestaat echter geen goede empirische evidentie. Vandaar dat er in de vakbladen destijds een heftige discussie ontstond over het Britse voorschrift.'

In zijn proefschrift onderzoekt Eekhof in hoeverre een dergelijk preventieprogramma in Nederland zinvol zou kunnen zijn.

Bij een toptien van veelvoorkomende aandoeningen ging Eekhof met behulp van een literatuurstudie na of er bij bepaalde klachten theoretisch de mogelijkheid bestaat om met screening gevolgd door interventie de hinder ten gevolge van de klacht terug te dringen. Dat deed hij aan de hand van vier criteria: Beschikt de huisarts over een goede methode om deze aandoeningen te diagnosticeren? Bestaat er een passende behandeling? Is de huisartsenpraktijk de geschiktste plaats om deze aandoeningen op te sporen? En ten slotte, heeft de 75-plusser daar voordeel bij?

Bij slechts vier aandoeningen werden alle vragen bevestigend beantwoord: gehoor- en visusstoornissen, incontinentie voor urine en artrose. Dat waren de klachten die, theoretisch, in aanmerking kwamen voor screening.

In het kader van het Periodiek Onderzoek van Ouderen in de Huisartspraktijk (POOH), een gemeenschappelijk project van TNO en de afdeling

Een regelmatig onderzoek van alle mensen ouder dan 75 jaar op klachten en aandoeningen die typerend zijn voor een hoge leeftijd is geen goed idee. Dat betoogt Just Eekhof in de dissertatie waarop hij op 4 november promoveert aan de Universiteit Leiden.

Huisartsgeneeskunde van de Leidse universiteit, namen twaalf huisartsenpraktijken deel aan het onderzoek.

Eekhof: 'De uitkomst van het onderzoek is ondubbelzinnig: systematische screening van alle mensen van 75 en ouder op deze vier aandoeningen is niet doelmatig. Het is daarom niet verstandig een dergelijk preventieprogramma op te zetten.'

Eekhof maakt wel een kanttekening bij zijn conclusie. 'De resultaten van studies gedaan in de Verenigde Staten zijn over het algemeen wat positiever. Maar daar verschilt de aanpak nogal van de Nederlandse: stelt een arts vast dat een patiënt een gehoorprobleem heeft, dan krijgt hij bij wijze van spreken dezelfde dag nog een gehoorapparaat. Bij ons blijft het bij een advies. Het staat de patiënt volkomen vrij die raadgeving al dan niet op te volgen.'

Mocht een preventieprogramma overigens wel zinvol en doelmatig blijken, dan is er altijd nog het vraagstuk van de organisatie en de uitvoering.

Geen sinecure, volgens Eekhof. 'Ook daar heb ik in mijn onderzoek aandacht aan besteed. Mijn conclusie is dat huisartsen een dergelijk programma alleen kunnen uitvoeren als ze kunnen rekenen op voldoende tijd, middelen en vooral getrainde ondersteuning. Hierbij kan naast de doktersassistente ook de praktijkverpleegkundige een belangrijke rol spelen.'

Eekhofs onderzoek mag dan uitwijzen dat screening van de gebreken die gepaard gaan met hoge ouderdom weinig zin heeft, toch houdt hij een pleidooi voor 'systematische zorg'. 'Huisartsen moeten zoeken naar die ouderen die wel baat hebben bij een interventie', licht hij toe. 'En dat is iets waar ze goed in zijn. Ze beschikken namelijk over veel kennis van hun patiënten. Bovendien komt in een jaar tijd ongeveer 90 procent van alle 75-plussers wel een keer bij ze langs. Op die momenten kunnen artsen ze aanspreken op eventuele aandoeningen en ze motiveren voor verder onderzoek.'

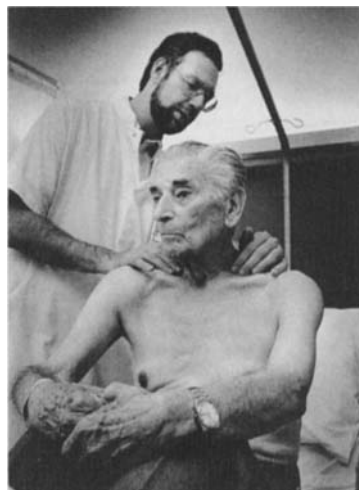
Beter nog, meent Eekhof, is het om dat in een eerder stadium te doen. 'Voor een 75-jarige is het eigenlijk te laat om nog te leren omgaan met de beperkingen van gehoorproblemen.

Daar moet de huisarts ze eigenlijk al

twintig jaar eerder op gewezen hebben; op het moment dat de problemen net beginnen.'

Henk Maassen

Just Eekhof - Systematic screening of the elderly in general practice for common disabilities, diss. Universiteit Leiden, 1999



'Zoeken naar ouderen die baat hebben bij interventie'

FOTO: STUDIO ANDRE RUIJROK

PAS HET POLDERMODEL AAN

De aanpak van Ziektewet en WAO

In de discussie over het beleid in het sociale-zekerheidsstelsel wordt zelden de visie van de bedrijfsartsen van de arbodiensten verwoord. Op persoonlijke titel doet R. Hoedeman daartoe een poging.

In de media wordt ervoor gepleit de afhandeling van de Ziektewet, de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Werkloosheidswet in handen te leggen van overheid en verzekeraar.¹ De staatssecretaris wil het zwaartepunt van de maatregelen leggen bij een tijdige en strengere keuring. Door dit accent bestaat het gevaar dat sommige mogelijkheden van arbodiensten en werkgevers niet worden benut.

LESSEN UIT HET VERLEDEN

De uitvoering van Ziektewet en WAO via semi-overheidsorganen (de bedrijfsverenigingen) heeft gefaald. Dit was de reden voor een vergaande privati-

sering. Deze privatisering was succesvol: het verzuimpercentage in de Ziektewet daalde landelijk in de periode 1993 tot 1997 van 6,7 procent tot 5,1 procent,² en de instroom in de WAO nam fors af en is nog steeds laag voor sectoren als de bouw. Dat voor Ziektewet en WAO dit succes niet structureel is, wordt later in dit artikel besproken.

Binnen de Arboret is de verantwoordelijkheid voor veilige arbeidsomstandigheden volledig bij de werkgever gelegd, met controle op afstand door de Arbeidsinspectie. Dit heeft voor flinke verbeteringen gezorgd ten aanzien van belasting door lawaai, gebruik van organische oplosmiddelen bij schilders, etc.

Analoog hieraan blijkt dat met de juiste prikkels er bij werkgevers veel te bereiken is. In het kader van ISO-certificering bereiken werkgevers grote verbeteringen in de kwaliteit van hun productie en dienstverlening.

Onze gezondheidszorg, cultuur en wetgeving bevatten prikkels die somatisatie bevorderen en dus herstelgedrag vertragen.^{3,4} Hierbij horen een exclusieve somatische benadering van arbeidsongeschiktheid, de nadruk op medische vereisten voor het verkrijgen van een WAO-uitkering en het accent op uitkering in plaats van op reïntegratie. In het buitenland ligt het accent op het beleid rond arbeidsongeschiktheid meer op reïntegratie dan op uitkering. Daar zijn de ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidspercentages al jaren lager dan in Nederland.⁵

Deze lessen pleiten ervoor om bewaking van problemen die bij werkgevers en werknemers spelen niet via de overheid op te lossen. De vraag is meer hoe aan beide partijen de juiste prikkels kunnen worden toegediend om voor structurele oplossingen te zorgen. Hierin kan de overheid wel een sturende rol vervullen. Bij het publiek zijn een paar ontwikkelingen en mogelijkheden die nu worden beschreven, weinig bekend.

VERWIJTEN

De arbodiensten hebben geen gelukkige pers. Zij werden niet in de eer betrokken toen het verzuim daalde na de privatisering van de Ziektewet, maar

FOTO: FOTO STUDIO ANDRÉ RUIGROK



Arbodiensten zijn meer
kwaliteitsproducten gaan ontwikkelen

kregen later wel verwijten toen het ziekteverzuim en de WAO-instroom weer omhooggingen. In de politieke discussies kunnen arbodiensten zich niet echt profileren. Dit is waarschijnlijk vooral het gevolg van de strijd op de markt.⁶ Arbodiensten kenden door scherpe prijzen en concentratie van de werkgeverskant op verzuimbegeleiding een grote werkdruk. Pas het laatste jaar zijn de arbodiensten meer kwaliteitsproducten gaan ontwikkelen. Eén daarvan is secundaire dienstverlening, waarbij werknemers met een tegenvallend herstel worden begeleid bij de reïntegratie door psychologen of arbeidsrevalidatietherapeuten. Dit is nog niet eerder op grote schaal gebeurd en is veelbelovend. Juist hier blijkt dat de samenwerkingsafspraken met de behandelende sector goed zijn. Als aan die sector duidelijk wordt gemaakt wat het specifieke doel is van secundaire dienstverlening, is er zelden een probleem en vaker opluchting omdat de bedrijfsarts laat zien dat hij de cliënt helpt door inzet van instrumenten op zijn vakgebied.

Parallel aan de secundaire dienstverlening worden nu samenwerkingsverbanden opgezet tussen arbodiensten en organisaties die aan arbeidsbemiddeling doen. Ook dit zal meer bijdragen aan reïntegratie dan aan etikettering van de arbeidsongeschiktheid.

Knepper verweet onlangs in Medisch Contact de arbodiensten een te passieve rol op dit terrein.⁷ Nederland kent een zeer hoge werkdruk en als werknemers uitvallen is dat niet voor niets. Het zijn met name de sectoren met een doorstijgende werkdruk, zoals de gezondheidszorg, die ervoor hebben gezorgd dat de arbeidsongeschiktheidscijfers voor ziekteverzuim en WAO het laatste jaar zijn gestegen van 5,1 procent tot 5,6 procent. Bij te weinig professionele begeleiding en bij onvoldoende aanpak van structurele oorzaken van arbeidsongeschiktheid in hun branches, is het moeilijk voor arbeidsongeschikte werknemers om weer aan te haken. Iedere bedrijfsarts weet dat na zes weken ziekteverzuim, zonder aanvullende maatregelen, een veel grotere kans op WAO-instroom bestaat. Het is oneerlijk ten opzichte van deze medewerkers als dit alleen wordt bestreden met strengere keuringen.

Onderbelicht is dat in sommige branches, zoals de bouw, goede resultaten worden geboekt ten aanzien van WAO-instroom en ziekteverzuim. Recent is beschreven dat door de verbetering van het arbozorgniveau in een organisatie een forse daling van het verzuim is te bereiken en de kwaliteit van de arbozorg aantoonbaar toeneemt.⁸ Met subsidies van de bedrijfsvereniging (Wet REA) werden medewerkers die fors beperkt waren voor fysiek belastende taken in de gezondheidszorg, herplaatst in functies

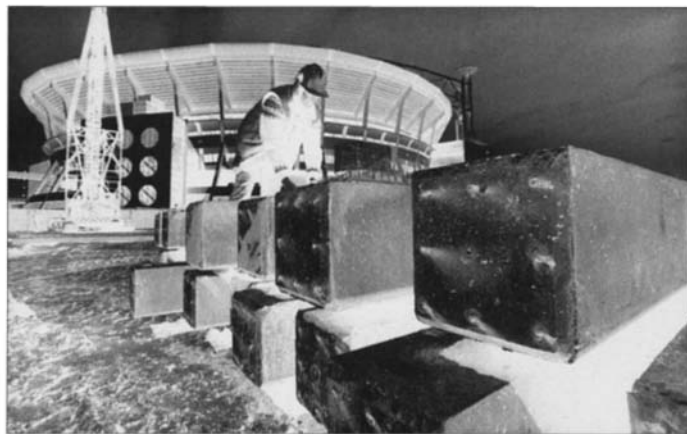


FOTO: ANP

Goede resultaten in de bouw ten aanzien van beperking van WAO-instroom en ziekteverzuim

als receptioniste en medewerkster personeelszaken. Dit resultaat werd bereikt door een vrijwel wekelijks overleg van de directie met een multidisciplinair team van de arbodienst, bestaande uit een organisatieadviseur, een bedrijfsarts en een veiligheidsdeskundige. Helaas zijn er nog onvoldoende analyses over de instrumenten van organisaties en arbodiensten (volgens bovengenoemd artikel is het juist de wisselwerking) waarmee het best verbeteringen worden bereikt.

ONBENUTTE MOGELIJKHEDEN

Door onbenutte mogelijkheden uit te werken, moet in ons poldermodel met de bestaande middelen veel meer te bereiken te zijn. Oplossingsrichtingen:

- Bevorder de kwalitatieve betere dienstverlening van arbodiensten met bewezen goede multidisciplinaire aanpak en secundaire dienstverlening. Dit kan worden gestuurd door kortingen op de premies voor werkgevers die dit doen, door de arbodiensten via hun certificaat eisen te stellen op dit gebied en door de secundaire dienstverlening

***... samenwerkingsverbanden tussen
arbodiensten en
arbeidsbemiddelingsorganisaties ...***

te vergoeden via de Wet REA. Ook op het terrein van beroepsziekten is meer te bereiken als de arbodiensten de ruimte krijgen om hun expertise hiervoor te gebruiken.

- Analyseer welke branches en organisaties succesvol zijn met betrekking tot hun verzuim en WAO-instroom en maak een brancheplan om dit ook bij de anderen te bereiken.
- Combineer het bovengenoemde met de juiste prikkels voor werkgevers. De gezondheidszorg heeft bijvoorbeeld een hoog verzuim en hoge WAO-instroom. Wat zou kunnen werken is dat de overheid een soort certificeringseisen, analoog aan de ISO-certificering, gaat stellen waarbij organisa- >>

<< ties aantoonbaar meer moeten doen ten aanzien van herplaatsing, werkdruk en veiligheid in het werk. Afspraken over een goed functionerende arbeidsbemiddeling binnen een branche horen hierbij. Branches die uit zichzelf goed presteren op deze gebieden moeten met rust worden gelaten en moeten in hun premies voordeel bemerken.

- Voor diegenen die niet kunnen worden gereïntegreerd in hun organisatie of branche is één loket voor uitkering, keuring en bemiddeling wenselijk. Dit kan met één landelijke uitvoeringsinstantie (geïntegreerd in een Centrum voor Werk en Inkomen) zonder wachttijden, welk haar medewerkers resultaatgericht laat werken en goed beloont. Anders volgen weer bureaucratie en verloop. Op dit moment kunnen diverse bedrijfsvereniging niet voldoen aan de eis van snellere keuringen door een groot verloop onder met name hun arbeidsdeskundigen.

Het zou goed zijn als een aantal bedrijfsartsen aan een vaste verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige werd gekoppeld. In verband met het personeelstekort bij de uitvoeringsinstanties (UVI's) en de grotere effectiviteit kan de arbeidsbemiddeling het best via de arbodienst en/of de werkgeversbranche verlopen. De UVI kan zich beperken tot het faciliteren van het casemanagement van de arbodienst, het toetsen van de effectiviteit van de arbodienst en van de werkgever (belangrijke parameters zijn de WAO-instroom per bedrijfsarts, per arbodienst, per werkgever en per branche), verdere bemiddeling waar dit nog niet geslaagd is en zich toeleggen op de ge-

te maken als een arbeidsconflict (mits geen langdurig dienstverband), of een verkeerde beroepskeuze of afhaken in een opleiding meespeelt. Het is ziekmakend als een werknemer met wat psychische proble-

men een jaar blijft wachten in een situationele arbeidsongeschiktheidssituatie, alvorens hij via de UVI weer prikkels krijgt om verder bemiddeld te worden. Anderzijds moet een aantal werkne-

... reïntegratie in plaats van etikettering ...

mers juist anderhalf jaar met rust worden gelaten door de UVI omdat zij met een trager herstel aan het reïntegreren zijn in hun eigen werk. Deze mensen krijgen nodeloze spanningen als zij voor een paar maanden pro forma een deel WW moeten aanvragen en officieel moeten solliciteren. Kern van de zaak is weer dat reïntegratie het leidende principe voor wetgeving zou moeten worden in plaats van etikettering.

- Ondanks de veelal onbewust verlopende processen van somatisatie bij langdurig verzuim is het wel mogelijk prikkels bij werknemers te leggen. Dit zou kunnen door een via de CAO niet gecompenseerde kleine verlaging van het ziekengeld, welk kan worden gebruikt om het opnemen van zorgdagen, studieverlof en sabbatsperioden te vergoeden. Dit zou via de CAO gekoppeld kunnen worden aan harde afspraken over vermindering van de werkdruk, loopbaanbeleid en dergelijke. Deze visie vraagt nader onderzoek, maar zou niet vermeden mogen worden in verband met de politieke lading van dit onderwerp.

DESKUNDIGE AANPAK

Door het toepassen van ervarings- en inhoudelijke kennis kunnen we ervoor zorgen dat ziektegedrag deskundig aangepakt wordt in plaats van passief ondersteund en daarna gelabeld door overheidsinstanties. Het is aan de partijen van ons geroemde poldermodel deze kennis in adequate wetgeving te implementeren zodat ons poldermodel nog een succes kan bereiken.

Met dank aan R. Klop en T. van Beissel, collega-bedrijfsartsen, voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

R. Hoedeman,
bedrijfsarts bij ArboNed

SAMENVATTING

- Er moet meer gebruik worden gemaakt van integrale en secundaire dienstverlening van arbodiensten, succesvolle branches moeten worden beloond en niet-succesvolle branches gestimuleerd via beoordeling op de kwaliteit van hun procedures (analooq aan de Arboret en ISO-certificering).
- Betere arbeidsbemiddeling en één goed functionerend loket voor arbeid en inkomen zijn nodig om bij blijvende beperkingen van cliënten het accent te kunnen leggen op reïntegratie in plaats van op inkomen.
- Prikkels bij de werknemers in de vorm van een lagere uitkering, gekoppeld aan verbeteringen rond zorgverlof, werkdruk en arbeidsomstandigheden zullen somatisatie minder bevorderen.

valsbehandeling waar specifieke wetstechnische kennis nodig is.

Deze doelgerichte en praktische werkwijze zou moeten worden ondersteund door arbeidsongeschikten na reeds een half jaar officieel bemiddelbaar

Referenties

1. Bekkers E. Een loket voor WAO'er nog een illusie. Forum. Volkskrant 6 mei 1999.
2. VNO-NCW. Databank 5 mei 1999.
3. Knepper S. Medische oplossingen voor sociaal-economische problemen? Medisch Contact 1990; 45 (21): 671-2.
4. Verhaak PFM, Wennink HJ. What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? Int J Psychiatry in Medicine 1990; 20: 151-62.
5. Plomp HN, Wal G van de, Weel ANH. Marktwerving in de sociale zekerheid en arbodienstverlening. Ned Tijdschr Geneesk 1999; 143: 1374-8.
6. Plomp HN, Wal G van de, Weel ANH. Privatisering van de Ziekewet: uiteenlopende effecten bij zowel bedrijven als arbodiensten. Ned Tijdschr Geneesk 1999; 143: 1369-73.
7. Knepper S. De open zenuw van de WAO. Medisch Contact 1999; 54 (27/28): 992-6.
8. Hoedeman R. De 'bottom up'-werkmethode. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 1999; 5: 156-60.

Aids moet bespreekbaar worden



In tropisch Afrika neemt de aids-epidemie ernstige vormen aan. Wat zijn de gevolgen daarvan?

Namibië staat momenteel op de derde plaats van landen met het hoogste percentage inwoners dat met HIV geïnfecteerd is. De bronzen plak, zou je kunnen zeggen, maar het is een zeer twijfelachtige eer.

De regio van het ziekenhuis waar ik werk, heeft nog eens het hoogste percentage HIV-geïnfecteerden van het land: 33 procent van de volwassenen is besmet met het virus. Aids is doodsoorzaak nummer één. Dit brengt uiteraard een grote belasting mee voor het ziekenhuis. Veel polikliniekbezoeken en langdurige opnames. Ziektes als tuberculose komen meer en meer voor. Van de tuberculosepatiënten is 90 procent tevens HIV-positief. De werkdruk voor de verpleging is door dit alles erg hoog. Dit heeft weer tot gevolg dat de zorg voor alle patiënten minder wordt, want harder werken of meer personeel is er niet bij.

De kosten zijn gigantisch. Nu, halverwege het financiële jaar, is mede door bezuinigingen het geld voor medicijnen en verbandmiddelen eigenlijk al op. Er moet dus flink bespaard worden, hetgeen betekent dat mensen die thuis worden verpleegd minder spullen meekrijgen. Ook het verstrekken van condooms op de polikliniek wordt waarschijnlijk gestopt.

Elke dag moet ik wel een aantal ernstig zieke aids-patiënten opnemen en

vooral kinderen met aids bevorderen mijn plezier in het werk niet bepaald.

De mensen in de gemeenschap die eigenlijk voor de kinderen en de ouderen moeten zorgen, vallen weg. Niet alleen is er gebrek aan fysieke zorg - het werk op het land, water halen - maar ook aan financiële zorg. Meestal onderhouden één of twee mensen met een baan de hele familie. Als die mensen dan ook nog wegvallen als gevolg van aids, blijven er families van grootouders en weeskinderen zonder bron van inkomsten achter.

Het is de gewoonte dat voor een begrafenis de hele familie naar het dorp van de overledene komt. Er wordt dan ook gewacht tot iedereen is gearriveerd, wat vaak één à twee weken kan duren. Tot die tijd moeten alle reeds gearriveerde gasten wel meedrinken en -eten.

De begrafenis zelf is een groots gebeuren met veel eten en drinken. Een beetje begrafenis is net zo kostbaar als een bruiloft.

Eigenlijk kunnen de meeste mensen het zich helemaal niet veroorloven om dood te gaan.

De gevolgen van aids voor de economie zijn groot. Veel geschoolde, ervaren krachten vallen door deze epidemie weg en door de vele begrafenissen zijn de mensen ook regelmatig niet op hun werk aanwezig. Het opleiden van nieuw personeel kost tijd en geld. Bovendien gaan er stemmen op om iedereen die aan een opleiding begint vooraf te testen op HIV. Ondanks het grote aantal gevallen van aids wordt

er nog steeds geheimzinnig over gedaan. Uit angst voor isolement durven mensen niet over hun ziekte te spreken. Aids-patiënten worden namelijk ontslagen op hun werk en verstoten door hun familie. Ook weigeren mensen zich te laten testen uit diezelfde angst voor sociaal isolement en omdat zij denken dat aids-patiënten minder goed worden behandeld in de klinieken en ziekenhuizen.

Velen bezoeken traditionele genezers van wie wordt geloofd dat zij 'aids-achtige' ziektes met kruiden kunnen genezen. Het verhaal gaat dat traditionele genezers manlijke aids-patiënten om van hun ziekte te genezen, opdragen seksueel contact te hebben met een maagd.

De voorlichtingscampagnes zijn (nog) van een te beperkte omvang. Veel buitenlandse organisaties zijn weliswaar projecten begonnen, maar alles is zeer versnipperd en de samenwerking is minimaal.

Wil de voorlichting op een goede manier van de grond komen, dan moet er allereerst meer openheid komen, zodat aids bespreekbaar wordt. Dan kunnen er voorlichtingscampagnes starten over preventie en over de begeleiding van aids-patiënten. Hier ligt een belangrijke taak voor de overheid, lijkt mij.

Eind 1998 is het National AIDS Co-ordination Programme (NACOP) van start gegaan. Dit moet gaan werken op alle niveaus van de samenleving. Hopelijk brengt dit programma de epidemie tot stilstand. Het gaat hier immers niet alleen om een ramp voor de gezondheidszorg, maar ook voor de economie en de hele ontwikkeling van het land.

Arno Karstens,
Medical officer, Outapi District Hospital, Ombalantu,
Namibia



PRAKTIJKVERPLEEGKUNDIGE IN EEN HUISARTSENGROEP

Niet minder werkdruk, wel betere kwaliteit van zorg

Veel huisartsen zien obstakels op de weg naar het werken met de praktijkverpleegkundige, zoals te veel regels en te weinig voordelen. J. W. Sloeserwij, huisarts, geeft aan hoe zijn huisartsengroep de functie van de praktijkverpleegkundige heeft ingevuld.

Huisartsengroep (hagro) Kockengen-Vleuten, die bestaat uit vijf huisartsen (drie solisten en één duo-praktijk), werkt sinds juni 1996 met een praktijkverpleegkundige. De populatie van de hagro bestaat in totaal uit ongeveer 12.000 mensen. Aanvankelijk vormde het werken met de praktijkverpleegkundige een project: een initiatief van de districtshuisartsenverenigingen (DHV's) Utrecht en Gooi-Eemland-NW Veluwe, ANOVA en de thuiszorgorganisatie Weidesticht. Het voorzag in een formatie voor een praktijkverpleegkundige voor 0,85 fte. Sinds mei 1997 is het project door financiële problemen gestopt. Het kon alleen worden voortgezet als de patiënten een eigen bijdrage voor de thuiszorg werd gevraagd. Dit was voor de huisartsen onbespreekbaar omdat daarmee de laagdrempeligheid van de zorg in de eerste lijn in het geding kon komen. In goed overleg met de thuiszorgorganisatie is de verpleegkundige toch doorgegaan met haar werkzaamheden, zij het in afgeslankte vorm: uiteindelijk bleef slechts een formatie van 0,30 fte over. Op dit moment probeert de hagro uitbreiding van de beschikbaarheid van de verpleegkundige te bewerkstelligen.

DOELSTELLINGEN

Voordat het project van start ging, is binnen de hagro een inventarisatie van de problemen gehouden. Gesignaleerde problemen ten aanzien van de patiëntenzorg hadden met name betrekking op de begeleiding van chronisch zieken, zoals patiënten met astma/COPD en diabetes mellitus.

Dit leidde tot de volgende project-

doelstellingen: verbetering van zorg, vooral voor chronische patiënten, en uitbreiding van de mogelijkheden in de eerste lijn om patiënten beter en langer zelf onder controle te houden. Voorwaarden om deze doelstellingen te kunnen realiseren waren: laagdrempeligheid voor patiënten; korte communicatielijnen tussen hulpverleners; werken volgens protocollen; een deskundige verpleegkundige.

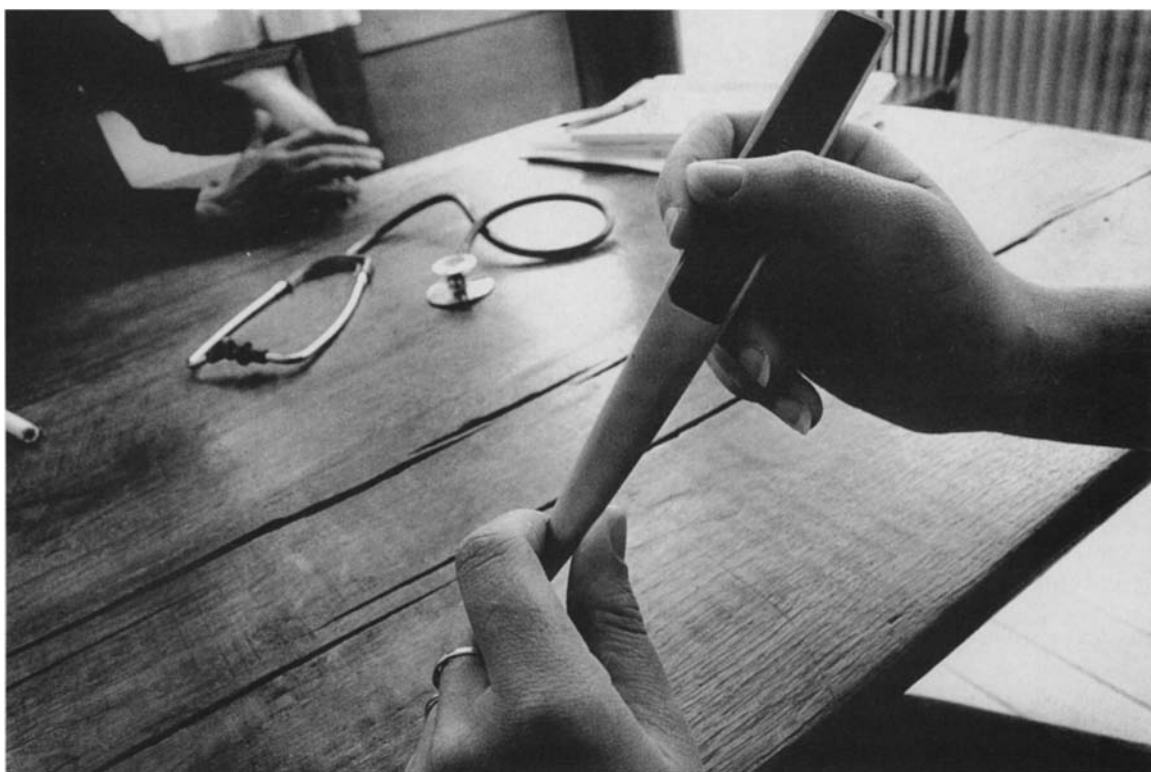
ZORGARRANGEMENTEN

Op basis van de doelstellingen van het project werd een taakomschrijving voor de praktijkverpleegkundige geformuleerd. Deze werd door de thuisorganisatie overgenomen om zorgarrangementen voor de patiëntengroepen astma/COPD en diabetes mellitus te formuleren.

Het zorgarrangement voor patiënten met astma/COPD bestaat uit de volgende activiteiten: begeleiding; instructie geven bij medicatie; het doen van controles; patiënten ondersteunen bij het leren omgaan met leefregels; het op verzoek van de huisarts

*... betere therapietrouw
en
verbeterde controle ...*

verrichten van spirometrie; het voeren van een patiëntgebonden administratie voor de huisarts; overleg met de huisarts over de behandeling. In de praktijk betekent dit dat de intake van COPD-patiënten, die een uur duurt, bestaat uit een uitgebreide anamnese, inhalatie-instructie en spirometrie. De vervolggconsulten duren twintig minuten en vinden, volgens protocol, driemaandelijks plaats. Voor astmapatiënten omvat het eerste consult de anamnese, een uitleg van het ziektebeeld en piekstroom- en inhalatie-instructie. Deze intake duurt een half uur, terwijl de controleconsulten, die op



indicatie worden gepland, twintig minuten in beslag nemen.

Het zorgarrangement voor patiënten met diabetes mellitus ziet er als volgt uit: begeleiden; instructie geven bij medicatie en zelfcontrole en zonodig leren insuline te injecteren; lichaamscontroles uitvoeren (bloeddruk, wegen, voetcontrole) en injectiecontrole bij insulinegebruik; ondersteuning bij het leren omgaan met leefregels; voeding bespreken en zonodig verwijzen naar de diëtist; het voeren van een patiëntgebonden administratie voor de huisarts; overleg voeren met de huisarts over de behandeling; verwijzen naar de oogarts; volgens protocol aanvragen van laboratoriumonderzoek. Een intake duurt in dit arrangement 45 minuten en omvat een uitgebreide anamnese, uitleg van het ziektebeeld, uitdelen van informatie, verichten van lichaamscontroles en instructie van leefregels. Volgens protocol volgen daarna controleconsulten van twintig minuten. Extra consulten zijn mogelijk voor het instellen op insuline en voor het uitleggen van zelfcontrole.

Toen het takenpakket van de praktijkverpleegkundige op deze wijze was geformuleerd is via een interne sollicitatie bij de thuiszorgorganisatie een ervaren wijkverpleegkundige met carerspecialisatie aangetrokken. Voor de benodigde extra kennis heeft zij stage gelopen op de longfunctieafdeling en bij de diabetesverpleegkundige in het regionale ziekenhuis. Vervolgens is over-

gegaan tot het organiseren van praktijkverpleegkundige spreekuren voor patiënten met astma/COPD en diabetes mellitus type 2 en huisvisites voor patiënten die de praktijk niet kunnen bezoeken. Voor beide patiëntengroepen zijn protocollen opgesteld op basis van de betreffende NHG-standaarden. Er zijn verder vaste overlegtijden tussen de verpleegkundige en de huisarts vastgelegd. Patiënten voor het spreekuur van de verpleegkundige werden 'verzameld' tijdens spreekuren bij de huisartsen en door middel van actieve benadering van patiënten op basis van medicatiegebruik. Gegevens hierover waren afkomstig van de apotheek en uit het huisartsenbestand.

WAT IS ER BEREIKT?

Twee jaar na de start van het project staan 160 astma/COPD-patiënten en 150 patiënten met diabetes mellitus onder controle van de praktijkverpleegkundige. In dezelfde periode zijn 19 diabetespatiënten door haar op insuline ingesteld. Ze heeft nu 35 insulinegebruikende diabetespatiënten onder haar controle. In totaal verrichtte ze 125 longfuncties.

Wat betreft de gestelde doelen is het volgende bereikt:

Zorgverbetering

Alle patiënten met diabetes mellitus type 2 en nagenoeg alle astma/COPD-patiën-

ten worden volgens protocol gecontroleerd. Dit heeft bij beide patiëntengroepen tot een beter inzicht in de omvang van de problematiek geleid en bij menig patiënt tot een beter inzicht in het eigen ziektebeeld. Bij diabetespatiënten is ook een kritischer kijk op de individuele instelling op insuline ontwikkeld: patiënten worden nu scherper op insuline ingesteld. Voor astma/COPD-patiënten leidde het project tot een rationelere medicatiekeuze, betere therapietrouw en een verbeterde controle daarop.

Uitbreiding mogelijkheden eerste lijn

Bij die diabetespatiënten die daarvoor in aanmerking kwamen, is overgegaan tot het volgens protocol instellen op insuline. Deze patiënten zouden in het verleden zeker naar de tweede lijn zijn verwezen. Door de korte communicatielijnen tussen huisarts en verpleegkundige zijn een optimale instelling op insuline en controle daarop mogelijk. Laagdrempe-
lig longfunctieonderzoek in de huisartsenpraktijk maakt betere diagnostiek bij en behandeling van astma/COPD patiënten mogelijk. Door deze uitbreiding van mogelijkheden is de druk op de huisartsen om na te scholen en bij te blijven toegenomen, omdat er een relatief moeilijke groep patiënten in de eerste lijn blijft. Dit heeft geleid tot een duidelijke toename van knowhow in de eerste lijn en het begin van specialisatie, doordat één huisarts binnen de hagro >>

<< verantwoordelijk is voor de beoordeling van de longfuncties en het controleren van het astma/COPD-protocol en één huisarts zich met name toelegt op een optimaal beleid voor de patiëntengroep met diabetes mellitus.

CONCLUSIES

De hagro meent te mogen concluderen dat sinds de aanstelling van de praktijkverpleegkundige de kwaliteit van zorg voor patiënten met astma/COPD en diabetes mellitus is verbeterd. Daarnaast wordt er, door de toegestane mogelijkheden in de eerste lijn, minder doorverwezen naar de tweede lijn. Ook heeft de huisartsenpraktijk door deze nieuwe ontwikkelingen een aanzuigende werking op patiënten die onder controle van een specialist staan. Vanuit de eerste lijn bezien is dit een duidelijk transmurale effect. Er ontstaat een helder omschreven eerstelijnsproduct, dat als basis kan dienen bij transmurale afspraken tussen huisartsen en specialisten over de betrokken patiëntengroepen. Bij het onlangs gehouden overleg over de regionale invulling van de landelijke transmurale afspraak 'Kind en Astma' bleek dat de functie van de praktijkverpleegkundige volgens het hier geschetste model ook in de tweede lijn zou worden gewaardeerd.

Een ander effect is de toename van

kennis van de huisarts, door meer nascholing en door het contact met de praktijkverpleegkundige. Zeker als het lukt om in de hagro afspraken te maken over aandachtsgebieden per huisarts, zal dit effect voor de hele hagro kunnen optreden.

De aanwezigheid van de praktijkverpleegkundige leidt tot een eensgezinder beleid van de hagro ten aanzien van de besproken patiëntencategorieën.

De indruk bestaat dat de komst van de praktijkverpleegkundige geen vermindering van werkdruk voor de huisarts(!) oplevert. Aan de ene kant wordt de huisarts veel

**Er is sprake
van een
duidelijk
transmuraal
effect**

routinematige controles uit handen genomen, aan de andere kant blijven mensen met een moeilijkere problematiek langer onder zijn controle. Dit wordt echter niet als bezwaar gezien. Dat de huisarts zonder verhoging van de werkdruk een duidelijk betere kwaliteit van zorg kan verlenen, vinden wij, met het oog op de toenemende eisen die aan ons functioneren worden gesteld, belangrijk.

Voor (wijk)verpleegkundigen is de mogelijkheid zich te ontplooiën van belang, wat blijkt uit de hoeveelheid open sollicitaties naar de functie van praktijkverpleegkundige.

Als de huisarts aan alle toekomstige eisen wil voldoen, is versterking van de huisartsenpraktijk essentieel. De praktijkverpleegkundige kan daaraan zeker bijdragen.

Met dank aan prof. dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar huisartsgeneeskunde, en mw. E.L. Fetter, praktijkverpleegkundige, voor het kritisch doorlezen van dit artikel.

J. W. Sloeserwij,
huisarts, namens de hagro Vleuten-Kockengen.



GRATIS INTERNET?

Veel internetaanbieders maken reclame voor gratis internet. Dat lijkt mooi, maar hoe gratis is gratis? Immers, voor niets gaat de zon op en de ondernemingen die gratis internet bieden, moeten er op de een of andere manier toch aan verdienen. Gratis internet houdt in dat u geen abonnementskosten betaalt voor internet of voor uw e-mailadres. U betaalt alleen telefoontikken tegen (meestal) lokaal tarief als u op internet surft of een e-mail verzendt of ontvangt en eventueel eenmalig inschrijfgeld voor de registratie van uw gegevens.

Betaalde aanbieders krijgen bijna al hun inkomsten uit het abonnementsgeld. Providers die gratis internet bieden, krijgen hun geld onder andere via advertentie-inkomsten. Daarnaast betaalt KPN aanbieders van gratis internet een percentage van de gemaakte telefoontikken door de gebruikers. De aanbieders hebben dit bij KPN weten te bedingen omdat zij met hun diensten veel nieuw telefoonverkeer genereren. Verder komen de inkomsten van de meeste gratis aanbieders voort uit de helpdesk. Deze telefonische hulpdienst, waarop veel beginnende internetters regelmatig zijn aangewezen, kost bij hen al gauw één gulden per minuut.

Om gratis internet te krijgen, moet een uitgebreid registratieformulier worden ingevuld. De meeste aanbieders zeggen dat ze deze gegevens niet aan derden verstrekken. Dat neemt niet weg dat elke aanbieder via de registratie tot op de pagina nauwkeurig - inclusief de tijd dat men een pagina bekijkt - kan nagaan waarheen zijn klant surft. Zo ontstaan gebruikersprofielen die gebruikt kunnen worden voor 'individuele dienstverlening', zoals de aanbieders het noemen. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in veel ongevraagde digitale reclame.

Meer weten? Op de homepage van Artsennet vindt u de meest gestelde vragen over de voor- en nadelen van gratis internet. <<RC

www.artsen.net

SAMENVATTING

- De hagro Kockengen-Vleuten werkt met een praktijkverpleegkundige en inventariseerde daarvan de voor- en nadelen.
- Het functioneren van een praktijkverpleegkundige in een hagro verhoogt de kwaliteit van de geleverde zorg, mits haar takenpakket duidelijk is omschreven.
- Er is geen sprake van werkdrukvermindering voor de huisarts, wel kan de huisarts zijn taken beter uitvoeren.

DIGITAAL COMPLICATIES REGISTREREN

Jarenlange trends in kaart gebracht

De afdeling Urologie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam registreert sinds juni 1993 de complicaties bij patiënten. Koppeling van deze gegevens aan het interne informatiesysteem van het ziekenhuis stelt de behandelend arts in staat snel te reageren.

Bij elk menselijk handelen liggen goed en fout dicht bij elkaar. Zo ook binnen een snijdend specialisme als de urologie. Om fouten in medisch handelen te vermijden, is het noodzakelijk goede feedback te geven en te krijgen. Daartoe moeten de behandeling en de afloop daarvan nauwkeurig worden geregistreerd.

Het registreren en evalueren van complicaties heeft een belangrijke controle-, alarmerings- en overzichtsfunctie. Door analyse van de gegevens worden knelpunten en trends in de behandeling tijdig en zo objectief mogelijk waargenomen, zodat bijsturing mogelijk is. Het percentage complicaties wordt gezien als een van de parameters om het resultaat van de behandeling te meten, en daarmee de kwaliteit van zorg. Ook worden indirect gegevens aangeleverd voor wetenschappelijk onderzoek.

Ter waarborging van de kwaliteit

van zorginstellingen is de nota 'Kwaliteit van zorg' van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport verschenen, waarin onder andere de wet BIG (1993), de WGBO (1995) en de Kwaliteitswet (1996) worden beschreven. Hiermee is het registreren van complicaties nu niet alleen een morele, maar ook een wettelijke plicht.

De gehanteerde definitie van een complicatie luidt als volgt: Een toestand of gebeurtenis die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het therapeutisch beleid is geïndiceerd, die ontstaat of plaatsvindt in het verloop van de behandeling en die niet in de bedoeling van de behandeling lag.

De waarschijnlijkheid van de complicatie door bijvoorbeeld bijkomende ziekte en de eventuele aanwezigheid van schuld is dus niet van belang voor de definitie.

MATERIAAL EN METHODEN

De afdeling Urologie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) registreert vanaf 1 juni 1993 complicaties. Er wordt gebruikgemaakt van een registratieprogramma, geschreven door de automatiseringsdienst van het ziekenhuis dat is gekoppeld aan het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS).

Het programma is eenvoudig en niet arbeidsintensief. Het complicatieregistratieformulier wordt bij elke status gevoegd en aan het eind van de opname of bij de eerste controle na een poliklinische ingreep ingevuld. Op de voorkant van het formulier is ruimte voor de patiëntengegevens, de operatiegroep en de complicatiegroep. Op de achterkant is een overzicht van de meest voorkomende urologische verrichtingen met COTG-code weergegeven. De regi- >>

COMPLICATIES PER JAAR						
complicatie	1994	1995	1996	1997	1998 (tot 1 mei)	totaal
trombo-embolisch	4	0	1	1	0	6
na 30 dagen	1	0	0	0	0	1
wondinfecties	14	10	3	11	3	41
epididymitis	1	1	3	3	1	9
urinerwegeninfecties	15	4	3	4	6	32
nabloeding/hematoom	18	18	13	12	4	65
decubitus	1	0	0	0	1	2
cardiaal	2	1	2	1	2	8
pulmonaal	4	1	2	4	2	13
neurologisch	1	0	0	1	0	2
psychisch	3	0	0	3	0	6
allergisch	2	1	0	1	1	5
iatrogeen	4	1	2	4	4	15
sympt. lymfocele	2	0	0	0	0	2
platzbauch	1	0	0	1	0	2
sepsis	4	2	2	8	4	20
overig	12	8	3	8	1	32
overleden	0	10	3	1	1	15
totaal	89/780 (11%)	57/1029 (6%)	37/1114 (3%)	63/1128 (6%)	30/434 (7%)	275/4485 (6%)

Tabel 1. De meest voorkomende complicaties in de periode 1-1-1994 tot 1-5-1998 waren hematoom/nabloeding (24%), wondinfecties (15%) en urinerwegeninfecties (12%).

<< stratie wordt gerubriceerd in zestien operatiegroepen en achttien complicatiegroepen. Verschillende, ongeveer gelijkwaardige operaties worden ondergebracht in operatiegroepen. Het idee daarachter is dat bepaalde trends in het optreden van complicaties eerder worden onderkend.

Zodra het formulier is ingevuld, worden de gegevens in het programma ingevoerd. Omdat het programma is gekoppeld aan het ZIS-systeem, kunnen

**Complicatie-
registratie leidt
tot veranderingen
in beleid**

gericht gegevens worden uitgedraaid. Vragen kunnen zo op een directe manier worden beantwoord. Maandelijks vindt er een bespreking van de complicaties plaats, zodat problemen tijdig worden ondervangen en de registratie zo volledig, objectief en gestandaardiseerd mogelijk is. Daarnaast worden de complicaties getoetst op juistheid van registratie.

Het eerste halfjaar waren er enkele

aanloopproblemen met het programma. Ook zijn er in die periode aanpassingen in de rubricering van de complicatiegroepen gemaakt. Daarom hebben wij de gegevens bewerkt van de periode januari 1994 tot mei 1998.

RESULTATEN

Van 4.023 operatieve ingrepen en 462 niet-operatieve behandelingen, zoals opname ter observatie van urologische ziekten, werd een complicatieregistratie-formulier ingevuld. Doordat het ziekenhuis ook een registratie bijhoudt van de behandelingen, kon men in de loop der jaren zien in hoeverre er een volledige complicatieregistratie was bijgehouden. In 1994 werd bij 73 procent van de door het ziekenhuis geregistreerde behandelingen een complicatieregistratieformulier ingevuld. In de volgende jaren liep dit percentage op: in 1995 werd bij 81 procent, in 1996 bij 91 procent en in 1997 bij 97 procent van de behandelingen een formulier ingevuld. Over de gehele periode zijn 275 complicaties geregistreerd bij 265 patiënten. Dit geeft over 4.485 behandelingen een complicatiepercentage van 6 procent.

In tabel 1 zijn de meest voorkomende complicaties te zien: hematoom/nabloeding (24%), wondinfecties (15%) en urineweginfecties (12%).

We zien in tabel 2 dat de meeste complicaties werden geregistreerd in de zogenoemde open-operatiegroepen: open-

COMPLICATIES PER OPERATIEGROEP			
operatiegroep	ok	complicaties	
	n	n	%
open nier	96	21	22
percutane nier	59	10	17
ESWL	25	1	4
open ureter	43	8	19
endoscopische ureter	91	6	6
open blaas	108	10	9
t.u.blaas	482	14	3
cystectomie	18	1	6
open prostaat	125	30	24
t.u.prostaat	353	18	5
urethra	233	8	3
penis/scrotum	1498	55	4
diagnostische ingreep	772	45	6
niet-operatieve therapie	462	24	5
overige	44	2	5
lymfklierdesectie	76	10	13
totaal	4485	265	6

Tabel 2. De meeste complicaties werden geregistreerd in de open-operatiegroepen.

SAMENVATTING

- Vanaf 1 juni 1993 worden in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam systematisch alle zich voordoende complicaties beschreven. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een registratieprogramma, gekoppeld aan het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS).
- In de periode 1 januari 1994 tot 1 mei 1998 zijn van 4.485 behandelingen complicatieregistratieformulieren ingevuld. In de loop der jaren werd bijna 100 procent complicatieregistratie bereikt.
- Het systeem werkt goed en is weinig arbeidsintensief. Een frequente bespreking van de registratie levert belangrijke gegevens op voor optimale behandeling.

nieroperaties (22%), openureteroperaties (19%) en openprostaatoperaties (24%).

De complicatieregistratie heeft geleid tot verandering van beleid. Bijvoorbeeld wat betreft het antibioticabeleid bij de prostatectomie volgens Millin. In eerste instantie werd een restrictief antibioticabeleid gevoerd. Door het hoge percentage infecties is echter gestart met het toedienen van antibiotica bij die patiënten die preoperatief een positieve urinekweek dan wel een katheter à demeure hadden. Daarna traden er minder infecties op.

Tot slot is de gemiddelde verpleegduur berekend. Deze bedraagt 6,5 dagen. Bij de groep patiënten zonder complicaties was dit 6,1 dagen en voor de groep met complicaties was dit bijna het dubbele, namelijk 11,8 dagen.

VARIABILITEIT IN BEOORDELING

Om een betrouwbare registratie van complicaties te verkrijgen, is een complicatiebespreking noodzakelijk. Tijdens deze maandelijkse bespreking wordt de complicatie beoordeeld, de definitieve codering geregistreerd en vervolgens verwerkt.

Het blijkt moeilijk te zijn om eenduidig een voorval al dan niet als complicatie te registreren. Een oppervlakkig

hematoom na vasectomie of crusta-vorming na circumcisie is geen complicatie in de zin van de eerder gegeven definitie, maar werd wel als zodanig geregistreerd. Daarnaast is het de vraag in hoeverre alle feitelijke complicaties worden gemeld. Een positieve urinekweek wordt vaak niet als een complicatie gezien. Flebitis en decubitus werden nauwelijks geregistreerd. In tabel 1 is te zien dat in 1994 in vergelijking met 1996 bijna vier keer zoveel complicaties werden geregistreerd. In de beginfase zijn dan ook meer voorvallen als complicatie beschouwd. Omdat dit in een aantal gevallen geen consequenties had voor het beleid, werd de maatstaf verschoven. De variabiliteit in beoordeling van wel of geen compli-

catie wordt zoveel mogelijk ondervangen door een gezamenlijke beoordeling tijdens de bespreking.

CONCLUSIE

Het registreren van complicaties is een van de plichten van de zorginstelling bij het waarborgen van de kwaliteit van zorg.

Geconcludeerd mag worden dat de complicatieregistratie op de afdeling Urologie van het OLVG zoals die nu vijf jaar functioneert, gekoppeld aan het ZIS, een adequaat en weinig arbeidsintensief systeem is. Het consequent toetsen aan de gegeven definitie van wat als een complicatie kan worden beschouwd en een frequente complicatiebespreking

leveren belangrijke gegevens op. Deze middelen zorgen daarmee voor een belangrijke bijdrage aan een optimale behandeling. <<

drs. M.C. Hovius,
agio urologie

dr. P.P.M. Karthaus,
uroloog

drs. G. van Anel,
uroloog

dr. T.J.M. Schlattmann,
uroloog,

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

drs. J.H. KleinJan
uroloog, Lucas Andreasziekenhuis lokatie Lucas,
Amsterdam



NU KIEZEN, STRAKS BETER DELEN

Een gezelschap van 150 deskundigen uit verschillende vakgebieden is gevraagd zijn visie te geven op de toekomstige geneeskunde. In de aanloop naar het KNMG-congres 'Zorgen na Morgen' over de geneeskunde in de 21ste eeuw, op 13 november 1999, hier alvast een voorproefje.

Op de achtergrond werd, via het draadloze wereldwijde netwerk, verbinding gezocht met *care-search*, het kennissysteem van de verzekeraars waarop, afhankelijk van de klachten, de lichamelijke gesteldheid en nog enkele meetgegevens, de juiste superspecialist werd geselecteerd. Door vergelijking van agenda's en reistabellen van luchtvaartmaatschappijen werd het volgende overzicht gepresenteerd. In een *scenario-planning* die ik onlangs onder ogen kreeg, was de 21ste eeuw al een eind op gang.

De computer toverde de specialisten Wagenaar, Scinicz en Da Silvo op het scherm. Met reputaties van 'zeer goed' tot 'excellent'. Hun tarieven lagen nog onder de maximumdekking. Maximale reistijd: vijf uur.

Een maand na de behandeling zit patiënt Van Veen thuis op de bank, de driedimensionale tv staat aan. De film wordt onderbroken met een tekst dat het gen-preparaat over drie minuten moet worden ingenomen.

Nu kennen we dit beeld niet, maar, zo zeggen de auteurs van *Leven of overleven* (een serie toekomstscenario's voor de organisatie van de gezondheidszorg): het is zinnig om het denken in toekomstscenario's te entameren. Zinnig? Me dunkt: urgent. Immers, als de ver-

grijzingsgolf over dertig, veertig jaar is weggeëbd, rolt de voorspelende geneeskunde al een tijd over Europa heen. Even autonoom als alle golven tevoren. Daar is geen strekdam tegen bestand.

Het doet er ook niet toe of we dit soort ontwikkelingen beschouwen als zegening of bedreiging. Ze doen zich gewoon voor. Internationale economische ontwikkelingen kun je als land of continent ook niet naar believen afwenden.

Een hoofdstuk apart vormen de maatschappelijke lusten en lasten van evoluties. Dat geluid zal ook in de 21ste eeuw klinken. Steeds luider zelfs. Verzorging en verpleging zullen steeds meer middelen opslokken, zeker als de beloning op een goed niveau moet blijven of komen.

En tegelijkertijd doen nieuwe - doorgaans dure - medische en farmaceutische uitvindingen hun entree. Daarom is het zo verheugend dat de KNMG veel werk maakt van het thema 'Passende medische zorg', kwalitatief goede zorg die bovendien doelmatig is. Van alle zorg die vandaag de dag wordt aangeboden, is niet alles noodzakelijk, zo zei de KNMG onlangs bij de aankondiging van het project voor het vaststellen van criteria waaraan medisch goed onderbouwde, werkzame, veilige en doelmatige zorg moet voldoen. Als dat debat is afgerond - en zijn weerslag heeft gevonden in daadwerkelijke keuzes in de zorg, dan moeten we ook de volgende eeuw verzekerd kunnen blijven van goede zorg. Nu kiezen, straks beter delen.

H. Wiegel, voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

ZORG VOOR DIABETESPATIËNTEN

Samenwerking leidt tot hoogwaardige zorg



FOTO: LOEK ZUYDERDIJN

De diabetesdienst van de SCAL

Het optimaliseren van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus kan veel gezondheidswinst opleveren. Structurele samenwerking van huisartsen met andere hulpverleners is daarvoor een voorwaarde. R. van Leeuwen, E.J. Peelen en J.K. Radder beschrijven een zorgmodel voor patiënten met diabetes type 2, dat uitgaat van deze samenwerking.

De laatste jaren is op veel plaatsen in Nederland aandacht besteed aan optimalisering van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2.¹⁻³ Zo ook in de regio Leiden, waar in 1994 vrijwel tegelijk twee initiatieven werden gestart om deze zorg in de eerste lijn te verbeteren. Het eerste initiatief ging uit van de Stichting Centraal Artsenlaboratorium (SCAL), die een aparte diabetesdienst in het leven riep; het tweede kwam voort uit een transmurale samenwerkingsproject tussen de lokale ziekenhuizen en de twee thuiszorgorganisaties in de regio en was mede gericht op de verplaatsing van de zorg van de tweede naar de eerste lijn. Een projectgroep stelde een protocol op voor de multidisciplinaire zorgverlening in de eerste lijn. Het zorgmodel dat in dit artikel wordt beschreven, kenmerkt zich door samenwerking tussen alle uitvoerende disciplines in de eerste lijn, met de mogelijkheid de tweede lijn te consulteren.

OP WEG NAAR GEÏNTEGREERDE ZORG

De genoemde initiatieven hebben allebei

sterke punten. De diabetesdienst van de SCAL werkt met een volledig geautomatiseerd registratiesysteem voor gegevensverwerking en oproepen, zorgt voor de gewenste laboratoriumbepalingen, regelt contacten tussen patiënten en hun diabetesverpleegkundigen en diëtisten en stelt, op basis van de verzamelde gegevens, een behandeladvies voor de huisarts op. Binnen het transmurale project wordt ervoor gezorgd dat patiëntencontacten met in diabeteszorg gespecialiseerde wijkverpleegkundigen en diëtisten in de woonomgeving van de patiënten plaatsvinden. Verder voorziet het project in een gestructureerde uitwisseling van gegevens, overleg met huisartsen en voor consultatie beschikbare intramurale diabetesverpleegkundigen en internisten.

Het feit dat twee organisaties binnen een regio zich tegelijk richtten op de ondersteuning en kwaliteitsverbetering van de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn, vroeg om samenwerking en integratie. Daarbij moest een structuur worden gevonden die paste bij de wensen en werkwijzen van de lokaal werkende

IS KERNTAAK VOOR EERSTE LIJN

hulpverleners. Het doel van de integratie van de twee initiatieven is de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn verder te verbeteren. Uitgangspunten voor de samenwerking zijn: uniformiteit in doelstelling en protocollen, een adequaat educatieprogramma en diëtbegeleiding voor de patiënten, centrale dataverwerking en het geven van feedback aan de huisarts door de betrokken disciplines. Tijdens de ontwikkeling van het zorgmodel bleek praktijkondersteuning voor de huisarts een belangrijk bijkomend voordeel te zijn.

TAKEN PER DISCIPLINE

De taken van de verschillende disciplines zijn uitgebreid beschreven in een zorgprotocol.⁴ Deze zijn, in het kort:

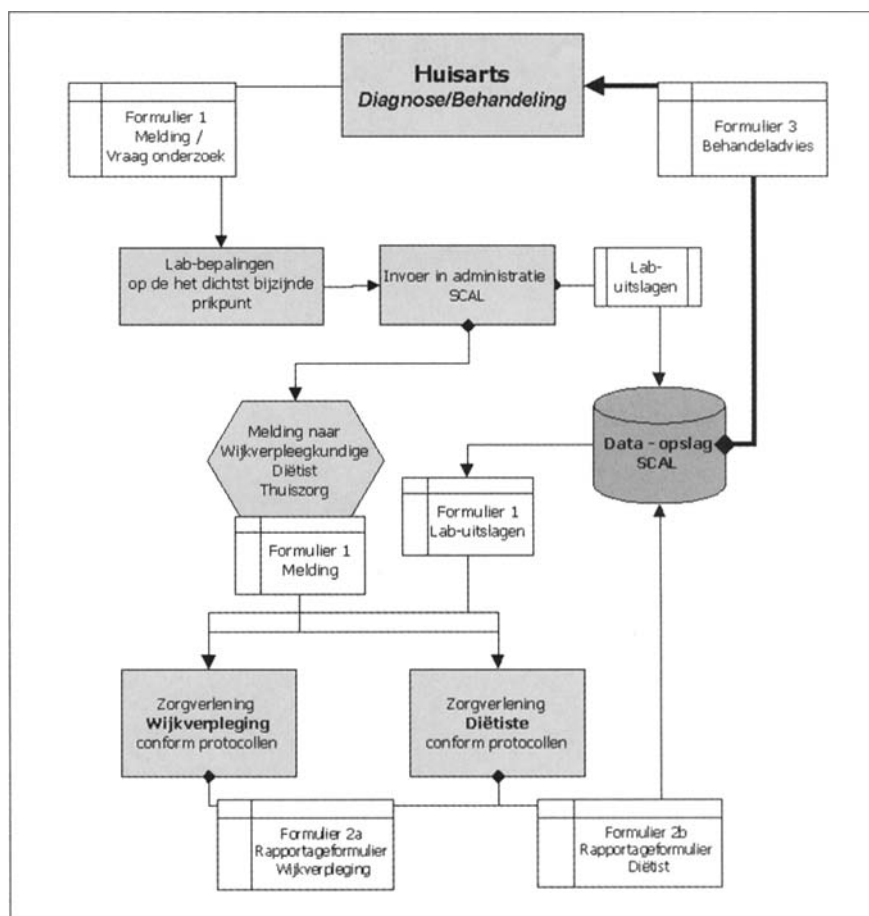
- de huisarts is verantwoordelijk voor de diagnostiek en behandeling en draagt zorg voor verwijzing naar de oogarts;
- de wijkverpleegkundige zorgt voor de educatie van patiënten in de ruimste zin van het woord en de diëtist voor persoonlijke voedingsadviezen;
- de diabetesdienst van de SCAL registreert patiënten bij aanmelding, zorgt dat patiënten met de gebruikelijke regelmaat worden opgeroepen en verzamelt de gegevens van alle betrokken hulpverleners, die tot een behandeladvies aan de huisarts leiden;
- intramurale diabetesverpleegkundigen en internisten zijn beschikbaar voor consultatie.

PROCESGANG

Gezamenlijke hulpverlening aan een bepaalde groep patiënten is alleen mogelijk met behulp van duidelijke afspraken met alle betrokkenen. Daartoe is de onderstaande procesgang van patiënten met diabetes mellitus type 2 ontworpen (zie *figuur*): de huisarts stelt de diagnose aan de hand van de criteria uit de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en verwijst de patiënt voor aanmelding en de gebruikelijke laboratoriumbepalingen naar een

van de vestigingen van de SCAL. Aan de hand van het aanmeldingsformulier worden de gegevens van de patiënt ingevoerd in de centrale administratie van de diabetesdienst en worden de laboratoriumbepalingen verricht. Dit formulier wordt ook gefaxt naar de wijkverpleegkundige en de diëtist van de locatie waar het eerste consult zal plaatsvinden, dit ter informatie dat de betreffende patiënt in het zorgmodel is opgenomen. Zij maken hierna een eerste afspraak met deze patiënt. Als de laboratoriumuitslagen bekend zijn, worden ook deze naar de betrokken wijkverpleegkundige en diëtist gefaxt. De wijkverpleegkundige verwerkt haar bevindingen in haar registratiesysteem, faxt relevante gegevens per standaardformulier naar de SCAL en maakt zelf afspraken voor de vervolggconsulten. De diëtist volgt dezelfde pro-

cedure. Alle beschikbare gegevens worden in het centrale registratiesysteem van de SCAL opgeslagen. Op grond van de uitslagen wordt, onder supervisie van een internist, een behandeladvies geformuleerd dat aan de huisarts wordt gestuurd en waarvan de wijkverpleegkundige en diëtist een afschrift ontvangen. De huisarts start de behandeling op basis van de toegezonden gegevens en op grond van zijn eigen visie. Hij informeert de SCAL, en daarmee ook de wijkverpleegkundige en de diëtist als dat nodig is en als de behandeling afwijkt van het advies. Conform de NHG-standaard wordt de patiënt elke drie maanden opgeroepen voor een korte controle en eenmaal per jaar voor een uitgebreide controle. Als individuele bevindingen daarom vragen, kan elke discipline besluiten een patiënt vaker te con- >>



Figuur. De procesgang van patiënten met diabetes mellitus type 2.

SAMENVATTING

- Samenwerking bij de hulpverlening aan patiënten met diabetes mellitus type 2 staat centraal in het beschreven zorgproces.
- De vele aspecten van de hulpverlening aan patiënten met diabetes mellitus type 2 zijn helder omschreven in een protocol. Deze omvatten zowel laboratoriumcontroles, educatie, dieetvoorziening, oogheelkundige controles en therapeutische maatregelen als de taken van de afzonderlijke disciplines.
- Onderlinge communicatie is gestandaardiseerd en zo eenvoudig mogelijk gehouden.

<< troleren. In het eerste jaar na het stellen van de diagnose en bij een indicatie tot gebruik van insuline door de patiënt blijkt dit in de praktijk zeker het geval te zijn.

BESCHOUWING

Het optimaliseren van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus kan veel gezondheidswinst opleveren. De NHG-standaard levert de huisarts goede richtlijnen voor deze zorg,⁵ waarbij structurele samenwerking met andere hulpverleners, zoals assistente, wijk- of diabetesverpleegkundige, diëtist en internist, als een van de voorwaarden wordt genoemd. Het hier beschreven zorgmodel gaat uit van deze samenwerking, waarbij de taken van de verschillende disciplines duidelijk zijn omschreven. Een volledig geautomatiseerd oproepsysteem voorkomt onno-

dige uitval van noodzakelijk geachte controles bij patiënten en de driemaandelijke laboratoriumcontroles zijn gestandaardiseerd. Een uitgebreid educatieprogramma, uitgevoerd door wijkverpleegkundigen met een specifieke diabetesopleiding, helpt de patiënt optimaal inzicht te krijgen in het ziekteproces. Dieetondersteuning is vanouds een hoeksteen van de therapie. Aan het begin en aan het eind van het zorgproces staat de huisarts: diagnostiek en therapie blijven in zijn hand.

Een dergelijke samenwerking staat of valt met de kwaliteit van de onderlinge communicatie. Gekozen is voor een zo eenvoudig mogelijke opzet, waarbij het totale aantal te verwerken formulieren voor iedere discipline tot een minimum is beperkt: één standaardaanmeldingsformulier, één rapportageformulier van

de wijkverpleegkundige, één van de diëtist en één formulier voor een geïntegreerd advies aan de huisarts. Verwacht wordt dat de communicatie binnen afzienbare tijd verder zal worden vereenvoudigd met het gebruik van elektronische berichtgeving door alle disciplines.

De zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 is een kerntaak voor de eerste lijn. Samenwerking vormt een voorwaarde om te komen tot kwalitatief hoogwaardige zorg, zeker gezien de complexiteit van de zorgverlening en de (verwachte) toename van het aantal patiënten in de nabije toekomst. Met de praktische ondersteuning vanuit het beschreven zorgproces kan de huisarts zijn taken als eindverantwoordelijke naar behoren uitvoeren. <<

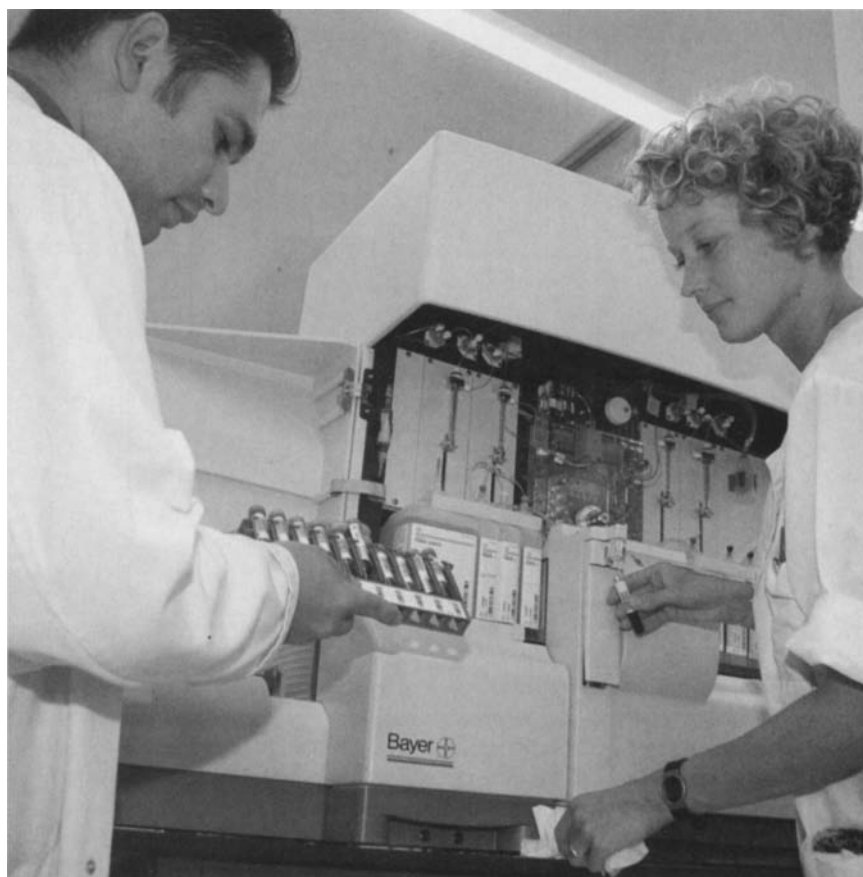
Onze dank gaat uit naar de medewerkers van de Stichting Centraal Artsenlaboratorium, de thuiszorgorganisaties Stichting Thuiszorg Groot Rijnland te Leiden en Stichting Rijn-, Duin- en Bollenstreek te Katwijk, het Diaconessenhuis te Leiden en het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp.

R. van Leeuwen,
huisarts te Leiden, districtscoördinator deskundigheidsbevordering districtshuisartsenvereniging Rijnland & Midden-Holland

E.J. Peelen,
manager Stichting Transmurale Zorg te Katwijk

dr. J.K. Radder,
internist-endocrinoloog, hoofd diabetespolikliniek Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden.

FOTO: LOEK ZUYDERDUIN



De driemaandelijke laboratoriumcontroles zijn gestandaardiseerd

Literatuur

1. Nijpels G, Hoovers T, Dekker JM en Heine RJ. Regionaal georganiseerde diabeteszorg. *Medisch Contact* 1998; 53: 1164-6.
2. Arend JM van den, Pijman PLW, Kruger PP. GlycoCare 7,5 brengt structuur in de diabeteszorg. *Medisch Contact* 1998; 53: 1372-4.
3. Smit-Westerink H, Have P ten, Borger van der Burg BLS. Met benchmarking de diabeteszorg verbeteren. *Medisch Contact* 1999; 54: 308-10.
4. Projectgroep Transmurale zorgverlening diabetes mellitus type-II. Protocol Zorg voor mensen met diabetes mellitus type-II. Leiden, 1997.
5. Rutten GEHM et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type-II (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap* 1999; 42 (2): 67-84.

J. Pols, M. Depla, J. de Lange. Gewoon oud en chronisch. Mogelijkheden en beperkingen in de zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis.

Utrecht: Trimbos-instituut, reeks 98-2. 217 blz. ISBN 90-5253248-6. Prijs f 32,50.

De vermaatschappelijking en extramuralisering van de geestelijke gezondheidszorg staat hoog op de beleidsagenda. Voor ouderen met psychiatrische stoornissen wordt daarom de laatste jaren meer en meer bekeken of een verhuizing van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) naar een gewoon verzorgingshuis mogelijk is. Er kan een grotere maatschappelijk integratie worden bereikt door meer interactie met 'gewone' leeftijdgenoten en door het gebruik van (dich-

terbij gelegen) maatschappelijke voorzieningen. Het Trimbos-instituut heeft een onderzoek uitgevoerd bij zes verzorgingshuizen. Dit onderzoek omvat een kwalitatief en een kwantitatief gedeelte. In het hier besproken boek wordt verslag gedaan van het kwalitatieve gedeelte. Onderzocht werd de specifieke extra zorg die deze bewoners nodig hebben boven de reguliere zorg. Ook werd gevraagd naar de ervaringen van bewoners, familieleden, medewerkers en verwijzers, waarbij deze laatste groep slechts summier aandacht krijgt. De extra zorg die de bewoners nodig hebben, blijkt in belangrijke mate samen te hangen met de redzaamheid.

In deel 1 van het boek wordt uitgebreid ingegaan op de verschillende vormen van redzaamheid (indi-

duale, sociale en maatschappelijke) en de manier waarop deze het best kan worden bevorderd (actieve terughoudendheid, persoonlijk begeleider-



schap). In deel 2 wordt nader ingegaan op de verschillende zorgvisies die bestaan (onderscheiden worden: de verzorgende, de probleemgerichte en de normaliserende) en de mate waarin die zorgvisie past bij bewoners met een psychiatrische

voorgeschiedenis. Geconcludeerd wordt dat de verzorgende benadering, die gangbaar is in het verzorgingshuis, in het algemeen te weinig rekening houdt met de mogelijkheden van deze specifieke groep ouderen.

Tot slot worden de randvoorwaarden beschreven waaronder huisvesting van ouderen met psychiatrische stoornissen in een verzorgingshuis de meeste kans op het behalen van de beoogde vermaatschappelijking geeft. De zorgvisie moet worden

aangepast (voorkeur voor een normaliserende benadering), de geselecteerde bewoners moeten niet een te afwijkend gedrag vertonen, GGZ-deskundigheid moet goed worden geïntegreerd (zelf regie houden of GGZ-medewerkers

detacheren) en de bewoners kunnen het best verspreid door het huis wonen.

Het boek is helder en leesbaar geschreven. De gekozen interviewfragmenten verlevendigen en verduidelijken de onderzoeksbevindingen. Het boek is verplichte literatuur voor psychiaters en andere GGZ-medewerkers die zich bezighouden met ouderen met langdurig bestaande psychiatrische stoornissen. Daarnaast is het voor huisartsen met veel ouderen in hun praktijk interessant om te lezen hoe een bepaalde benaderingswijze de mogelijkheden van ouderen beïnvloedt. Ten slotte is het een goede leidraad voor deskundigheidsbevordering van verplegenden en verzorgenden in het verzorgingshuis.

mw. prof. dr. T.J. Heeren,
psychiater

Jos van Bommel. Whisky met een rietje. Dagboek van een zieke huisarts.

Amsterdam/Overveen: Boom/Belvédère, 1998. 179 blz. ISBN 90 53 52 413 4. Prijs f 35,-.

Whisky met een rietje is het dagboek van een patiënt. Geen doorsnee-patiënt zo blijkt, want de hoofdpersoon is in het dagelijks leven huisarts. Hij doet verslag van zijn verblijf in een naburig ziekenhuis, waar hij in verband met een rugkwaal



twee maanden plat moet liggen, met een infuus in de arm. Omringd door hem min of meer bekend voorkomende verpleeg-

kundigen en artsen dagdroomt hij regelmatig over Kenia, waar hij als tropenarts werkte. Dat levert tussen de dagboeknotities door mooi geschreven, ontroerende verhalen op over onmacht, ellende en heroïek.

Het zijn twee zware tropenmaanden voor de patiënt-dokter in dat ziekenhuisbed. Er gaat natuurlijk - net als bij gewone patiënten - van alles mis. Een arts prikt

een long aan, infusen sneuvelen, zusters geven te veel, te weinig of de verkeerde aandacht, het bezoek komt ongelegen, en ga zo maar door. Niks bijzonders zou je zeggen, that's life, maar deze facetten van zijn verblijf krijgen in het dagboek wel erg veel aandacht. De vraag is waarom de relativering ontbreekt. Spreekt hier een echte patiënt, voor wie de wereld versmalt tot poep en pies en wat-eten-we-vandaag? Een huiveringwekkend perspectief,

want patiënt worden we vroeg of laat allemaal. Of is deze patiënt ook als mens een beetje een zuurpruim en regelneef? Iemand die het moeilijk vindt de touwtjes uit handen te geven - toch les één uit het handboek patiënt? In dat geval geeft de schrijver ook veel van zijn minder fraaie kanten bloot. Een moedige exercitie, dat wel, maar voor mij zijn de verhalen over Afrika de redding van het boek.

Lex Goudswaard, huisarts

NOVEMBER

- 8-9 Cursus 'Gynaecologie bij de oudere vrouw'. Doelgroep: huisartsen. Inlichtingen: NascholingsCentrum Huisartsen, tel. 010 220 0235.
- 10 Amsterdam, De Rode Hoed. Congres 'Burn-out. Valkuilen en oplossingen', georganiseerd door De Meren, dienst Preventie Zorg en onderzoek. Doelgroep: hulpverleners, bedrijfsartsen, leidinggevend en werkgevers. Inlichtingen: De Meren, dienst Preventie, Zorg en Onderzoek, Caro Hulshoff en Carien Karsten, tel. 020 519 8799.
- 10 Leiden, Leids Universitair Medisch Centrum. Mini-symposium 'Communicatie tussen arts en patiënt', georganiseerd door Integraal Kankercentrum West. Doelgroep: medisch-specialisten, huisartsen, management en belangstellenden. Inlichtingen: Integraal Kankercentrum West, tel. 071 525 9759.
- 10 Ede, De Reehorst. Congres 'Zorg tussen wal en schip. Agendapunten voor de toekomst', georganiseerd door de Katholieke Vereniging van Zorginstellingen en de Thomas More Academie. Doelgroep: managers, beleidsmakers, zorgverleners, politici, ethici en andere geïnteresseerden. Inlichtingen: KVZ, 073 613 7272.
- 11 Amsterdam, Academisch Medisch Centrum. Nascholingscursus 'Angststoornissen', georganiseerd door Benecke Consultants in samenwerking met SmithKline Beecham Farma b.v. (er volgen nog drie modules). Inlichtingen: Benecke Consultants, tel. 020 696 6349.
- 11-12 Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus '8e Nijmeegse nascholingsdag voor verloskundigen en huisartsen'. Inlichtingen: Bureau PAOG, mw. G. Willemsen, tel. 024 361 7051.
- 12 Ede, Congrescentrum De Reehorst. Symposium 'Voeding in het verpleeghuis, een kwestie van smaak?', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Inlichtingen: SCEM Conference Services, tel. 0345 576 642.
- 12 Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis. Symposium 'Polsproblematiek', georganiseerd door het Nederlands Gezelschap voor Handtherapie. Inlichtingen: Eleonore Sleegers, tel. 030 250 8831/244 7321.
- 13 Antwerpen, Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG). Najaarsvergadering Nederlandse Vereniging voor de Studie van seksueel overdraagbare aandoeningen, ITG, Interprovinciaal Aids Coördinaat, soa en aids. Inlichtingen: Instituut voor Tropische Geneeskunde, mw. Geert de Greef, tel. 0032 3247 6431/65.
- 13 Antwerpen, Snijdershuis. Studiedag 'Personen met HIV en personen uit hun naaste omgeving: een vergeten doelgroep voor de preventie', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor de studie van SOA. Doelgroep: preventie-medewerkers, artsen, psychologen, maatschappelijke assistenten en verpleegkundigen. Inlichtingen: Instituut voor Tropische Geneeskunde, mw. Geert de Greef, tel. 0032 3 247 6431.
- 16 Amsterdam, RAI. Symposium 'Licht & Gezond-

- heid', georganiseerd door SCEM Conference Services. Doelgroep: artsen, specialisten, ziekenhuis- en zorgorganisaties, Arbo-diensten en ministeries. Inlichtingen: SCEM Conference Services, mw. G. van Orten, tel. 0345 576 642.
- 17 Amsterdam, Aristo Zalen. Studiedag 'Logistiek management van de patiëntenstroom', georganiseerd door het Leids Congres Bureau. Doelgroep: directies en stafleden, hoofden Patiëntenzorg en Patiëntenlogistiek, hoofden Opname, OK en Verpleging. Inlichtingen: Leids Congres Bureau BV, tel. 071 514 8203.
- 17 Utrecht, Jaarbeurs. Studiedag 'De praktijk van de hulpverlening aan mensen met autisme', georganiseerd door SCEM Conference Services. Doelgroep: begeleiders, groepsleiders, pedagogen, psychologen, beleidsmakers en belangstellenden. Inlichtingen: Congresbureau SCEM, mw. G. van Orten, 0345 576 642.
- 18 Nieuwegein, Hotel Mercure. Congres 'Diabetes mellitus, risico's en prognose in relatie tot overlijdensrisicoverzekeringen, pensioenen, arbeid en gezondheid', georganiseerd door het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. Doelgroep: medisch adviseurs, verzekeringsartsen en belangstellenden. Inlichtingen: drs. A.E. Schröder, tel. 030 238 1074 of 030 233 2266.
- 18 Harderwijk, Dolfinarium. Middagsymposium 'Artsenbezoekers, last of gemak', georganiseerd door De Bode b.v. Nascholingen. Doelgroep:

- (huis)artsen, apothekers en managers in de gezondheidszorg. Inlichtingen: De Bode b.v. Nascholingen, tel. 0341 434 658.
- 18 Utrecht, Netherlands School of Public Health. Studium Generale Volksgezondheid 'Evidence-based lokaal gezondheidsbeleid: een utopie?', georganiseerd door de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap (V&W), de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg en de Netherlands School of Public Health (NSPH). Doelgroep: beleidsmakers, artsen, onderzoekers, zorgverzekeraars, studenten en belangstellenden. Inlichtingen: secretariaat V&W, mw. D. Davidse, tel. 070 303 0045.
- 18-19 Utrecht, Hotel Mitland. Werkconferentie 'Toekomstperspectief verpleeghuisarts: professionele mogelijkheden', georganiseerd door Dienst opleidingen en congressen NZi. Doelgroep: verpleeghuisartsen. Inlichtingen: NZi, Dienst opleidingen en congressen, tel. 030 273 9291.
- 18-19 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Blok cursus 'Handicaps', georganiseerd door CAR Nascholing. Inlichtingen: CAR Nascholing, 010 220 0235.
- 18-19 Amsterdam, Beurs van Berlage. Symposium 'Killing Cancer Cells. Chemotherapy: concepts, targets and delivery', georganiseerd door het Nederlands Kanker Instituut Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Doelgroep: onderzoekers en geïnteresseerden in geneesmiddelenonderzoek. Inlichtingen: Het Nederlands Kanker Instituut Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, drs. Y. van der Doelen, tel. 020 512 2867.
- 19 Utrecht, Domus Medica. Najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 'Het Tuchtrecht onder de Wet BIG'. Inlichtingen: VGR, mr. W.P. Rijkse, tel. 030 282 3382.
- 19 Nijmegen, Katholieke Universiteit. Nascholingscursus 'Hartklepafwijkingen in de huisartsenpraktijk', georganiseerd door PAOG Heyendaal. Doelgroep: huisartsen en andere belangstellenden. Inlichtingen: Bureau PAOG, mw. B. Rissenbeek, tel. 024 361 7688.
- 19 Utrecht, De Uithof. Najaarssymposium 'Doping. Hormonen als prestatieverbogende middelen in de sport', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie. Inlichtingen: dr. A. Hermus, tel. 024 361 4599.
- 19 Ede, De Reehorst. Symposium 'Therapeutische en toxische aspecten van empathie', georganiseerd door SCEM Conference Services. Doelgroep: psychiaters, psychologen, huisartsen en belangstellenden. Inlichtingen: SCEM Conference Services, tel. 0345 576 642.
- 19-20 Veldhoven, Kongrescentrum Koningshof. MIC99: '2000 ... en wat dan nog', zie Uitgelicht.
- 22 Ede, De Reehorst. Cursus 'Workshop Pil en IUD in de dagelijkse praktijk', georganiseerd door de Stichting Anticonceptie Nederland (ook 26/11). Doelgroep: huisartsen en huisartsen in opleiding. Inlichtingen: Stichting Anticonceptie Nederland, tel. 0543 530 927.

UITGELICHT

Op 19 en 20 november wordt het MIC99 gehouden met als centraal thema: '2000 ... en wat dan nog'. Voor de 17e maal organiseren de Nederlandse Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking (VMBI) en de Belgische Vereniging voor Medische Informatica (MIM) onder auspiciën van de Stichting tot Bevordering van de Informatiekunde in de Gezondheidszorg dit congres. Het MIC99 staat zowel in het teken van de stand van zaken, als van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van gezondheidszorginformatica.

Vrijwel iedereen in de gezondheidszorg heeft te maken met aanzienlijke veranderingen in de automatisering van de informatievoorziening en informatieverwerking. Nu, aan de vooravond van de volgende eeuw, wordt daarvan opnieuw veel verwacht, vooral op het gebied van de communicatie. De organisatie van het MIC99 streeft naar overdracht van ervaringen in het implementeren en in het gebruik van informaticahulpmiddelen, waarbij veel aandacht besteed wordt aan de directe patiëntenzorg. Aan de orde komen onder andere: logistiek, managementinformatie, informatieanalyse, het elektronisch patiëntendossier en internet.

Het MIC is bedoeld voor ieder die betrokken is bij de zorg en die werkt met of zorgt voor geautomatiseerde systemen: managers gezondheidszorg, zorgverleners en informatici betrokken bij onderwijs of wetenschap.

Locatie: Veldhoven, Kongrescentrum Koninghof
Kosten: VMBI/MIM-lid f 495,-, niet-lid f 595,-, student/verpleegkundige f 275,-
Inlichtingen: MIC99 p/a VVAA congresservice, tel. 030 247 4647

Ook in 2010 is huisarts een prachtig vak!

Roeland van Velzen, voorzitter LHV



De afgelopen weken heeft onze beroepsgroep de nodige aandacht gekregen in krantenkolommen en in nieuwsrubrieken op radio en televisie. Hoewel er zeker ook positieve berichten zijn, overheerst een zorgelijke toon. Je zou er haast treurig

van worden. Toenemende werkdruk en overbelaste collega's, gesloten praktijken waardoor de vrije artsenkeus in de knel komt, huisartsentekort, moeizaam opvolgers kunnen vinden, de diensten niet meer kunnen bolwerken: bijna raakt ondergesneeuwd hoe leuk ons vak eigenlijk is. Iedere dag is anders, waarbij de hoofdmoot bestaat uit boeiende menselijke contacten. Op een deskundige wijze leveren wij met elkaar een belangrijke bijdrage aan de - goede - gezondheidszorg in ons land.

Zonder verder te oordelen over de collega-medici onderstreept iedere dag in mijn praktijk mijn keuze voor de specialisatie huisarts. Huisartsgeneeskunde is het meer dan waard om enthousiast te worden uitgeoefend. Maar juist de net genoemde knelpunten die zo pregnant in de media naar voren komen, vormen een bedreiging voor de aantrekkingskracht van het huisartsenvak, bijvoorbeeld bij toekomstige collega's. Ik las het niet in de krant, maar hoorde het laatst in de wandelgangen: van alle studenten geneeskunde denkt nog maar één op de vijf aan een werkring als curatieve arts. Dat is een uiterst zorgelijke ontwikkeling. Vandaar dat voor de huidige en de komende generatie behoud van plezier in het werk de rode draad moet zijn voor het beleid van de beroepsvereniging. Ik heb dat al vaker gezegd en geschreven.

Hier ligt een grote uitdaging voor de LHV: kom met een antwoord op de signaleerde problemen. Dat heeft twee dimensies. De eerste is: wegwerken van de acute noden door een andere organisatie van de waarneemdiensten, uit-

breiding van het aantal huisartsen in opleiding en gerichte ondersteuning bij de organisatie van de praktijk zodat de huisartsen zich weer kunnen concentreren op hun eigenlijke taak, het geven van huisartsgeneeskundige zorg. De tweede dimensie is: analyseer hoe de huisartsenzorg er over goed tien jaar, in 2010, zal moeten uitzien en maak duidelijk welke stappen nu moeten worden genomen om dat te kunnen realiseren. Daarbij moeten we vooral de wensen van de toekomstige huisartsen in ogenschouw nemen. Mijn ervaring is dat zij met veel inzet, grote betrokkenheid en enthousiasme aan het werk willen, maar tegelijkertijd andere waarden in het leven ook tot hun recht willen laten komen. En geef ze eens ongelijk. Zij volgen daarmee de raad op die wij aan veel van onze patiënten dagelijks meegeven: zorg dat je leven in balans is en plaats het werk daarbij in het juiste perspectief.

Ik hoor van huisartsen in opleiding dat ze veertig uur per week werken geen probleem vinden, maar meer dan vijftig uur en dan ook nog eens de diensten wél. Anderen opteren voor deeltijdwerk. We gaan ontegenzeggelijk toe naar een andere organisatievorm van huisartsenzorg. De plannen van de LHV om te komen tot meer samenwerking, meer handen in de praktijk en meer taakdelegatie passen in dit beeld.

Samen met de leden moet de LHV zich richten op het aantrekkelijk houden (of aantrekkelijker maken) van het huisartsenvak. Ik zeg dat zo met enige nadruk, omdat de goede krantenlezer ook heeft opgemerkt dat er binnen onze ledenkring onrust en onvrede bestaat over het uitgestippelde beleid. Dat heeft mij geleerd dat wij de betrokkenheid van de leden bij de beleidsontwikkeling moeten vergroten. Dat begint met een betere communicatie over en weer, over beweegredenen, problemen en oplossingen. Ik ben ervan overtuigd dat de beroepsgroep een gemeenschappelijk uitgangspunt heeft, namelijk de waarde van ons vak. Voor de ander en voor onszelf. Ook al verandert de organisatievorm, dat moet zo blijven! Dan zal ook in 2010 het huisartsenvak een prachtig vak blijken te zijn.

*Slechts één op de vijf studenten
denkt aan een werkring
binnen de curatieve sector*

FEDERATIE KNMG

Koninklijke
Nederlandsche
Maatschappij tot
bevordering der
Geneeskunst
tel. 030 282 3911
Dagelijks Bestuur
R.G.P. Hagenouw,
waarnemend voorzitter

Bureau

dr. P.J.J.M. van Loon,
algemeen directeur
mr. W.P. Rijkse,
secretaris-jurist

FEDERATIEPARTNERS

LHV

Landelijke Huisartsen
Vereniging
R. van Velzen, voorzitter
drs. Chr.R.J. Laffr e,
algemeen directeur
tel. 030 282 3723

Orde

Orde van Medisch
Specialisten
F.B.M. Sanders,
voorzitter
dr. R.J.M. Dillmann,
arts, algemeen directeur
tel. 030 282 3301

LAD

Landelijke vereniging
van Artsen in Dienst-
verband
dr. G.M.H. Tanke,
voorzitter
mr. A.W.J.M. van
Bolderen, directeur
tel. 030 282 3360

IVSG

Landelijke Vereniging
van Sociaal-Genes-
kundigen
prof. dr. H. Rengelink,
voorzitter
drs. B.H.J.M. Reerink,
directeur
tel. 030 282 3208

KNMG EN FEDERATIEPARTNERS**Adres**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht

Postadres

Postbus 20051, 3502 LB Utrecht

Postbanknummer

58083

Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

Telefax

030 282 3326

Algemene vragen?

030 282 3911

Vragen over:

- de regionale structuur, 030 282 3758
- medisch-ethische en juridische onderwerpen, 030 282 3322/3382
- studentenzaken, 030 282 3758
- KNMG-uitgaven, 030 282 3333
- het jubileum, 030 282 3200

Andere vragen?

Dienst Communicatie, 030 282 3201

KNMG-website: www.artsen.net, let op de jubileumsite van de KNMG.

KNMG OPLEIDING EN REGISTRATIE

dr. L.R. Kooij, directeur

mw. H. Brouwer, directie secretaresse
tel. 030 282 3272

- **CHVG, CCMS, CSG**

College voor Huisartsgeneeskunde en
Verpleeghuisgeneeskunde
Centraal College Medische Specialismen
College voor Sociale Geneeskunde
mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. J.E.M. van Zandvoort, secretaresse
tel. 030 282 3281

- **HVRC**

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie
Commissie
dr. L.R. Kooij, algemeen secretaris
N.F. de Pijper, secretaris
mw. drs. E.T. Wismeijer, chef de bureau
tel. 030 282 3358

- **MSRC**

Medisch Specialisten Registratie
Commissie
dr. P.W. Gelderman, secretaris
drs. N.M.H. Mogendorff, bureauhoofd
tel. 030 282 3244

- **SGRC**

Sociaal-Geneskundigen Registratie
Commissie
mw. mr. P.A. Hadders, secretaris
mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
tel. 030 282 3277

- **ACO**

Adviescommissie bij bezwaarschriften
mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer,
secretaris
tel. 030 282 3292

Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris
Industrieweg 16
8321 EB Urk, fax 0527 68 6833

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, tel. 030 282 3371
SWG Werving en Selectie, tel. 030 282 3760
SWG Vacaturetelefoon, tel. 030 282 3307
(opgeven van vacatures)
tel. 0900 404 0340 (beluisteren van vacatures)

OUD, MAAR NIET

Paul Sicking, oud-hoofdbestuurslid en oud-huisarts

KNMG

'De KNMG zou veel meer gebruik moeten maken van de kennis en ervaring van de rustende leden. Er zou een denktank van rustende leden moeten komen ter ondersteuning van het KNMG-beleid en van de jonge generatie artsen' aldus oud-hoofdbestuurslid Paul Sicking.

door Roelof Bottema

In maart van dit jaar nam oud-hoofdbestuurslid Paul Sicking geheel tegen zijn zin afscheid van zijn huisartsenpraktijk in Tilburg. Als het aan hem had gelegen, was hij nog even door gegaan. Vooral nu hij weet dat zijn huisartsenpraktijk onbemand is gebleven en zijn patiënten het met een waarnemer moeten doen. Hoewel hij zich had voorgenomen om met stille trom te vertrekken, was het toch verrassend dat hij een flinke geldsom ontving van vrienden, kennissen en patiënten. Hij maakte dit geld over voor het 'Geschenk aan de samenleving', een cadeau van de 150-jarige KNMG. Hoewel de huisarts nu 'verplicht' van zijn pensioen geniet, is hij zeker niet minder strijdbaar.

Wie Sicking kent, weet dat hij niet te lang bij zijn bijdrage aan het 'Geschenk aan de samenleving' heeft stilgestaan. Voor hem vormt dit de gelegenheid om de dankbaarheid van zijn patiënten terug te geven. Hij is zeer enthousiast over het initiatief en de projecten 'Dokter in de klas' en 'Netdokter', een internetsite over gezondheidsvraagstukken voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Als oud-lid van het KNMG-hoofdbestuur vindt hij het een goede zaak dat de KNMG zich ook profileert richting patiënten. 'Als artsenorganisatie zijn we erg in onszelf gekeerd. Nu wordt eindelijk ook gedacht aan de buitenwacht. Laat maar zien dat je als KNMG niet alleen bezig bent met structuurdiscussies. Het is goed om de afstand tot de patiënt/cliënt te verkleinen. Artsen komen maar moeilijk van hun image af: witte jas en stethoscoop. Met zo'n project kun je uitstekend laten zien dat je als arts ook een mens bent. En dat je gewoon vragen kunt stellen. En reken maar dat kinderen direct zijn.'

OUDE ARTSEN ALS DENKTANK

Sicking pleit ervoor om als arts dichterbij de mensen te gaan staan. Juist een project als 'Dokter in de klas' biedt deze gelegenheid. Maar ook als hoofdbestuurslid vond hij dat de KNMG



dichter bij de arts in de periferie moest gaan staan. Zelf introduceerde hij ooit de term 'ambassadeur', later vertaald naar 'regio-ambassadeur'. De KNMG wil daarmee signalen uit de regio oppakken, ter ondersteuning van het eigen beleid. Maar Sicking bepleit ook om rustende leden meer bij het beleid en de uitvoering van het beleid te betrekken. Het feit dat hij nu 65 is, heeft zijn strijdbaarheid alleen maar aangewakkerd. 'Je zou eigenlijk een vereniging van rustende leden moeten oprichten en meer betrekken bij de belangrijke vraagstukken die op dit moment in de gezondheidszorg spelen, zoals de tweedeling in de zorg, euthanasie en het dreigende artsentekort. Maar ook meer beroepsgroepgericht: Hoe voorkom je dat artsen met burn-out te maken krijgen? Of wat te denken van jonge artsen die geconfronteerd worden met een klacht of een tuchtzaak. Welke wegen moet je bewandelen? Wat moet je doen? Veel oudere artsen beschikken over een enorme levenservaring, hebben bijna alles al een keer meegemaakt en denken genuanceerder over zaken. Ik denk dat veel oudere artsen, en dat begint tegenwoordig al na je 57ste, best bereid zijn om hieraan mee te werken. Je zou het een soort denktank kunnen noemen. Het is puur een politieke keuze om te bepalen dat huisartsen na hun 65ste met hun praktijk moeten stoppen. En het is een maatschappelijk verschijnsel dat ouderen, en dat begint al als je de vijftig passeert, niet meer serieus worden genomen. Je ziet ook binnen de KNMG dat men druk bezig is om jongeren aan zich te binden. Ik vind dit een goede zaak. Maar we moeten er ook voor zorgen om als beroepsgroep het 'wij-gevoel' te behouden. Jongeren naar je toetrekken, moet niet betekenen dat je de oudere generatie van je afstoot.'

UITGERANGEERD

te Tilburg, pleit voor 'denktank rustende leden'



(HUIS)ARTSENTEKORT

Ruim een halfjaar na zijn afscheid als huisarts is er nog geen opvolger gevonden. Zijn patiënten moeten het met een waarnemer doen. Hoewel van alles is geprobeerd, zelfs in België is geworven, bleek er geen oplossing voorhanden. Voor Sicking komt het huisartsentekort niet als een verrassing. Zelf was hij jarenlang huisartsenopleider. 'Een aantal jaren geleden zag je een omslag optreden. Was voorheen een ruime meerderheid van de huisartsen in opleiding man, opeens zag je een verschuiving naar meer vrouwen in opleiding, die ook - om begrijpelijk redenen - vaker parttime willen gaan werken. Daarnaast zag je dat door de verlenging van de opleiding van twee naar drie jaar een enorm te kort aan

huisartsen ontstaan. Daar is onvoldoende op geanticipeerd. Volgens mij is dat puur een politieke keuze: een kwestie van geld.'

Sicking houdt zijn hart vast als over enkele jaren in één klap vrijwel tegelijkertijd zeven huisartsen in Tilburg afscheid nemen. De gevolgen zullen dan niet te overzien zijn. De oplossing voor het probleem is duidelijk. Ophoging van de numerus fixus en meer opleidingsplaatsen voor huisartsen. Maar ook voorkomen dat huisartsen vroegtijdig het vak verlaten door zaken als burn-out. Bij dit laatste ziet Sicking duidelijk een coachende rol voor oudere artsen weggelegd. Nog een oplossing is het delegeren van een aantal eenvoudige medische handelingen aan de praktijkassistente. Al ziet Sicking dit zeker

niet als een oplossing voor het artsen-tekort. 'De workload kan hierdoor zeker verminderen.'

Terug naar het begin van het verhaal. De oud-huisarts heeft zich ook zelf voor het project 'Dokter in de klas' opgegeven. Op voorhand kan hij zich daarop verheugen. Ooit financierde hij zijn opleiding door als goochelaar op te treden. Kunstjes die hem zeker van pas zullen komen om een klas met kinderen van de eerste tot de laatste minuut te boeien. De magie van het goochelaarsvak oefent evenals de magie van het artsenvak grote aantrekkingskracht op kinderen uit. Volgens de oud-huisarts moet het dan ook niet bij een eenmalig optreden blijven. 'Zo'n initiatief verdient wat mij betreft een blijvend karakter.'

Voordelen LAD-lidmaatschap blijven

In de VUT of met pensioen?

LAD

Regelmatig krijgt de LAD brieven van collega's die sinds jaar en dag LAD-lid zijn, maar het lidmaatschap willen beëindigen in verband met VUT of pensioen. Zij gaan er, ten onrechte, van uit dat het lidmaatschap niet langer zinvol is gezien 'hun nieuwe status als rustend arts'. Voor het rustend lidmaatschap geldt een aanzienlijk lagere contributie: f 150,- per jaar. U bent dan tevens verbonden met de (federatie) KNMG. Rustende leden kunnen als vanouds blijven profiteren van de meeste voordelen van het LAD-lidmaatschap.

Individueel LAD-lidmaatschap - óók voor rustende leden - is gekoppeld aan een automatische, gratis verzekering bij de VVAA*. Hierdoor is individuele verzekering voor een aantal afzonderlijke risico's niet nodig. Graag benadrukken wij dat LAD-leden zelf eventuele overlappende verzekeringen dienen te beëindigen. De LAD/VVAA-verzekering biedt aanvullend dekking op het vlak van beroepsaansprakelijkheid, particuliere aansprakelijkheid alsmede rechtsbijstand bij straf- en tuchtrecht (voorwaarde is wel dat u BIG-geregistreerd blijft). Daarnaast krijgen LAD-leden 15% premiekorting voor particuliere rechtsbijstand bij VVAA. Beëindiging van het lidmaatschap wordt aan VVAA gemeld omdat daarmee ook de verzekering eindigt. Ook om die reden een onverstandige beslissing ...

HOOGTE VAN HET PENSIOEN

Ook op andere fronten blijven rustende leden profiteren van het lidmaatschap. Bij CAO-onderhandelingen werken de resultaten

waarvoor de LAD zich hard maakt, door naar de zogenoemde post-actieven. Afsproken salarisverhogingen betekenen niet alleen een hogere pensioenuitkering. Meestal is ook een stijging van de eindejaarsuitkering het gevolg.

Tevens vertegenwoordigt de LAD de groep post-actieven in de Adviesraad ABP en heeft zitting in de Raad van Advies van pensioenfonds PGGM. Hierdoor heeft de LAD invloed en inspraak als het gaat om de pensioenvoorzieningen, en eventuele veranderingen daarin, van de grootste pensioenfondsen in de zorgsector.

OOK INDIVIDUEEL!

Rustende LAD-leden raadplegen onze juristen bij problemen met overbruggings- of pensioenuitkering in geval van bijverdiensten of andere extra inkomsten. Daarnaast blijken post-actieven zich vaak niet veel aan te trekken van dit etiket en allerlei 'klussen' te doen. In die gevallen is het zinvol precies te weten hoe het zit met beroeps-aansprakelijkheid. Maar de LAD-juristen zijn ook 'stand-by' voor adviezen over tucht- en strafrecht. Ten slotte houden we onze leden via het LAD-Bulletin en het gratis abonnement op Medisch Contact (voor niet-leden ' 232,50 per jaar) op de hoogte van de ontwikkelingen in het werkveld.

Al met al biedt het rustend lidmaatschap VUT-ters en gepensioneerden dezelfde faciliteiten als het gewone LAD-lidmaatschap. Naar ons idee voldoende redenen LAD-lid te blijven!

* De voordelen en waarde van LAD's aanvullende verzekering vindt u in de folder 'Van LAD en VVAA kunnen artsen verzekerd zijn'. LAD-leden ontvangen deze folder begin dit jaar als bijlage bij het LAD-Bulletin (nr. 1 - 2/99). De folder is opvraagbaar via de rubriek Publicaties op de LAD-site <http://www.artsen.net/lad>, of telefonisch bij het secretariaat public relations: 030 282 3348 of 282 3344.

VACATURES

RAAD VOOR DE BEHANDELING VAN TUCHTZAKEN IN EERSTE AANLEG
EN RAAD VAN BEROEP VAN DE KNMG

KNMG

De Raad voor de behandeling van tuchtzaken in eerste aanleg en, in beroep, de Raad van Beroep van de KNMG behandelen tuchtklachten ingediend door een arts - die is aangesloten bij de KNMG - tegen een andere aangesloten arts.

De interne tuchtrechtspraak van de KNMG en de daarbij gevolgde procedures in eerste aanleg en in beroep zijn geregeld in de artikelen 600 en volgende van het Huishoudelijk Reglement (HHR).

Ingevolge het rooster van aftreden dienen vanwege het eindigen van de benoemingstermijn danwel het bereiken van de leeftijd van 70 jaar de volgende personen af te treden:

als lid van de Raad in eerste aanleg:

J.H. Eggens, gynaecoloog, voorzitter

mw. C.J.A. Nuver, kinderarts

als lid van de Raad van Beroep:

K.W. de Jong, huisarts, voorzitter

dr. A.P. Brinkhorst, chirurg, vice-voorzitter

dr. D. Maingay, internist, penningmeester

als plaatsvervangend lid van de Raad van Beroep:

dr. J.D. Bom, chirurg

mw. A.G.W.W. Jannink-Kappelle, sociaal-geneeskundige

mr. C.Q. van Daalen, advocaat

W.M. van der Valk, huisarts

VOORDRACHTEN DOOR HET FEDERATIEBESTUUR

Ingevolge artikel 612 HHR draagt het federatiebestuur de volgende personen voor benoeming c.q. herbenoeming voor:

ten behoeve van de Raad in eerste aanleg:

J.H. Eggens, gynaecoloog (1946), Arnhem en

mw. C.J.A. Nuver, kinderarts (1949), Rotterdam,

en wel voor een tweede periode van vijf jaar, ingaande 1 januari 2000.

*ten behoeve van de Raad van Beroep:
als lid:*

K.W. de Jong, huisarts (1942), Enschede,

voor een derde periode van vijf jaar, ingaande 1 januari 2000 en

dr. D. Overbosch, internist (1947), Wassenaar

dr. B.C. de Vries, chirurg (1941), 's-Gravenhage

voor een eerste periode van vijf jaar, ingaande 1 januari 2000

als plaatsvervangend lid:

dr. R.U. Boelhouwer, chirurg (1948), Rotterdam

dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts (1949), Huizen

mw. dr. B.A.M. Verkade, sociaal geneeskundige (1951), Heiloo

mr. P.J.M. van Wersch, advocaat te Nijmegen

voor een eerste periode van vijf jaar, ingaande 1 januari 2000 en

dr. D. Maingay, internist (1933), 's-Graveland

voor een derde periode van vijf jaar, ingaande 1 januari 2000

VOORDRACHTEN VANUIT DE LEDEN

Naast een voordracht voor kandidaten door het federatiebestuur kunnen ingevolge artikel 604 HHR eveneens kandidaten worden gesteld door een of meer afdelingen van de KNMG of minimaal tien afgevaardigden gezamenlijk.

Voordrachten voor kandidaten dienen vóór 1 december 1999 bekend te worden gemaakt aan het bureau van de KNMG, mw. mr. R.M.S. Doppegieter of mr. W.P. Rijksen, tel. 030 2823 382 of 030 2823 322.

De namen van de voorgedragen kandidaten zullen via Medisch Contact ter kennis worden gebracht van de Algemene Vergadering, welke bijeenkomt op 14 december 1999.

Jubileumcongres KNMG op 13 november

Inschrijving nog open tot 5 november



U kunt zich nog inschrijven voor het jubileumcongres van de KNMG op zaterdag 13 november. 'Inhoud' maar ook 'muziek', 'toneel', 'cabaret' en 'feest' zijn trefwoorden die geheel op dit congres van toepassing zijn. Deelnemers krijgen het boek 'Zorgen na morgen. Visies op de geneeskunst in de 21ste eeuw' van prof. Lagro-Janssen.

Daarmee worden de jubileumactiviteiten rond de viering van het 150-jarig bestaan van de KNMG op grootse wijze afgesloten. Het congres vindt plaats in het Nederlands Congres Centrum te Den Haag in aanwezigheid van onder andere Hare Koninklijke Hoogheid Prinses Margriet en minister Borst.

Voor aanmelding kunt u het formulier gebruiken dat werd meegezonden met Medisch Contact nr. 39 d.d. 1 oktober. Of vraag een formulier aan bij Marja de Kruijff, KNMG, telefoon: 030 282 3391 dan wel bij VVAA Congresservice, telefoon: 030 247 4582. Aanmelden per e-mail kan ook: congres@vvaa.nl

Zie voor meer informatie over het congres ook de jubileumsite van het Artsennet: www.artsen.net

AANMELDING DRIEJARIGE HUISARTSOPLEIDING

HVRC

Aanmelding voor de driejarige huisartsopleiding 2000-2003
Startdatum: 1 september 2000

Krachtens Besluit no. 2-1994 van het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG) maakt de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) bekend dat de opleiding tot huisarts op 1 september 2000 begint aan de onderstaande universitaire afdelingen Huisartsopleiding. Per afdeling Huisartsopleiding is het aantal opleidingsplaatsen vermeld en het gebied waar zich het grootste deel van de opleidingspraktijken en -inrichtingen bevindt.

- afdeling Huisartsopleiding AMC/Universiteit van Amsterdam: (48 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen op het gebied van de AGGZ en de verpleeghuiszorg bevinden zich in Amsterdam, Noord-Holland en Noord-Brabant. De opleidingshuizen bevinden zich in en om Amsterdam met een maximumafstand van 30 kilometer.*
- afdeling Huisartsopleiding Rijksuniversiteit Groningen (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen zijn verspreid gelegen in Groningen, Friesland en Drenthe; een zeer beperkt aantal plaatsen is beschikbaar in de regio Deventer en in Twente.*
- sectie Huisartsopleiding Leids Universitair Medisch Centrum (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen bevinden zich in de provincie Zuid-Holland in de driehoek Hillegom-'s-Gravenzande-Schoonhoven, met uitzondering van Delft.*
- afdeling Huisartsopleiding Universiteit Maastricht (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen zijn gesitueerd in Limburg en Noord-Brabant (oosten en midden, inclusief Tilburg en Den Bosch).*
- afdeling Huisartsopleiding Katholieke Universiteit Nijmegen (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen bevinden zich in het gebied rond Nijmegen (in het noorden tot Deventer/de Achterhoek en in het zuiden tot Eindhoven/Venlo).*
- afdeling Huisartsopleiding Erasmus Universiteit Rotterdam (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen bevinden zich in Zuid-Holland (zuid), Noord-Brabant (west) en Zeeland (inclusief Zeeuws-Vlaanderen), het gebied ten zuiden van de lijn 's-Gravenzande-Delft-Gouda-Leerdam-Breda.*
- afdeling Huisartsopleiding Universiteit Utrecht (24 opleidingsplaatsen)
** de opleidingspraktijken en -inrichtingen zijn gesitueerd in de provincies Utrecht, Gelderland (Veluwe/Achterhoek), Noord-Brabant (midden); er zijn een beperkt aantal plaatsen beschikbaar in Twente.*

De procedure voor de toelating tot de huisartsopleiding vindt plaats conform Besluit CHVG no. 2-1994 en de uitvoeringsregeling van de HVRC d.d. 5 januari 1995. De aanmelding is opengesteld van 1 november 1999 tot 1 december 1999.

De aanmelding dient vóór 1 december 1999 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC, Lomanlaan 103, Postbus 20054, 3502 LB Utrecht, tel. 030 282 3394, fax 030 289 8572. Aan de aanmelding zijn geen kosten verbonden.

De aanmelding dient te geschieden op papier van A4-formaat, getypt of in blokletters met vermelding van:

- naam en voorletters, M/V (vrouwen moeten hun meisjesnaam vermelden);
- correspondentie-adres met postcode;
- telefoonnummer(s) waaronder men bereikbaar is;
- geboortedatum en geboorteplaats;
- universiteit en datum van het artsdiploma;
- nummer BIG-registratie;
- keuze van een afdeling Huisartsopleiding.

Aan de aanmelding zijn de volgende voorwaarden verbonden:

1. De aanmelding kan alleen plaatsvinden indien men in het bezit is van een geldige inschrijving in het BIG-register van artsen, dan wel indien u in het bezit bent van een bewijsstuk, afgegeven door een medische faculteit, dat het artsexamen met goed gevolg is afgelegd.
2. De aanmelding dient beperkt te blijven tot één opleidingsplaats bij één afdeling Huisartsopleiding.
3. De aanmelding dient vóór 1 december 1999 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.

Het bureau aanmelding van de HVRC zal de ontvangst van de aanmelding schriftelijk bevestigen.

De aanmelding is ongeldig indien:

- onvolledige of onjuiste gegevens zijn verstrekt;
- men zich voor meer dan één afdeling Huisartsopleiding aanmeldt;
- men zich gelijktijdig voor meer dan één startdatum aanmeldt;
- de aanmelding niet vóór 1 december 1999 in het bezit is van het bureau aanmelding van de HVRC.

Direct na 1 december 1999 worden de gegevens doorgezonden naar de gekozen afdeling Huisartsopleiding. De verdere afhandeling van de toelatingsprocedure zal plaatsvinden vanuit de gekozen afdeling Huisartsopleiding. U kunt van de door u gekozen afdeling Huisartsopleiding in januari 2000 bericht verwachten.

De volgende aanmeldingsperiode zal plaatsvinden in mei 2000 voor de opleiding die begint in maart 2001. In maart 2001 kunnen 15 groepen van 12 artsen met de huisartsopleiding beginnen.

dr. L.R.Kooij,
huisarts, algemeen secretaris HVRC
N.F. de Pijper,
huisarts, secretaris

INSCHRIJVINGEN EN UITSCHRIJVINGEN

HVRC

De Huisarts en Verpleeghuis-arts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen onderstaande arts is ingeschreven in de periode van 1 maart 1999 t/m 31 maart 1999:

Siderakis, K.

Onderstaande artsen zijn ingeschreven in de periode van 1 juli 1999 t/m 31 juli 1999:

Göbel, A.
Spinnewijn, dr. W.E.M.

Onderstaande artsen zijn ingeschreven in de periode van 1 augustus 1999 t/m 30 september 1999:

Adamo, N.
Albert, P.
Aminetzah-de Haan, G.T.M.
Ansari Hesari, D.
Arentsen, J.C.
Bakker, M.F.
Batenburg, R.A.
Batman, M.
Beckers, Y.C.T.
Beekink, M.R.
Beekwilder, J.M.A.
Beltman, F.W.
Bennema, C.R.
Berendsen, H.C.
Berge, S.K. ten
Berghuis, I.C.A.
Beuken, C.G.T. van den
Blaauboer-van Geffen, G.J.M.
Boer, M.R. de
Boetzelaer-van Dijk, C.M.M. van
Bommel, M.J.J. van
Boone, J.
Bosch, H. van den
Bosma, N.B.
Bouman, J.H.
Braak, G.A.G. te
Brink, A.H. van den
Broerse, E.R.
Brongers, E.P.
Bronzwaer, H.M.
Bruggen, G.E. van
Bus, L.P.M.
Chan, P.L.
Cruchten, L.H.H. van

Damme, R.A.E. van
Derksen, W.M.
Draijer, L.W.
Dros, J.
Edelbroek, R.M.J.
Eeden, M.K.G. van
Eekert, H.J.M. van
Elfering, I.M.
Emmen, J.
Faber, W.E.
Folmer, H.A.
Geldre, R.W.J.F. van
Geverink, T.A.M.
Graaf, M.C. van de
Groeneweld, K.G.
Groenewold-Herijgers, D.C.J.M.
Grijzenhout, M.A.
Haan, M.M. de
Habets, G.P.A.
Hak, A.
Hart, M.
Hermans, M.J.A.
Hoekstra, J.
Hol, M.
Huisman, J.W.
Hundscheid, S.M.J.
Jaarsma-van Leeuwen, I.
Jacobs, W.M.J.
Jansen, M.L.A.
Jansen, P.W.M.
Jorissen-de Raadt, M.E.
Kapteijn, B.A.E.
Kerkhof, S.C.M.B.
Koelma, E.
Kooten, J.P. van
Kooij, B.R.C.
Kors, J.W.
Kruisselbrink, J.B.
Kruijssen, F.A.M.
Krijgsveld, E.S.
Kuiper, C.A.G.
Landheer, M.H.
Locht, H.P.J.
Loozen, J.M.C.
Lousberg, I.A.M.
Lugtenberg-Wiegman, G.A.H.M.
Luijendijk, C.J.
Luijendijk, G.J.
Maaijen, J.
Marée-Wibbelink, W.J.
Merckestein, P.A. van
Meij, J.C. van der
Meijer, M.B.G.
Mulder, E.H.
Nusselder, A.E.
Oerlemans, J.G.M.
Oldenburg, J.
L'Ortië, A.A.M.H.J.

Pieterse, H.W.
Riet Scholten, A. te
Schilder, N.T.J.
Schooneveld, D. van
Schot, S.M.
Schotanus, W.E.
Schröder, J.I.
Schutgens-de Boer, F.
Schuurmans, J.A.G.M.
Sluiter, W.
Smits, E.A.H.M.
Sportel, J.H.
Spruit, T.L.
Starre, A.M. van der
Strikwerda, C.A.
Tak, S.
Teeffelen, M.E.J.M. van
Trask, I.A.
Troost, J.E.
Tuinman, R.G.
Tuna-Tüzün, A.N.
Tuijl, W.N. van
Vaart, A.A. van der
Valkenburg, A.C.H.
Verdijk, T.M.W.
Vernaas, J.M.A.J.
Versteegen, H.H.J.
Voorkamp, L.M.
Vos, R.J. de
Vries, P.C. de
Waldram, G.M.
Westbroek, P.A.M.
Westra, L.C.
Wolters, J.J.
Zinkweg, J.I.
Zoethout, F.H.A.

OPLEIDING IN BUITENLAND GEVOLGD

Buijs, C.A.C.G. van den
Coutts-van Dijk, L.C.
Dekker, G.A.C.
Grooters, H.G.
Rooij, P.J.T. van
Schravenhoff, R.
Shiferaw, T.
Vermeulen, M.P.
Verschuere, V.A.R.

RICHTLIJN 93/16/EEG

Bie, E.A. de

De Huisarts en Verpleeghuis-arts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst deelt mede dat op grond van de Regeling

Opleiding en Registratie van de KNMG de inschrijving in het register van erkende huisartsen is geëindigd in de periode van 1 oktober 1998 t/m 31 december 1998:

Abbink, C.A. te Hoozeve
Appeldoorn, mw. H. van te Veenendaal
Barbanson, J.F.M. de te Mes-sim (Frankrijk)
Borg, J.H.H. te Almere
Floor, G. te Schoorl
Gerts, M.J.J. te Oegstgeest
Haas-Visser, mw. R.L. te Leiden
Haenen, P.L.G. te Tilburg
Janssen, H.F. te Gendt
Keijer-van Spronsen, mw. C.L.E.H. te Leiden
Kort, J.B.A.M. de te Son en Breugel
Kromhout, R.J. te Utrecht
Landmeter, J. te 's-Gravenhage
Nieuwenhuisen-v.d. Bergen, mw. G. te Hummelo
Nobel, J.C. te Alphen a/d Rijn
Ouwerkerk, J. te
Johannesburg (Zuid Afrika)
Polderman, J.A. te Elspeet
Reijnen, J.L.M. te Deurne
Sandbrink, mw. M.W.C. te Maastricht
Slager, A.M. te 's-Gravenhage
Stijntjes, mw. E.M. te Nijmegen
Thonon, mw. B.A.C. te Kraggenburg
Thijssen, mw. A.J.M. te 's-Gravenhage
Verwijnen, G.M. te Maastricht
Weyne, mw. M.J. te Voorburg
Werner, A.J. te Gorssel
Wieërs, mw. V.A.F. te Wageningen
Zwaan, F.W. te Heerhugowaard

RUSTENDE HUISARTSEN

Barendrecht, J.J.D. te Haastrecht
Bax, J.F. te Rotterdam
Bolt, R.B. te Dordrecht
Bout-Reus, mw. J.C. van den te Vlaardingen
Bruijne, W. de te Leiden
Epen, mw. G. van te

Rotterdam
Hage, A.W. te Nieuwerkerk a/d IJssel
Keizer, J.A. te Ten Boer
Kimmenaede, J.F.M. van te Elst
Lankveld, T.J. te Venray
Lempers, L.H.J. te Voorhout
Muste, H. te Dordrecht
Nauta, H.S. te Langbroek
Oirschot, M.G.M.L. van te Heeze
Perk, M.A. van der te Bithoven
Pinto, B. te Utrecht
Samsom, A. te Zeist
Streefkerk, Dr. J.G. te Hoofddorp
Stroeve, J. te Tiel
Struys, J.H. te Aalst
Stuijvenberg, A. van te Olst
Tjan, T.H. te 's-Gravenhage
Tol, W.W.M. van te Breda

Van de onderstaande artsen is de inschrijving geëindigd in de periode van 1 april 1999 t/m 30 april 1999:

Roschar-Pel, mw. U. te Uitdam
Saffioti, E. te Amsterdam

Van de onderstaande artsen is de inschrijving geëindigd in de periode van 1 augustus 1999 t/m 30 september 1999:

Benders, J.A.I.A. te Kanne (België)
Buis, mw. C. te Southampton (Engeland)
Janssen, P.W.J.A. te Zaandam
Pieper, F.A. te Hertford (Engeland)
Ramalakhan, S.A. te Paramaribo (Suriname)
Riel, H.J. van te Schoorl
Sint Fiet-Lardenoije, mw. A.J.S. van te Maastricht
Span, mw. J.C. te Wageningen
Tjin A Ton, mw. G.M. te Amsterdam
Verbaas, A.D.D. te Darussalam (Brunei)
Vreedendaal, J. van te Krimpen a/d IJssel

RUSTENDE HUISARTS

Campen, J.C.M. van te Eibergen

De Huisarts en Verpleeghuis-arts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende verpleeghuisartsen ingeschreven in de periode van 1 juli 1999 t/m 31 juli 1999:

Middelveld, W.M.
Tibben, J.G.

Onderstaande artsen zijn ingeschreven in de periode van 1 augustus 1999 t/m 30 september 1999:

Beltman, A.M.
Berg, I.M. van den
Boeren, R.M.
Bolle-de Vries Robles, H.C.
Dijk, H.M. van
Junius, G.E.
Kins-Kersbergen, I.P. van

Knegt-Meeuse, M.E. de
Kuij, M.C.
Musch, E.W.
Razab Sekh, R.V.S.
Rietkerk, M.G.
Ruijgrok, A.F.M.
Scheer, E. van der
Schmidt, R.G.
Smits, M.
Spieseke, V.J.
Statius Muller, A.B.
Stralen, B.C.E.P. van

Wiersma, F.S.
Wild, G.M. de

De Huisarts en Verpleeghuis-arts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst deelt mede dat op grond van de Regeling

Opleiding en Registratie van de KNMG de inschrijving in het register van erkende verpleeghuisartsen van onderstaande artsen is geëindigd in de periode van 1 oktober 1998 t/m 31 december 1998:

Bouma, mw. M. te Amsterdam
Razenberg, T.P.A. te Haarlem