

MEDISCH CONTACT

Nummer 46 – 18 november – 43e jaargang

De KNMG-prijsvraag 1988 behelsde de opdracht een opstel te schrijven over 'bevordering der geneeskunst'. In de categorie 'medisch inhoudelijk' ging de eerste prijs naar Mw. J. D. de Loor ('Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs'); in de categorie 'relationeel' kreeg N. G. van Vliet de eerste prijs.

Niet-behandelen: óf er bestaat geen behandeling, óf er is geen behandeling meer, óf de patiënt is uitbehandeld, óf de patiënt weigert een geïndiceerde behandeling. Dit alles heeft echter weinig te maken met euthanasie, schrijft Dr. J. H. Mulder, internist in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek te Rotterdam.

Specialisten zullen zich steeds meer met strategische planning moeten bezighouden. Om deze reden is marketing voor hen relevant. Dit betogen Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge van de vakgroep Commerciële Beleidsvorming aan de Erasmus Universiteit Rotterdam in het eerste van twee artikelen, dat gaat over het onderzoeken van de markt.

Om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen zullen we andere wegen moeten bewandelen dan die van de commercialisering. Dr. R. S. G. Holdrinet, internist-hematoloog bij het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, plaatst het probleem in de context van de geneeskundige traditie.

Het complexe organisatorische en inhoudelijke verandingsproces waarin de beroepsopleiding tot huisarts momenteel is verwickeld, vormt het decor voor de ontwikkeling van een samenhangend systeem voor landelijke evaluatieactiviteiten. Hoe dit systeem langzaam contouren gaat krijgen beschrijven Mw. C. Pollemans, G. van Geldorp en L. H. C. Tan, respectievelijk arts/onderwijskundige, huisarts en socioloog, allen verbonden aan het uitvoerend bureau van het samenwerkingsverband van de huisartseninstituten in ons land.

INHOUD

'Bevordering der geneeskunst'. KNMG-prijsvraag 1988:

Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs

Mw. J. D. de Loor - 1411

Bevordering der geneeskunst

N. G. van Vliet - 1414

Terminale zorg. Niet-behandelen en euthanasie in een kankerkliniek

Dr. J. H. Mulder - 1417

Lessen uit de affaire Cleveland. Een (seks?)schandaal in Engeland

L. W. F. Hoofman - 1419

Marketing voor specialisten. 1: Markt-onderzoek

Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge - 1421

Geneeskundige traditie en moderne commercie

Dr. R. S. G. Holdrinet - 1423

Kennis bij huisartsen in opleiding. Kennismeting bij Nijmeegse arts-assistenten

J. A. Bulte, G. M. Verwijnen, V. C. L. Tielens en Y. D. van Leeuwen - 1426

Naar kwaliteitsbewaking van de beroepsopleiding tot huisarts

M. C. Pollemans, G. van Geldorp en L. H. C. Tan - 1429

Medicijnmisbruik door drugverslaafden. Adviezen voor de huisartspraktijk

F. Kootstra - 1431

Colofon 1406 - Colofon officieel 1406 - Hoofdredactioneel commentaar 1407 - Voorzitterskolom LVSG 1408 - Brieven 1409 - Dagboek van een waarnemer 1410 - Buitenland 1433 - Uit de Verenigingen 1437

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Célestin François (Franse School, 19de eeuw):
'Doktersbezoek', 1823, paneel.
Part. collectie, Londen.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

De begroting van WVC

De Tweede Kamer behandelt de komende week de begroting van WVC of, officieel, hoofdstuk 16 van de Rijksbegroting 1989, alsook het Financieel Overzicht Zorg 1989 (FOZ), de opvolger van het FOGM. Uit het oogpunt van de gezondheidszorg biedt dit FOZ eigenlijk interessantere kost dan de begroting, al was het alleen maar doordat het op de gezondheidszorg betrekking hebbende deel van de uitgaven van WVC, nog geen 4 miljard gulden, slechts ongeveer een tiende bedraagt van de in het FOZ opgenomen totale uitgaven voor de gezondheidszorg in ons land.

Het wordt steeds moeilijker de kosten besteed aan gezondheidszorg sec in de begroting te achterhalen. Dit heeft te maken met de departementale structuur na de opheffing van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Vomil) en de totstandkoming van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, waardoor ook de begroting in drie uiteenlopende hoofdstukken moest worden opgesplitst. Zo vindt men onder 'Welzijn' de sportzaken, onder 'Volksgezondheid' de topklinische zorg en academische ziekenhuizen, en onder 'Cultuur' radio, televisie en pers. Alleen naar het hoofdstuk 'Volksgezondheid' kijken geeft een verkeerd beeld, want sinds de departementale herstructurering van 1 januari 1988 is een typisch medische sector als de verpleeghuizen onder het directoraat Welzijn ondergebracht, terwijl de gezinszorg bij het directoraat Volksgezondheid is terechtgekomen; dit vanwege de integratie van verpleeghuizen in het ouderenenbeleid en het onderbrengen van de gezinszorg in de AWBZ.

De begroting gaat vergezeld van een toelichting. Welke punten zijn hierin nu voor ons van belang? De belangrijkste toezegging betreft de aankondiging van een kerndocument 'Gezondheidszorgbeleid', dat de vorm zal hebben van een discussienota. Een van de kritiekpunten op de 'Nota 2000' was immers dat het concrete beleid niet was aangegeven. Met spanning wordt daarom uitgekeken naar dit kerndocument, waarmee de overheid de gezondheidstoestand van de bevolking en determinanten van gezondheid, ziekte en handicap als uitgangspunt wil nemen voor het te vormen beleid. Overigens is niet goed in te zien hoe de staatssecretaris wil bereiken dat over dit kerndocument een behoorlijke discussie wordt gevoerd en dat tevens al begin

1989 een definitief beleidsstuk aan het parlement kan worden aangeboden.

De overheid zal, overeenkomstig het beleid dat is aanbevolen door de commissie-Dekker, geen borgstellingen meer geven voor de financiering van de bouw van instellingen van gezondheidszorg. Ziekenhuizen zullen dus tegen een hogere rente leningen moeten sluiten. Belangrijk voor de instellingen is tevens de vereenvoudiging van de zogeheten artikel 18-procedure en de aankondiging dit artikel meer te gebruiken als instrument om in te spelen op de zich snel ontwikkelende medische technologie. Vaag blijft hoe de regering de discussie over de nota 'Grenzen van de zorg' denkt voort te zetten.

Wat de thuiszorg betreft verwacht de regering, dat het door ons reeds herhaalde-

Dr. C. Spreeuwenberg

lijk gesignaleerde coördinatieprobleem door de hulpverleners en beroepsgroep zelf zal worden opgelost. Dit in tegenstelling tot de conclusies van een projectgroep¹, die heeft geconstateerd dat er ten aanzien van de thuiszorg sprake is van wildgroei en die concludeert dat de 'overheid niet mag blijven bij termen zoals bezuinigingsnoodzaak en werken aan een zorgzame samenleving, zonder daadwerkelijk in te vullen hoe deze zorgzaamheid gestalte behoort te krijgen'. Goed zijn de gedachten, de ontwikkeling van thuiszorgtechnologie te stimuleren en een experiment met een cliëntgebonden budget voor thuiszorg te overwegen. Het Financieel Overzicht Zorg is dit jaar voor de eerste maal uitgebracht. Op overzichtelijke wijze worden in het FOZ 1989 allerlei ontwikkelingen op zorggebied cijfermatig geanalyseerd en worden ramingen van de uitgaven op het gebied van de zorg in 1989 en 1990 verstrekt. Geconstateerd wordt dat het volume van de zorgsector vanaf 1982 1% bij het BNP is achtergebleven, terwijl de prijs met 2,4% is toegenomen – voorwaar geen geringe prestatie. De bezettingsgraad van ziekenhuizen nam in 1987 verder af tot 73,9% en de gemiddelde verpleegdure tot 11,5 dag. De polikliniek en de dagverpleging nemen een steeds belangrijker plaats in. Ondanks beperkin-

gen van de middelen is de werklast van ziekenhuizen tussen 1980 en 1985 met 2,5% toegenomen.

De geestelijke volksgezondheid is een duidelijk groeiende sector. Het totaal aantal verpleegdagen in deze sector is iets afgenomen, doch het aantal deeltijdbehandelingen en het aantal patiënten dat onder behandeling is bij een RIAGG namen toe, respectievelijk met 14,7% en 11,5% gemiddeld per jaar. De overheid wil de groei van de ambulante sector compenseren door reductie van het aantal algemene psychiatrische bedden met 12,5% per jaar. Knelpunten bestaan er voor de inrichtingen voor zwakzinnigen en de psychogeriatrische afdelingen in de verpleeghuizen. Zo geeft de bezettingsgraad van de inrichtingen voor zwakzinnigen van 99,1% in 1987 weer dat deze inrichtingen nauwelijks nog ruimte hebben; zwakzinnigen moeten jarenlang op een wachtlijst staan vóór opname mogelijk is.

De kosten aan huisartsenhulp liepen in 1987 f 6 miljoen achter bij de verwachtingen. De praktijkverkleining blijkt zich de laatste jaren fors te hebben doorgezet: het aantal huisartsen met minder dan 2.000 ingeschreven ziekenfondspatiënten steeg van 61% in 1981 naar 77% in 1986. Men denkt aan de invoering van een gemengd honoreringssysteem. Verder wordt een beleidsnotitie 'Meerjarenperspectief huisartsgeneeskunde' aangekondigd.

Bij de specialisten werd voor 1987 een overschrijding van de kosten van f 33 miljoen geconstateerd, welke overschrijding bijna geheel in de volumesfeer van het particuliere deel valt. Wat er van de aangekondigde functiereductie en honoreringsmaatregelen terechtkomt, wachten we maar af.

Bij dit alles mogen we natuurlijk niet vergeten dat de uitbreiding van de AWBZ ter voorbereiding van het naar elkaar toe brengen van de ziekenfonds- en de particuliere verzekering, de invoering van een gedeeltelijke nominale premie voor ziekenfondsverzekerden, de opheffing van de contractverplicht, alsmede de omzetting van de huidige tarieven in maximumtarieven, de belangrijkste gebeurtenissen van het volgend jaar zijn. □

1. Berkhout-Pos AP, Boomgaart-Ligthart MJH, Bremer BCM et al. Thuiszorg – Organisatie of Wildgroei? Projectverslag. Leusden, 1988.

LVSG-voorzitter Mw. Dr. Hermann:

Perspectief LVSG

Sociaal-geneeskundigen vormen een specifieke groepering van artsen, naast specialisten en huisartsen. Het is van groot belang dat sociaal-geneeskundigen in de KNMG blijven participeren om samen met curatieve en andere artsen een visie te kunnen ontwikkelen met betrekking tot diverse aspecten van de gezondheidszorg en om betrokken te blijven bij de contacten van de KNMG met de overheid, financiers en adviserende instanties op het gebied van de gezondheidszorg.

De sociaal-geneeskundigen zullen binnen de KNMG een aparte bundeling moeten blijven vormen. Deze bundeling moet over dezelfde mogelijkheden kunnen beschikken als groeperingen van curatieve artsen, om haar stem binnen en buiten de KNMG kenbaar te maken.

Dit zijn enkele van de conclusies uit het rapport van de Commissie Perspectief LVSG, dat onlangs in de ledenvergadering van de LVSG ter discussie heeft gestaan en in grote lijnen is aanvaard. De commissie werd ruim een jaar geleden in het leven geroepen door het Centraal Bestuur van de LVSG. Het bestuur maakte zich zorgen over het feit dat het ledenaantal op een voor KNMG-begrippen zo laag peil bleef en besloot een commissie de opdracht te geven onderzoek te doen naar de oorzaken van dit lage ledenaantal en aanbevelingen te doen voor de toekomst. Om een zo objectief mogelijk rapport te krijgen, nodigde het bestuur behalve een aantal gerenommeerde LVSG-leden een aantal gezaghebbende niet-leden uit om in de commissie zitting te nemen (van de negen commissieleden waren er vier niet-LVSG-lid!).

In haar rapport gaat de commissie uitvoerig in op de voorgeschiedenis van de – nu 7-jarige – LVSG. Heel aardig is het te zien dat, hoewel het idee al langer leefde, de aanleiding voor de uiteindelijke oprichting van de LVSG de rapportage in februari 1977 was van een werkgroep die zich bezighield met de structuur van de KNMG! De oprichting van de LVSG werd gesteund door de toen reeds actieve beroepsspecifieke verenigingen van sociaal-geneeskundigen: de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, die toen nog werden overkoepeld door de (inmiddels ontbonden) Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociaal-Geneeskundigen (ANVSG). Genoemde verenigingen stelden zich op het standpunt, dat een groeiend aantal gemeenschappelijke sociaal-geneeskundige belangen en een behoefte aan verduidelijking van de identiteit van de sociaal-geneeskundigen een eigen krachtige stem binnen de KNMG noodzakelijk maakten. Op 5 november 1981 vond de oprichtingsvergadering van de LVSG plaats. De

LVSG zou zich gaan bezighouden met de functionele belangenbehartiging van sociaal-geneeskundigen; de materiële belangenbehartiging zou bij de LAD blijven.

Het rapport gaat vervolgens in op hetgeen in LVSG-verband tot stand is gekomen in de afgelopen zeven jaar: De LVSG heeft zich een vaste plaats weten te verwerven in de KNMG en daarmee de mogelijkheid van goede relaties met de andere maatschappelijke verenigingen binnen het KNMG-verband. Via de KNMG-bundeling heeft de LVSG zeggenschap naar beleidsinstanties gekregen. In een twintigtal organisaties heeft de LVSG vertegenwoordigers. Door de mogelijkheden van Medisch Contact, waarin met name van de officiële rubriek 'Uit de verenigingen' en de voorzitterscolumn gebruik wordt gemaakt, draagt de LVSG haar boodschap uit, zowel naar het grootste gedeelte van de artsen van Nederland als naar 'Den Haag'. Er is een beleidsplan opgesteld en door de ledenvergadering aanvaard. Een eigen ledenbulletin, een folder en een 'huisstijl' zijn ontwikkeld.

Deze activiteiten hebben echter niet geleid tot een groot ledental. Ongeveer 45% van de so-



ciaal-geneeskundigen is lid van de trias KNMG-LAD-LVSG. De commissie heeft zich afgevraagd wat nu het belang is van een bundeling van sociaal-geneeskundigen in groter verband dan in beroepsspecifieke verenigingen. In het rapport wordt daarover gezegd: Door de voortgaande specialisatie groeien de verschillen tussen de groeperingen van artsen. Ondanks de verschillen tussen deze groeperingen en de vaak tegengestelde belangen blijven er vele vraagstukken van algemene aard die alle artsen aangaan. Uit praktisch oogpunt (twee weten meer dan één) en uit strategisch oogpunt (voorkomen van versnippering, dus van het risico tegen elkaar te worden uitgespeeld) is het van belang een gezamenlijke visie op deze vraagstukken van algemene aard te ontwikkelen. Slechts in één organisatorisch verband zal het vervolgens mogelijk zijn deze visie uit te dragen in contacten met overheid, financiers, werkgevers, etc. Ditzelfde geldt voor het reageren op voorname van dezelfde overheid, financiers, etc. ('Nota 2000', commissie-Dekker, FOZ) en het

participeren in beleids- en adviesorganen op het gebied van de gezondheidszorg. De commissie constateert vervolgens, dat de KNMG als grootste Nederlandse organisatie van artsen in de loop van jaren een belangrijke plaats heeft verworven als platform van overleg voor de verschillende groeperingen van artsen en als gesprekspartner voor overheid, financiers, etc. Een zelfstandige duidelijke stem van de sociaal-geneeskundigen mag in dit geheel niet ontbreken.

Over de lage organisatiegraad van sociaal-geneeskundigen in de LVSG zegt de commissie: 'Waar het uiteindelijk om gaat is of de LVSG als representatief kan worden gezien voor de sociaal-geneeskundige beroepsgroep'. De commissie meent dat de vraag of de bundeling van sociaal-geneeskundigen, zoals thans in de LVSG, representatief is, positief moet worden beantwoord. Een organisatiegraad van 45% is niet onbetekenend, de verdeling van de leden over de verschillende takken van sociale geneeskunde is evenwichtig, de bundeling heeft in de huidige structuur de mogelijkheid dat wat er bij de leden speelt te onderkennen en haar beleid hierop te richten. De commissie meent, dat het feit dat het aantal leden procentueel gezien tot nu toe is achtergebleven bij dat van de andere groeperingen binnen de KNMG geen reden is van bundeling af te zien, zelfs al zou er geen uitzicht op zijn dit percentage op korte termijn te vergroten.

Naast de conclusie dat de bundeling van de sociaal-geneeskundigen binnen de KNMG moet worden voortgezet, adviseert de commissie op korte termijn de banden met de beroepsspecifieke verenigingen aan te halen en veel aandacht te besteden aan de ontwikkeling van PR-activiteiten, opdat leden zoveel mogelijk bij het te voeren beleid worden betrokken en niet-leden geïnteresseerd raken.

De LVSG-ledenvergadering heeft aan het Centraal Bestuur gevraagd de conclusies en aanbevelingen van het rapport in een actieplan te vertalen. Niet alleen het Centraal Bestuur echter, maar alle leden zullen de komende jaren alle zeilen moeten bijzetten om de sociaal-geneeskundige stem in en buiten de KNMG die kracht te geven die zij verdient!

Mw. dr. C. Hermann,
voorzitter LVSG

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

GEZONDHEIDSZORG DUURDER

In MC nr. 39/1988, blz. 1155, stellen Van Montfort en Vandermeulen de vraag: 'Is de gezondheidszorg *echt* duurder geworden?' Aan de hand van een aantal tabellen verklaart en relativeert het duo de kostenstijging in de gezondheidszorg.

In de eerste tabel 'Aandeel Bruto Nationaal Produkt' (BNP) is een toename te zien van het aandeel kosten gezondheidszorg van 6,7% in 1973, tot 8,5% in 1985; een toename van 27%. Na correctie van de bevolkingsomvang blijft hier nog maar 16% van over. Waarom een correctie? Geeft zo'n correctie wel het juiste beeld van de kostenontwikkeling? Mijns inziens is dat niet het geval. Ter illustratie een voorbeeld: In een bepaalde periode nemen het BNP, de bevolking en de kosten van de gezondheidszorg toe met 50%. Daaruit volgt, dat het aandeel van de gezondheidszorg in het BNP gelijkblijft. De index van aandeel gezondheidszorg in het BNP blijft 100. Ingeval een correctie voor de bevolkingstoename vervolgens wordt toegepast, volgt daaruit een afname van 100 naar 66. Hieruit mag men vervolgens niet de conclusie trekken dat de gezondheidszorg 'minder duur' is geworden. De door het duo toegepaste correctie is dan ook niet juist.

Uit de cijfers van Van Montfort en Vandermeulen valt in ieder geval op te maken, dat de gezondheidszorg de afgelopen jaren aanzienlijk duurder is geworden. Dat kan niet worden ontkend. Daarnaast is het nuttig de oorzaken daarvan te verklaren; het is onder andere toe te schrijven aan:

- vergrijzing;
 - welvaart;
 - milieu;
 - medische ontwikkelingen;
 - maatschappelijke veranderingen, enz.
- Nader onderzoek is mijns inziens wenselijk.

Baak, november 1988
P. H. M. Niks

Naschrift

De heer Niks geeft aan, dat van het corrigeren van de kosten van gezondheidszorg als aandeel in het BNP voor de bevolkingsontwikkeling een verkeerde suggestie uit kan gaan. In ons artikel worden juist daarom ook verschillende indicatoren vergeleken. In het vervolg van ons artikel wordt vooral aandacht geschonken aan de volume-ontwikkeling van de gezondheidszorg vergeleken met ontwikkelingen als welvaart (volume BNP), vergrijzing, patiëntenstromen, . . .

BRIEVEN

Tevens willen ondergetekenden er op wijzen, dat zij werkzaam zijn bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) en niet bij de Nationale Ziekenhuisraad (NZR).

Utrecht, november 1988
Prof. Dr. A. P. W. P. van Montfort,
Drs. L. J. R. Vandermeulen

LEGES BETALEN VOOR VESTIGINGSVERGUNNING?

Zoals aangegeven in een noot bij mijn artikel over de Middelstumse legesverordening ('Moeten huisartsen leges gaan betalen voor een vestigingsvergunning?'; MC nr. 36/1988, blz. 1047), heb ik de Raad van State verzocht genoemde verordening voor vernietiging voor te dragen bij de Kroon, opdat meer duidelijkheid over de rechtmatigheid ervan zou worden verkregen. De Raad van State heeft mijn schrijven ter zake ter behandeling overgedragen aan het ministerie van Binnenlandse Zaken. Uit bijgaande brief, voor de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken getekend door de plaatsvervangend directeur bestuurlijke en financiële organisatie, blijkt dat de verordening niet ter vernietiging zal worden voorgedragen:

De door de gemeenten gemaakte kosten ten behoeve van de Wet voorzieningen gezondheidszorg (hierna: de WVG) worden slechts gedeeltelijk vergoed door de rijksoverheid. Tot 1989 is de rijksbijdrage aan iedere gemeente f 1,04 per inwoner. In 1989 krijgen de meeste gemeenten f 0,17 per inwoner in verband met de overheidsbezuinigingen en met het wegvallen van diverse taken voortvloeiende uit voormelde wet. Het bedrag van f 1,04 per inwoner is een normbedrag. Deze vergoeding is niet voor iedere gemeente toereikend. De ten laste van de gemeente komende kosten ter zake van de vestigingscommissie die op grond van de WVG is ingesteld kunnen hoog oplopen. De gemeente Middelstum is met een aantal andere gemeenten aangesloten bij de Regioraad Noord-Groningen. De vestigingscommissie huisartsen maakt deel uit van deze regioraad en is belast met de voorbereidende procedure tot afgifte van de benodigde vergunningen voor huisartsen. Verder brengt zij hieromtrent advies uit aan burgemeester en wethouders. De totale kosten van deze com-

missie worden gedragen door alle aangesloten gemeenten. De totale kosten voor de gemeente Middelstum bedragen voor dit jaar f 3,37 per inwoner. Dit komt erop neer dat de kosten van de gemeente ten aanzien van de commissie voor 1988 f 9.742,— bedragen.

Daar de rijksbijdrage ontoereikend is voor deze gemeente, is het toegestaan dat zij door middel van legesheffing, indien dit mogelijk is, de eventuele resterende kosten bij de vergunningverkrigende in rekening brengt. Het is niet zo dat de aan de lagere overheden opgedragen taken óf uit rijksbijdragen óf uit leges dienen te worden gefinancierd. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die u in uw brief (. . .) aanhaalt, wijst in de openbare commissievergadering van 7 maart 1980 op het feit dat niet dubbel kan worden gefinancierd voor hetzelfde doel: ' . . . dat datgene wat wordt betaald uit de heffingen door de centrale overheid niet nog eens kan worden aangemerkt om leges te heffen'. Aanvulling van kosten is derhalve wel toegestaan.

Ten aanzien van het systeem van kostenberekening merk ik op dat het aan het beleid van het gemeentebestuur is overgelaten te bepalen in hoeverre men, wat de heffing van leges betreft, naar kostendekkende tarieven wil streven. Weliswaar dient zoveel mogelijk te worden aangesloten bij de werkelijk gemaakte kosten, maar dit kan veelal niet anders zijn dan een benadering daarvan. Alle kosten die de gemeente heeft gemaakt in het kader van de vergunningverlening kunnen door haar in rekening worden gebracht.

De afgifte van een vergunning kan niet afhankelijk worden gesteld van het betalen van leges. De vergunning wordt in ieder geval afgegeven, betaling kan dan op een later tijdstip plaatsvinden. Het belastbaar feit ontstaat namelijk pas nadat de vergunning is afgegeven. Artikel I, lid I-1 onderdeel a van de wijzigingsverordening is correct geredigeerd.

Ten aanzien van uw opmerking onder punt 5 over het in het Europees Verdrag gewaarborgde vrije verkeer van personen, neem ik aan dat u doelt op titel II, hoofdstuk 2 van het EEG-Verdrag: het recht van vestiging (artikel 52 en volgende). In dit verdrag wordt onder andere geregeld de vrijheid van vestiging van onderdanen van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat. Deze materie staat geheel los van het onderhavige geval: de vestigingsprocedure voor de uitoefening van een huisartspraktijk in Nederland.

Voorts zij nog vermeld, dat de gemeente Middelstum bij de vaststelling en wijziging van de Verordening op de heffing en invordering van leges geheel binnen de door de wet gestelde grenzen is gebleven en er geen aanleiding was aan het wijzigingsbesluit koninklijke goedkeuring te onthouden. En ook thans zie ik geen

aanleiding genoemd wijzigingsbesluit ter koninklijke vernietiging voor te dragen. Mocht degene aan wie de aanslag is opgelegd het niet met deze aanslag eens zijn, dan kan hij daartegen bezwaar maken bij het college van burgemeester en wethouders. Tegen een afwijzende uitspraak op het bezwaarschrift staat beroep open bij het Gerechtshof.

Tot zover, als vervolg van mijn bijdrage, dit schrijven van Binnenlandse Zaken.

Landgraaf, november 1988
P.S.P. Vanderheyden

WAT ER STOND EN WAT ER STAAT

Redacties van dagbladen en periodieken behouden zich het recht voor ingezonden brieven te weigeren of in te korten. Dat is duidelijk, maar hoe moet men het volgende omschrijven?

Een door mij als bestuurslid van de Interstafraad Regio Amsterdam ingezonden stuk naar het beste dagblad van Nederland werd op een verrassende wijze opnieuw geredigeerd. Er stond in mijn tekst: 'Deze tarieven liggen thans in 1988 op een dergelijk laag niveau dat

ze maatschappelijk niet meer relevant zijn. Vergelijking van nota's van televisiemonteurs, autoreparateurs, loodgieters (en ziekenhuizen) met die van de specialisten kan dat direct bevestigen.' De dagbladredactie publiceerde de tekst: 'Het niveau van deze tarieven is thans vergelijkbaar met dat van tarieven van televisiemonteurs, autoreparateurs, loodgieters (en ziekenhuizen).' (sic)
Een vorm van sluipende discriminatie, het best te betitelen als anti-specialist-isme.

Zaandam, november 1988
Dr. F. van Soeren, internist



Dagboek van een waarnemer

6: Een bijzondere diagnose

Zondag, 11.00 uur.

'Met mevrouw Franeker, kunt u even langskomen voor mijn man, dokter? Hij heeft pijn in zijn rug en ligt nog in bed en dat is niks voor hem.'

'Hoe oud is uw man, mevrouw?'

'42 jaar.'

'Wat is het adres?'

'Klaroenlaan 6.'

Als ik ook het telefoonnummer heb genoteerd, ga ik erheen. Ik tref een man aan die geen zieke indruk maakt. Hij is niet veel te dik, gewoon een bierbuikje, en hij vertelt zijn verhaal.

Gisteren is hij gaan trimmen met een vriend. Hij had jaren niks aan sport gedaan. Ze hadden in het bos gelopen, wat rekoefeningen gedaan, niet overdreven veel of hard. Het was per slot van rekening de eerste keer. Rustig aan, niet overdrijven, had zijn vriend gezegd. Die vriend deed het vaker. Meneer Franeker was er niet uitgeput van geraakt, gewoon lekker moe. Verder had hij niks bijzonders gedaan gisteren, zich niet vertild of zo. En nu had hij dus pijn in zijn rug, in het midden, beiderzijds. Geen klachten van tractus digestivus, respiratorius of urogenitalis. Al mijn vragen worden beantwoord in termen van 'niet ziek'. Zelf heeft patiënt ook geen idee wat er zou kunnen zijn. 'Spierpijn' denk ik. 'Die moest zo nodig flink doen. Altijd hetzelfde liedje...'
Ik onderzoek de man. Bloeddruk 160/80, pols

80 regular, eequal, geen souffles aan het hart. Hij geeft drukpijn aan in de nierloge beiderzijds, de m. erector trunci voelen hard aan. Er is geen drukpijn in de galblaasstreek, aan de buik kan ik geen afwijkingen vinden. Geen drukpijn, normaal darmgeruis. Rectaal toucher: geen afwijkingen. Het lijkt niet op een koliek, meer op een griep. Toch maakt de man een reële indruk. Hij heeft geen koorts. Een opkomende griep, lumbago? Dat is wel gek beiderzijds zonder aanleiding. Spierpijn door het trimmen? Ik weet het niet. Ik geef hem een Busopan® supp. uit de tas, zeg dat ik nog een visite in de buurt ga maken en dan terugkom. Na een half uur is de pijn wat gezakt. Zou de therapie 'ex juvantibus' helpen? Ik schrijf een recept uit voor zepillen.

Ik meet hem nog eens de bloeddruk: 140/80, dat klopt. De man zal wel wat gespannen zijn geweest, daarnet. Ik ben niet echt tevreden als ik wegga. Een vaag gevoel van onrust? Of vind ik het vervelend dat ik het 'gewone rijtje': klacht-onderzoek-diagnose-therapie, niet heb kunnen afwerken. Lang sta ik er niet bij stil. De tijd zal wel leren wie er gelijk heeft en het andere werk eist mijn aandacht.

Om 19.00 uur belt mevrouw Franeker weer. Het gaat niet beter met haar man. De zepillen lijken ook niet te helpen. Of ik nog even kan komen? Ik heb daar niet zoveel zin in. Kan toch niks doen. Afwachten lijkt het beste. Mevrouw Franeker gaat daar niet mee akkoord. Ze is echt ongerust. Ik beloof te komen. De patiënt ziet er hetzelfde uit: niet beter, maar ook niet slechter. Anamnestic zijn er

geen duidelijke veranderingen. Hij heeft de hele dag op bed gelegen. Opnieuw neem ik de bloeddruk op, meer uit routine dan dat ik er wat van verwacht. 120/70! Nu gaat de rode waarschuwingsslamp in mijn brein toch knip-pen. Dit is geen kwestie van gespannen zijn of rustig liggen; die bloeddruk daalt. Verder is het lichamelijk onderzoek hetzelfde.

Ik bel het ziekenhuis om de internist te raadplegen. Deze weet geen diagnose, maar: 'Stuur hem maar, dan zullen we er eens naar kijken.' Hij denkt aan pancreaslijden, dat kan rugpijn geven. Ik vraag hem me te vertellen wat de diagnose wordt. Dat wordt beloofd. Wanneer ik met de patiënt de opname bespreek, stemt hij er meteen mee in. Hij voelt zich rot en wil weten waarom. Mijn brief aan de internist bevat geen differentiële diagnose. Ik weet niet wat iemand zulke rugklachten en tensiedaling bezorgt. Of dit een terechte opname is, weet ik zelfs niet; mogelijk weet ik dat vanavond.

Maandag 13.00 uur.

Geen bericht uit het ziekenhuis. Ik bel op. Ja, meneer Franeker, daar weten ze van. Die is overgedragen aan de chirurg. Eindelijk heb ik een chirurg te pakken. 'Trieste zaak', zegt hij. 'Die man had een aneurysma dissecans, dat ter hoogte van thoracale 12 was gaan scheuren naar boven en beneden. Hij is op de operatietafel overleden.' Ik ben verslagen. Ik bel de huisarts op. Die blijkt het al te weten en zal er langsgaan.

Marie-José Molledans

'Bevordering der geneeskunst' KNMG-prijsvraag 1988:

De KNMG-prijsvraag 1988 behelsde de opdracht een opstel van maximaal 2.500 woorden te schrijven over 'bevordering der geneeskunst'. Daarbij zouden in het bijzonder óf (sociaal-)economische óf medisch inhoudelijke óf relationele aspecten aan de orde moeten worden gesteld. Deelname was opengesteld voor aankomende en jonge artsen.

De jury – leden: F. N. M. Bierens, C. F. A. Heijen, Prof. Mr. W. B. van der Mij, Dr. C. Spreeuwenberg en Prof. Dr. W. J. Schudel (voorzitter) – besloot twee inzendingen te bekronen, allebei van een co-assistent. In de categorie 'medisch inhoudelijk' ging de prijs van f 1.000 naar Mw. J. D. de Loor uit Zwolle; haar opstel 'Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs' getuigt volgens de jury van een goede kritische reflectie op het medisch onderwijs in onze dagen. N. G. van Vliet uit Leiden kreeg f 1.000 voor zijn in de categorie 'relationeel' aangeboden opstel: 'Bevordering der geneeskunst';

daarin presenteert hij, zegt de jury, een heldere weergave van de belevingswereld van een aanstaande arts.

In de categorie '(sociaal-)economisch' kon geen prijswinnaar worden aangewezen. De geringe belangstelling voor een onderwerp uit deze categorie houdt mogelijk verband met de leeftijd van de beoogde inzenders: voor de 'doelgroep' vormt dat onderwerp nog geen dagelijks punt van overweging.

Twee inzenders kregen een eervolle vermelding. Dat zijn de arts F. J. van Oenen uit Amsterdam voor zijn, origineel genoemde, bijdrage: 'Het belang van de metafoor of de kracht van de hofnar' en Mw. Kleinsman uit Nijmegen, vijfdejaars medisch studente, voor: 'Vrouwenwerk; over het verbeteren van relaties in de geneeskunst'.

De beide inzendingen die met een prijs zijn bekroond staan hieronder.

Verbeter de geneeskunde, begin bij het onderwijs

Wie het oude breiwerk als broddelwerk ontrafelt omdat er onderweg al zoveel steken zijn gevallen heeft daarmee nog geen nieuw patroon ontworpen.

Dunning

Universitair onderwijs in de geneeskunde is de basis van medisch-inhoudelijk verantwoorde geneeskunst.

Om in Nederland basisarts te worden dient men een universitaire studie van zes jaar te voltooien, met een flink pakket verplichte vakken en examens, die in principe voor iedereen identiek zijn. Aan deze opleiding is wel het een en ander te verbeteren. Hoewel het onderwijs in principe alle drie de aspecten van bevordering der geneeskunst behelst, zal het hier uitsluitend gaan over de *medisch-inhoudelijke* kant van de conventionele opleiding (Maastricht uitgesloten).

Er zijn globaal drie versies op de studie geneeskunde. De eerste gaat ervan uit dat het een wetenschappelijke opleiding is (met de specialisatie erna als beroepsopleiding), de tweede kijkt ertegen aan als een universitaire beroepsopleiding, de derde vindt de eerste vier jaar wetenschappelijk en de laatste twee jaar (klinische) beroepsopleiding.

Mw. J. D. de Loor

De enige reële tweede-fase-opleiding bij Medicijnen is de opleiding tot basisarts. (Hoe) kan die opleiding worden verbeterd? Hierover gaat het opstel, eerste-prijswinnaar in de categorie 'medisch inhoudelijk', dat co-assistente J. D. de Loor uit Zwolle schreef voor de KNMG-prijsvraag 1988.

WAT VOOR ARTS?

Wat voor arts wil men opleiden? Een probleem in de discussie over medisch onderwijs is, dat er geen omschrijving is van de benodigde kennis en vaardigheden van de basisarts die door iedereen wordt geaccepteerd¹⁻³. Er zijn geen eenduidig geformuleerde opleidingsdoelstellingen om het onderwijs mee op te bouwen of te evalueren. Dunning spreekt over 'het schimmige halffabrikaat basisarts' en sommigen vragen zich af of het gangbare beeld van de arts als duizendpoot reëel is en of aan alle aan de oplei-

ding gestelde eisen wel is te voldoen⁴⁻⁶. Dokter concludeert dat het niet duidelijk is wat de beroepsgroep onder een 'goede' arts verstaat⁷. Naast het feit dat het arts-examen de bevoegdheid geeft tot het uitvoeren van de (gehele) geneeskunst¹, speelt hierin het conflict beroepsopleiding versus wetenschappelijke opleiding een rol.

In dit artikel wordt gekozen voor de visie dat de opleiding tot basisarts een universitaire beroepsopleiding is, omdat het momenteel met een doctoraal Medicijnen zonder extra's praktisch onmogelijk is een passende baan te vinden. Voor onderzoek is de medisch doctorandus (M/V) niet opgeleid en in patiëntenwerk heeft hij geen ervaring en geen bevoegdheden (behalve als co-assistent). Dit resulteert soms tot tijdelijke baantjes als schoonmaker of ongeschoold verpleeghulp gedurende de wachttijden. De enige reële tweede-fase-opleiding bij Medicijnen is de artsopleiding. Pas als *basisarts* heb je toegang tot een verscheidenheid aan richtingen. Omdat 'iedereen' basisarts wordt, wil ik me richten op de medisch-inhoudelijke kant van het artsberoep en op de vraag hoe het onderwijs daarin kan worden verbeterd.

DOELSTELLINGEN

Iedereen die zich wel eens heeft beziggehouden met didactiek weet dat helder geformuleerde, toetsbare doelstellingen de basis zijn voor het opbouwen en evalueren van een programma⁸. Zolang men een duizendpoot wil opleiden, met vele theoretische en praktische kennis en vaardigheden, en zolang men voor 'onderwijsdoelstellingen' leest: 'Zie onderwijsinformatie' (=inhoud!), zullen we wel nooit afkomen van het 'schimmige halffabrikaat basisarts', dat bij aanvang van een nieuwe baan overal een heel klein beetje, maar nergens genoeg van weet om direct zelfstandig aan het werk te kunnen. 'Teaching the teachers', met name door onderwijsdeskundigen⁹, is in ons wetenschappelijk onderwijs geen gemeengoed, maar wellicht het overwegen waard. Nu bepalen vaak mensen die om hun onderzoek en klinische ervaring hoog staan aangeschreven wat en hoe er wordt onderwezen¹⁰, terwijl zij van basale didactiek geen kaas hebben gegeten en zij geen overzicht hebben over de geneeskunde. Veranderingen in het onderwijs vinden mede daardoor slechts zeer langzaam plaats; discussies over veranderingen gaan vaak minder over doelstellingen en methoden dan over het aantal uren dat voor een vak beschikbaar is¹¹. Pas wanneer door een succesrijke onderwijsmethode verschillende belangen kunnen worden verenigd, maakt ze een kans. Snelle veranderingen blijken vooral mogelijk te zijn als de regering er om economische motieven druk achter zet⁶. Het formuleren van heldere, toetsbare doelstellingen per vak en per jaar of fase van de studie, nauwkeurig bezien op hun waarde binnen de medische opleiding, is een taak die niet alleen bij de vakgroepen ligt. Er moeten mensen zijn met totaaloverzicht, en vakgroepen moeten met hen kunnen en willen samenwerken¹⁰. Verder moet ook de individuele docent per college zijn doelen stellen en deze aan de student kenbaar maken. De vaak autoritaire houding van 'je moet gewoon alles weten' past niet in een opleiding tot een beroep waarin kritisch nadenken een belangrijke vereiste is¹². Bovendien leren studenten en docenten kritisch naar hun onderwijs te kijken, als het wat en waarom daarvan hun moeten worden uitgelegd.

STUDENTEN BETER TRAINEN

De arts is werkzaam als diagnosticus en behandelaar van door patiënten aange-

boden problemen. Gegevens van verschillende aard afkomstig uit anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratorium- en röntgenuitslagen moeten worden verzameld en geïnterpreteerd met behulp van theoretische voorkennis om het probleem te analyseren en vervolgens op te lossen (WIA-model: waarneming, interpretatie, actie)¹³. Voor dit klinische denken zijn de volgende zaken rechtstreeks noodzakelijk: voorkennis, vaardigheid in het afnemen van een anamnese en het uitvoeren en beoordelen van lichamelijk onderzoek, op de hoogte zijn van de waarde van bepaalde laboratoriumgegevens, in staat zijn röntgenfoto's en -uitslagen te beoordelen. Hiervan uitgaande en zonder mijzelf op het moeilijke vlak van doelstellingen te wagen, zal men vanaf het eerste jaar elementen in het programma moeten inbrengen die zijn gericht op beroepsvaardigheden, zodat studenten beter worden getraind. Ik wil hier Schmidt aanhalen, die terecht schrijft dat opleiders gebruik moeten maken van gegevens over onderwijsexperimenten van anderen, zodat van hun ideeën en fouten kan worden geleerd¹⁴. Er is de laatste jaren reeds veel gebeurd in het medisch onderwijs. De invoering van de tweefasenstructuur katalyseerde diverse veranderingen. Er kwamen anamnesetrainingen en cursussen klinische vaardigheden, waarin ook aan de attitude van de student wordt gewerkt. Geïntegreerde thema's en blokken over niet aan een vak gebonden onderwerpen werden gecreëerd, toevoegingen als anatomie in vivo, een verplichte EHBO-cursus, keuzeprojecten en onderzoekstages werden op diverse faculteiten ingevoerd¹⁰⁻¹⁵⁻¹⁷. Daar staan helaas ook verslechtingen tegenover: het afschaffen van de werkcolleges, het comprimeren van een bepaalde hoeveelheid stof in minder college-uren, met meer thuiswerk voor de student als gevolg, en dat in een studie met een toch al niet geringe studiebelasting.

Er blijven nog diverse punten over die aandacht verdienen:

1. Het curriculum bestaat in de eerste vier jaar voornamelijk uit hoorcolleges. Een groot nadeel hiervan is de passiviteit van de student¹⁸. Gedurende de eerste vier jaar is er weinig noodzaak tot toepassing van het geleerde en ongebruikte kennis atrofieert¹⁹. Er bestaat in de eerste vier jaar bij veel studenten een motivatieprobleem ten opzichte van de te bestuderen stof¹²⁻²⁰. Pas in de klinische fase

blijkt bepaalde kennis praktisch nut te hebben, terwijl dat op het moment van bestuderen onduidelijk was. Volgens Schmidt en Moust is dit in het probleemgeoriënteerde Maastrichtse curriculum niet het geval²¹.

Probleemoplossen vraagt een *actieve benadering*. Invoering van actieve werkvormen in het onderwijs, zo mogelijk in kleine groepjes maar ook in de colleges, waarin kennis moet worden gebruikt voor het oplossen van problemen, kan zorgen dat kennis wordt gestructureerd, dus beter blijft hangen. Zo zouden studenten in aansluiting op anatomiecolleges kunnen leren röntgenfoto's van het desbetreffende gebied systematisch te beoordelen; daarbij kan naast de normale anatomie ook de pathologie worden geïntroduceerd. Behalve een hoorcollege waarin het beoordelingssysteem wordt besproken, zou een werkcollege natuurlijk waardevol zijn. Tevens zou zo een defect uit mijn curriculum kunnen worden verholpen: het beoordelen van röntgenfoto's en -uitslagen, laboratoriumwaarden en ander aanvullend onderzoek werd niet aangeleerd in de theoretische fase. Voor alle basisartsen, in welke richting zij zich ook willen specialiseren, lijkt mij enige kennis hiervan noodzakelijk. Ook de anatomie in vivo met studenten of dia's als voorbeeld is een aanvulling, waarmee reeds in een vroeg stadium de inspectie en het bewegingsonderzoek kunnen worden geïntroduceerd. Bij de colleges over lichamelijk onderzoek zouden bandjes met hart- en longgeluiden kunnen worden afgeluisterd. Het leren van kreten als 'systolische crescendo-decrescendo soufflé' zonder ooit normale hartgeluiden te hebben gehoord, is naar mijn idee onzinnig, maar het gebeurt (gebeurt?) wel. Andere mogelijkheden zijn het gebruik van de computer²²⁻²³, de videocasus²⁴, het diasprekuren en casuïstiek-uren (met behulp van gestructureerde open vragen zoals die in diverse oefenboeken staan), door een docent die in staat is de 'zaal' erbij te betrekken.

2. De criteria voor het kunnen vervolgen van de opleiding, de examens, hebben geen relatie met het probleemgericht kunnen denken of met het goed kunnen omgaan met patiënten. De veelvuldig gebruikte 'multiple choice'-vragen (van anatomie tot interne geneeskunde . . .) toetsen voornamelijk het vermogen kennis vast te houden en te reproduceren (herkenning van de stof op niveau van feiten)¹²⁻²⁵. Vaardigheden functioneren zelden als criterium. Deze schijnen moei-

lijk te meten te zijn^{6 14}. De voorbereiding op een tentamen past zich aan aan de eisen van het examen: het cijfer is het uiteindelijke criterium voor succes en de student kiest een op dat succes gerichte strategie^{12 14 26}. Steekproeven uit syllabi en tentamenvragen van enige medische faculteiten bevatten volgens ervaren algemene artsen en internisten een ballast van irrelevante feitenkennis, terwijl soms juist belangrijke zaken ontbreken. Basisartsen beschikken dikwijls wel over veel feitenkennis, maar deze betreft veelal details en vertoont juist grote hiaten in basale concepties¹.

Het maken van toetsingsmethoden voor vaardigheden is geen eenvoudige opgave. In diverse artikelen worden voorbeelden genoemd: gestructureerde open vragen^{13 23}, patiëntencasus op vijftig kaartjes¹⁴, 'patiënt management problems' en 'computer assisted instruction'²³, simulatiepatiënten^{10 17}. Behalve de volledige patiëntencasus kunnen ook kleinere onderdelen voor toetsing worden gebruikt. Nadat de systematische beoordeling van röntgenfoto's of dia's is behandeld, kan dit ook tot examenonderdeel worden gemaakt. Hart- en longgeluiden (bandjes) kunnen hun waarde wellicht eveneens op examens bewijzen, hoewel de massaliteit van veel tentamens en de combinatie van verschillende groepen in een tentamenhal hier problemen kan geven. Een vaak genoemd probleem is de arbeidsintensiviteit van het ontwerpen van dergelijke toetsingsmethoden en het nakijken van de resultaten. Uitwisseling tussen faculteiten kan wellicht arbeidsbesparing opleveren. Ook lijkt mij dat er naarstig naar andere mogelijkheden moet worden gezocht, zo nodig ook buiten de medische wereld: er zijn meer vakken waar vaardigheden belangrijk zijn!

3. Bij de overgang naar de kliniek is er een abrupte wijziging van de eisen die de opleiding stelt. In plaats van bij een bepaald ziektebeeld te bedenken welke klachten er zouden kunnen zijn, moet je vanuit een klacht naar de differentiaal-diagnose redeneren. Verder zijn er allerlei nieuwe aspecten van het medisch beroep die aandacht vragen: het ziekenhuisbestaan met lange werkdagen, contact met patiënten (in een nieuwe rol: de co-assistent wordt vaak gezien als 'de jonge dokter'), ziekte, lijden, sterven, het rechtstreekse contact met de opleiders^{19 27 28}. Gelukkig bestaan er inmiddels op vele faculteiten stoomcursussen, voorafgaand aan de klinische periode,

waarin een basis aan communicatieve vaardigheden wordt aangekweekt en men de techniek van het lichamelijk onderzoek leert. In ieder geval een deel van het probleem is hiermee opgelost.

4. In de kliniek zelf zijn er problemen met de zinnige invulling van het co-schap en de 'feedback' op activiteiten en vaardigheden. De eindeloze opnames, die lang niet altijd worden nabesproken of gesuperviseerd, het vele 'meekijken' op poliklinische spreekuren zonder zelf anamneses af te nemen of te kunnen proberen het probleem op te lossen, de klusjes, zoals prikken, foto's halen en eindeloos dezelfde operaties bijwonen zonder er veel van te zien of te leren ('in de haken hangen'), veroorzaken na verloop van tijd co-schapmoedheid: voor de co-assistent gaat het boeiende eraf, men moet de tijd voor het artsexamen uitzitten. Ook het feit dat zelden of nooit opleiders met de co-assistent diens goede (!) en slechte punten bespreken is een zaak waarover al vele, vele jaren wordt geschreven, die gelukkig hier en daar verbetert, maar vaak ook nog o zo actueel is. Dat het ook anders kan, bewijst Pleumeecker²⁹. In het beschreven co-assistentenschap Huisartsgeneeskunde zitten veel zelfstandige activiteiten met supervisie, ook de andere activiteiten zijn met behulp van een werkboek gestructureerd. Ook in de ziekenhuisstages moet de co-assistent een zinnige taak krijgen, waarin onderwijs centraal staat. Op de polikliniek moet de student veel patiënten zelfstandig zien, met duidelijke afspraken over wat wel en wat niet mag gebeuren, en bespreking van de door de student gemaakte status, voorgestelde differentiële diagnose, aanvragen voor aanvullend onderzoek en beleid, waarbij positieve en negatieve punten aan de orde komen. Ende schreef een goed artikel over 'feedback' in de kliniek³⁰. Dit is niet zo tijdrovend als het lijkt! In de kliniek moet de co-assistent de zorg over enkele zelf opgenomen patiënten krijgen. Het beleid en de cursus in de status worden door de student in overleg met de assistent verzorgd, tweemaal per week loopt de specialist visite met student en assistent, waarbij vragen (ook domme . . .) kunnen worden gesteld.

Ik wil hier nog het punt van de supervisie door arts-assistenten noemen. Deze artsen hebben zelf net het co-assistentenstadium achter de rug. Dat kan als voordeel hebben dat ze zich de moeilijkheden van een co-assistent kunnen voorstellen, maar het heeft het nadeel dat deze men-

sen zich qua klinische ervaring beslist niet kunnen meten met ervaren artsen. Bovendien heeft de arts-assistent het over het algemeen razend druk; werktijden van 70 uur per week zijn nog steeds geen uitzondering, wat het geduld ten opzichte van een co niet zal bevorderen. Wat de handvaardigheden betreft moet bij meer vakken dan alleen de obstetrie een aantal verrichtingen worden 'gescoord'. Ik denk aan het prikken van infusen, het doen van arteriepuncties, het catheteriseren, het verwijderen van atheroomcysten, het excideren van naevi en ingegroeide nagels, het hechten, het inbrengen van IUD's en (verzakkings)pessaria. Dat is niet alleen voor de student een referentiekader, maar ook voor de docent, die ervoor zal moeten zorgen dat de student genoeg kansen krijgt. Uiteraard moeten deze zaken worden bekeken binnen het raam van doelstellingen, maar ik denk dat iedere arts-assistent dit soort dingen moet kunnen, terwijl ik er zelf in ieder geval een aantal nooit heb gedaan!

5. In de huidige tijd kan een praktizerend arts niet meer heen om alternatieve geneeswijzen, milieuvervuiling en dergelijke. Zo'n 60% van de huisartsen zegt positief te staan ten opzichte van acupunctuur en homeopathie (kranten augustus 1988). Het vullen van wat ruimte in het curriculum door een arts die deze methoden gebruikt, lijkt mij dan ook geen overbodige luxe. Medische milieukunde vult slechts twee uur college gedurende de Groningse opleiding. Wellicht kan de nieuwe Vereniging voor Medische Milieukunde suggesties doen voor het onderwijs.

BESLUIT

Met het motto van dit artikel in het achterhoofd en na het lezen van diverse artikelen die de laatste tien jaar zijn gepubliceerd, kan ik vaststellen dat het inderdaad niet eenvoudig is een beter curriculum te maken. Natuurlijk spelen er meer zaken een rol dan hier aan de orde zijn gesteld: economische en sociaal-psychologische aspecten van de geneeskunde horen deel van het curriculum uit te maken. En wil men meer dan een universitaire beroepsopleiding, bijvoorbeeld meer researchcapaciteiten bij de basisarts, betere kennis van milieukundige vraagstukken, of GVO-deskundigheid (voorlichtingskunde!), dan zal men daar apart aandacht aan moeten schenken. Differentiatie, al vóór het doctoraalexamen

men, waarbij niet iedereen afstudeert als basisarts met de bevoegdheid tot het uitvoeren van de gehele geneeskunde, lijkt me dan noodzakelijk.

Wanneer men zich binnen de studie geneeskunde echter gaat bepalen tot een goed omschreven opleiding voor het beroep, en aan probleemoplossende en medische vaardigheden de benodigde ruimte geeft, denk ik dat de opleiding aan kwaliteit en aantrekkelijkheid kan winnen. □

Literatuur

- Huygen FJA. De medische basisopleiding. Nota van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1979; 34: 541-4.
- Molen H van der. De gang door het medische curriculum; knelpunten. Medisch Contact 1979; 34: 396.
- Veder-Smit E. Gezondheidszorg en medische opleiding. Medisch Contact 1980; 35: 1197-8.
- Dunning AJ. Dokteren aan de opleiding. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 637-8.
- Gerritsma JGM. Onderwijsontwikkeling, een ondergeëvalueerd vakgebied? Medisch Contact 1984; 39: 1414-6.
- Schretlen I. De machteloosheid van de onderwijshervormers. Medisch Contact 1981; 36: 1097-1104.
- Dokter HJ. Veranderingen in doelstellingen ten behoeve van de opleiding tot basisarts in Rotterdam (1973-1983). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1625-8.
- Standaert R, Trock F. Leren en onderwijzen; inleiding tot de algemene didactiek. 17e dr. Leuven/Amersfoort: Acco, 1984.
- Roelink H. De medische basisopleiding in een welvaartsstaat. Medisch Contact 1980; 39: 1199-1203.
- Winter J, Janson E. In mijn tijd waren we overal tegen. Interview met H. W. van Lunsen. Shock (periodiek Faculteit der Geneeskunde Groningen) 1987; 6: 14-9.
- Reitsma FE. De geneeskundige opleiding als probleem; een gezichtspunt. Medisch Contact 1979; 13: 411-5.
- Coelho ML. Ervaringen van een studentpsychologe. Medisch Contact 1979; 13: 404-9.
- Klapper introductiecursus klinische vaardigheden. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.
- Schmidt HG et al. Comparing the Effects of Problem-Based and Conventional Curricula in an International Sample. J Med Educ 1987; 62: 305-15.
- Bernards JA. Medische opleiding; van coördinatie naar integratie. Ned Tijdschr v Geneesk 1983; 127: 972-5.
- Gerritsma JGM, Struyvenberg A. Onderwijsreorganisatie nader beschouwd. Medisch Contact 1985; 40: 1439-42.
- Phaff CH. Modernisering van het klinisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2214-5.
- a. Meer J van der. De kliniek voor het blok. Ned Tijdschr v Geneesk 1983; 127: 686-8.
- b. Kuenen L. Welke artsen moeten wij vormen? Medisch Contact 1979; 13: 409-11.
- Vries H de. De gang door het medische curriculum. Emotionele aspecten. Medisch Contact 1979; 13: 397-401.
- Bender W. Kritische momenten in de medische studie, enkele recente onderzoeksgegevens. Medisch Contact 1979; 13: 402-3.
- Schmidt HG, Moust JHC. Studiebeleving van Maastrichtse medische studenten. Medisch Contact 1981; 49: 1515-8.
- Knapp RG et al. Computer Instruction as a Part of a Course on Analytic Medicine for First-Year Students. J Med Educ 1987; 62: 771-4.
- Verbeek HA. Modernisering van klinisch onderwijs. Ned Tijdschr v Geneesk 1982; 126: 1787-90, 2215.
- a. Alberts PD et al. Een videocasus voor het onderwijs. In: Sijde PC van der. Het leren oplossen van fysiotherapeutische problemen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- b. Mogelijkheden en beperkingen van de videocasus in het onderwijs. In: Sijde PC van der. Het leren oplossen van fysiotherapeutische problemen. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
- Geurtz J. Meerkeuzevragen meten geen vaardigheden. Volkskrant 30 juli 1988.
- Eichna LW. Medical-school education, 1975. A student's perspective. New Engl J Med 1980; 303: 727-34.
- Es A van. Anatomie van het gevoel, dagboek van een co-assistent. Westbroek: Harlekijn, 1979.
- Lunsen HW van. Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek? Het gynaecologisch onderzoek, een kritisch moment voor patiënten, studenten en docenten. Proefschrift. Groningen/Haren: Knoop, 1987: 74-82.
- Pleumeeker H. Naar optimalisering van het co-assistent-schap huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1988; 31: 232-3.
- End J. Feedback in Clinical Medical Education. JAMA 1983; 250: 777-81.

KNMG-prijsvraag 1988

'Bevordering der geneeskunst'

Filosofierend over 'bevordering der geneeskunst' wordt mij al snel duidelijk dat het een waardevol thema betreft: zowel de term 'bevordering' als het begrip 'geneeskunst' representeert, al dan niet impliciet, een zekere waarde: normatieve aspecten spelen bij de definiëring ervan een pregnante rol. Het spreekt voor zich dat het produkt van twee (van dergelijke) normatieve begrippen een nóg normatievere grootheid oplevert. Ruimte dus voor interpretatie en speculatie enerzijds; en anderzijds een grote behoefte aan precisering en operationalisering van deze begrippen.

In dit betoog wil ik trachten een analyse te geven van het thema. Bovengenoemde overwegingen zullen hierin uiteraard worden betrokken.

KERNBEGRIPPEN

Voor een helder begrip is allereerst het definiëren van de kernbegrippen van wezenlijk belang. Deze definities zijn niet van een algemene geldigheid; het zijn hier toepasbare werkdefinities.

N. G. van Vliet

Nick van Vliet (26) studeert in Leiden, waar hij onlangs het doctoraal-diploma in de geneeskunde in ontvangst heeft mogen nemen. Voor de KNMG-prijsvraag 1988 stuurde hij een filosofisch getinte beschouwing in, waarin onder meer aandacht voor de factor 'tijd' en de uitwerking daarvan in 'clinical trials'. Hij won er de eerste prijs mee in de categorie 'relatie'.

Bevorderen kan men zien als het vooruit helpen van een ontwikkeling. Helaas is 'vooruit helpen' een allesbehalve eenduidig begrip; ik kom daar nog op terug. Een ontwikkeling kan men zien als het uitwerken, het tot wasdom brengen van iets. In 'vooruit helpen' zowel als in 'ontwikkeling' zit onmiskenbaar een progressieve casu quo positieve component, er is een duidelijk intrinsiek richtingge-

vend aspect aanwezig. Alleen is de richting waarin bepalend voor een al dan niet 'gunstige' netto-eindbeoordeling. En voor een gunstige netto-eindbeoordeling is de facto de som der positieve aspecten groter dan die der negatieve. Blijkbaar sluit de aanwezigheid van een positieve kant de aanwezigheid van negatieve aspecten niet uit. Dat wil ik toelichten aan de hand van een voorbeeld:

De ontdekking in 1895 door Wilhelm Röntgen van de naar hem genoemde stralen betekende natuurlijk een grote stap vooruit in de medische wetenschap. Echter, deze waardevolle ontdekking kon pas na adequate beteugeling haar gunstige uitwerking op de mens hebben. Immers, hoeveel mensen zijn niet voortijdig overleden aan de gevolgen van deze initieel slechts voor de diagnostiek belangrijke methode, hoeveel mensen hebben niet geleden onder de schadelijke effecten, die, zoals wij thans weten, ontstaan door straling? Doch juist het feit dat ruime onoordeelkundige toepassing van een nieuwe techniek kon plaatshebben, is be-

langrijk voor de verdere ontwikkeling ervan.

Zo is het vooruit helpen van de ontwikkeling in het geval van de röntgenstralen gebonden aan een groot aantal negatieve effecten: het weegproces, waarbij plus- en minpunten tegen elkaar worden afgezet, bepaalt uiteindelijk of de uitkomst positief te noemen is. De vraag daarbij is echter: *wie* weegt er en *wanneer*? In de loop van het betoog kom ik daar nadrukkelijk op terug.

Het andere kernbegrip in het thema is 'geneeskunst'. In het dagelijks taalgebruik worden de termen 'geneeskunde' en 'geneeskunst' al te gemakkelijk verward en door elkaar gebruikt. Geneeskunde kan men zien als de basale competentie, benodigd om het vak als arts uit te oefenen; geneeskunst betreft veeleer de praktische bekwaamheid de geneeskundige kennis, vaardigheden en methodieken op het juiste moment aan te wenden. Ter concretisering kan in dit kader de link met de röntgenapparatuur worden gelegd: het is de kunst, slechts in aangewezen gevallen gebruik te maken van deze techniek; het is niet alleen het kunnen interpreteren van een röntgenfoto, het gaat evenzeer om een adequate indicatie- en vraagstelling bij het gebruik van deze techniek.

AANGRIJPINGSPUNTEN

In het voorgaande is in grove trekken een schets gemaakt van de implicaties van het thema. In het huidige tijdsgewricht echter is een dergelijke analyse onvoldoende. Operationalisering mede gebaseerd op een verantwoorde kosten-batenanalyse is van belang. Met name aan dat laatste kan in dit bestek moeilijk tegemoet worden gekomen. Ik doe hier slechts een aantal handreikingen tot interventie die bevordering der geneeskunst mogelijk maken. Hiertoe is het belangrijk aangrijpingspunten te formuleren waarop interventie mogelijk is.

We hebben geconstateerd dat de *factor 'tijd'* een belangrijke rol speelt: er moet gelegenheid zijn een nieuwe methode, een nieuw geneesmiddel, een nieuwe visie enige tijd uit te proberen. Tegenwoordig gebeurt dat voor diagnostica en therapeutica voornamelijk in 'clinical trials', waarin men werking, schadelijkheid en bijwerkingen in kaart tracht te brengen. Het uitvoeren van een dergelijke 'clinical trial' is aan vele voorwaarden gebonden. Het is niet onbekend, dat veel gebruikte

middelen als digitalis en aspirine onze moderne 'clinical trials' hoogstwaarschijnlijk niet hadden doorstaan. Middelen als softenon en DES konden helaas de markt bereiken, ondanks voorafgaand onderzoek. In beide gevallen moest de tijd leren wat de effecten waren of konden zijn; in de te onderscheiden gevallen had de tijd overigens een andere 'uitwerking' op het uiteindelijke lot van de middelen.

In het huidige tijdsgewricht kan 'tijd' eigenlijk alleen nog maar een negatief effect sorteren: een middel dat in 'clinical trials' niet voldoet, zal snel worden verlaten; een middel dat uiteindelijk wel goed wordt bevonden, zal in een aantal gevallen toch nog onverwachte en niet voorspelde bijwerkingen vertonen, zodat het alsnog van de markt wordt genomen.

Naast tijd is *acceptatie* een vereiste, acceptatie door zowel de arts als de consument. Zo is de CT-scan een enorme aanwinst in het diagnostisch arsenaal en de arts bejubelt al snel de onvolprezen eigenschappen ervan; vele patiënten echter ervaren deze diagnostische 'ingreep' als uitermate traumatisch. Zorgvuldige afweging en voorlichting bij gebruik is dus een vereiste.

Tenslotte kan men de invloed van de tijd als gesuperponeerd zien op deze acceptatie, in de zin van gewenning.

Een derde aangrijpingspunt kan men vinden in de *afstemming* van de zorg op de patiënt, dikwijls plaatsvindend op individueel niveau. Hier komt de geneeskunst weer nadrukkelijk in het blikveld; want er kan met recht van kunst worden gesproken als men ernaar streeft, en erin slaagt, bij iedere unieke patiënt een daarbij passende benadering, zowel op sociaal-communicatief als op medisch-inhoudelijk niveau te kiezen.

De opleiding en de selectie in de verschillende fasen van de opleiding tot arts hebben helaas met name het laatste aspect als centraal doel en toetssteen. Zeer wezenlijk in de arts-patiëntrelatie zijn nu juist de sociaal-communicatieve aspecten. In de afgelopen jaren is dit thema dikwijls uitgebreid belicht, niet alleen in de lekenpers, maar ook in vakliteratuur en medische curricula. Vanwege het 'sociostigma' en de negatieve grondhoudingen aanzien van dit aspect, wordt objectieve analyse dikwijls bemoeilijkt. En daar kosten en baten bij voorkeur kwantificeerbare grootheden dienen te zijn, valt dit subthema al snel buiten de orde,

omdat de eventuele winst moeilijk meetbaar is. Ten onrechte, want met enige doordachte intuïtie is het aannemelijk te noemen dat juist op dit punt winst is te behalen, niet alleen ten aanzien van bevordering van de geneeskunst in engere zin, maar ook in financieel opzicht; want is het niet vaak de grootste klacht van patiënten dat artsen te weinig tijd (aandacht) hebben? En is het niet een veelgehoorde klacht, dat artsen vinden dat ze te weinig tijd voor hun patiënten hebben (omdat ze het zo druk hebben)?

Ten eerste betreft het hier complementaire behoeften, in het voorzien waarvan beide partijen zijn gediend. De patiënt zal bij wat extra aandacht zichzelf en zijn klacht meer serieus voelen genomen. De arts kan, wanneer er meer tijd per patiënt is, in veel gevallen een betere anamnese en een grondiger lichamelijk onderzoek doen, zodat, in combinatie met een kritische attitude (waar onder andere een taak voor de opleiding is weggelegd!) het aanvullende onderzoek beperkt kan blijven. Uiteindelijk zijn hiermee de patiënt en de begroting van de minister van WVC gediend. Een probleem met betrekking tot de realisering van een goede arts-patiëntrelatie is, dat het ongelukkigerwijs een vaardigheid betreft die moeilijk aan te leren en te trainen is. Dat mag evenwel geen reden zijn om er weinig aandacht aan te besteden in de opleiding tot arts.

Ik sprak hiervoor over een weegproces bij de beoordeling van 'bevordering'. Cruciaal hierbij bleek onder andere, los van de analyse op zich: *wie* is de beoordelaar, *wie* accordeert de 'ontwikkeling', *wie* kenschetst dat als 'vooruit'?

In onze moderne gezondheidszorg zijn het de professionele onderzoekers, artsen, farmaceutische industrieën en andere medisch materiaal toeleverende instellingen die, al dan niet door persoonlijke ambitie of commerciële impulsen gedreven, nieuwe elementen toevoegen aan het bestaande arsenaal en aandringen op substitutie van of additie aan bestaande middelen en/of handelwijzen. Het zijn, op meer abstract niveau, de specialisten op hun gebied, die door hun daarbij behorende zeggingskracht de lagere echelons niet zozeer aanwijzingen als wel instructies geven ten aanzien van de te hanteren middelen en onderzoeken.

Vakbroeders nemen nieuwe verworvenheden (al te) gemakkelijk aan, de patiënt is meestal slechts lijdend voorwerp. Zijn of haar belang dient echter per definitie centraal te staan: het gaat in de gezondheidszorg toch primair om zijn of haar

welzijn? Het belang van de patiënt wordt echter dikwijls slecht uitgedrukt in een x-jaarsoverleving; helaas en misschien wel begrijpelijkerwijze, wordt de kwaliteit per overlevingseenheid nooit vermeld.

INTERVENTIEMOGELIJKHEDEN

Hier ben ik op een punt gekomen, waar beschouwing van mogelijkheden tot interventie opportuun is. Tijd en acceptatie, die zoals hiervoor werd geconstateerd, aan elkaar zijn gerelateerd, en afstemming van de zorg op de individuele hulpzoekende, zijn de belangrijkste aangrijpingspunten. Tijd is uit de aard der zaak niet te beïnvloeden. Acceptatie is te versnellen door een goede, dat wil zeggen duidelijke, begrijpelijke en op de patiënt gerichte voorlichting; dus geen televisieprogramma's met spectaculaire ingrepen en zeldzame aandoeningen die 'het op een kleurenscherm zo aardig doen'. Deze zouden eigenlijk moeten worden verboden. En ook geen damesbladen of andere magazines waarin informatieoverdracht minder centraal staat dan het commerciële belang van de betrokken producent. Het is de overheid die langs de haar ter beschikking staande kanalen de burgers van de juiste informatie moet voorzien. Deze informatie moet inhoudelijk van aard zijn, waarbij men ervoor dient te waken verkeerde verwachtingen te wekken en waarbij men dient te pogen eventuele angsten en vooroordelen weg te nemen.

Ten aanzien van de *afstemming van de zorg op de consument* kan op verschillende punten worden geïntervenieerd.

Afstemming van de zorg op de consument is in de eerste plaats mogelijk op het niveau van de *werkwijze van artsen*. Artsen hebben het druk. We constateerden het al. En er is grote werkloosheid onder basisartsen. Iedereen weet dat. Wederom een probleem, waarvoor in elk geval in theorie de oplossing eenvoudig is. Natuurlijk, de praktijk is anders: de praktiserende artsen hebben hun toekomst gebouwd op andere verwachtingen die eens reëel waren. Hieraan kan nu natuurlijk niet te veel worden getornd; dat zou de rechtszekerheid geweld aandoen. Maar met een visie op de toekomst en een zekere solidariteit binnen de beroepsgroep, moet in elk geval een streven naar een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg te realiseren zijn. Centraal hierbij is, dat artsen korter moeten gaan

werken. Hiermee zal niet alleen het aantal banen toenemen maar ook zullen de aandacht voor en de kwaliteit van de zorg hierbij gebaat zijn.

Ten tweede is interventie wenselijk op het vlak van de *attitude- en gedachtenvorming in de geneeskunde*. Op een of andere manier is het zo dat heroïek in de geneeskunde een belangrijke rol speelt; extra aandacht en hoge waardering gaat bijvoorbeeld uit naar een vak als chirurgie. De hedendaagse westerse chirurgie is in staat met groeiend succes technische hoogstandjes van toenemende moeilijkheidsgraad ten uitvoer te brengen. Dat verdient inderdaad onze aandacht; vaak worden hiermee mensenlevens gered of wordt de kwaliteit van het leven gunstig beïnvloed.

Toch zijn er twee gevaren aan een al te positieve interpretatie van dit alles verbonden.

Ten eerste is er het placebo-effect dat de chirurgie en ander medisch ingrijpen eigen is: het heeft nu eenmaal voor de patiënt ingrijpende psychologische consequenties, te weten dat het 'kwaad' daadwerkelijk is weggenomen (al betreft het hier overigens vaak slechts macroscopisch 'kwaad'). Dit is een van de redenen waarom men graag een bezoek aan de chirurg brengt. Overigens is niet alleen de chirurgie populair; er bestaat de laatste jaren in het algemeen een tendens tot *overwaardering van de tweedelijns-geneeskunde*.

Het tweede probleem vloeit hier als vanzelf uit voort: door een overschatting van het nut van dergelijke ingrepen doet men aan *onderwaardering van de andere geneeskunde*; dit is een van de kernproblemen van onze geneeskunde. 'Simpele' eerstelijnsgezondheidszorg is niet voldoende, men claimt de aandacht en mogelijkheden van de specialist. Lang niet altijd is dat een garantie voor een betere zorg. Naar welke specialist stuur je bijvoorbeeld een patiënt met duizeligheid? Wat weet een specialist van problematiek die buiten zijn eigen terrein ligt? Verdere versterking van de eerste lijn en meer waardering daarvoor door het publiek (en artsen) is gewenst. Hier ligt een taak voor de beroepsgroep zelf, maar misschien is ingrijpen of op zijn minst sturing door de overheid effectiever in dit geval. Wellicht zijn financiële impulsen noodzakelijk om hierin enige verandering te kunnen bewerkstelligen.

Ten derde is het van belang dat de *gevoelens van de patiënt* meer tot uitdrukking

komen bij de evaluatie van de werking en met name de bijwerking van nieuwe middelen en methodieken én bij het beslissingsproces dat daar op volgt.

BESLUIT

Samenvattend kan worden gezegd, dat het moeilijk is bevordering der geneeskunst te duiden. De beoordelaar is van grote invloed op definiëring en appreciatie van de terminologie en de implicaties daarvan. De consument wordt onvoldoende betrokken bij deze beoordeling; het is wenselijk, dat die betrokkenheid aanzienlijk wordt vergroot. Een ander punt, waar wederom de consument in eerste instantie bij is gebaat, maar uiteindelijk de gezondheidszorg als geheel, betreft de voorlichting. Wanneer deze op meer adequate wijze zal plaatsvinden, zal de patiënt de arts en diens handelwijze beter begrijpen en kan diezelfde patiënt op meer gefundeerde basis participeren in te nemen beslissingen. Tenslotte is een betere arts-patiëntrelatie belangrijk en wellicht te bereiken door beperking van de werklust, bezinning op de attitudevorming ten aanzien van het medisch handelen en het betrekken van patiënten bij evaluatie van nieuwe methodieken en middelen.

**

In deze schets is getracht een aantal aspecten samenhangend met 'bevordering der geneeskunst' op heldere wijze te analyseren. Door enige concrete aangrijpingspunten voor interventie aan te geven, heeft deze theoretische beschouwing, naar ik hoop, aan waarde gewonnen. Duidelijk is in elk geval dat vele, vaak tegengestelde belangen, een rol spelen. Elke oplossing zal derhalve een compromis moeten zijn. □

Terminale zorg

Niet-behandelen en euthanasie in een kankerkliniek

Het onderwerp 'euthanasie in de oncologie' heeft zich min of meer uitgekristalliseerd. Op detailkwesties na is bij kankerspecialisten onderlinge overeenstemming bereikt over wie wat behoort te doen in het zeldzaam voorkomende geval dat euthanasie in de kliniek of op de polikliniek wordt gevraagd. Niet-behandelen daarentegen is een onderwerp dat meer aandacht behoeft. Vragen en opmerkingen als: 'Gaan ze niet te ver en te lang door?', of: 'Ze weten van geen ophouden!', geven aan dat grenzen zijn bereikt en dat in sommige gevallen grenzen worden overschreden.

Niet-behandelen: welke indicaties kunnen worden geformuleerd en is het nodig ook over dit onderwerp onderlinge overeenstemming te bereiken? Nu euthanasie in de praktijk lijkt te zijn geregeld, wil ik een aanzet geven over niet-behandelen richtlijnen te formuleren.

EUTHANASIE

Over de definitie van euthanasie en over de daarbij te hanteren zorgvuldigheidseisen is in Nederland zo langzamerhand voldoende gepubliceerd. In een kankerinstituut blijkt het raadzaam te zijn een lijst van aandachtspunten voor de uitvoering van euthanasie bij de hand te hebben (tabel 1). In tegenstelling tot de situatie waarin een huisarts zich bevindt, kan in een ziekenhuis het verzoek om euthanasie tot meer dan één hulpverlener worden gericht. Indien de clinicus overweegt op het verzoek in te gaan, is een patiëntenbespreking een voor de hand liggend forum voor toetsing en overleg. Een specialist in een ziekenhuis die op principiële gronden euthanasie afwijst, zal dit van tevoren kenbaar hebben gemaakt en maatregelen hebben genomen. Alles bijeengenomen neem ik aan dat vragen om euthanasie in de huisartspraktijk meer problemen oproepen dan binnen de muren van een ziekenhuis.

Het komt helaas nog steeds voor dat niet-behandelen of niet-meer-behandelen wordt gelijkgesteld aan 'passieve euthanasie'. De vraag: wel of niet-behandelen, wordt dan gelijk aan: wel of geen eutha-

Dr. J. H. Mulder

Niet-behandelen: óf er bestaat geen behandeling, óf er is geen behandeling meer, óf de patiënt is uitbehandeld, óf de patiënt weigert een geïndiceerde behandeling. Met euthanasie heeft dit alles weinig te maken. Dr. J. H. Mulder, internist in de Dr. Daniel den Hoed Kliniek, doet een poging om over niet-behandelen hardop na te denken.

nasie. Deze gelijkstelling is niet alleen principieel onjuist, het is ook buitengewoon storend voor de beeldvorming van euthanasie. Zo is het niet ondenkbaar dat wollig taalgebruik ertoe heeft geleid dat Nederland in het buitenland als een euthanaserend land wordt afgeschilderd. Ten behoeve van de verontruste buitenlander: in ieder van de twee categorale kankerziekenhuizen in ons land vindt euthanasie hooguit 10 (tien)maal per jaar plaats!

NIET-BEHANDELEN

Huisartsen verwijzen patiënten met kanker voor een behandeling naar een kankerkliniek. Zo'n patiënt verwacht dan een therapie van een specialist-oncoloog. Rolverwachtingen en rolopvattingen zorgen ervoor dat in een kankercentrum alles op therapie is gericht. Dit heeft tot gevolg, dat soms tegen beter weten in wordt doorbehandeld waar niet-behandelen is geboden.

Van alle patiënten met kanker geneest ruim 40%. Omdat de behandeling van deze curabele patiënten vaak ingrijpend is, vindt intensief wetenschappelijk onderzoek plaats met de vraag of de diagnostiek niet wat minder belastend kan zijn en of de behandelingen niet wat minder mutilerend of wat patiëntvriendelijker kunnen zijn; denk bijvoorbeeld aan MRI-diagnostiek en borstbesparende therapieën.

De andere 'helft' (60%) kan niet worden

gecureerd. Op zich is dit hoge percentage al een voortdurende stimulans tot onderzoek, research en experimentele therapieën. Ook de toepassing van zogenoemde laatste redmiddelen komt veelvuldig voor. Hoe weloverwogen de oncoloog en/of onderzoeker ook handelt, de toepassing van palliatieve therapieën blijft een riskante onderneming: het middel kan al snel erger zijn dan de onherroepelijk dodelijke kwaal. Van de specialisten/onderzoekers werkzaam in een cultuur van steeds nog iets proberen, worden dikwijls strijdig en soms onverenigbare eigenschappen verlangd: paternalisme versus respect voor de autonomie, gevoel versus verstand.

Het niet-behandelen van patiënten met kanker is moeilijk: enerzijds bestaat er een cultuur van de hoop, anderzijds zijn er associaties van niet-behandelen met euthanasie. Niet-behandelen is echter een vorm van geneeskunst die beter verdient: welke indicaties voor niet-behandelen zijn te formuleren en hoe behoort de beslissingsprocedure te zijn? Welke rol speelt de kwaliteit van leven van de patiënt in het geheel? Aan de hand van voorbeelden hoop ik vier vormen van niet-behandelen enigszins duidelijk te maken.

1. Niet-behandelen, of: er bestaat nog geen behandeling

Voor een patiënt met uitzaaiingen in de long, uitgaande van een niercarcinoom, bestaat geen antitumorthapie. Verschillende soorten hormonen, cytostatica en immunostimulantia zijn in het verleden geprobeerd. Tot nu toe is helaas iedere vorm van medicamenteuze therapie futiel, zinloos gebleken. Uiteraard worden voortdurend nieuwe experimentele middelen getest, doch dit vindt dan in het kader van een of ander klinisch patiëntgebonden onderzoek plaats. Het niet-behandelen met groeiremmende middelen wil niet zeggen dat bijvoorbeeld lokale bestraling van een pijnlijke botmetastase niet zeer zinvol zou kunnen zijn. Ook de chirurgische verwijdering van een solitaire longmetastase kan

bij bovenbeschreven patiënt geïndiceerd zijn. Bedenk daarbij dat vele patiënten zich nog in een uitstekende conditie kunnen bevinden, ook al hebben ze multiple metastasen van hun niercarcinoom.

Deze eerste vorm van niet-behandelen heeft betrekking op patiënten met een eventueel prima kwaliteit van leven, is heel selectief (betreft alléén medicamenteuze kankertherapieën) en is geïndiceerd indien de betreffende behandeling futiel, zinloos is. Er bestaat nog geen behandeling.

2. Niet-behandelen, of: hier bestaat geen behandeling voor

Een patiënte met uitzaaiingen in de hersenen, uitgaande van een mammacarcinoom, krijgt meestal palliatieve schedelbestraling. Omdat bij haar curatie nimmer kan worden bereikt, keren vroeg of laat de klachten van de hersenmetastasen terug. Wordt kankerchemotherapie overwogen, dan zal de internist de kans op medisch succes proberen in te schatten. Terwijl chemotherapie bij gemiddeld de helft van patiënten met gemetastaseerd mammacarcinoom een palliatief effect bewerkstelligt, is bij deze patiënte met hernieuwde groei in de hersenen de kans op succes veel kleiner. In het algemeen geldt dat hoe zieker een patiënte zich voelt en hoe meer klachten er zijn, des te minder van chemotherapie mag worden verwacht en des te groter de kans op bijwerkingen is. Op zich kan chemotherapie bij het gemetastaseerd mammacarcinoom effectief zijn, doch bij deze patiënte in háár situatie is het zeer wel mogelijk dat het middel erger zal zijn dan de kwaal. Wat voor een andere patiënte een gewone behandeling met cytostatica is, zou voor deze patiënte heroïsche geneeskunde zijn. We zien na intercollegiaal overleg bij haar af van heroïek, dat wil zeggen: we zien bij haar af van toxische chemotherapieën. Zo ook bij haar géén beademing en resuscitatie, mocht dit nodig zijn; niet-ingrijpende therapie met antibiotica zal zo nodig wel plaatsvinden.

Niet-behandelen heeft in dit geval betrekking op patiënten met een – naar eigen inzicht – matige kwaliteit van leven, met een aanzienlijke kans dat deze kwaliteit van leven verder achteruitgaat, indien wel tot behandeling zou worden overgegaan, en het niet-behandelen betreft uiteenlopende behandelwijzen, met de mate van belasting als gemeenschappelijk kenmerk. Dit beleid van niet-behandelen is geïndiceerd, indien de kans

Tabel 1. Aandachtspunten vóór de uitvoering van euthanasie.

1. Is er een uitdrukkelijk en ernstig verlangen van de patiënt tot beëindigen van het leven en heeft hij/zij u daarom verzocht een levensbeëindigende handeling uit te voeren?
2. Bent u ervan overtuigd dat het verzoek van de patiënt is gedaan na zorgvuldige overweging, en hebt u nagegaan op grond van welke overweging?
3. Bent u ervan overtuigd dat het verzoek van de patiënt vrijwillig is gedaan?
4. Is er volledige voorlichting aan de patiënt gegeven omtrent de situatie waarin deze zich bevindt, zodat hij of zij inzicht heeft in zijn of haar ziekte en prognose en op de hoogte is van het wel of niet aanwezig zijn van behandelmogelijkheden?
5. Bent u met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de noodsituatie waarin deze zich bevindt geen andere oplossing is?
6. Is er sprake van uitzichtloos lijden, in die zin dat er geen verbetering kan worden verwacht?
7. Hebt u overleg gepleegd met de collega's die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn geweest?
8. Hebt u overleg gepleegd met de hoofdverpleegkundige van de afdeling waar de patiënt is opgenomen?
9. Hebt u overleg gepleegd met de huisarts van de patiënt?
10. Hebt u overleg gepleegd met de familieleden of andere naaste relaties van de patiënt?
11. Hebt u een collega geconsulteerd die niet bij de behandeling van de patiënt betrokken is geweest en die zijn of haar oordeel over de uit te voeren euthanasie schriftelijk heeft vastgelegd?
12. Hebt u uw bevindingen vastgelegd in de status, die de argumenten bevat voor de genomen beslissingen?
13. Hebt u vóór de uitvoering van de euthanasie melding gedaan aan het hoofd van uw afdeling en aan de medisch directeur?

Dr. Daniel den Hoed Kliniek (1987)

Tabel 2. Drie vormen van niet-behandelen.

VORM	INDICATIE	INSPRAAK
niet-behandelen	een behandeling bestaat niet	niet nodig
niet-meer-behandelen	bij deze patiënt is de behandeling zeer waarschijnlijk zinloos	vereist
abstinentie	uitbehandeld	gewenst

op medisch succes te klein is geworden c.q. indien er geen zinvolle behandeling meer is.

3. Niet-behandelen, of: abstinentie

Indien alles is gedaan waarvan redelijkerwijs mocht worden verwacht dat de patiënt er baat van zou hebben, blijft liefdevolle zorg over. Het toedienen van antibiotica wordt gestaakt, evenals de parenterale voeding. Pijnbestrijding met bijvoorbeeld morfine, vochttoediening, verzorging en het onderhouden van contact moeten ervoor zorgen dat de patiënt zich zo prettig mogelijk voelt. Ook voor patiënten met een irreversibel coma geldt dat de zorg tot de meest basale elementen wordt teruggebracht. Meestal spreekt men dan van abstinentie.

Niet-behandelen heeft in dergelijke gevallen betrekking op patiënten met een – zo mogelijk naar eigen inzicht – slechte kwaliteit van leven, en slaat op alle therapieën exclusief pijnbestrijding; is dus

geïndiceerd indien er sprake is van uitbehandeld zijn.

4. Niet-behandelen, of: de behandeling wordt geweigerd

Niet-behandelen kan op nóg een grond berusten, te weten: de weigering van de patiënt in geval behandelen wel geïndiceerd is.

'INFORMED REFUSAL'

In hoeverre moeten patiënten en hun familie worden geïnformeerd en moet toestemming tot niet-behandelen worden verkregen?

In de hierboven beschreven situaties (tabel 2) behoort overleg met de direct betrokkenen plaats te vinden. Aan dit overleg ontbreekt het nog al eens. Daarvoor zijn verschillende redenen te bedenken: sommige artsen overleggen uit onwetendheid niet; soms is het domweg te

druk of moet er snel worden gehandeld, bijvoorbeeld in het geval van een fatale longbloeding; de patiënt kan in een irreversibel coma zijn, zodat overleg uitgesloten is. Ook uit paternalistische motieven kan van overleg worden afgezien: het zou de patiënt angstig kunnen maken, hoop kan worden ontnomen of het mogelijk herstel zou erdoor worden gehinderd.

Het lijkt me van groot belang stil te staan bij de informatieplicht en het toestemmingsvereiste in het geval van niet-behandelen. Omdat niet meer behandelen bewust afzien van ingrijpende behandelingen is, is het wellicht zinvol als medicus te streven naar een geïnformeerde weigering ('informed refusal') van de betrokkene: laat de patiënt in vrijheid zelf aangeven hoever hij of zij wenst te gaan. Aan de inspraak van de patiënt moet echter een grens worden gesteld, want

een recht op futiele, zinloze geneeskunde bestaat niet. Dus: indien er überhaupt geen behandeling voor een bepaalde aandoening voorhanden is, is het vragen van toestemming tot niet-behandelen niet nodig. Bestaat er daarentegen zeer ernstige twijfel of een bepaalde behandeling nog wel zinvol is, dan is het aangewezen te streven naar een geïnformeerde weigering ten aanzien van die specifiek omschreven behandeling. In geval er sprake is van uitbehandeld zijn, stel ik me voor dat we zo mogelijk streven naar een geïnformeerde berusting.

Hoe de inspraak bij niet-behandelen ook verloopt, het besluit tot niet-behandelen zal zo goed mogelijk aan de patiënt en de familie moeten worden uitgelegd. De angst voor verwaarlozing en/of ongevraagde euthanasie kan immers groot zijn.

CONCLUSIE

Het beleid ten aanzien van het niet-behandelen dient helder te zijn. Met name in de situatie dat er geen behandeling meer is, lijkt het van belang de betrokkenen vroegtijdig te informeren en bijtijds een geïnformeerde weigering ('informed refusal') te krijgen. Met euthanasie heeft dit alles weinig te maken. □

Aanbevolen literatuur

Do-not-resuscitate policies: the new debate. *Health Technology* 1987; 1: 107-12.

Schneiderman LJ et al. Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 1988; 318: 984-8.

Tomlinson T et al. Ethics and communication in do-not-resuscitate orders. *N Engl J Med* 1988; 318: 43-6.

Youngner SJ. Do-not-resuscitate orders: no longer secret, but still a problem. *Hastings Center Report* 1987; 17: 24-33.

Lessen uit de affaire-Cleveland

Een (seks?)schandaal in Engeland

Cleveland is een 400 km ten noorden van Londen gelegen industriegebied, dat betere tijden heeft gekend. Hier ontspoon zich vorig jaar een drama, dat veel sociaal en menselijk leed teweeg zou brengen. Na de teloorgang van de Britse staalindustrie en met een werkloosheidspercentage dat vier keer het landelijk gemiddelde bedraagt, bestaat hier een vruchtbare bodem voor sociale problematiek. Werkloos zijn in het noorden van Engeland impliceert balanceren op de rand van het bestaansminimum en wonen in buurten als bekend uit 'Coronation Street', doch zonder de charme van de TV-serie.

Vanaf maart 1987 zou zich in het gebied rond Middlesborough een cascade van gebeurtenissen voltrekken, die niet alleen voor landelijke opschudding zou zorgen, maar ook de levens van een aantal mensen blijvend zou veranderen. Gezien de kardinale betrokkenheid van twee kinderartsen, zou een verontrustende ondermijning van het vertrouwen de medische professie ten deel vallen.

Op 18 maart 1987 neemt Mw. Cookes, moeder van drie kinderen, haar jongste

L. W. F. Hooftman

Hoe groot de macht van de medische deskundige kan zijn en welke desastreuze gevolgen het kan hebben wanneer die macht in de verkeerde richting wordt geventileerd, wordt duidelijk uit het schokkende relaas over zogenaamd seksueel misbruikte kinderen in Cleveland, Engeland. Aldus L. W. F. Hooftman, die als arts werkt in het Mount Gould Hospital te Plymouth.

zoon Ben, 2½ jaar oud, mee naar de huisarts met een niet onalledaagse klacht: obstipatie. Gezien de lange duur van de klachten waarmee hij bij de arts bekend is, stuurt Dr. W. hem door naar de kinderarts in Middlesborough General Hospital. Hier worden zij de dag erna al gezien door Dr. Marietta Higgs, een jonge ambitieuze kinderarts, die pas vijf maanden aan het ziekenhuis is verbonden. Na een kort onderzoek verzoekt Dr. Higgs moeder en kind de nacht in het

ziekenhuis door te brengen, op zich in Engeland geen onalledaags gebeuren. Om 20.30 uur in de avond wordt Ben opgehaald en door de kinderarts onderzocht (zonder dat de moeder er bij is). Een kwartier later komt ze terug met de vraag of moeder wist of er 'ooit weleens iets in Bens achterwerk was geduwd', waarop moeder – enigszins verbaasd – ontkennend antwoordt. De volgende ochtend worden beide ouders bij Dr. Higgs ontboden en wordt hun medegedeeld dat Ben vrijwel zeker seksueel is misbruikt. De politie en de sociale dienst zijn al op de hoogte gebracht. De twee andere kinderen, Sarah (9) en Mark (11), worden ook aan een onderzoek onderworpen. Dit zou aantonen, dat ook zij, hoewel minder recent, seksueel zijn misbruikt. Het echtpaar Cookes is te verbijsd om meer te kunnen uitbrengen dan dat het onvoorstelbaar is en laat zijn kinderen achter, denkend dat iemand een hopeloze fout heeft gemaakt, die snel zal worden rechtgezet.

De politie verschijnt op het toneel en onderwerpt de kinderen aan een scherp verhoor, maar ondanks de lange duur van het verhoor en de vastberadenheid

van de ondervragers wordt geen bekentenis afgedwongen. Dan houdt de politie het voor gezien vanwege het gebrek aan 'secundair bewijs'. De bal wordt doorgespeeld naar het maatschappelijk werk (in Engeland de 'Social Services'). In een ommezien wordt er voor alle kinderen een uithuisplaatsing geregeld. Dr. Higgs arrangeert onderwijl een afspraak voor een 'second opinion'. Wat de ouders niet weten is, dat deze zal plaatsvinden bij Dr. Wynne in Leeds, Higgs leermeester en auteur van het artikel dat voor het eerst de RAD-test ('reflex anal dilatationtest'; 'reflex anal dilation' = het reflexmatig verwijden van de anus bij tactiele stimulatie van de externe sfincter) beschrijft, een op zich uitermate discutabele test, waar echter alles om draait. De uitslag stond dus van tevoren vast.

Langzaam maar zeker begint de ernst van de zaak tot Michael en Diana Cookes door te dringen. Aangezien Michael als hoofdverdachte wordt gezien, besluit hij het huis uit te gaan, om de terugkomst van de kinderen bij Diana niet te blokkeren. Vrienden beginnen zich van hen af te wenden en Michael wordt geschorst als onderwijzer. De rechtszaak die volgt is een formaliteit en bevestigt de uithuisplaatsing, niettegenstaande het feit dat de kinderen nog steeds geen bevestigend antwoord hebben gegeven. Toch breekt er iets in de weerstand van zowel Diana als de kinderen, in de trant van 'Als iedereen zegt dat het zo is, dan moet er wel iets fout zitten'.

Eind juli wordt het Michael en Diana duidelijk dat zij medestanders hebben. Diverse 'gedupeerde' en opgebroken gezinnen beginnen zich te organiseren. Een belangengroep wordt opgericht. Een vader, meer dan verrast wanneer Dr. Higgs bij zijn zoon vaststelt dat hij seksueel is misbruikt, sleept zijn neefje dat in de auto wacht, de spreekkamer in met de vraag of ook hij kan worden onderzocht. Met een strakke blik stelt Dr. Higgs ook bij hem deze diagnose.

Ondertussen hebben enkele Lagerhuisleden vragen gesteld en druppelen berichten naar de buitenwereld aangaande het 'Cleveland Child Abuse Scandal'.

Zonder opgaaf van redenen mag Ben terug naar huis, wordt het verbod voor vader Michael om zijn kinderen te zien opgeheven en in twee maanden tijds keert alles terug naar normaal, schijnbaar normaal. Michael wordt geen rehabilitatie in de rechtszaal gegund, maar in elk geval zijn de kinderen weer thuis. Wat resteert is littekenweefsel. Het vertrouwen tussen de echtelieden onderling

is geschaad en de kinderen hebben tijd nodig. Het echtpaar Cookes komt er nog goed van af. Enkele huwelijken zijn onder de spanning bezweken. Sommige moeders geraakten tenslotte overtuigd van de schuld van hun echtgenoot, waardoor onherstelbare schade werd aangericht. Men kan zich echter voorstellen dat het meeste onbegrip bestond bij de kinderen zelf, voor wie geen enkele verklaring goed genoeg was. Psychologen en gezinstherapeuten hebben in elk geval voor de komende tijd hun handen vol aan het repareren van de schade.

WAT ER FOUT GING

Tussen maart en juli 1987 werden 121 kinderen van wie men vermoedde dat zij het slachtoffer waren van seksueel misbruik, van huis gehaald en opgenomen op de kinderafdeling van Middlesbrough General Hospital (gedurende geheel 1986 waren het er twee). Dr. Marietta Higgs, gespecialiseerd en geïnteresseerd in kindermishandeling, startte haar werkzaamheden eind 1986. Cleveland, zoals gezegd een armoedige en sociaal-economisch gezien gedepriveerde omgeving, wordt beschouwd als risicogebied voor kindermishandeling.

Recent is het rapport verschenen van de onderzoekcommissie, die zich de afgelopen zes maanden heeft verdiept in wat nu al heet 'The Cleveland Child Abuse Crisis.' Allereerst worden natuurlijk Dr. Higgs en haar collega Dr. Wyatt verantwoordelijk gesteld, omdat zij kritiekloos de RAD-test hebben gebruikt als bewijs voor hun diagnose. De maatschappelijk werkers treft volgens de commissie zeker een deel van de blaam, omdat zij even rechtlijnig deze diagnoses van de artsen overnamen. Als er een 'second opinion' nodig werd geacht, werd deze verricht door een arts die ook de controversiële RAD-test als betrouwbaar en pathognomonisch beschouwde en dus geen onafhankelijke mening zou geven. Onbetrouwbare en inadequate klinische conclusies werden door deze twee artsen verbonden aan de RAD-test, die ook toen al als uitermate discutabel bekend stond. Overigens houdt Dr. Higgs nog steeds vol dat ze het bij het juiste eind heeft. Doch los hiervan is er nooit enige twijfel geuit, noch van de kant van de maatschappelijk werkers, noch van de zijde van de ziekenhuisstaf, toen de kinderafdeling werd overspoeld met gezonde patiëntjes, ook niet toen er geen bedden meer waren voor echt zieke kinderen.

Het lijkt geen twijfel dat we in Dr. Higgs de hoofdschuldige moeten zien: zij overschatte zichzelf en haar diagnoses schromelijk, negeerde adviezen en weigerde de consequenties van haar beleid onder ogen te zien.

De gevolgen van dit drama zijn nog niet te overzien. Afgezien van de al beschreven sociale en gezinsproblematiek, zal er enige tijd overheen gaan voordat het onmetelijke verlies van vertrouwen in de betrokken instanties zal zijn overwonnen.

IN HET ALGEMEEN

Seksueel misbruik treedt op bij kinderen van alle leeftijden, bij beide seksen en in alle klassen van de samenleving. Alcohol, drugs, huwelijksproblematiek, werkloosheid en éénoudergezinnen zijn stimulerende factoren. Het aantal gerapporteerde gevallen in Groot-Brittannië steeg het afgelopen jaar met 21% (Cleveland niet meegerekend). Los hiervan moet worden gezegd dat seksueel misbruik van kinderen nog steeds vrij zeldzaam is, in tegenstelling tot kindermishandeling; kindermishandeling gaat ook meer hand in hand met miserabele sociale omstandigheden.

Ook ik ben tijdens mijn stage op de EHBO al verscheidene malen in aanraking gekomen met de gevolgen van kindermishandeling. Blijkens een rapport van de National Society for the Prevention of Cruelty to Children sterven in Engeland en Wales wekelijks drie of vier kinderen ten gevolge van mishandeling of verwaarlozing.

BESLUIT

Het sprak voor zich dat Ben met de uithuisplaatsing nog niet af was van zijn obstipatie. De 'pleegouders' zagen zich gedwongen hem nogmaals mee te nemen naar de dokter, die hem uiteindelijk maar wat medicijnen voorschreef. Afgezien van het saillante aspect van het verhaal is er voor iedere arts een les te leren uit dit gebeuren: de noodzaak van de zelfkritiek en de absolute afhankelijkheid van collega's en paramedici, waar hij niet omheen kan. Eigenwijsheid, rechtlijnigheid en betweterij kunnen tot foute diagnoses leiden, ongeacht de aard van het specialisme waarin men werkzaam is. In gevallen als deze wordt duidelijk hoe groot de macht van de medisch deskundige kan zijn en welke desastreuze gevolgen het kan hebben wanneer die macht in de verkeerde richting wordt geventileerd. □

Marketing voor specialisten

1: Marktonderzoek

Specialisten, verbonden aan een ziekenhuis, worden – gewild of ongewild – steeds meer betrokken bij en geconfronteerd met het algemeen beleid van hun ziekenhuis. Dit komt onder meer door de externe budgettering. Daarnaast schept het feit dat specialisten zelfstandig gevestigd zijn, communicatieproblemen met de ziekenhuisleiding. In dit artikel willen wij aan de oplossing van deze problemen bijdragen. Naast bovengenoemde redenen maken ook ontwikkelingen die de dagelijkse praktijk raken, marktonderzoek tot een nuttig hulpmiddel.

NUT MARKTONDERZOEK

Zelfstandig werkende specialisten, die aan een ziekenhuis zijn verbonden, hebben naast hun eigen zakelijke belangen een aantal gemeenschappelijke belangen: met de medische staf en met het ziekenhuis. Door de steeds duidelijker wordende concurrentie zullen zij zich steeds meer met strategische planning moeten bezighouden.

Specialisten zullen met de volgende *beleidsvraagstukken* zeker worden geconfronteerd:

- de vervulling van vacatures in de medische staf;
- het vaststellen en evalueren van het kwaliteitsbeleid;
- de reductie of uitbreiding van functies en erkende voorzieningen;
- onderlinge discussies en discussies met de ziekenhuisleiding over voor komende vraagstukken.

De beleidsbepaling zal moeten steunen op voldoende relevante informatie, met name over de afnemers van de dienstverlening van specialisten en ziekenhuis: de patiënten. Het uitgangspunt bij de beleidsbepaling zouden de behoeften van de doelgroepen (patiënten en huisartsen) moeten zijn. Marktonderzoek kan deze behoeften en de te verwachten ontwikkelingen hierin bepalen. Een tweede reden voor marktonderzoek is de wenselijkheid feiten en meningen te scheiden. Doordat de betrokkenen financieel belang bij de besluitvorming hebben, worden meningen nog weleens als feiten gepresenteerd. Marktonderzoek, mits zorgvuldig uitgevoerd, kan dit probleem terugdringen. Een derde reden voor

Drs. F. P. Broere en
R. W. Verbrugge

Specialisten zullen zich steeds meer met strategische planning moeten bezighouden. Om deze reden is marketing voor hen relevant. Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge, beiden werkzaam bij de vakgroep Commerciële Beleidsvorming aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, behandelen in het eerste van twee artikelen over dit onderwerp het marktonderzoek.

marktonderzoek bij beleidsbepaling is het streven naar zoveel mogelijk relevante informatie. Het weglaten van relevante informatie kan suboptimale besluiten tot gevolg hebben. Marktonderzoek kan dit voorkomen, doordat het systematisch en objectief is.

TOEGEVOEGDE WAARDE

Er zijn natuurlijk meer bronnen van informatie, onder andere:

- overlegvergaderingen met de ziekenhuisleiding;
- overlegvergaderingen met (vertegenwoordigers van) huisartsen;
- informele contacten met huisartsen, patiënten of directie.

Deze methoden zijn zinvol, maar toch heeft marktonderzoek toegevoegde waarde boven genoemde bronnen:

- *objectiviteit.* Door de systematische aanpak en het groter aantal geïnterviewden bij marktonderzoek ontstaat meer objectiviteit, waardoor meningen en feiten meer betekenis krijgen;
- *gevoelige informatie.* Doordat anonimiteit gewaarborgd is, zullen bepaalde zaken eerder worden gezegd dan bij rechtstreekse communicatie in overlegvergaderingen en informele contacten, bijvoorbeeld persoonlijke kritiek;
- *meer detailinformatie.* De systematische aanpak en het groter aantal geïnterviewden bij marktonderzoek kan meer informatie opleveren (bijvoor-

beeld redenen van niet-verwijzen en klachten);

- *andere kijk of invalshoek* (als men derden erbij betreft). Het kan voorkomen dat er een zekere bedrijfsblindheid bestaat. Men denkt bijvoorbeeld dat de telefonische bereikbaarheid goed is (hoewel dat niet zo is), omdat er nooit opmerkingen over komen. Deze opmerkingen blijven juist uit, omdat men minder belt, zodat het niet als een probleem wordt ervaren. Marktonderzoek kan verborgen problemen boven water krijgen.

WEERSTANDEN

De voordelen van marktonderzoek blijken uit de boven beschreven toegevoegde waarde. Binnen de medische staf zullen ook weerstanden tegen marktonderzoek bestaan. Belangrijke redenen voor deze weerstand zijn:

- *kosten.* De kosten van marktonderzoek, uitgevoerd door particuliere bureaus, kunnen oplopen tot f 15.000,—. Indien een onderzoek in eigen beheer wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld door personeelsleden van het ziekenhuis, kunnen de onkosten tot f 2.500,— beperkt blijven;
- *bedreiging positie.* De contacten met huisartsen en patiënten lopen groten deels via de medisch specialisten. Deze positie geeft een aanzienlijke invloed. Marktonderzoek kan deze positie bedreigen, doordat een ander informatiekanal ontstaat;
- *afschermen van problemen of personen.* Als het voorstel tot een marktonderzoek wordt gedaan, kan het vermoeden rijzen, dat bepaalde informatie zal blijken, die sommigen onwelgevallig is. Men vreest bijvoorbeeld klachten over bepaalde specialisten of een bepaalde taakverdeling met huisartsen.

Deze weerstanden zullen vaak niet worden uitgesproken, maar moeten en kunnen toch worden weggenomen. Dit kan het best door de voordelen te benadrukken en medezeggenschap te geven bij de beleidsbepaling naar aanleiding van het marktonderzoek. Een en ander kan met behulp van een briefing over de opzet van het onderzoek. Een geldig argument

is daarnaast dat opgeloste problemen de positie van het ziekenhuis en de daarmee verbonden specialisten versterken.

POLIKLINIEK

Onderzoek naar de behoeften van patiënten kan zinvol worden verricht onder poliklinische patiënten. Enerzijds omdat een bezoek aan de polikliniek voor veel patiënten een eerste kennismaking is met het ziekenhuis en specialisten, anderzijds omdat patiënten voor een vervolgbehandeling of consult komen, zodat zij een zekere ervaring hebben opgedaan. Onderwerpen voor onderzoek kunnen zijn:

Keuzegedrag

- Wat zijn de voornaamste redenen om deze polikliniek te kiezen?
- Wat is de invloed van de huisarts op de polikliniekkeuze?
- Kiest men altijd hetzelfde ziekenhuis? Zo nee, waarom niet?

Gewenste service

- In welke mate hecht men aan geboden of niet-geboden service?
- korte wachttijd;
- korte wachttime;
- korte behandeltime;
- goede bereikbaarheid met openbaar vervoer;
- goede parkeergelegenheid;
- goede telefonische bereikbaarheid;
- gunstigste tijdstip van afspraak;
- kleinschalige, gezellige opzet van de polikliniek;
- voldoende informatie en goede medische adviezen.

Tevredenheid

- Hoe beoordeelt men boven genoemde aspecten van één bepaalde polikliniek?

Een dergelijk onderzoek zal onder een groot aantal patiënten moeten plaatsvinden en daarom schriftelijk zijn. De poliklinische enquête kan zo meer informatie bieden over:

- de aard van de aantrekkingskracht van de polikliniek (bijvoorbeeld reputatie van het ziekenhuis, de afstand tot het ziekenhuis of de voorkeurspositie bij huisartsen);
- de wensen van de patiënten; en
- de belangrijkste verbeteringsmogelijkheden van de service.

Het nut van een goede service in de polikliniek (vooral tijdsbesparing voor patiënten) is een groter aandeel in de

verwijzingen en een grotere trouw van patiënten.

VERWIJSGEDRAG HUISARTSEN

Een tweede zinvolle toepassing van marktonderzoek is het onderzoeken van het verwijsgedrag van huisartsen. Het zijn tenslotte huisartsen die een grote invloed hebben op de polikliniekkeuze van de patiënt en op de beeldvorming over ziekenhuizen onder patiënten. Een gedeelte van de patiënten zal een voorkeur voor een bepaald ziekenhuis hebben, maar de keuze van de behandelend specialist zal bijna altijd de voorkeur van de huisarts zijn. Persoonlijke relaties spelen om deze reden een doorslaggevende rol bij het verwijzen.

Om meerdere redenen is een *gedetailleerd marktonderzoek* in de vorm van interviews gewenst, met een behoorlijke omvang (15-20 huisartsen). Omdat gedrag wordt onderzocht is een kwalitatieve aanpak gewenst. Er zijn echter nog enkele redenen om informatie over huisartsen te verzamelen:

- Er bestaat geen landelijke medische registratie met betrekking tot polikliniekbezoeken en bovendien is de registratie bij de meeste ziekenhuizen niet geautomatiseerd, zodat er veel gegevens zijn maar weinig informatie.
- Huisartsen zijn een heterogeen gezelschap. Zowel praktijkgrootte als het persoonlijk verwijzbeleid verschillen onderling.
- De invloed van de persoonlijke relatie met specialisten verschilt per huisarts. Daar is deze relatie tenslotte persoonlijk voor.

Tabel. Ontwikkeling van de medische productie per specialisme.

specialisme	mutatie in %	
	aantal verpleeg-dagen	poli kliniek-bezoek
Interne geneeskunde	- 4,3	- 0,9
Longziekten	+ 2,7	+ 5,7
Cardiologie	+ 3,0	+ 7,5
Kindergeneeskunde	- 4,4	+ 0,4
Dermatologie	- 5,3	+ 2,6
Chirurgie	- 4,8	- 1,2
Orthopedie	- 0,3	+ 1,6
Urologie	- 2,5	+ 2,5
Gynaecologie	- 5,9	- 1,2
Oogheelkunde	- 5,7	+ 3,7
KNO	- 8,1	+ 0,3
Neurologie	+ 0,4	+ 2,2
Alle specialisten	- 3,4	+ 1,1

Onderwerpen van een gedetailleerd marktonderzoek kunnen zijn:

- de mate van tevredenheid over de samenwerking met specialisten;
- de mate van tevredenheid over de geboden faciliteiten en voorzieningen;
- de redenen van het niet-verwijzen naar bepaalde specialisten;
- de mate van tevredenheid over de communicatie (consultatie, verwijzbrieven, e.d.) met specialisten;
- de verwijsaandelen per specialisme van het betreffende ziekenhuis;
- de aanwezigheid van opvallende, sterke eigenschappen van een ziekenhuis; en
- klachten, suggesties en wensen.

ONTWIKKELING PRODUCTIE

Marktonderzoek is ook zinvol omdat de ziekenhuissector sterk in beweging is.

Marktonderzoek kan een deel van de *marktbewegingen* beschrijven, verklaren en voorspellen. Een viertal ontwikkelingen is interessant om hier te behandelen:

1. de ontwikkeling van de medische productie in het algemeen;
2. de ontwikkeling van de medische productie per specialisme (*tabel*);
3. de ontwikkeling van de klinische productie naar leeftijdsklasse;
4. subspecialisatie.

De *oorzaken* van de ontwikkelingen zijn naar onze indruk de steeds kritischer houding van de belanghebbenden in de gezondheidszorg en de demografische veranderingen in Nederland. Deze kritischer houding omvat:

- de behoefte van patiënten aan meer service en persoonlijke aandacht;
- de behoefte van huisartsen aan overheveling van taken van specialisten naar huisartsen en hun behoefte aan meer patiënteninformatie en faciliteiten;
- wijzigende behandelmethoden van specialisten en meer nadruk op communicatieve aspecten van hun dienstverlening;
- de druk die ziektekostenverzekeraars uitoefenen om efficiency en productie te bewaken;
- de houding van overheden om de omvang en de plaats van voorzieningen te bepalen, onder andere via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Daarnaast beïnvloeden de overheden de andere doelgroepen.

De demografische verandering betreft twee factoren. De eerste is het afnemend percentage kinderen in de bevolking. De tweede is het toenemend percentage bejaarden in de bevolking. Het CBS geeft de volgende prognose met betrekking tot de bevolkingssamenstelling:

	1984	2000
0-15 jaar	20,4%	17,1%
15-45 jaar	47,6%	43,1%
45-65 jaar	20,2%	25,3%
65 jaar en ouder	11,8%	14,5%
	100,0%	100,0%

Wij hebben zeven *trends* kunnen afleiden uit beschikbare statistiek. Deze gegevens zijn grotendeels afkomstig uit 'De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1987' van het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

1. afname van het aantal verpleegdagen;
2. opkomst van dagverpleging;
3. toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken;
4. afname van de herhalingsbezoeken per eerste polikliniekbezoek;
5. toename van de diagnostische verrichtingen voor huisartsen;
6. toenemende belangstelling voor preventieve en signalerende gezondheidszorg;
7. stabilisatie van het aantal specialistenplaatsen.

Het aantal verpleegdagen nam met circa 2% jaarlijks af.

De opkomst van de dagverpleging blijkt uit de stijging van het aantal dagen van

127.000 in 1983 naar 240.000 in 1986. Het aantal eerste polikliniekbezoeken steeg van 3.474.000 in 1982 naar 4.103.000 in 1986.

Het aantal poliklinische herhalingsbezoeken bleef ongeveer gelijk (in 1982 13.350.000, in 1986 13.434.000). Dit betekent dat het aantal herhalingsbezoeken per eerste polikliniekbezoek daalde van 3,84 in 1982 tot 3,27 in 1986.

Het aantal diagnostische verrichtingen voor huisartsen nam toe. Hoewel het aantal röntgenverrichtingen ongeveer gelijk bleef van 1982 tot 1986, steeg het aandeel voor huisartsen van 22,6% tot 28,1%. Het aandeel in de laboratoriumpunten steeg tussen 1982 en 1986 van 12,5% tot 16,7%.

De trend met betrekking tot de toenemende belangstelling voor preventieve en signalerende gezondheidszorg blijkt onzes inziens uit de grote publiciteit rond Medicenter, de oprichting van Sport Medische Adviescentra, het grote aantal verschenen boeken en brochures en het grote aantal medische onderwerpen in de media.

Het aantal specialistenplaatsen steeg van 5.296 in 1982 tot 5.738 in 1985. In 1986 daalde dit aantal tot 5.651 door een gewijzigd overheidsbeleid. Het overheidsbeleid is nu gericht op een stabilisatie van het aantal specialistenplaatsen.

De derde ontwikkeling is de zich wijzigende *leeftijdssamenstelling van het klinisch patiëntenbestand*. Volgens het LMR-jaarboek 1985 steeg het aandeel

van bejaarden in de opnamen van 30,7% in 1982 tot 33,0% in 1985. Daarnaast heeft volgens het LMR-jaarboek 1986 40,5% van de verpleegdagen betrekking op bejaarden, hoewel zij in 1986 12,2% van de bevolking vormden. Door het toenemend aantal opnamen van ouderen en hun gemiddeld langere verpleegduur zal hun aandeel oplopen.

De vierde ontwikkeling is de *subspecialisatie*. Hiermee wordt het ontstaan van nieuwe specialismen die een verdere specialisatie van bestaande specialismen zijn, bedoeld. In het verleden groeiden Cardiologie, Orthopedie, Neurologie en Urologie sterk. Recente specialismen zijn Reumatologie, Allergologie, Revalidatie, Radiotherapie en Geriatrie. Men zal met groeiende en nieuwe specialismen rekening moeten houden bij de opvulling van openvallende specialistenplaatsen.

Een dergelijke marktanalyse voor individuele ziekenhuizen is zinvol, om tijdig met ontwikkelingen rekening te kunnen houden.

CONCLUSIE

Onze conclusie is dat marktonderzoek een zinvol hulpmiddel is voor specialisten, waarvan de voordelen (objectiviteit, diepgang en systematiek) opwegen tegen de nadelen. □

Geneeskundige traditie en moderne commercie

De beoefening van de geneeskunde kent van oudsher een aantal karakteristieken. Het vak is geworteld in de natuurwetenschappen (vooral de biologie en de chemie) en beoogt tegelijk rationeel en pragmatisch te zijn, gestoeld op kennis, ervaring en 'clinical evidence'. De uitoefening van de geneeskunde wordt weliswaar gesanctioneerd en geautoriseerd door de overheid, maar wordt tegelijk ook grotendeels gekenmerkt door een grote mate van zelfregulatie, zelfcontrole en zelfdiscipline. Het vak heeft daardoor alle kenmerken van een professie.

Dr. R. S. G. Holdrinet

Voor beheersing van kosten in de gezondheidszorg zullen andere wegen moeten worden bewandeld dan die van de commercialisering. Dr. R. S. G. Holdrinet, internist-hematoloog bij het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, plaatst het probleem in de context van de geneeskundige traditie.

Het geneeskundig handelen is gebaseerd op een speciale en unieke relatie tussen arts en patiënt. Het essentiële kenmerk van deze relatie is, dat de arts de verantwoordelijkheid op zich neemt zijn patiënt te helpen en als diens vertrouwensman te handelen. De verleende zorg moet voldoen aan geaccepteerde professionele normen en moet vanzelfsprekend op het voordeel van de patiënt zijn gericht. Het belang van de patiënt gaat boven alle andere belangen, met name boven de financiële of carrièrebelangen van de handelend arts.

Als compensatie voor de verleende diensten kreeg de arts vroeger 'loon naar werk', waarbij lang rekening werd gehouden met de financiële draagkracht van de patiënt. Het 'loon naar werk'-principe bood echter een intrinsiek probleem: de arts als verlener van diensten was de enige die zelf kon bepalen welke diensten moesten worden geleverd. Het was (en is voor een deel nog) een situatie met een ingebouwde mogelijkheid tot misbruik, die altijd is bekritiseerd. Ondanks deze kritiek echter, werkte het 'loon naar werk'-principe om een aantal redenen goed: er waren goed functionerende ethische codes en tot voor kort had geneeskunde niet zoveel meer te bieden dan een goed lichamelijk onderzoek, raadgeving en vertroosting. De meeste artsen hadden geen ingewikkelde en kostbare onderzoek- of behandelingsprocedures tot hun beschikking. Van onnodig onderzoek en behandeling kon geen sprake zijn, eenvoudig omdat artsen meer patiënten hadden dan zij eigenlijk aankonden.

De tijden zijn inmiddels sterk veranderd. Het ontstaan van de ziekteverzekeringen en ziekenfondsen, gekoppeld aan een sterke toename van het aantal specialisten en een ware explosieve technologische groei, zijn er grotendeels de oorzaak van dat mét de mogelijkheden van de moderne geneeskunde ook de uitgaven van gezondheidszorg enorm zijn gestegen. Beheersing van deze kosten is het devies. Heersende inefficiëntie en bureaucratie worden als argumenten gehanteerd voor het streven naar een meer zakelijke en marktgerichte aanpak van de problemen binnen de gezondheidszorg.

Er is een klimaat geschapen waarin verleidelijke prikkels bestaan om te gaan 'ondernemen'. Het 'commerciële denken' is in toenemende mate binnen de geneeskundige wereld te onderkennen. Men is op jacht naar financieel profijt. De medische technologie heeft hiervoor het gereedschap aangedragen, het moderne honoreringstelsel en de veranderde maatschappelijke positie van artsen en andere werkers in de gezondheidszorg hebben de vroege barrières van ongepaste financiële praktijken geslecht en ook voor de problemen van het overschot aan artsen en de toenemende onderwaardering van het werk van de arts wordt langzamerhand een uitweg gezocht. Er is bovendien niet gek veel verbeeldingskracht nodig om te ontdekken welke mogelijkheden er binnen de gezondheidszorg zijn om geld te maken.

In de Verenigde Staten kent men de ontwikkeling van het 'medical-industrial complex', het medisch-industrieel complex: ondernemingen die ziekenhuizen, verpleeghuizen, diagnostische centra, dialysecentra etcetera bezitten en exploiteren en die een snel groeiende industrie vormen, welke ongeveer 15%-20% van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten omvat. Dokters zijn deels in dienst van deze maatschappijen, maar investeren ook in deze ondernemingen en worden aldus 'ondernemers'.

Het probleem is duidelijk: het eigenbelang van de arts dreigt een steeds grotere rol te gaan spelen in het geneeskundig handelen, de rol van de arts als vertrouwenspersoon van zijn patiënt komt in gevaar. Commercialisering kan de traditionele arts-patiëntrelatie aantasten, en zal vroeg of laat zeker ook de arts-artsrelatie negatief beïnvloeden. Het gaat daarvoor om een probleem dat het karakter en de geest van de traditionele medische professie raakt.

ARTS VERSUS ZAKENMAN

De wereld waarin de arts zich beweegt onderscheidt zich in vele opzichten van die van de zakenman.

De behandelend arts draagt een vertrouwelijke en zeer persoonlijke verantwoordelijkheid voor zijn patiënten. Van hem wordt verwacht dat hij de hoogst noodzakelijke en kwalitatief beste diensten aan zijn patiënten zal leveren, een verplichting die in veel mindere mate rust bij personen die goederen als meubels of auto's verkopen. Van artsen wordt ook niet verwacht dat zij in het geval van schaarste bepaalde voorraden monopoliseren: het algemeen belang gaat altijd boven het privé-belang. Artsen zijn van elkaar afhankelijk om het gehele spectrum van gezondheidsvoorzieningen te leveren. Er rust geen patent op gaven en kundigheden, ook worden in tegenstelling tot 'de zakenwereld' geen effectieve behandelingsmethoden geheim gehouden; integendeel.

Ook wanneer de patiënt om een of andere reden zelf geen middelen heeft voor een goede medische behandeling, zal in tegenstelling tot wat dan gebruikelijk is in de 'normale' zakenwereld, zorg worden gedragen voor adequate hulp. De verhouding tussen risico en beloning zoals die in de zakenwereld geldt, werkt niet in de medische wereld: aan een patiënt in nood wordt bijvoorbeeld niet eerst gevraagd wat het hem waard is te worden geholpen. Niet zelden betekent arts zijn

een frequent contact met ernstig menselijk lijden en dood; het is voor artsen met een goed ontwikkeld gevoelsleven moeilijk deze realiteiten van het leven te negeren en de hieraan verbonden fundamentele vragen naar de zin en de betekenis van het menselijk bestaan te ontlopen.

Al met al leeft een arts in een geheel andere wereld dan de maatschappij die hem omringt. Een goede dokter is een geheel ander mens dan een zakenman die het naar den vleze gaat. Ik voeg hieraan onmiddellijk toe, dat niet kan worden ontkend dat bepaalde categorieën artsen in het huidige klimaat een beeld creëren dat hieraan tegengesteld is. Er zijn inderdaad specialisten die het financieel geweldig voor de wind gaat en die dat tonen ook: de karikatuur van de medisch specialist, zoals die zweeft in de breinen van de lagere ambtenaren op WVC en alle andere personen die het slecht voor hebben met de artsenstand. Rijke dokters zijn niet altijd goede zakenmensen, meestal het tegendeel. Artsen staan er bijvoorbeeld om bekend contracten slecht te lezen. Zo er al sprake is van een succesvolle materialist onder onze collega's, dan geniet deze meestal meer aanzien bij zijn garagehouders of binnen zijn golfclub dan binnen de eigen medische professie: daarbinnen gelden gelukkig (nog) andere maatstaven.

KOSTEN BEHEERSEN

Commercialisering van de gezondheidszorg wordt wel eens verkocht als een zinvolle methode die kan bijdragen tot kostenbeheersing. Duidelijk is, dat de kosten in de gezondheidszorg op één of andere wijze moeten worden gecontroleerd. Zal de medische professie haar aandeel leveren bij de oplossing van dit probleem, of zal zij in toenemende mate een deel van het probleem blijven? Als de medische stand zijn status als professie wil handhaven dan zullen, uiteraard met alle respect voor directeurs van gloeilampenfabrieken of warenhuizen, de medici zelf daartoe strekkende maatregelen moeten aangeven en deze niet door personen van buiten de professie laten dicteren.

Elke analyse van ethische dan wel politieke of economische problemen betreffende de gezondheidszorg moet beginnen met de constatering dat ook buiten de gezondheidszorg vele fundamentele waarden van onze beschaving ter discussie staan. Zo wordt er in dit verband wel eens gewezen op het feit dat er heden ten dage, zowel individueel als algemeen

maatschappelijk, sprake is van een alles-overheersende *narcistische cultuur*. Veel mensen die op zoek zijn naar hun eigen identiteit hebben een alles verslindende interesse voor het eigen ik en het eigenbelang. De gezondheidszorg en de wetenschap dragen, bewust of onbewust, aan dit geestelijk klimaat bij.

De media en het met hun samenwerken de personen uit het medisch 'establishment' propageren de zegeningen van de gezondheid van het individu. Het aantal folders dat ons voorlicht over ziekte en gezondheid is nauwelijks meer te overzien en groeit nog steeds. Het publiek móét en zál zijn leefgewoonten verbeteren, ter bevordering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid; we moeten allemaal veel weten, lezen en horen over ziekten en ongemak, al was het alleen maar met het oog op de optimale 'begeleiding' van een ziek familielid, kennis of buurman. Deze goedbedoelde inspanningen leiden tot een versterking van een narcistische cultuur, met als bijpassende slogan: 'Gezondheid is het hoogste goed'.

De bezorgdheid om het eigen ik en de eigen gezondheid wordt het sterkst gevoeld en aangewakkerd bij degenen die er het meest bij hebben te verliezen, te weten de gezonde mensen. Er ontstaat zo een merkwaardig paradox, de *gezondheidsparadox*: hoe gezonder de samenleving hoe sterker de vraag naar gezondheidszorg. Lewis Thomas heeft dit al verscheidene malen duidelijk gemaakt. We hoeven niet naar de Verenigde Staten om te weten wat hier wordt bedoeld, we kennen het allemaal uit onze directe omgeving: we laten ons, op zeer slechte gronden aanpraten ons jaarlijks lichamelijk te laten onderzoeken om te bezien of alles nog naar behoren functioneert; we krijgen elkaar zover, vooral om gezondheidsredenen, te gaan joggen; soms wordt ons bizar macrobiotisch voedsel voorgeschoteld, dat het aanzien niet waard is en dito smaakt, maar dat vooral goed schijnt te zijn voor het ontstaan van een smeugige stoelgang.

Het is met de paradox van onze gezondheid als met de paradox van onze vierbaanswegen: hoe meer we ervan hebben, hoe meer files er ontstaan.

OPLOSSINGEN?

De 'paradox van gezondheid' is alleen op te lossen door het proces van verdere medicalisering te doorbreken en het publiek te leren inzien dat het zeer gezond is. Er moet begrip ontstaan voor het feit

dat veel symptomen niets van doen hebben met ziekte. Ook moet de mensen duidelijk worden gemaakt dat persoonlijke gezondheid niet altijd het belangrijkste 'goed' in deze wereld is. De *mentaliteitsverandering* die hier wordt beoogd zal een moeilijk, maar noodzakelijk proces zijn, indien beheersing van kosten in de gezondheidszorg moet worden bereikt.

Zonder enige twijfel zal zo'n proces worden tegengewerkt door voortschrijdende commercialisering. Een handige zakenman ziet in gezonde, maar overbezorgde individuen geen cultureel probleem, maar een 'gat in de markt': hoe meer onnodige bezorgdheid, hoe beter het hem uitkomt, en . . . waar nog geen bezorgdheid bestaat, kan ze worden gecreëerd. Vooral 'diagnostische laboratoria' kunnen zo zakelijk interessant gaan 'ondernemen'. Het proces van medicalisering van kleine en grotere algemeen maatschappelijke en geneeskundige problemen zal toenemen.

Men zij gewaarschuwd: de man die het in een commerciële gezondheidszorg 'gaat maken' zal niet de arts zijn die 's nachts aan het ziekbed van een doodzieke patiënt staat. De traditionele arts blijft een ander mens. De zakenlieden onder ons zullen zich vooral richten op de gezonde of slechts weinig zieke mens: deze markt is immers groter en bovendien minder arbeidsintensief. Dit zullen personen zijn die ver van de zieke mens en diens belangen staan en vooral uit zijn op eigenbelang. De populariteit van zulke personen onder politici is bedenkelijk; het ware beter als ze werden beschouwd als maatschappelijk verdacht.

Voor een beheersing van kosten in de gezondheidszorg zullen andere wegen moeten worden bewandeld dan die van de commercialisering, zoals: aandacht voor verbetering van de kwaliteit van de medische opleidingen, het creëren van een goede getalsverhouding tussen het aantal specialisten en huisartsen, en vooral ook wijzigingen in het honorariumsysteem en verzekeringsstelsel. De wetenschappelijke beroepsverenigingen moeten een grotere taak in dezen krijgen; zij zullen daarenboven moeten aandringen op het ontstaan van structuren en fondsen voor het doen van onderzoek naar de waarde en betekenis van nieuwe technologie voor de klinische geneeskunde.

Vast staat dat elk rationeel competitief systeem van de gezondheidszorg op de allereerste plaats die elementen uit de

geneeskunde moet koesteren welke door de eeuwen heen waardevol zijn gebleken te zijn. Indien deze over het hoofd worden gezien, zoals bij commercialisering door 'no nonsense'-mensen zeker zal gebeuren, is dat voor de gezondheidszorg als geheel, en vroeg of laat vooral voor de individuele patiënt, niets minder dan een ramp. □

Literatuur

Relman AS. The Future of medical practice. In: Bulger RJ (ed). In search of the modern Hippocrates. Iowa (US): University of Iowa Press, 1987.

Thomas L. Atlanta constitution, 3 mei 1980, 1-3.

Thomas L. The health care system. In: The medusa and the snail. New York: Viking press, 1979.

Bulger RJ. Narcissus, Pogo and Lewis Thomas' wager. In: Bulger RJ (ed). In search of the modern Hippocrates. Iowa (US): University of Iowa Press, 1987.

Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318: 414-8.

Alper PR. Medical practice in the competitive market. N Engl J Med 1987; 316:337-9.

'Bereidheid tot verandering'. Rapport commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (voorzitter Prof.Dr. W. Dekker).

Kennis bij huisartsen in opleiding

Kennismeting bij Nijmeegse arts-assistenten

De huisartsopleiding in Nederland is bij uitstek een praktijkopleiding. Het belangrijkste dat een arts-assistent in opleiding moet leren, is het hanteren van de typisch huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossing. Globaal aangeduid, komt dit neer op het hanteren van een aantal basale vaardigheden in patiëntcontacten. In Nijmegen zijn deze geformuleerd als het gericht en systematisch werken, het hanteren van een goede huisarts-patiëntrelatie, alsmede adequaat somatisch en psychosociaal handelen¹.

Kennis wordt als voorwaarde gezien om de genoemde vaardigheden goed te kunnen uitvoeren. Van de arts-assistent in opleiding wordt aangenomen dat hij/zij een brede kennis van de geneeskunde bezit en die kan toepassen in het handelen als (aanstaande) huisarts. Verder vraagt het werk van de huisarts (vooral door de soort van morbiditeit die hij te zien krijgt) een andersoortige kennis dan hij in zijn basisopleiding heeft verworven. Het lijkt dus alleszins relevant zicht te krijgen op de bij de huisarts in opleiding aanwezige kennis. Toch wordt zelden op expliciete wijze getoetst of deze kennis ook aanwezig is.

EVALUATIEONDERZOEK

In het opleidingsjaar 1984-1985 is een breed opgezet evaluatieonderzoek in de huisartsopleiding te Nijmegen en Groningen uitgevoerd². Doel van dat onderzoek was na te gaan hoe de huisartsopleiding er in feite uitzag én wat het resultaat van de opleiding was. Aan het onderzoek in Nijmegen namen drie groepen arts-assistenten deel. Zij zijn aan het begin en eind van het opleidingsjaar op een aantal manieren beoordeeld. Daarbij is ook de medische kennis gemeten met behulp van een Maastrichtse toets.

In dit artikel wordt verslag gedaan van deze kennismeting. Daarbij komen twee vraagstellingen aan bod:

1. Is het mogelijk met de Maastrichtse voortgangstoets een voor de huisartsopleiding relevante kennismeting uit te voeren?
2. Welke veranderingen in kennis treden op bij deelnemers aan de eenjarige beroepsopleiding tot huisarts?

J. A. Bulte,
G. M. Verwijnen,
V. C. L. Tielens en
Y. D. van Leeuwen

In een evaluatieonderzoek is de kennis van arts-assistenten aan het begin en einde van de huisartsopleiding te Nijmegen gemeten. Dat gebeurde met behulp van de Maastrichtse voortgangstoets, waaruit een 'subtoets huisartsen' was samengesteld. De kennis bleek tijdens de opleiding toe te nemen; het meest in de klinische vakken. Tussen de arts-assistenten bestonden wel flinke verschillen in kennishoogte en -toename. Een bericht uit de Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

VOORTGANGSTOETS

De Maastrichtse voortgangstoets is een kennistoets die bestaat uit 250 juist/onjuist-vragen. Deze representeren de kennis van de geneeskunde die een basisarts, naar het oordeel van de docenten van de verschillende vakgebieden, hoort te bezitten³.

Aan Maastrichtse studenten uit alle studiejaren wordt vier keer per jaar een nieuwe versie van deze toets ter invulling voorgelegd. Op deze wijze wordt zichtbaar gemaakt welke voortgang studenten in hun kennisverwerving boeken tijdens de studie. Het spreekt voor zich, dat een eerstejaars nog weinig vragen kan beantwoorden. Naarmate zijn studie vordert zal een student echter steeds meer vragen correct kunnen beantwoorden. De scores van de opeenvolgende jaargroepen ziet men dan ook gestaag oplopen. De vragen voor de toets worden gemaakt door docenten van alle vakgroepen en ze worden systematisch opgeslagen in een zogeheten 'itembank'. Daarin zijn thans circa 10.000 vragen opgenomen, ingedeeld in een aantal categorieën en clusters. Dezelfde indeling van vragen wordt in iedere toets gebruikt; het schema laat dat zien.

Subtoets huisartsen

Men mag niet zonder meer aannemen dat een dergelijke toets ook een acceptabele representatie is van de voor huisartsen relevante kennis. Om na te gaan in hoeverre dat het geval is, hebben zeven huisarts-stafleden van de Nijmeegse huisartsopleiding de toets vraag voor vraag op haar relevantie beoordeeld. Een aantal vragen bleek daarbij inderdaad niet te passen in een toets voor (aanstaande) huisartsen. Telkens wanneer vijf van de zeven huisarts-stafleden een positief antwoord gaven op de vraag 'Vindt u dat een huisarts dit moet weten', is het desbetreffende item opgenomen in de zogenoemde subtoets huisartsen. Zo is een subtoets huisartsen ontstaan van 151 juist/onjuist-vragen (62%) uit de oorspronkelijke voortgangstoets van 244 vragen.

Indien de strenge eis van unanimiteit onder de zeven beoordelaars zou zijn gehanteerd, zou een subtoets van 78 relevante items zijn ontstaan. Volledige gelijkgestemdheid werd niet nodig geacht. Bijkomend nadeel zou in dat geval zijn geweest dat door het kleine overgebleven vragen enkele onderdelen niet of nauwelijks meer in de toets aanwezig zouden zijn geweest. De subtoets huisartsen van 151 vragen bleek daarentegen een vrij goede afspiegeling van de oorspronkelijke voortgangstoets. De α -coëfficiënt – maat voor betrouwbaarheid – varieert voor de hele voortgangstoets in Maastricht doorgaans van .85 tot .95 en blijkt in ons onderzoek voor de subtoets huisartsen bij de voor- en nameting respectievelijk .77 en .80 te zijn.

De volledige Maastrichtse voortgangstoets (versie van september 1984) is in oktober 1984 ingevuld door 33 Nijmeegse arts-assistenten. Dit gebeurde in de week voorafgaande aan de start van de huisartsopleiding. Drie arts-assistenten namen niet deel vanwege bezwaren tegen het evaluatieproject als geheel.

Een jaar later – drie dagen voor het einde van de opleiding – is precies dezelfde toets door precies dezelfde arts-assistenten ingevuld. Het doel hiervan was twee gelijkwaardige meetmomenten te verkrijgen en daardoor de mate van vooruitgang zo exact mogelijk te kunnen meten.

Hiermee is het risico gelopen dat het eindresultaat enigszins beïnvloed is door een inducerende werking van de beginvragen op het leerproces van de artsen in opleiding. De kans op een feitelijke herkenning van de 244 toetsvragen werd klein geacht. De tussenliggende periode was immers een heel jaar, dat rijk was gevuld met velerlei ingrijpende ervaringen. Ook werd de toets niet verder in het gegeven onderwijs gebruikt. Inderdaad bleken de artsen-in-opleiding bij de tweede invulling niet of nauwelijks te merken dat het om dezelfde toets ging.

RESULTATEN

Uit de gegevens blijkt dat de groep van 33 Nijmeegse arts-assistenten na afloop van de huisartsopleiding een significant hogere score behaalt dan voor het begin van de opleiding. Het is opvallend dat dit geldt voor de meting met zowel de gehele voortgangstoets als de subtoets huisartsen. Het percentage goede antwoorden gaat in beide gevallen met zes omhoog. Net als bij de totaalscore is ook bij de clusterscores te zien dat de resultaten op de volledige toets niet veel afwijken van het patroon op de subtoets huisartsen, met dit verschil dat de scores op de subtoets huisartsen steeds enkele procenten

Schema. Inhoudelijke categorieën en clusters van vakken in de Maastrichtse Voortgangstoets. (aantallen vragen in de toets van september 1984)

omschrijving	aantal vragen	vakken-cluster	aantal vragen
1. Ademhalingsstelsel	24	1. Basisvakken	82
2. Hematol. en lymf. systeem	16	2. Klinische vakken	120
3. Spier- en skeletstelsel	19	3. Gedragswet. vakken	42
4. Geestelijke gezondh. zorg	19	totaal	244
5. Voortplantingsstelsel	13		
6. Hart- en vaatstelsel	29		
7. Hormoonstelsel en metabol.	16		
8. Huid en bindweefsel	12		
9. Maatsch. fact. ziekte/gezh.	10		
10. Spijsverteringsstelsel	22		
11. Nieren en urinewegen	17		
12. Zenuwen en zintuigen	24		
13. Riest	10		
14. Wetensch. leer en Method.	6		
15. Pers. fact. ziekte en gezh.	7		
totaal	244		

hoger liggen (tabel 1). In het klinische vakkencluster wordt duidelijk de grootste vooruitgang geboekt, maar ook in de basisvakken is de groei nog significant. De groei in de gedragswetenschappelijke vakken is niet significant.

In de groeicijfers wordt een flinke spreiding gevonden zoals blijkt uit de standaarddeviaties in tabel 1. In tabel 2 wordt daarom een indruk geboden van de verschillende mate waarin de arts-assistenten winst boeken op diverse onderdelen van de subtoets huisartsen. Daaruit komt naar voren dat, over de hele subtoets huisartsen genomen, 82% van de arts-assistenten kenniswinst boekt. Bij het klinische vakkencluster, dat ruim de helft van het aantal vragen beslaat, wordt door 85% vooruitgang geboekt. Bij deze vakken voert ruim eenderde van de arts-assistenten de score met meer dan tien punten op. Opvallend is verder dat, met name bij de basisvakken en de gedragswetenschappelijke vakken, een flink percentage arts-assistenten helemaal geen winst boekt of zelfs achteruit gaat.

In tabel 3 zijn de resultaten opgenomen, onderscheiden naar categorieën (zie het schema), waarbij alleen die categorieën worden genoemd die met tenminste tien items in de subtoets huisartsen zijn opgenomen. Op al deze gebieden is een groei van kennis te zien. De gebieden met een significante groei representeren duidelijk terreinen waarmee arts-assistenten tijdens de opleiding veelvuldig te maken hebben. Het hart en vaatstelsel en het ademhalingsstelsel bijvoorbeeld, krijgen in de opleiding nadrukkelijk aandacht. Uit de analyses is verder gebleken dat de arts-assistenten gemiddeld 53% van de vragen zowel bij voor- als nameting correct hebben beantwoord, terwijl gemiddeld 20% van de vragen zowel bij voor- als nameting buiten hun bereik lag.

CONCLUSIES

Het toetsen van kennis voor, tijdens en na de huisartsopleiding heeft tot op heden betrekkelijk weinig aandacht gehad. Dit in tegenstelling tot de basisopleiding, waar kennistoetsing – zeker in de predoc-torale fase – een belangrijke rol speelt.

Het meten van kennis in de huisartsopleiding op de in dit artikel beschreven wijze, lijkt zeker enig perspectief te bieden. Zeven huisarts-stafleden van het NUHI beoordeelden de 244 items van een Maastrichtse voortgangstoets op relevantie. Het aantal van 151 relevant geachte items dat hieruit resulteerde was groter

Tabel 1. Gemiddelde percentage goede antwoorden op de Maastrichtse voortgangstoets en de subtoets huisartsen van 33 arts-assistenten voor en na de huisartsopleiding.

	Maastrichtse voortgangstoets		subtoets huisartsen	
	voor x (sd)	na x (sd)	voor x (sd)	na x (sd)
basisvakken	52 (8) *	57 (9)	64 (7) **	69 (9)
klinische vakken	60 (9) **	67 (8)	62 (9) **	70 (8)
gedragswet. vakken	58 (9)	62 (10)	64 (9)	68 (11)
totaal (sub)toets	57 (8) **	63 (8)	63 (7) **	69 (8)

* p < .05
** p < .01

Tabel 2. Mate waarin 33 arts-assistenten tijdens de huisartsopleiding vooruit gaan op onderdelen van de subtoets huisartsen (percentages arts-assistenten).

	< 0 groei	1-5 groei	6-10 groei	> 10 groei
basisvakken	36	15	18	30
klinische vakken	15	27	21	36
gedragswet. vakken	36	15	21	27
Totaal subtoets huisartsen	18	36	15	30

Tabel 3. Percentage goede antwoorden op deelgebieden¹ van de subtoets huisartsen uit de Maastrichtse voortgangstoets, van 33 arts-assistenten voor en na de huisartsopleiding (gemiddelden en standaarddeviaties)

categorie (aantal vragen)	voor de opleiding X (sd)	na de opleiding X (sd)
ademhalingsstelsel (17)	60 (13)	** 68 (9)
spier- en skeletstelsel (11)	63 (15)	69 (13)
geestelijke gezondh.-zorg (14)	74 (11)	78 (13)
hart- en vaatstelsel (22)	64 (13)	** 73 (10)
hormoonstelsel en metabol. (12)	58 (15)	* 67 (17)
spijsverteringsstelsel (12)	74 (10)	* 79 (10)
nieren en urinewegen (11)	65 (13)	74 (14)
zenuwen en zintuigen (13)	63 (13)	68 (16)

* p < .05
** p < .01

1. Alleen deelgebieden met meer dan 10 items in de subtoets huisartsen

dan verwacht. Het is evenwel denkbaar dat de subtoets huisartsen zou kunnen worden verbeterd door toevoeging van een aantal meer op de huisartspraktijk toegesneden vragen, bijvoorbeeld over voor de huisarts belangrijke epidemiologische gegevens en over chronische ziekten^{4,5}.

Een werkgroep van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde heeft een begin gemaakt met het schrijven en verzamelen van dit soort toetsvragen.

De subtoets huisartsen lijkt bruikbaar

voor het meten van medische kennis in algemene zin en op groepsniveau ter verkrijging van een beeld van de kennisgroei. Het uitkomstenpatroon van de subtoets huisartsen vertoont erg veel overeenkomsten met het patroon van uitkomsten bij de volledige Maastrichtse voortgangstoets. De vraag is dan ook, in hoeverre het bij regelmatig gebruik van deze toets – meettechnisch gezien – nodig zou zijn, telkens door middel van arbeidsintensieve relevantiebeoordelingen door stafleden een subtoets huisartsen aan te wijzen.

Voor metingen op groepsniveau en voor diagnostisch toetsgebruik aan het begin van het opleidingsjaar of tijdens het jaar lijkt de 'ruis' van een aantal minder relevante items niet van veel gewicht. De 'boodschappen' van de volledige voortgangstoetsresultaten en die van de subtoets huisartsen lijken niet wezenlijk te verschillen. Diagnostisch gebruik van de toets zou vrij direct een rol kunnen spelen in het uitstippelen van het leerprogramma door individuele arts-assistenten en hun begeleiders.

Een belangrijk bruikbaarheidsaspect bij dit soort toetsen is de acceptatie ervan door de respondent. Om die reden is de aanwezigheid van een flink aantal minder relevante items wél ongewenst. Vragen die aansluiten bij de praktijk van alledag zullen de grootste acceptatie opleveren. Met een op de praktijk gerichte toets over diabetes mellitus zijn goede ervaringen opgedaan⁶.

Het is niet eenvoudig een oordeel te vellen over de hoogte van de door de arts-assistenten behaalde toetsscores. Vergelijkingsmateriaal met soortgelijke groepen op dezelfde opleidingstijdstippen is niet beschikbaar. Vier Maastrichtse groepen arts-assistenten in opleiding tot huisarts, waarvan de leden echter niet in dezelfde opleidingsfase van het huisartsenjaar zaten, scoorden in 1984-1985 gemiddeld 58,4% op de volledige Maastrichtse voortgangstoets⁷. In vergelijking daarmee, deden de Nijmeegse arts-assistenten het zeker niet slecht (vergelijk tabel 1).

Een ander vergelijkingspunt is de groei die Maastrichtse studenten doorgaans in de zes achtereenvolgende studie jaren van de basisopleiding maken. Deze bedraagt van het eerste tot en met het zesde jaar gemiddeld respectievelijk 9 - 8,5 - 9 - 7 - 5 en tenslotte 3% in het zesde studiejaar⁶. De 6% groei die bij de hier beschreven metingen in de huisartsopleiding zijn gevonden steken daarbij niet slecht af. Tenslotte kan een vergelijking



Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

worden gemaakt met het eindniveau waarmee studenten in Maastricht hun opleiding tot basisarts afsluiten. In de jaren '81 tot en met '85 haalden deze zesdejaars bij het laatste meetmoment gemiddeld een score van 60,6% goede antwoorden⁶. De arts-assistenten in ons onderzoek scoorden in de beginmeting gemiddeld lager op de volledige Maastrichtse voortgangstoets maar bij de na-meting gemiddeld hoger.

Dat er een flinke spreiding in de scores en in de gerealiseerde winst wordt aange-troffen ligt voor de hand. Het is evenwel de vraag of het acceptabel is dat een substantieel percentage van de arts-assistenten in het geheel geen vooruitgang boekt of zelfs achteruit gaat op de toets als geheel of delen van de toets. Een diagnostisch gebruik van de toetsresultaten door de betrokken arts-assistenten en hun begeleiders zou dit beeld wellicht kunnen verbeteren. Dit zou dan pleiten voor een meer gedifferentieerde onderwijsaanpak, afgestemd op de gesignaleerde lacunes.

Met het hier beschreven onderzoek kan niet worden aangetoond in hoeverre de gevonden kennistoename rechtstreeks aan de opleiding kan worden toegeschreven. Immers controlegroepen waren niet aanwezig. Gelet op het eerder genoemde Maastrichtse vergelijkingsmateriaal lijkt het echter wel plausibel te veronderstellen dat de Nijmeegse huisartsopleiding leidt tot een groei (c.q. een reactivering) van medische kennis op een vrij breed terrein. Het meest sprekend is in dit verband de groei van kennis in het klinische vakkencluster.

De uitkomsten van deze kennismeting rechtvaardigen de conclusie dat deze meting zekere perspectieven biedt voor de huisartsopleiding. Op bepaalde punten dient echter nader onderzoek te worden verricht. Te noemen zijn onder meer het

uitvoeren van soortgelijke kennismetingen in andere huisartsopleidingen in Nederland, onderzoek naar de effecten van diagnostisch gebruik van de onderhavige toets en onderzoek naar de mogelijkheden om zonder de arbeidsintensieve relevantiebeoordelingen een subtoets huisartsen samen te stellen uit andere Maastrichtse voortgangstoetsen.

Voor beoordeling en selectie van individuele arts-assistenten in de beroepsopleiding tot huisarts is de toets niet zonder meer geschikt. Daartoe zou de toets moeten worden aangevuld met meer elementen uit typisch huisartsgeneeskundige kennis, welke daarvoor evenwel eerst scherper zou moeten worden omschreven. □

Literatuur

1. Grol R en Tielens V. Onderwijsontwikkeling in de beroepsopleiding tot huisarts. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 58-62.
2. Bulte J, Helsper A, Ende J van de en Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de huisartsopleiding. Huisarts en Wetenschap 1987; 30: (in druk).
3. Verwijnen G. Maastrichtse voortgangstoets. PES NR. 5 RU Limburg, Maastricht, 1982.
4. Morbidity figures in general practice. NUHI-Nijmegen, 1986.
5. Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht, 1983.
6. Zuidweg J en Tan L. Kennis en vaardigheid met betrekking tot patiënten met diabetes mellitus bij aanstaande huisartsen. Amsterdam, 1987.
7. Verwijnen G en Fröberg C. Jaarverslag over het academisch jaar 1984-1985 van de voortgangstoetsbeoordelingscommissie. PES NR. 117. RU Limburg, Maastricht, 1986.

Naar kwaliteitsbewaking van de beroepsopleiding tot huisarts

De afgelopen jaren hebben de lezers van Medisch Contact via een reeks artikelen kennis kunnen nemen van de activiteiten en voorstellen van de commissie Curriculum Constructie voor de (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH)¹⁻⁹. Deze commissie CCBOH heeft haar werkzaamheden verricht in nauwe samenwerking met de acht universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde.

Een van de voorstellen behelst de opzet van een landelijk evaluatiesysteem voor de meerjarige beroepsopleiding. De nadere uitwerking hiervan is opgedragen aan het samenwerkingsverband van de instituten voor huisartsgeneeskunde, dat op 1 januari 1987 is ingesteld. Dit heeft ertoe geleid dat thans binnen de beroepsopleiding tot huisarts landelijk uniforme kennistoetsen worden afgenomen. Tevens is gestart met de ontwikkeling van landelijke toetsing van medisch-technische en consultvoeringsvaardigheden van huisartsen-in-opleiding (haio's). Bovendien wordt het door de instituten aangeboden onderwijs op uniforme wijze geregistreerd¹⁰. Al deze activiteiten zijn erop gericht om te komen tot bewaking van de kwaliteit van de beroepsopleiding tot huisarts.

In dit artikel worden de achtergronden van deze ontwikkeling weergegeven. Het artikel is als volgt opgebouwd: eerst worden de voorstellen voor het meerjarig curriculum van de commissie CCBOH samengevat, toegespitst op de plannen voor landelijke evaluatie. Daarna wordt in het kort de problematiek rond de invoering van de meerjarige beroepsopleiding geschetst, als achtergrond voor de beschrijving van de functie van het landelijk samenwerkingsverband en de feitelijke ontwikkeling op het gebied van landelijke evaluatie in de beroepsopleiding.

De commissie CCBOH heeft plannen opgesteld voor de inrichting van de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. Het nieuwe curriculum moet ertoe leiden dat de haio's aan het eind van hun opleiding het LHV-Basistakenpakket van de huisarts beheersen.

Ten behoeve van de inhoudelijke aansluiting van het nieuwe curriculum op het Basistakenpakket is een *Structuurplan*

M. C. Pollemans,
G. van Geldorp en
L. H. C. Tan

Het complexe organisatorische en het inhoudelijke veranderingsproces waarin de beroepsopleiding tot huisarts momenteel is verwickeld, vormt het decor voor de ontwikkeling van een samenhangend systeem voor landelijke evaluatieactiviteiten. Dat het systeem langzaam contouren gaat krijgen, is te danken aan de constructieve wijze waarop de acht universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde met elkaar samenwerken. Dit schrijven Mw. M. C. Pollemans, arts en onderwijskundige, G. van Geldorp, huisarts, en Mw. L. H. C. Tan, socioloog, allen verbonden aan het Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband.

voor de meerjarige beroepsopleiding opgesteld. In het Structuurplan worden taken en deskundigheden van de huisarts onderscheiden, waarvan vervolgens onderwijsdoelstellingen zijn afgeleid. Voor het hierop gebaseerde curriculum is volgens de commissie CCBOH een opleidingsduur van drie jaar noodzakelijk. Het Structuurplan vormt de 'rode draad' voor de meerjarige opleiding.

Het zwaartepunt van de nieuwe opleiding ligt op leren en werken in de huisartspraktijk. De sinds de start van de beroepsopleiding gangbare combinatie van individueel praktijkonderwijs en groepsonderwijs op wekelijkse terugkomdagen op het instituut is gehandhaafd. Nieuw is de landelijke overeenstemming over doel, inhoud en structuur van het curriculum en de afstemming van het instituutsonderwijs op de praktijk. De feitelijke invulling en vormgeving van het onderwijs blijft overigens de verantwoordelijkheid van elk individueel instituut voor huisartsgeneeskunde.

De meerjarige opleiding is in drie, ongeveer gelijke blokken verdeeld: in het eerste blok moet de huisartsgeneeskundige

basis worden gelegd. Het praktijkonderwijs vindt in deze periode plaats in de praktijk van een gekwalificeerde huisartsopleider. Ter opvulling van lacunes brengt de haio het tweede blok voornamelijk door met gerichte, huisartsgeneeskundig relevante, externe leerwerkperioden in zieken- en/of verpleeghuizen. In het laatste blok, dat integratie en verdieping tot doel heeft, vindt de praktijkopleiding weer plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg: vanuit de huisartspraktijk kan de haio dan nog korte stages doorbrengen bij andere eerstelijnsinstellingen.

In het curriculum is structureel plaats ingeruimd voor het deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Hoofddoel van het nieuwe curriculum is dat de haio's aan het eind van hun opleiding het Basistakenpakket op een voldoende niveau beheersen. Daarnaast geldt dat wordt gestreefd naar het bewaken van de kwaliteit van het onderwijs zelf.

Het nagaan of en in welke mate de voor het curriculum geformuleerde doelen worden behaald, heet in onderwijsjargon: *evaluatie*. Letterlijk betekent het: de waarde van iets bepalen. Om de waarde van het nieuwe curriculum te kunnen bepalen, moeten de studieresultaten die de haio's behalen zichtbaar zijn en moet er inzicht bestaan in het onderwijsaanbod. Onder deze voorwaarden wordt controle op de bereikte resultaten en op de kwaliteit van de opleiding mogelijk.

De informatie over de studieresultaten van de haio's en over de daadwerkelijke invulling van het onderwijs kan worden gebruikt in het continue proces van aanpassing en verbetering van het curriculum. De instituten voor huisartsgeneeskunde zijn verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan. Vanwege deze gezamenlijke verantwoordelijkheid is ervoor gekozen om, naast de instituutsonderbouwde evaluatie en toetsing van het eigen onderwijs, ook op landelijk niveau evaluatieactiviteiten te ontwikkelen. Deze activiteiten kunnen als 'instituutsoverstijgend' worden gekenmerkt en worden onafhankelijk van de individuele instituten en hun onderwijsprogramma's uitgevoerd. Alle evaluatie-activiteiten tezamen moeten ertoe leiden dat op vaste momenten in de opleidingsperiode informatie beschikbaar komt over de vooruitgang van de haio's en over vorm en inhoud van het onderwijs in de beroepsopleiding.

Het College voor Huisartsgeneeskunde

(CHG), dat verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de beroepsopleiding, nam de CCBOH-voorstellen voor de inrichting van een driejarige opleiding over. Het ministerie van WVC trof dit besluit echter door een veto. De patstelling tussen inhoudelijk en beleidsmatig verantwoordelijken voor de beroepsopleiding is vervolgens doorbroken met een compromisbesluit over de invoering van een *interim-beroepsopleiding*. De term 'interim' betekent dat er in een later stadium (in 1990) een definitief besluit zal worden genomen over de duur van de beroepsopleiding. In de interimperiode is de opleidingsduur voorlopig bepaald op twee jaar. Dit compromis heeft tot gevolg gehad dat de eerste interimgroepen in de loop van 1988 aan alle universitaire Instituten voor Huisartsgeneeskunde gestart zijn. Het curriculum dat wordt gevolgd is een verkorte versie van de (driejarige) CCBOH-opzet, waarbij voor zover mogelijk de uitgangspunten zijn gehandhaafd: dat wil zeggen nadruk op leren en werken in de huisartspraktijk, opbouw in blokken, en inhoudelijk gebaseerd op het Structuurplan voor de beroepsopleiding. Evaluatie, met behulp van niet-facultatieve toetsing van haio's en registratie van het onderwijsaanbod, is een integraal onderdeel van het curriculum.

In aansluiting op de activiteiten van de commissie CCBOH is op 1 januari 1987 het landelijk *Samenwerkingsverband* opgericht. In de inleiding werd al vermeld dat de acht universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde hierin gezamenlijk werken aan de invoering van een landelijk evaluatiesysteem voor de meerjarige beroepsopleiding. Organisatorisch is aan het Samenwerkingsverband vorm gegeven door het instellen van een centraal uitvoerend bureau, dat wordt gesteund door afgevaardigden van alle instituten. Het uitvoerend bureau is belast met beleidsvoorbereidende, coördinerende en uitvoerende taken.

De instituutsafgevaardigden fungeren voor het uitvoerend bureau als denktank en dienen tevens als informatiekanal van en naar de verschillende instituten. De instituten leveren bovendien een directe bijdrage door het maken van evaluatiemateriaal, zoals toetsvragen en observatielijsten, en door het verzamelen van registratiegegevens. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de activiteiten van het Samenwerkingsverband berust bij het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, dat wil zeggen bij de

Het geheel moet ertoe toe leiden dat er uiteindelijk een samenhangend, inhoudelijk relevant en acceptabel systeem ontstaat, waarmee belangrijke aspecten van de competentie van de haio's en van de kwaliteit van de nieuwe beroepsopleiding kunnen worden geëvalueerd.

Om over een aantal inhoudelijke, organisatorische en procedurele aspecten van landelijke evaluatie informatie te verkrijgen, was het (verder) ontwikkelen en uittesten van evaluatie-instrumenten noodzakelijk. Daarom zijn er door het uitvoerend bureau van het Samenwerkingsverband eind 1987 drie experimenten georganiseerd: twee met betrekking tot de landelijke evaluatie van kennis, respectievelijk van vaardigheden van haio's^{11 12}; het derde experiment omvatte een landelijke registratie van het instituutsonderwijs¹³. De drie experimenten hadden tot doel de randvoorwaarden voor landelijke evaluatie in de meerjarige beroepsopleiding duidelijk te maken. Deze randvoorwaarden betroffen onder meer de wijze van voorbereiding, de organisatie, de gegevens- en informatiestromen, en de begeleiding van onderlinge verantwoordelijkheden.

De experimenten met betrekking tot de kennis- en vaardigheids-evaluatie zijn gelijktijdig uitgevoerd in oktober 1987, tijdens twee toetsdagen in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Alle instituten voor huisartsgeneeskunde participeerden in beide experimenten met één groep haio's. Dat betekende dat tijdens deze twee landelijke toetsdagen bijna honderd haio's aan een kennis- en een vaardighedentoets hebben deelgenomen.

De experimentele landelijke registratie van het instituutsonderwijs heeft plaatsgevonden van september tot december 1987. In het kader van dit experiment zijn van zestien opleidingsgroepen, afkomstig van vijf instituten, gegevens verzameld over de vorm en inhoud van het door de instituten verzorgde terugkomdagonderwijs.

Inmiddels is besloten tot de invoering van een continue registratie van het instituutsonderwijs bij alle meerjarige opleidingsgroepen. Bovendien wordt gestreefd naar registratie van het praktijkonderwijs aan haio's. Per jaar zullen minstens twee nieuwe landelijke kennistoetsen worden afgenomen. Over de vorm waarin en de condities waaronder landelijke vaardighedentoetsen bij haio's kun-

onderzoek plaats. Tevens is landelijke evaluatie van vaardigheden in consultvoering in voorbereiding.

TOT SLOT

Het complexe organisatorische en inhoudelijke veranderingsproces waarin de beroepsopleiding tot huisarts momenteel is verwickeld vormt het decor voor de ontwikkeling van een samenhangend systeem voor landelijke evaluatieactiviteiten. Dat het systeem langzaam maar zeker contouren gaat krijgen, is te danken aan de constructieve wijze waarop de acht universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde met elkaar samenwerken.

Dit artikel vormt het eerste in een reeks van vier artikelen over de activiteiten van het landelijk samenwerkingsverband. In de volgende artikelen zal worden ingegaan op de resultaten van de drie experimenten. □

Literatuur

1. Verheij Th, Van Geldorp G. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. I: Voorgeschiedenis. Medisch Contact 1986; 41: 501-3.
2. Grol R, Pollemans M, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. II: Structuurplan en onderwijsdoelen. Medisch Contact 1986; 41: 539-44.
3. Pollemans M, Pieters H, Groeneveld Y. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. III: Bepaling van de duur van de opleiding. Medisch Contact 1987; 42: 213-6.
4. Grol R, Everwijn S, Dubois V. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. IV: Opzet van het curriculum. Medisch Contact 1987; 42: 278-82.
5. Groeneveld Y, Grol R, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. V: De taken van de huisartsopleider. Medisch Contact 1987; 42: 339-41.
6. Pieters H, Everwijn S. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. VI: Evaluatie. Medisch Contact 1987; 42: 691-4.
7. Groeneveld Y, Van Geldorp G, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. VII: De opleiding van huisartsopleiders. Medisch Contact 1987; 42: 737-8.
8. Pollemans M, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. VIII: Leerwerkperiodes buiten de huisartspraktijk. Medisch Contact 1987; 42: 765-6.
9. Dubois V, Verheij Th. De meerjarige beroepsopleiding tot huisarts. Slot: Knelpunten bij de invoering. Medisch Contact 1987; 42: 797-8.
10. Pollemans M. Verslag activiteiten 1987. SV-IOH-04. Utrecht, januari 1988.
11. Kramer A. Rapportage Landelijke Experimentele Kennistoets (LEK). SV-IOH-06a. Utrecht, maart 1988.
12. Tan L. Rapportage Landelijke Experimentele Vaardighedentoets (LEV). SV-IOH-06b. Utrecht, maart 1988.

Medicijnmisbruik door drugverslaafden

Adviezen voor de huisartspraktijk

In onze maatschappij is het gebruik van genotmiddelen en geneesmiddelen enorm toegenomen. In de media worden alcohol en medicijnen naast elkaar aan-geprezen. Opvallend hierbij is, dat men in beide gevallen hetzelfde doel lijkt na te streven: geluk en succes in het leven wordt evenzeer bevorderd door Martini Bianco als door de speciale vitamine E-crème, als we de direct op elkaar volgende STER-spotjes mogen geloven. Gewone levensmiddelen krijgen een gezond tintje als ze meervoudig onverzadigde vetzuren bevatten, maar ook de huwelijksrelatie blijkt daar wel bij te varen. Sommige adverteerders gaan zo ver, dat ze al op zaterdagavond de remedie voor de kater van zondagochtend aanprijzen. Het idee dat matige en gevarieerde voeding, samen met voldoende lichaamsbeweging, de beste manier is om gezond en fit te blijven, is ver te zoeken. De joggende post-moderne mens moet potten vol vitaminepillen slikken om de aftakeling een pas voor te blijven. Tevredenheid en geluk zijn te koop bij iedere drogist en in iedere reformwinkel, al naar gelang het geloof in de farmaceutische industrie of dat in de 'natuur' prevaleert.

Veel mensen gebruiken genotmiddelen en zelfvoorgeschreven geneesmiddelen. Iedereen slikt bij hoofdpijn wel eens een aspirine. Veel mensen gebruiken te veel van het een of van het ander. Met name de drugverslaafde kent wat medicijnmisbruik betreft geen grenzen. Bij alles dat hem of haar dwarszit verschijnt, als bij een fruitmachine, de juiste combinatie van middelen voor de venstertjes. Hierover en over wat de huisarts kan doen om te voorkomen dat de verslaafde, met de jackpot in de knuistjes geklemd, de praktijk weer verlaat, gaat dit artikel.

De ontwikkeling van toenemend medicijnmisbruik bij harddrugverslaafden, het zogenoemde polydruggebruik, beschreven door Noortlander¹, heeft zich de laatste jaren voortgezet. Om een paar cijfers te noemen: van de op dat moment bij gebruikers populaire middelen werd door Amsterdamse apothekers in 1987 tot ruim 85% aan verslaafden afgeleverd. De helft van de afgeleverde Rohypnol® ging naar verslaafden. Per recept werden soms honderden tabletten uitgereikt². In

F. Kootstra

Medicijngebruik vormt een blijvend probleem bij drugverslaafden. De arts F. Kootstra, die werkzaam is bij de drughulpverleningsinstelling 'de Odyssee' in Rotterdam, zet aard en omvang van het polydruggebruik uiteen. Zijn betoog spitst zich toe op de vraag hoe concreet met dit probleem om te gaan in de huisartspraktijk.

Amsterdam bleek ruim tweederde van 225 ondervraagde druggebruikers benzodiazepines te slikken, van wie een derde dagelijks³. Dit komt overeen met mijn eigen ervaring in het methadonprogramma Rotterdam-Zuid. Van de laatste 25 cliënten die door mij werden opgenomen, gebruikte één derde regelmatig tranquillizers, meestal Rohypnol® en Valium®, waarvan de helft werd voorgeschreven door de huisarts.

Anders is de situatie in het methadonprogramma voor problematische druggebruikers in Rotterdam-Noord. In dit onderhoudsprogramma gebruikt ongeveer de helft van de cliënten 'pillen'. Naast benzodiazepines gaat het hier ook om middelen als Isonox®, Doriden® en barbituraten. Deze medicijnen worden hoofdzakelijk illegaal verkregen. Ze worden in grote aantallen geslikt; om een idee te geven van de hoeveelheden: 100 mg diazepam plus 10 mg flunitrazepam dagelijks zijn zeker geen uitzondering. Ook andere middelen, tot aan anticonceptiepillen toe, worden, bewust of uit onwetendheid, zonder indicatie en in veel te hoge doseringen gebruikt. Het is duidelijk, dat ieder verband tussen farmacologische dosis en therapeutisch effect hier zoek is. Overdosering van Rohypnol® met ademdepressie, hypotensie, coma en in een paar gevallen exitus, is inmiddels beschreven⁴. Gezien het voorgaande hoeft dit eigenlijk geen verbazing meer te wekken.

Hoe griezelig het effect van dit medicijnmisbruik kan zijn, mag blijken uit het volgende voorval: Op een middag gingen wij methadon bezorgen bij een cliënt die zich 's ochtends ziek had gemeld. Bij

aankomst troffen wij hem flink onder invloed aan. Hij was nauwelijks in staat op de been te blijven. Zijn onverstaanbaar gebrabbel was incoherent en niet ter zake. Op het moment dat ik hem te verstaan gaf dat het gezien zijn toestand onverantwoordelijk was hem zijn methadondosis te geven, sloeg zijn licht dysforische stemming acuut om in ongeremde agressie. Hij bedreigde ons goed verstaanbaar en op zeer coherente wijze. Bij het verlaten van het huis wierp hij ons nog enige bloempotten na. Toen hij 's middags, enigszins ontnuchterd, zijn excuses kwam aanbieden, gaf hij toe vlak voor onze komst verscheidene 'ropi's' (Rohypnol®) te hebben geslikt.

Wat is het doel van het voorschrijven van medicamenten? In het Tijdschrift voor alcohol en drugs gaat De Mug nader in op het verschil tussen geneesmiddelen en genotmiddelen⁵. Is de situatie bij heroïne – evenals bij alcohol en tabak – duidelijk, heel anders is het bij tranquillizers (en bij methadon).

Benzodiazepines worden soms als genotmiddel gebruikt, maar zijn in de eerste plaats geneesmiddelen. Dat ze verslavend zijn hoeft eigenlijk geen betoog. We hoeven slechts te kijken naar de mate waarin huisartsen onder druk worden gezet om ze voor te schrijven. Hiermee komen we bij het dilemma waarvoor de huisarts zich gesteld ziet. Het indicatiegebied van minor-tranquillizers is klein. Dit geldt in extenso bij de groep van fysiek gezonde jonge mensen om wie het hier gaat. In een artikel in het Geneesmiddelenbulletin over het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen aan druggebruikers worden als indicaties genoemd: slapeloosheid en ontstemmingen. Mijns inziens terecht wordt er hier ook op gewezen, dat bij slapeloosheid druggebruikers meestal niet reageren op de gangbare 'lichtere' slaapmiddelen. In het artikel wordt voorts gewezen op het gevaar van het voorschrijven van steeds sterkere middelen en hogere doseringen. Wat de ontstemmingen betreft wijzen de auteurs op de effectievere middelen, zoals neuroleptica en antidepressiva, en hun risico's.

Al met al zal de indicatie voor benzodiazepines vaak meer worden bepaald door

sociale overwegingen dan door medische noodzaak. Om zijn 'pillen' op de zwarte markt te kunnen kopen moet de verslaafde gaan stelen of zich prostitueren. Dit dilemma maakt dat de verslaafde in een doolhof terechtkomt. De enige weg hieruit is de eigen verantwoordelijkheid. De verslaafde is zelf voor de volle honderd procent verantwoordelijk voor de consequenties van zijn of haar verslaving.

De huisarts is alleen verantwoordelijk voor het medisch handelen, niet voor de toevoer van genotmiddelen. Het voorschrijven van een medicament moet zich bewegen binnen de context van dit medisch handelen, wil het therapeutisch zijn; bij het starten van een medicamenteuze behandeling dient de beëindiging ervan reeds voor ogen te staan.

In het al genoemde Geneesmiddelenbulletin wordt voor benzodiazepines een behandelingsduur van ongeveer drie weken geadviseerd. Bij een verslaafde is de tijdszin verstoord; hij of zij leeft bij de dag, drie weken betekent 'voor altijd'. Als de huisarts probeert na die periode de medicatie te staken, zal oprechte verontwaardiging zijn deel zijn: 'Als ik toen recht had op mijn pillen, dan heb ik dat nu toch nog, want ik kan nog steeds niet zonder slapen.' Zo kan een eenmaal gestarte medicatie zich tot in het oneindige voortzetten. De druk die op de huisarts wordt uitgeoefend om meer voor te schrijven zal hem steeds verder over de grenzen duwen tot waar hij bereid was te gaan.

In een ander, uitstekend artikel gaat Noorlander in op de trucs die verslaafden uit de doos trekken om de door hen begeerde drug te bemachtigen⁷. Hierin doet zij ook manieren aan de hand om daar mee om te gaan. Het artikel is helder en uitputtend, zodat we er hier niet verder op ingaan. Graag willen wij de huisartsen een 'checklist' aanbieden waarmee zij de meeste situaties op een effectieve manier kunnen kortsluiten (zie ook *kader*).

Als een patiënt bij u komt met de vraag om een slaapmiddel of een tranquillizer, stelt u zichzelf dan van tevoren de volgende vier vragen:

1. Betreft het een eigen patiënt?

Zo nee, verwijs hem of haar dan terug naar de eigen huisarts. De situatie zal zelden zo acuut zijn dat men niet een paar dagen kan wachten. Vraag u ook af waarom de patiënt juist komt op een moment dat de eigen huisarts niet bereikbaar is. Bent u van mening dat medicatie wel meteen noodzakelijk is, schrijf dan een

'Checklist'.

eigen patiënt?	opiat- verslaving?	Methadon- programma?	medicijn- verslaving?	advies
nee				weinig of niets voorschrijven
ja	nee			urine-controle
ja	ja	nee		doorverwijzen naar hulpverlening/CAD
ja	ja	ja	ja/nee	niets voorschrijven

recept uitsluitend voor de overbruggingsperiode. Schrijf in een weekenddienst nooit een recept voor een maand uit. En tenslotte, schrijf het aantal tabletten en zo nodig ook de sterkte uit in letters; uw recept zal niet het eerste zijn dat wordt vervalst. Zo ja:

2. Is de patiënt verslaafd aan opiaten?

Als u niet zeker bent van uw zaak, stel de patiënt dan een urine-controle op opiaten voor. Iemand die niet verslaafd is zal daar, wanneer u de situatie rustig en tactvol voorlegt, zelden bezwaar tegen maken. Als u wel op de hoogte bent van de verslaving van uw patiënt:

3. Loopt hij of zij bij een methadonprogramma?

Zo nee, dan is dit het moment waarop u moet besluiten of u bereid en in staat bent om een verslaafde te begeleiden, met alles erop en eraan. In de 'Methadonbrief' worden adviezen gegeven over wie wel en wie niet geacht wordt verslaafden te behandelen. Als u hiertoe besluit, houd u er dan rekening mee, dat hier meer bij komt kijken dan alleen het uitschrijven van een recept. Als de patiënt te kennen geeft dat hij met behulp van tranquillizers van de heroïne wil afkicken, realiseert u zich dan dat deze middelen niet in staat zijn de onthoudingsverschijnselen weg te nemen; hoogstwaarschijnlijk gaat hij of zij weer heroïne gebruiken (en heeft er dan mogelijk een medicijnverslaving bovenop). Het advies blijft dan ook, een verslaafde door te verwijzen naar de drughulpverlening; het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD) in uw regio kan u daarbij van dienst zijn. Als uw patiënt al bij de hulpverlening zit, schrijf dan niets voor. De vraag om 'pillen' is altijd onderdeel van de verslavingsproblematiek. Tenslotte:

4. Is de patiënt al verslaafd aan medicijnen?

Het is mogelijk, dat u een patiënt overneemt die elders al tranquillizers kreeg voorgeschreven. Weiger in dat geval in principe deze medicatie over te nemen. Vaak wisselen verslaafden van huisarts omdat deze een lang bestaande situatie wil beëindigen. Vraag zo nodig toestem-

ming om contact op te nemen met uw voorganger. Ga ook niet in op verzoeken om illegaal 'pillen'-misbruik te legaliseren. Mijs inziens behoort dat, zoals boven uiteengezet, niet tot de taak van een arts. Waarschijnlijk komt uw medicatie toch bovenop de 'pillen' die nog steeds worden gekocht. Als u voor uzelf deze vragen heeft beantwoord, kunt u nader op de hulpvraag ingaan en tot een weloverwogen beslissing komen, die zowel voor uzelf als voor uw patiënt heilzaam zal zijn.

Medicijnmisbruik is een blijvend probleem bij drugverslaafden, dat mogelijk zijn wortels vindt in de houding van de maatschappij ten opzichte van 'pilletjes'. Ik heb getracht een idee te geven van de aard en de omvang van het probleem. In aansluiting hierop worden adviezen gegeven om er in concrete gevallen in de huisartspraktijk mee om te gaan. De discussie concentreert zich hierbij rond het onderscheid tussen genees- en genotmiddelen, waarover een duidelijk standpunt wordt ingenomen: het gebruik van medicijnen als genotmiddel hoort niet thuis in het medisch circuit. □

Literatuur

1. Noorlander EA. Druggebruik en psychofarmaca. Medisch Contact 1983; 39: 1214-6.
2. Ramckers EMAL, Muileboom CAM, Santen GW van. Konsultatie Project Drugsverslaving ten behoeve van eerste lijnsgezondheidszorg. Amsterdam: GGD/Jellinekeentrum, 1987. (Onderzoek bij Amsterdamse apotheken naar afgeleverde hoeveelheden tranquillizers/slaapmiddelen aan 'gewone patiënten' en 'drug-gebruikers'.) Verkorte versie: Ned Tijdschr Geneesk 12 september 1987.
3. Brussel GHA van, Zadelhoff AW van, Sluijs TA. Polydruggebruik - een nieuw verschijnsel? Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 1987; 6: 198-203.
4. Langendijk PNJ, Loenen AC van, Heijst ANP van. Overdosis van flunitrazepam en enkele andere benzodiazepinen; ervaringen van het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 45: 2032-6.
5. Mug W de. Heroïne: een geneesmiddel of een genotmiddel? Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 1984; 4: 171-3.
6. Lionarons WH, Weijers-Everhard JP. Het voorschrijven van kalmerings- en slaapmiddelen aan druggebruikers. Geneesmiddelenbulletin 1986; 12: 57-62.
7. Noorlander EA. 'Vuietregels' voor succesvolle behandeling drugverslaafden. Medisch Contact 1983; 49: 1535-7.

Zorgen particuliere non-profit ziekenhuizen goed voor de armen?

In Amerika moeten de particuliere 'voluntary hospitals', ziekenhuizen zonder winst oogmerk die door middel van vrijwillige giften onafhankelijk van de staat worden gefinancierd, zich de laatste tijd steeds vaker verdedigen tegen de kritiek dat ze ten onrechte zijn vrijgesteld van belasting omdat het geen liefdadige instellingen meer zijn. In vroeger tijden, toen alle kosten nog zonder meer door de verzekering werden vergoed, waren 'non-profit' ziekenhuizen best bereid om iemand die niet kon betalen toch te helpen. Tegenwoordig vormt de charitatieve hulpverlening een bedreiging voor de financiële overlevingskansen van deze instellingen en proberen de ziekenhuisdirecties hun activiteiten in dit kader zoveel mogelijk te beperken. Daar komt nog bij dat het voor veel niet-commerciële particuliere ziekenhuizen steeds moeilijker wordt het hoofd boven water te houden, waardoor ze genooddaakt zijn naar nieuwe bronnen van inkomsten te zoeken en het accent te leggen op voorzieningen die betalende patiënten aantrekken en meer geld in het laatje brengen.

Nu is het dus zover, dat er wordt beweerd dat er in de praktijk weinig of geen verschil meer is tussen de 'voluntary hospitals' en hun commerciële 'for-profit' concurrenten¹. Sterker nog, volgens woordvoerders van de commerciële ziekenhuisconcerns is nu net het enige verschil dat hun ziekenhuizen belasting moeten betalen en de 'voluntaries' niet. Deze protesten hebben ertoe geleid dat sommige staten en districten erover denken de particuliere ziekenhuizen zonder winst-

oogmerk een belastingplicht op te leggen of tenminste de plicht, als voorwaarde voor verdere belastingvrijdom aan te tonen dat zij voldoende charitatief werk doen ten dienste van de gemeenschap. In het Congres is zelfs gesproken over de mogelijkheid inkomsten uit de patiëntenzorg in 'voluntary hospitals' voortaan onder de federale inkomstenbelasting te laten vallen (inkomsten uit transacties die geen verband houden met de patiëntenzorg zijn, uiteraard, altijd al belastbaar geweest).

De vraag is, of het waar is dat 'voluntary hospitals' en 'for-profit' instellingen beide naar verhouding evenveel bijdragen aan de charitatieve hulp voor de 35 tot 40 miljoen Amerikanen die niet zijn verzekerd; zo ja, dan is de belastingvrijstelling voor de niet-commerciële particuliere ziekenhuizen inderdaad niet gerechtvaardigd. De beantwoording van deze vraag wordt bemoeilijkt door het feit dat in de financiële verslagen van ziekenhuizen gewoonlijk geen verschil wordt gemaakt tussen hulp om niet en oninbare vorderingen; meestal worden ze op één hoop geveegd onder de noemer 'niet-vergoed'. Bovendien zijn deze verslagen gewoonlijk gebaseerd op de inkomsten of de in rekening gebrachte kosten en niet op de werkelijke kosten, wat een rechtstreekse vergelijking van ziekenhuizen met verschillende prijzen lastiger maakt. Toch is er de laatste jaren wel onderzoek gedaan naar de niet-vergoede hulpverlening in verschillende typen ziekenhuizen. Zoals te verwachten viel, bleek dat overheidsziekenhuizen verhoudingsgewijs meer niet-vergoe-

de hulp verlenen dan particuliere instellingen, 'non-profit' zowel als 'for-profit'. Een onderzoek van de American Hospital Association heeft bijvoorbeeld uitgewezen², dat in 1983 overheidsziekenhuizen, die met belastinggelden worden gefinancierd, 35% van alle niet-vergoede hulp voor hun rekening hebben genomen, terwijl hun aandeel in de totale kosten van de niet-federale inrichtingen waar men voor korte tijd kan worden opgenomen slechts 18% bedroeg; de rest van de niet-vergoede ziekenhuisbehandelingen in de Verenigde Staten, 65%, komt voor rekening van particuliere instellingen, waarvan ongeveer 3.200 zonder winst oogmerk en dus niet belastingplichtig en ongeveer 800 commercieel, welke laatste instellingen dus wel belasting moeten betalen.

Nationaal gezien leken de twee typen particuliere ziekenhuizen in het survey-onderzoek van de American Hospital Association weinig van elkaar te verschillen. In de 'voluntary hospitals' ging het bij 4,2% van de totaal in rekening gebrachte kosten om niet-vergoede hulp, terwijl dit cijfer voor de commerciële ziekenhuizen 3,1% bedroeg. Het aandeel van de echte charitatieve hulp werd geschat op 1,2% voor de 'non-profit' particuliere ziekenhuizen en 0,1% voor de commerciële ziekenhuizen.

Het onderzoek is bekritiseerd vanwege de betrekkelijk geringe respons van de particuliere sector, met name van de kant van de commerciële ziekenhuizen¹. Andere nationale onderzoeken komen echter uit op een nog kleiner of helemaal geen verschil

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

tussen de particuliere ziekenhuizen zonder winstoogmerk en de commerciële ziekenhuizen³; dat lijkt steun te bieden aan de verontrustende conclusie, dat ziekenhuizen die zijn vrijgesteld van belasting niet veel méér charitatief werk doen dan hun belastingplichtige concurrenten.

Er zijn evenwel waarnemers die erop wijzen dat nationale survey-onderzoeken een vertekend beeld geven, omdat niet alle staten commerciële ziekenhuizen kennen en niet alle staten in dezelfde mate bijdragen aan de ziektekostenverzekering. Het is aanmerkelijk, dat in staten waar geen commerciële ziekenhuizen zijn of waar de overheid in aanzienlijke mate bijdraagt aan de ziekenhuiszorg voor mensen zonder geld, het aandeel van de 'non-profit' ziekenhuizen in de niet-vergoede hulpverlening verhoudingsgewijs klein zal zijn. Als het waar is dat de commerciële ziekenhuizen in vergelijking met de 'voluntary hospitals' weinig niet-vergoede hulp verlenen, moet het verschil het duidelijkst zijn in staten waar de overheid relatief weinig doet voor de armen en waar het aantal commerciële ziekenhuizen relatief groot is. Aangezien bovendien vaststaat dat commerciële ziekenhuizen gemiddeld genomen meer kosten in rekening brengen dan particuliere 'non-profit' instellingen⁴, zouden de verschillen tussen beide typen ziekenhuizen duidelijker worden als ze zouden worden vergeleken op het punt van de werkelijk gemaakte kosten en niet op dat van de in rekening gebrachte kosten.

Recent zijn uitkomsten bekend gemaakt van een belangrijk nieuw onderzoek waarin de kwestie van de niet-vergoede hulp vanuit dit subtielere perspectief is benaderd⁵. Het gaat om een vergelijkend onderzoek naar niet-vergoede hulp in commerciële c.q. niet-commerciële ziekeninstellingen, door een gerenommeerd medisch adviesbureau verricht in opdracht van de Volunteer Trustees of Not-for-Profit Hospitals, met steun van een samenwerkingsverband van par-

ticuliere 'non-profit' ziekenhuizen, gezondheidsorganisaties en het Commonwealth Fund. Voor het onderzoek zijn vijf staten geselecteerd; in alle vijf staten waren flink wat commerciële ziekenhuizen en konden de overheidsinstanties adequate en betrouwbare gegevens verstrekken. Gekeken is naar de werkelijk gemaakte kosten, niet naar de kosten die in rekening zijn gebracht.

De resultaten zijn verhelderend en overtuigend. In vier staten (Florida, North Carolina, Tennessee en Virginia) verleende men in het jaar 1984 dan wel in het jaar 1985 in de particuliere ziekenhuizen zonder winstoogmerk 50% tot meer dan 100% méér niet-vergoede hulp dan in de commerciële ziekenhuizen. Bij de particuliere 'non-profit' ziekenhuizen gaat het om een bedrag dat in doorsnee varieert van 6,7% tot 10,5% van de totale kosten, bij de commerciële instellingen om 3,7% tot 4,9% van de totale kosten. In Californië, waar de behoefte aan gratis hulp in een particulier ziekenhuis klein is omdat er veel overheidsziekenhuizen zijn, was het aandeel van de particuliere 'non-profit' instellingen en de commerciële ziekenhuizen in de niet-vergoede hulpverlening betrekkelijk klein, maar ook hier lag de bijdrage van de 'voluntary hospitals' 15% hoger. Als we voorts bedenken dat het deel 'charitatieve hulp', dus niet het deel 'oninbare vorderingen', van de 'niet-vergoede hulp' in de non-profit ziekenhuizen waarschijnlijk veel groter is en dat de kosten van niet-vergoede behandelingen voor commerciële ziekenhuizen in feite lager zijn omdat ze die van de belasting kunnen aftrekken, worden de onderlinge verschillen nog groter.

Het blijkt dus, dat in minstens één opzicht particuliere ziekenhuizen zonder winstoogmerk veel maatschappelijker zijn ingesteld dan commerciële ziekenhuizen. Gezien de voorkeursbehandeling die de 'voluntary hospitals' van de belasting krijgen, hoort dat ook zo. Maar het mag hier niet bij blijven. De samenleving moet er zeker van

kunnen zijn dat ziekenhuizen die belastingvrijdom genieten, zich dezelfde doelen blijven stellen als die welke van het begin af aan bepalend zijn geweest voor hun maatschappelijke taak. Het afromen van het aanbod, het dumpen van patiënten die acuut hulp nodig hebben, maar niet kunnen betalen, en het streven naar een winstgevend dienstenpakket ten koste van voorzieningen die geen geld opleveren, het zijn praktijken die eenvoudig niet thuishoren in een 'voluntary hospital'. Als dit soort praktijken gemeengoed wordt, zal dat ongetwijfeld leiden tot een andere opstelling van de belastingdienst.

James H. Taylor van het Medical Center Hospital of Vermont, heeft een fascinerend verslag geschreven over de strijd die zijn ziekenhuis onlangs met succes heeft gevoerd tegen een aanslag voor de onroerend-goedbelasting van de stad Burlington⁶. Daarin waarschuwt hij directies van particuliere 'non-profit' hospitals en hun raden van beheer, dat 'ziekenhuizen de verplichting charitas te bedrijven, die zij vanouds op zich hebben genomen, niet terzijde mogen schuiven in ijver om blijk te geven van efficiënt management'. Taylor: 'Een organisatie waar de barmhartigheid, de dienstbaarheid en het mededogen met zieken en gewonden niet van afstraalt en die de aandrang heeft verloren om als eerstaangewezene te voorzien in de behoeften van de samenleving, zal zichzelf niet met succes kunnen afficheren als een charitatieve instelling.' Hij heeft volkomen gelijk. De meesten van zijn collegae bestuursleden van particuliere 'non-profit' ziekenhuizen zullen het met hem eens zijn. Tegelijkertijd zullen zij zich afvragen hoe zij de charitatieve traditie binnen hun ziekenhuis levend kunnen houden, waar ze te maken hebben met een gezondheidszorg die steeds commerciëler wordt en waarin de concurrentie steeds harder toeslaat, die het particulier initiatief koestert en waarin het minder op dienstverlening lijkt aan te komen dan op geld ver-

dienen⁷. Zij kunnen met recht de vraag stellen: 'Als de maatschappij van ons verlangt dat we alle zieken blijven helpen, waarom draagt de overheid dan zo weinig bij aan de zorg voor de armen?' Tja, waarom?

Reiman AS. Are voluntary hospitals caring for the poor? *N Engl J Med* 1988; 318: 1198-1200.

Literatuur

1. Bromberg MD. The medical-industrial complex: our national defense. *N Engl J Med* 1983; 309:1314-5.
2. Iglehart JK. Medical care of the poor - a growing problem. *N Engl J Med* 1985; 313:59-63.
3. Herzlinger RE, Krasker WS. Who profits from nonprofits? *Harvard Business Review* 1987;93:106.
4. Gray BH (ed. for the Institute of Medicine). For-profit enterprise in health care. Washington DC: National Academy Press, 1986.
5. Lewin LS, Eckels TJ, Miller LB. Setting the record straight: the provision of uncompensated care by not-for-profit hospitals. *N Engl J Med* 1988; 318:1212-5.
6. Taylor JH, O'Donnell JW. Property taxation of a not-for-profit hospital: a case study. *Hosp Health Serv Adm* 1988; 33:111-9.
7. Reiman AS. The National Leadership Commission on Health Care. *N Engl J Med* 1987; 317:706-7.

Overgevoelig voor penicilline

Het eerste sterfgeval als gevolg van anafylactische shock door het gebruik van penicilline werd gerapporteerd binnen een jaar nadat het middel in 1948 algemeen was geïntroduceerd. Sindsdien is er een groeiend aantal 'allergische reacties' op penicilline en analoge synthetische stoffen waargenomen. Een werkelijke IgE-afhankelijke anafylaxie is echter zeldzaam: gerekend over alle patiënten die penicilline krijgen, bedraagt de incidentie 0,05% en de mortaliteit 0,0002%¹. De meeste anafylactische reacties treden op na parenterale toediening van het middel; een verband met overgeërfde gevoeligheid lijkt er niet te zijn. De overige allergische reacties op penicilline, die bij ongeveer 1% tot 10% van de patiënten optreden, komen op rekening van andere immunologische processen, zoals hemolytische anemie, serumziekte, contactdermatitis en rash².

Nagenoeg iedereen die een penicilline krijgt zal specifieke IgG- en IgM-antistoffen ontwikkelen³. Af en toe

roept penicilline ook haptenspecifiek IgE op, de antistoffen die verantwoordelijk zijn voor anafylactische reacties op bepaalde geneesmiddelen. Door metabole opensplitsing van de β -lactamring ontstaat een uiterst reactieve penicilloylgroep, die een covalente binding aangaat met weefselproteïnen en zo de belangrijkste antigenedeterminant vormt⁴; minder belangrijke determinanten zijn de penicilline zelf, penicilloaat en penilloaat^{4,5}. Penicilline-anafylaxie gaat gepaard met de IgE-afhankelijke activering van mestcellen en basofiele cellen en de snelle afgifte van vasoactieve en bronchoactieve mediators als histamine, prostaglandine D₂, leukotriene C₄ en trombocyt-activerende factor, die samen urticaria, laryngeaal oedeem, bronchoconstrictie en hypotensie veroorzaken.

Kirk c.s. hebben het geval beschreven van een jonge patiënt met een zeer ernstige Clostridium-infectie, bij wie men het gebruik van penicillinen uitgesloten achtte in verband met 'peni-

cilline-allergie' in de anamnese. Toen men hem tenslotte toch ampicilline gaf omdat hij in levensgevaar verkeerde, bleef een allergische reactie uit. Hoe algemeen de kwalificatie 'allergisch voor penicilline' ook mag zijn, alleen de anafylactische reactie is een belangrijke contra-indicatie. Bovendien blijkt 85% van de patiënten die allergisch zijn voor penicilline het middel bij een latere gelegenheid wel te kunnen verdragen, omdat de sensibilisatie maar even hoeft te duren⁶. Gewoonlijk krijgen mensen die overgevoelig zijn voor penicilline een ander middel van hun dokter, maar soms kan het van belang zijn na te gaan wat voor soort allergische reactie de patiënt eerder heeft vertoond en in het bijzonder of er sprake was van anafylaxie. De IgE-afhankelijke sensibilisatie voor penicilline en afbraakproducten van penicilline kan worden bevestigd via een standaard-huidtest met een derivaat van de belangrijkste determinant, benzylpenicilloyl-polylysine, in de handel verkrijgbaar in een concentratie van 60 μ mol/l, of met één van de minder belangrijke determinanten, waaronder benzylpenicilline zelf, steeds in een concentratie van 10 mmol/l⁶⁻⁸. Kwaddelvorming na tien tot 15 minuten, met kwaddels met een diameter van 3 mm of meer en groter dan als reactie op een controle-zoutoplossing, wordt als een positieve respons beschouwd. Slechts zo'n 10% van de patiënten met 'penicilline-allergie' in de anamnese reageert positief en anafylactische reacties doen zich praktisch alleen voor bij patiënten met een positieve respons⁵. Bijna alle β -lactam-antibiotica vertonen wel kruisovergevoeligheid, hoewel nauwelijks met cefalosporinen⁹, en haast nooit met middelen uit de nieuwe klasse β -lactam-antibiotica (aztreonam¹⁰, carbapenem imipenem⁵). Patiënten met een duidelijke penicilline-anafylaxie in de anamnese die in verband met een ernstige bacteriële infectie penicilline nodig hebben, moeten worden gedesensibiliseerd¹¹. De procedure moet onder constante

bewaking worden uitgevoerd, bij voorkeur in een intensive care unit. Intraveneus moet een catheter worden ingebracht en men dient adrenaline bij de hand te houden. Bij één, veel gebruikte methode begint men intradermale injecties, gevolgd door subcutane, intramusculaire en ten slotte intraveneuze injecties¹¹. De intradermale aanvangsdosis bedraagt 0,1 ml van 100 eenheden/ml benzylpenicilline. Vervolgens wordt de dosering in vijftien tot twintig stappen om de 17 tot 20 minuten verhoogd, waarbij de eerste dosis van 1 miljoen IE intraveneus wordt toegediend. Een variant hierop is, dat alle injecties intraveneus worden toegediend^{12 13}.

Bij een alternatieve en mogelijk veiligere vorm van desensibilisatie, die ongeveer vier uur in beslag neemt, worden steeds hogere doses benzylpenicilline oraal gegeven en worden alleen de laatste paar doses parenteraal toegediend^{14 15}.

Desensibilisatie mag niet gebeuren onder bescherming van antihistaminen of corticosteroïden, daar deze middelen een eventuele reactie tijdens de procedure kunnen maskeren. Zodra de patiënt gedesensibiliseerd is, mag men hem of haar een volledige kuur van penicilline of semi-synthetische penicilline geven.

De genoemde vormen van desensibilisatie beïnvloeden het werk van mestcellen en basofiele cellen, doordat ze de cellulaire drempel voor het op gang brengen van een kettingreactie door IgE-antistoffen verhogen¹⁶. Ze gaan niet gepaard met het opwekken van blokkerende IgE-antistoffen of andere immunologische reacties die samengaan met de meer klassieke allergie-immunotherapie. De beschermende werking is dus van korte duur en voor eventuele volgende kuren zal men de desensibilisatie moeten herhalen.

Met name in Groot-Brittannië ziet men tegenwoordig niet zoveel meer in het desensibiliseren van mensen die overgevoelig zijn voor bepaalde stoffen. Toch kan dat, wanneer het gaat

om penicilline en analoge stoffen, van levensbelang zijn, echter alleen als er sprake is van eerdere anafylactische reacties in de anamnese en dan nog alleen in het uitzonderlijke geval dat men echt geen kant meer op kan.

Holgate ST. Penicillin allergy: how to diagnose and when to treat. *Br Med J* 1988; 296: 1213-4.

Literatuur

1. Idsoe O, Guthe T, Willcox RR, De Weck AL. Nature and extent of penicillin side reactions, with particular reference to fatalities from anaphylactic shock. *Bull WHO* 1968; 38: 159-88.
2. Sher TH. Penicillin hypersensitivity – a review. *Pediatr Clin North Am* 1983; 30: 161-76.
3. Levine BB, Kolov DM. Prediction of penicillin allergy by immunological tests. *Journal of Allergy* 1969; 43: 231-44.
4. Parker CW, Shapiro J, Kern M, Eisen HN. Hypersensitivity to penicillin and derivatives in human beings with penicillin allergy. *J Exp Med* 1962; 115: 821-38.
5. Saxon A, Beall GN, Rohr AS, Adelman DC. Immediate hypersensitivity reactions to beta-lactam antibiotics. *Ann Intern Med* 1987; 107: 205-15.
6. DeSwarte RD. Drug Allergy: An Overview. *Clin Rev Allergy* 1986; 4: 143-69.

7. Green GR, Rosenblum AH, Sweet LC. Evaluation of penicillin hypersensitivity: value of clinical history and skin testing with penicilloyl-polylysine and penicillin G. *J Allergy Clin Immunol* 1977; 54: 19-28.

8. Warrington RJ, Simons FE, Ho HW, Gorski BA. Diagnosis of penicillin allergy by skin testing: the Manitoba experience. *Can Med Assoc J* 1978; 118: 787-91.

9. Anderson JA. Cross-sensitivity to cephalosporins in patients allergic to penicillin. *Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 557-61.

10. Adkinson NF Jr, Swabb EA, Sugerman AA. Immunology of the monobactams, aztreonam. *Antimicrob Agents Chemother* 1984; 25: 933-7.

11. Adkinson NF Jr. Penicillin allergy. In: Lichtenstein LM, Fauci AS (eds.) *Current therapy in allergy and immunology* 1983-1984, Burlington, Ontario: BC Decker, 1983: 57-62.

12. Ziaya PR, Hankins GDV, Glistrap Lary C III, Halsey AB. Intravenous penicillin desensitization and treatment during pregnancy. *JAMA* 1986; 256: 2561-2.

13. Borish L, Tamir R, Rosenwasser LJ. Intravenous desensitization to betalactam antibiotics. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 80: 314-9.

14. Sullivan TJ, Yecies LD, Shatz GS, Parker CW, Wedner HJ. Desensitization of patients allergic to penicillin using orally administered β -lactam antibiotics. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 275-82.

15. Stark BJ, Earl HS, Gross GN, Lumry WR, Goodman EL, Sullivan TJ. Acute and chronic desensitization of penicillin-allergic patients using oral penicillin. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79: 523-32.

16. Naclerio R, Mizrahi ED, Adkinson NF Jr. Immunologic observations during desensitization and maintenance of clinical tolerance to penicillin. *J. Allergy Clin Immunol* 1983; 71: 294-301.

Rode wijn en migraine

Littlewood c.s. suggereren dat flavonoiden als trigger voor migraine werken, mogelijk door de vorming van fenosulfotransferase af te remmen (MC nr. 40/1988, blz. 1222).

Dat verklaart echter niet waarom, zoals wij hebben gevonden, prostaglandine-syntheseremmers voorkomen dat iemand migraine krijgt van het consumeren van rode wijn. Van de twaalf proefpersonen in ons onderzoek kregen er elf later wél hoofdpijn; die pijn was met de gebruikelijke dosis medicijnen niet te bestrijden. Gaat het altijd zo bij mensen in Europa die rode wijn drinken? Zouden er meer wegen naar de migraine

leiden (verscheidenheid in metabolisme ten aanzien van rode wijn)? Krijgen mensen van alle soorten rode wijn migraine? Rode wijn blijft langer in het vat dan witte; kan het hout ermee te maken hebben dat men hoofdpijn krijgt? Waarom krijgen niet alle migrainepatiënten naar eigen zeggen hoofdpijn als ze rode wijn hebben gehad? En past dit alles in het flavonoidenstraatje van Littlewood cum suis?

Uit: Kaufman HS. Red wine headache. *Lancet* 1988; i: 993 (Letter to the Editor).



Besluiten van de 194ste Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 194ste Algemene Vergadering, gehouden op vrijdag 28 oktober 1988 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, aanvang 17.30 uur).

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt II van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en Dr. D. I. Blonk, district VII, Heerjansdam.

2. Verkiezingen (punt V van de beschrijvingsbrief).

a. Tot lid van het hoofdbestuur worden gekozen:

met ingang van 29.10.1988: M. H. D. J. Zwart-van der Weerd, Nijmegen en Dr. M. M. Veering, Oegstgeest; met ingang van 1.1.1989: N. S. Klazinga, Utrecht, Dr. M. van Leeuwen, Naarden en G. J. Nijhof, Rotterdam;

b. tot lid van de Raad van Beroep wordt herkozen A. G. W. W. Jannink-Kappelle, Enschede;

c. tot lid van het Bestuur van Medisch Contact worden gekozen H. W. M. Anten, Heerlen en Dr. R. J. E. A. Höppener, Heeze;

d. tot lid van de Commissie voor de Geldmiddelen wordt herkozen W. S. van der Meer, Gouda;

e. tot lid van het Bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds wordt herkozen R. J. Polée, Dieren. Voorts wordt tot lid gekozen P. Heun, Heerenveen.

3. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1987 (punt VI van de beschrijvingsbrief). Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

4. Behandeling van de overige jaarverslagen over het jaar 1987 (punt VII van de beschrijvingsbrief): a. De Raad van Beroep;

b. het Bestuur van Medisch Contact; c. de Commissie voor de Geldmiddelen; d. het Bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds; e. de Bibliotheek der Maatschappij; f. de Stichting Dienstverlening Medici. De jaarverslagen worden goedgekeurd.

5. Suppletoire begroting 1987 (punt VIII van de beschrijvingsbrief). De suppletoire begroting wordt goedgekeurd.

6. Suppletoire begroting 1988/1989 (punt VIII A van de beschrijvingsbrief). De suppletoire begroting wordt goedgekeurd.

7. Financiële stukken (punt IX van de beschrijvingsbrief).

a. Medisch Contact. De rekening en verantwoording over 1987 en de begroting voor 1989 worden goedgekeurd. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1987.

b. De Stichting Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen. De balans wordt aanvaard. De rekening over 1987 wordt goedgekeurd; de begroting voor 1989 wordt goedgekeurd; voor wat betreft de vaste bijdrage wordt met grote meerderheid gekozen voor optie 2b, dat wil zeggen een verplichte bijdrage gedurende 3 jaar van f 16,— per lid per jaar. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1987.

c. De Stichting Dienstverlening Medici. De balans wordt aanvaard. De rekening en verantwoording over 1987 wordt goedgekeurd. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1987.

d. De Maatschappij. De balans wordt aanvaard. De rekening en verantwoording over 1987 wordt goedgekeurd. De standaardcontributie voor 1989 wordt gehandhaafd op f 444,—; de contributie voor algemene leden en voor de student-leden wordt gehandhaafd op f 55,50. De begroting voor 1989 wordt goedgekeurd.

e. Het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen wordt, met inachtneming van een ter vergadering van commissiezijde aangebracht toevoeging, goedgekeurd.

f. De (afgetreden) secretaris-generaal der Maatschappij wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1987.

8. Rapport van de werkgroep 'Samengaan Algemene Vergadering/Ledencongres', (punt XII van de beschrijvingsbrief). De vergadering neemt met instemming kennis van het rapport.

9. Wijziging Statuten en Huishoudelijk Reglement (punt XIII van de beschrijvingsbrief). De wijziging wordt unaniem aanvaard.

10. Richtlijnen voor opnemings- en uitsluiting van waarnemingsregelingen (punt XIV van de beschrijvingsbrief). Een motie van de zijde der LHV wordt ter vergadering ingetrokken. Hierna wordt met overgrote meerderheid van stemmen accoord gegaan met een ter vergadering ingediend voorstel van het hoofdbestuur inhoudende dat de tijdelijke bepalingen ten behoeve van het LHV-vestigingsbeleid per 1-4-1989, of zoveel eerder als de LHV mogelijk acht, worden ingetrokken.

11. Sluiting van de Algemene Vergadering te 21.45 uur.



Jaarverslag 1987

De terugblik op het jaar 1987 vanuit de optiek van de Huisarts Registratie Commissie richt zich in de eerste plaats op de ontwikkelingen van de huisartsopleiding.

Het veto dat de staatssecretaris van WVC mede namens de minister van Onderwijs en Wetenschappen uitsprak in het voorjaar 1987 op voornamelijk procedurele gronden (EEG-richtlijn) en financiële gronden (budgettaire neutraliteit) riep wel onzekerheid op. De roep om kwaliteitsverbetering van de diensten van huisartsen — hoewel op redelijk niveau vergeleken met andere Europese lidstaten — welke dient te zijn ondersteund door een kwaliteitsverbetering van de huisartsopleiding en de na- en bijscholing voor huisartsen wordt blijkbaar overstemd door de financiële problematiek van het kabinet. Veel en moeizaam overleg bleek noodzakelijk

om de bepalende factoren, te weten budget, capaciteit, kwaliteit en duur van de opleiding, te plannen binnen de als rigide ervaren randvoorwaarden van het ministerie van WVC.

Het College voor Huisartsgeneeskunde vond, blijkens het CHG-Besluit nr. 1-1987 'interimopleiding tot huisarts', uiteindelijk een compromisformule voor een twee-jarige opleidingsduur met een inhoudelijk experimenteel karakter. Tevens werd het CHG-besluit nr. 2-1987 'toelating tot de huisartsopleiding', vastgesteld. Via een aanmeldingsfase, een lotingsfase en een sollicitatiefase wordt hierbij bepaald welke artsen worden toegelaten tot de meerjarige huisartsopleiding. De HRC heeft er begrip voor dat het CHG dit tijdelijke besluit heeft genomen met het oog op de urgentie van de snel groeiende wachtlijstproblematiek en gezien de sterk beperkte

OFFICIEEL

opleidingscapaciteit. Dat bij de uitvoering van het pas 08.04.1988 gepubliceerde besluit nr. 2-1987 zich nog veel problemen voordoen is ultimo 1987 te voorzien.

Het is verheugend dat voor huisartsen in opleiding een duidelijke rechtspositieregeling en voor de huisartsopleiders een onderwijs-inspanningsvergoeding tot stand is gekomen in de onderhandelingen tussen de LHV en minister van WVC. De hoogte van het salaris voor de arts in opleiding tot huisarts is echter ontoereikend.

Een nog onopgehelderd probleem lijken de rechten van basisartsen die vóór 1984 naar ontwikkelingslanden zijn vertrokken en aan wie destijds is toegezegd dat zij na terugkeer zonder wachttijd de beroepsopleiding zouden kunnen volgen. Zijn deze toezeggingen door de maatschappelijke veranderingen en door de daarop geënte CHG-besluiten achterhaald of kunnen deze artsen nog een beroep doen op 'verworven rechten' en/of 'hardheidsclausules'? In 1988 en eventueel 1989 zal aandacht moeten worden besteed aan het vinden van rechtvaardige oplossingen voor veel individuele probleemsituaties. In het jaarverslag 1986 signaleerden wij: Het initiatief de toelating tot *alle* medische vervolgoopleidingen centraal vorm te geven onder auspiciën van de KNMG op grond van beroepskrachtenplanning en opleidingsbehoefte stagneert, mede doordat andere vervolgoopleidingen dan die in de huisartsgeneeskunde zich blijkbaar minder betrokken voelen bij het lot van degenen die wachten op een vervolgoopleiding en/of van de artsen die na het volgen van een specifieke vervolgoopleiding op dat specifieke terrein geen ontplooiing kunnen vinden.

Het is teleurstellend dat voor bovenbedoelde artsen geen toekomstperspectief wordt geboden. Zeker omdat door de capaciteitsbeperking voor de huisartsopleiding nog meer basisartsen niet in aanmerking kunnen komen voor een vervolgoopleiding. Het is te hopen dat uit de kringen van alle betrokkenen nieuwe initiatieven kunnen worden ontwikkeld, waardoor nog ongebaande of ongebruikelijke wegen worden gezocht voor de oplossing van deze problemen. Vooral nog lijken de klassieke curatieve functies in de gezondheidszorg in Nederland veel meer gegadigden aan te trekken dan thans maatschappelijk plaatsbaar zijn.

Een belangrijke taak van de HRC berust op artikel 1122 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG dat luidt: Een in het register (van erkende huisartsen) ingeschrevene kan door de HRC van het register worden afgevoerd a. indien hij/zij gedurende vijf jaar niet regelmatig als huisarts werkzaam is geweest; b. indien hij/zij ingeschreven zijnde op grond van art. 1119 – bijzondere kennis en bekwaamheid – niet meer voldoet aan het in dat artikel bepaalde.

De HRC heeft in het verslagjaar de herziene richtlijnen 1987 vastgesteld waarbij in de algemene uitgangspunten en criteria geen wijzigingen werden aangebracht. Wel sprak de HRC zich uit over na- en bijscholing als essentiële activiteit van degenen die regelmatig als huisarts werkzaam zijn. De (huis)artsen die vanaf 1988 door de HRC zullen worden aangeschreven teneinde te toetsen in hoeverre hun werkzaamheden kunnen leiden tot behoud van inschrijving worden dan ook gevraagd op te geven aan welke bij- en nascholing zij in de afgelopen vijf jaren hebben deelgenomen. Aanvankelijk zullen de antwoorden moeten bijdragen tot een inzicht in wat thans onder de werkzame huisartsen gebruikelijk is. Pas in een later stadium zal worden overwogen hier consequenties aan te verbinden met betrekking tot het recht op behoud van inschrijving, nadat normen zijn vastgesteld.

Het is kenmerkend dat van de zijde van het NHG en de LHV eveneens een toenemend belang wordt gehecht aan het positief stimuleren en toetsen van het kwaliteitsbewuste gedrag van erkende huisartsen, zoals onder andere blijkt uit het 'Standaarden-beleid' van het NHG en de nota 'De positie van de huisarts in de toekomst' van de LHV.

Een nadere systematische afstemming van taken, bevoegdheden en prioriteitsbepalingen kunnen wat dat aangaat voor ieder van deze representanten van de huisartsen in Nederland met name de

LHV, het NHG, de UHI-en, het CHG en de HRC vruchten afwerpen. Het is te wensen dat hierbij een maximale participatie met optimale onderlinge distantie kan worden gevonden.

Jarenlang heeft er geen overeenstemming bestaan tussen het secretariaat van de KNMG en de HRC over de op de begroting van de HRC opgevoerde bedragen. Hieraan lag onder andere ten grondslag dat van huisartsen in opleiding – per definitie een maatschappelijk zwakstaande groep – een jaarlijks verhoogde bijdrage voor inschrijving en voor registratie werd gevraagd, terwijl van de andere belanghebbenden, zoals ziektekostenverzekeraars en gevestigde huisartsen, geen bijdrage werd gevraagd. De HRC heeft helaas moeten vaststellen dat het HB van de KNMG in dezen geen actief oplossende rol heeft gespeeld.

Eind 1987 werd echter bereikt dat ook op de verwerking van de zogenoemde vijfjaarstermijn het profijtbeginnsel zou kunnen worden toegepast. Hierdoor zal het in de toekomst mogelijk zijn, indien ook de materiële randvoorwaarden worden geschapen, alle ingeschreven huisartsen tenminste een maal in de vijf jaar te benaderen teneinde hun werkzaamheden, inclusief bij- en nascholing, te toetsen aan de daartoe opgestelde richtlijnen.

1. Inschrijving in het opleidingsregister

In 1987 zijn 428 artsen ingeschreven in het opleidingsregister (in 1986 - 459; in 1985 - 472; in 1984 - 502; in 1983 - 506 en in 1982 - 463), onder wie 47 artsen van de voorbereidende meerjarige opleiding. Deze teruggang kan mede worden verklaard door het feit dat de UHI- en tijd en staffunctie moesten vrijmaken in verband met de voorbereiding van de meerjarige huisartsopleiding. In 1987 staakten 14 artsen de opleiding voordat deze was voltooid.

2. Inschrijving in het register van erkende huisartsen

In totaal zijn in 1987 446 artsen opgenomen in het register van erkende huisartsen:

- na voltooiën van de opleiding in Nederland 424 artsen (in 1986 - 424; in 1985 - 491; in 1984 - 508; in 1983 - 444 en in 1982 - 499);
- op grond van de overgangsbepalingen in het Huishoudelijk Reglement der KNMG Hoofdstuk XVI deel C art. III zijn 2 artsen ingeschreven;
- op grond van de vigerende EEG-richtlijn: 17 artsen;
- op grond van de erkende buitenlandse diploma's: 3 artsen.

3. Afwijkende opleiding

In het afgelopen verslagjaar werd éénmaal een afwijkende opleiding toegestaan.

4. Uitschrijving uit het register van erkende huisartsen

Op grond van art. 1122 van het HR der KNMG werd na toetsing aan de 'Herziene richtlijnen 1983' van 221 artsen de inschrijving beëindigd (in 1986 - 310; in 1985 - 469; in 1984 - 390; in 1983 - 295 en in 1982 - 279).

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

Visitatie-Commissies	visitaties	hervisitatie	instellingen	totaal
Amsterdam UvA	12	17	2	31
Amsterdam VU	13	7	–	20
Groningen	7	30	–	37
Leiden	4	4	–	8
Maastricht	8	22	–	30
Nijmegen	8	12	–	20
Rotterdam	12	32	16	60
Utrecht	3	18	–	21
	67	142	18	227

Na de (her)visitatie trokken 2 huisartsen zich terug.

6. *Visitaties Universitaire Huisarts Instituten*

In 1987 zijn drie Universitaire Huisarts Instituten gevisiteerd. Aanleiding daartoe was in alle gevallen het naderend verlopen van de erkenningstermijn als opleidingsinstituut en de noodzaak van voorbereiding op de meerjarige opleiding.

De bij de visitaties aangetroffen situaties konden als bevredigend worden bestempeld. Hierdoor kon de beperking in de opleidingscapaciteit, die een der UHI-en in 1986 werd opgelegd, in het najaar 1987 weer worden opgeheven.

7. *Overleg met Coördinatoren van de afdeling Beroepsopleiding tot Huisarts van de Universitaire Huisarts Instituten*

Op 1 oktober 1987 kwam de Commissie van Uitvoering voor een periodiek overleg bijeen met de coördinatoren van de beroepsopleiding tot huisarts. Hierbij werd van gedachten gewisseld over de volgende onderwerpen:

- de inhoud van de te verwachten meerjarige beroepsopleiding;
- de duur van de te verwachten meerjarige beroepsopleiding;
- de toelating tot de te verwachten meerjarige beroepsopleiding;
- de stafverdeling bij de te verwachten meerjarige beroepsopleiding;
- het aantal artsen dat in 1988 nog de éénjarige opleiding kan volgen;
- de te verwachten rechtspositie van de haio in de interimopleiding;
- de evaluatie van de onderwijsactiviteiten en van het niveau van de haio;
- het bewust betrekken van de praktijkassistente bij de opleiding;
- de hoogte van inschrijf- en registratiegelden.

8. *Overleg met de secretarissen en leden van de Visitatie Commissie bij de Universitaire Huisarts Instituten*

Op 2 april 1987 kwam de Commissie van Uitvoering bijeen met de leden van de visitatiecommissies. Onderwerp van overleg waren:

- eisen te stellen aan de praktijkassistentie van de huisartsopleider;
- de 'niet-geslaagde' opleider;
- de herziening van het visitatieformulier;
- de combinatie coördinator van de beroepsopleiding en secretaris van de visitatiecommissie in één persoon;
- eisen te stellen aan het kaartsysteem van de huisartsopleider.

9. *Contacten met het College Huisartsgeneeskunde*

Evenals voorgaande jaren woonde de secretaris van het CHG als adviseur de HRC-vergaderingen bij, terwijl de secretaris van de HRC de vergaderingen van het CHG bijwoonde. Zeker in een jaar als 1987 waarin twee CHG-besluiten werden vastgesteld, die slechts met moeite en veel frustraties tot stand waren gekomen, bleek hoe belangrijk een goede en prettige communicatie in dezen is. De HRC vernam dat Mw. Mr. H. A. van An del in 1988 haar functie van secretaris van het College Huisarts Geneeskunde zal neerleggen en voelde zich zeer betrokken bij haar aanstaande vervanging. Met waardering vernam de HRC dat het vooralsnog mogelijk blijft een beroep te doen op de kennis en ervaring van Mw. Van An del.

10. *Beroepszaken*

In 1987 werden geen beroepszaken aanhangig gemaakt. In één zaak deed de Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde een uitspraak over een in 1986 aanhangig gemaakt beroep. Het betrof een arts met een volledige dagtaak bij de medische zorg aan verslaafden (Het Jellinek Centrum in Amsterdam). Daarnaast verrichtte hij ten behoeve van een huisartsenpraktijk één avond- en nachtdienst per week en één weekenddienst per zes weken. Het beroep werd afgewezen.

In de tweede zaak stammend uit 1986 nam de Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde een tussenbeslissing teneinde beter

geïnformeerd te geraken over het parttime functioneren als homeopathisch (huis)arts van de arts die tevens parttime was verbonden aan het Jellinek-Centrum.

11. *Vergaderingen*

De HRC vergaderde zes maal, de Commissie van Uitvoering eveneens zesmaal. Daarnaast voerde de CvU overleg met delegaties van visitatie-commissies in het voorjaar en met de coördinatoren van de beroepsopleiding tot huisarts in het najaar. Ook hield de CvU vier hoorzittingen in het kader van het behoud van inschrijving versus beëindiging inschrijving (art. 1122 van het HR der KNMG).

12. *Samenstelling van de Huisarts Registratie Commissie*

De samenstelling van de HRC bleef in 1987 ongewijzigd en was aan het einde van het verslagjaar als volgt:

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

13. *Secretariaatswerkzaamheden*

Het aantal ingekomen stukken bedroeg 1825. Het aantal uitgaande stukken 2681. Het aantal vergaderstukken 166.

Daarnaast werd uiteraard veel telefonisch contact onderhouden met artsen die nadere informatie of advies wensten over de toekomstige wijzigingen in de opleiding en het behoud van inschrijving in het register van erkende huisartsen.

Zeer tijdovend was in het verslagjaar de bijdrage aan onderzoeken en rapportage ten behoeve van een gedeeltelijke automatisering van de administratieve organisatie van de HRC.

Reeds in 1982-1983 was de nodige tijd besteed aan een onderzoek door een organisatie-adviesbureau in het kader van 'inventariserend onderzoek naar de mogelijkheden tot kostenreductie bij de drie registratiecommissies'.

In 1986-1987 werd een ander organisatiebureau ingeschakeld teneinde te rapporteren over de gewijzigde opzet en werkwijze van de geautomatiseerde administratie van het secretariaat van de KNMG. Knelpunten bleven de verschillen in opvatting tussen het secretariaat en de HRC over de noodzaak tot verplichte administratieve integratie versus wenselijkheid van functionele koppeling van de onderscheiden administratiesystemen. Het onafhankelijk verzamelen van gegevens, het zorgvuldig beoordelen van de verkregen informatie en privacybescherming zijn voor het bureau van de HRC een leidraad voor de kwaliteit van de werkzaamheden.

L. G. Oltmans, huisarts, secretaris

* lid van de Commissie van Uitvoering uit de HRC.

SRC

Nieuwe inschrijvingen

Specialisten ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand september 1988

Cardiologie

D. C. G. Basart, 1.9.1988
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.12.1983 te vervallen.
J. A. Verheul, 1.9.1988
P. H. M. Westendorp, 1.8.1988

Dermatologie

Mw. A. P. M. Lavrijsen, 1.8.1988

Inwendige geneeskunde

A. D. Graafland, 1.2.1988
R. F. J. M. Laan, 1.9.1988
W. O. Schreuder, 1.10.1987
P. F. Vos, 1.2.1988

Longziekten en tuberculose

A. F. van Belle, 1.7.1988
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.3.1984 te vervallen.

Neurologie

J. Haan, 1.5.1988
Mw. M. B. M. Ruijs, 1.7.1988

Oogheelkunde

Mw. C. A. Eggink, 16.5.1988

Orthopedie

M. J. A. Bernink, 1.10.1987

Plastische chirurgie

Mw. C. M. A. M. van der Horst, 1.1.1988

Psychiatrie

Mw. C. W. Neumann-Koke, 1.7.1988
J. L. M. Schoutrop, 1.8.1988

Radiodiagnostiek

W. B. Becking, 1.3.1988
G. J. Jager, 2.1.1988
M. S. van Leeuwen, 1.5.1988

Radiotherapie

Mw. M. C. Stenfort Kroese, 1.9.1988

Reumatologie

Dr. F. C. Breedveld, 1.4.1984
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 8.8.1982 te vervallen.
J. H. G. Burer, 1.5.1988
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.11.1985 te vervallen.
Mw. J. M. W. Hazes, 1.4.1988

Revalidatiegeneeskunde

Mw. L. A. W. M. Speth, 12.6.1958

Verloskunde en gynaecologie

K. G. G. Keyser, 1.12.1987
Mw. Dr. J. I. P. de Vries, 1.6.1988

Zenuw- en zielsziekten

P. J. B. R. Carpentier, 1.9.1988

Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur. Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitzonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot de secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep, Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnsstraat 14 (privé), 7522 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnergroep Den Haag, tel. 070-463449