



redactioneel

- Prof. Dr. P. Muntendam leidt de zilveren wereldlepradag in, de laatste zondag van januari. Het is op en om deze lepradag dat er de aandacht op wordt gevestigd welk een mondiaal probleem de lepra nog steeds vormt en welk een inspanning de mensheid zich moet getroosten om deze ziekte doelmatig te bestrijden, om van uitroeiing nog maar niet te spreken.
- Een eerste bijdragen in de serie van drie artikelen 'Tussen eerste en tweede echelon' van de econoom Drs. B. H. Posthuma en de socioloog Drs. J. van der Zee over achtergronden van verschillen in huisartsenverwijscijfers, waarnaar vanwege het Nederlands Huisartsen Instituut en het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de RU Groningen verkennend onderzoek wordt gedaan. Ter inleiding een verhandeling over 'verwijzen' als wetenschappelijk begrip.
- Uitgekomen is het zevende jaarverslag – dat over 1976 – van het project Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, dat tot doel heeft dagelijks bepaalde ziekten of gebeurtenissen die zich in de huisartsenpraktijk voordoen te registreren.
- 'Een nadere analyse van aard en omvang van de werkzaamheden van de gynaecoloog lijkt urgent, ook al gelet op de mening van de helft der antwoordende huisartsen dat de gynaecoloog op het ogenblik veel eerstelijns werk doet', aldus de slotbevinding van de Rotterdamse hoogleraar A. C. Drogendijk, die vanuit het Verloskundig en Gynaecologisch Instituut der Erasmus Universiteit een enquête heeft opgesteld waarmee hij driehonderd huisartsen in den lande benaderde.
- In de artikelenserie over sportgeneeskunde deze week een bijdrage, gewijd aan jeugdsport, van G. Rijkse die als jeugdarts werkzaam is in Zuid-Oost Drenthe. De heer Rijkse besluit zijn – inventariserend – verhaal met de verzuchting: 'We weten nu weinig over veel en nog niet veel over weinig aspecten van sportbeoefening bij jeugdigen.'



In de hal van het Utrechtse Centrum voor Reactivering en Verpleging, het 'Albert van Koningsbruggenhuis', staat deze Baikalrob van de Amsterdamse beeldhouwster Thea van der Plant. Dit kunstwerk heeft tevens een functie als 'voelbeest' voor slechtzienden en kinderen.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	98
<i>Inzenders: B. J. Kam, A. Fuldauer, W. C. C. Kamphuis</i>	
De leprabestrijding en haar problemen, door Prof. Dr. P. Muntendam	101
Tussen eerste en tweede echelon – I Algemene inleiding door Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee	105
Dagboek van een co-assistent (13)	109
Jaarverslag 1976 Continue Morbiditeits Registratie Peilstations	110
Uitspraak Raad van Beroep: Klachten tegen neuroloog ongegrond	112
Het functioneren van de specialist in het vakgebied der verloskunde en gynaecologie, door A. C. Drogendijk	113
Interimadvies Gezondheidsraad inzake transsexisme	117
Uitspraak Raad van Beroep: Beenaamputatie niet te voorkomen door vroegere ziekenhuisopname	118
Sportmedische facetten VIII: Jeugdsport, door G. Rijkse	119
Geschiedenis der geneeskunde	123
Aanmelding eerstejaars studenten	124
OFFICIEEL	125
Inhoudsopgave officieel	132



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven, secretaresse.

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



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

GRAFISCH OF 'GRAVIES'?

Hoe inconsequent is nú, bij lezing van het eerste nieuwe nummer van het trouw door mij gelezen Medisch Contact de opmaak geworden? Wie heeft deze afschuwelijke vorm bedacht waarbij iedere maal als een regel wordt afgebroken de nadruk ineens valt op het volgende woord?

Waarom het colophon ook niet zo opgemaakt als de artikelen?

De co-assistent mag gelukkig nog wel in normale bladspiegel verschijnen evenals de samenvattingen van de verschillende artikelen. Ik krijg de hik ervan nu ik mijn eigen stuk weer teruglees.

Ook het Parlement mag nog normaal gelezen worden. Medical Shopping ook nog.

Misschien zijn dat nu juist de stukjes die u graag onder de aandacht wilt brengen? De rest is onleesbaar geworden. Of heeft Tijl geen goed zettterspersoneel meer dat niet meer weet waar de afkortingsstreepjes moeten komen?

Zwolle, 6 januari 1978

B. J. Kam

Naschrift:

Onderzoekingen hebben uitgewezen dat de zogenaamde 'vrije regelval' het lezen vergemakkelijkt. Niettemin zullen persoonlijke voorkeur en onwennigheid vooralsnog het leesrendement kunnen beperken. *Red. MC.*

OUDE MENSEN EN ZIEKENHUIZEN

De bijdrage van de revalidatie-arts Verkade in MC nr. 47/1977, blz. 1478, zal zonder twijfel met gemengde gevoelens zijn gelezen door diegenen, die als staffunctionaris werkzaam zijn in de verpleeghuizen. Ernstiger is, dat bij vele huisartsen en specialisten de negatieve kant van ambivalente gevoelens ten opzichte van het verpleeghuiswezen bij het lezen van dit stuk wordt versterkt.

Mede uit de deskundige aanloop ten aanzien van de gevaren die een patiënt op hoge leeftijd in een ziekenhuis bedreigen en verstrekte waarschuwingen ten aanzien van het hospitalisatiesyndroom, blijkt dat

Verkade wel enige literatuur heeft bekeken over oud zijn maar niet weet wat een verpleeghuis anno 1977 kan bieden, onder meer ten aanzien van preventie en reactivatie. Ondanks het respect dat hij blijkt te hebben voor het werk dat in de verpleeghuizen wordt gedaan, blijven het z.i. toch maar *opberginrichtingen*.

Het eerste deel van zijn artikel blijkt een citaat te zijn uit het boekje dat hij als leergang voor (leerling-)verpleegkundigen heeft geschreven. Een revisie of bijdrage van een ter zake kundige verpleeghuisarts zou dit boekje mogelijk up to date kunnen maken, zoals het er nu staat is het een beschrijving van de toestand rond 1960.

Maar blijkbaar zijn de opvattingen en inzichten van collega Verkade sindsdien niet gewijzigd. Hij ziet wel de splinter in het oog van de orgaanspecialist, die hij adviseert zich o.a. via Prof. Schreuder op de hoogte te stellen van de sociale kaart, maar ziet waarschijnlijk door de balk in zijn eigen oog over of langs het verpleeghuis heen. Aan het eind van zijn eerste casuïstische beschrijving over de 76-jarige dame, staat:

'Betrokkene ontsnapt op het nippertje aan een verpleeghuisopname' en bij de tweede: 'Van de dag van opname af werden de dreigende gevaren van afglijden naar het verpleegtehuis onderkend.' Men vraagt zich af of Verkade nog nooit gehoord heeft van de afdelingen fysiotherapie, ergotherapie en bezigheidstherapie in verpleeghuizen, waar door deskundig personeel op voortreffelijke en adequate wijze wordt gereactiveerd. In de opleiding krijgt het verpleegkundig personeel ook uitvoerig theoretisch en praktisch onderricht in al die facetten waarvan Verkade constateert dat deze in de ziekenhuizen onvoldoende tot hun recht komen en daardoor tot geestelijk decompenseren aanleiding kunnen geven. Voor een groot aantal ouderen is het verpleeghuis een instituut waar men zonder de privacy van het eigen huis nog een stukje levensgeluk moet kunnen beleven. Maar daarnaast bieden vele verpleeghuizen, hetzij via de dagbehandeling, hetzij via opname op een van de afdelingen, de mogelijkheid tot psychische en somatische reactivatie c.q. revalidatie. Een snelle overplaatsing van patiënten met een collumfractuur naar een goed geoutilleerd verpleeghuis, leidt in de meeste gevallen tot

Doorlezen op blz. 100

WERELDLEPRADAG

Nog steeds lijden naar schatting 20 miljoen mensen aan lepra. Enkele honderden daarvan leven in ons land. In vrijwel alle landen ter wereld wordt de laatste zondag in de maand januari (deze keer voor de 25ste maal) uitgeroepen tot wereldlepradag. De Nederlandse Stichting voor Leprabestrijding (LSB) die lid is van de Internationale Federatie voor Leprabestrijdingsorganisaties (ILEP) zal met steun van televisie en radio een landelijke actie voeren teneinde de broodnodige fondsen te verwerven die voor een wereldwijde bestrijding van de lepra nu eenmaal noodzakelijk zijn.

In de NSL die in 1976 werd opgericht werken de Nederlandse leprologen samen. Zij zendt gespecialiseerde artsen uit, ontwikkelt leprabestrijdingsprojecten en bouwt bestaande projecten uit. Met ruim 20 leprabestrijdingsorganisaties uit Europa, Canada, de Verenigde Staten van Amerika, Japan en Iran draagt de NSL de verantwoordelijkheid voor de genezing van ruim één miljoen leprapatiënten verdeeld over 600 in 75 landen.

In dit verband heeft de NSL de verantwoordelijkheid op zich genomen voor leprapatiënten in Kenia, Gambia, Noord-Nigeria, Uganda en delen van Tanzania. Voorlichting in de ontwikkelingslanden en in Nederland over de leprabestrijding en haar problemen behoort evenals de bevordering van wetenschappelijk onderzoek tot haar taak.

De epidemiologie, de behandeling en de maatschappelijke complicaties van lepra zijn uiterst gecompliceerd. Prof. Dr. P. Muntendam geeft in zijn artikel op blz. 101 duidelijk inzicht in deze problematiek. Een van de problemen die zich daarbij voordoet is de sinds eeuwenlang bestaande stigmatisering van de leprapatiënt. Dit maakt het vaak uiterst moeilijk de patiënten op te



*Leprastichting heeft
dringend behoefte
aan jonge artsen . . .*

sporen die nog in het beginstadium van de ziekte verkeren. Een goed georganiseerde bestrijdingsdienst – min of meer te vergelijken met onze dienst voor de tuberculosebestrijding – is voor een land waar de ziekte endemisch voorkomt dan ook een eerste vereiste. Dat hiervoor veel geld nodig is ligt voor de hand en rechtvaardigt dan ook om de oproep tot fondswerving door de NSL van harte te ondersteunen. Maar er is meer.

De NSL die in haar korte bestaan reeds 37 artsen uitzond heeft dringend behoefte aan jonge artsen, die bereid zijn enkele jaren aan de basis van deze leprabestrijding te werken. Hiervoor is nodig een opleiding van zes maanden gynaecologie, zes maanden chirurgie en een tropencursus van ongeveer twee maanden. De NSL (p/a Koninklijk Instituut voor de Tropen, Mauritskade 63 te Amsterdam) kan alle gewenste nadere informatie verstrekken. Het komt ons voor dat voor iedere jonge

arts die zijn gezichtsveld wat wil verruimen hier goede mogelijkheden liggen.

VOORLICHTING PRIJZEN GENEESMIDDELEN

De Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen samengesteld uit vertegenwoordigers van de KNMG, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen heeft goed werk gedaan door de verspreiding van een handzaam boekje met de laatste gegevens over prijzen van geneesmiddelen. Samen met de Medisch Farmaceutische Voorlichting van de Regeling en Klapper, waarheen het boekje bij ieder in aanmerking komend preparaat verwijst, vormt deze uitgave die in de plaats komt van de vroegere ringband een sluitend geheel met behulp waarvan rationeel en op economische wijze geneesmiddelen kunnen worden voorgeschreven.

Bij het doorbladeren van een dergelijk boekje blijkt weer eens hoe gecompliceerd en moeilijk de taak van de voorschrijvende arts is indien hij bereid is zo economisch mogelijk, met behoud van de kwaliteit van het voorschrift, zijn recepten te schrijven. Verschillen van 1000 procent van de prijzen van geneesmiddelen vergeleken met identieke en soortgelijke middelen zijn geen uitzondering, maar op iedere bladzijde te vinden.

Nu is het natuurlijk niet mogelijk om bij ieder recept dit boekje op te slaan om te zien of het niet goedkoper kan. Dat is te tijdrovend. Daar staat tegenover dat vrijwel iedere arts een min of meer vast voorschrijfpatroon heeft. Het zou ongetwijfeld de moeite lonen om eens een avond te besteden aan prijsvergelijking van de door hem meest gebruikte preparaten. Het rendement van zo'n avond kon best wel eens de moeite waard zijn.

B

een adequate reactivatie en werkt preventief ten aanzien van een geestelijk afglijden. De 76- en 83-jarige dames, die zo goed thuis en in het verzorgingsstehuis konden worden opgevangen, hebben, ondanks collega Verkade, geluk gehad. De 83-jarige dame zal mogelijkerwijs in een verpleeghuis nog kunnen worden gereactiveerd. Misschien dat zelfs de man van 74 jaar, ondanks de diagnose 'verward dementerend wezen', nog kan worden verenigd met zijn vrouw na een begripvolle activerende opvang. Ik ben het met Verkade volledig eens, dat het hoog tijd wordt, dat men zich realiseert dat het noodzakelijk is ouderen, als het maar even mogelijk is, poliklinisch na te kijken in plaats van klinisch. Maar het is even belangrijk zich te realiseren, dat met behulp van deskundigen uit het verpleeghuis veel leed bij ouderen kan worden voorkomen. De laatste zin van zijn artikel: 'Hij mag niet achteraf zeggen, dat hij naar beste weten gehandeld heeft, want dan heeft hij niet geweten', lijkt in dit verband bijzonder toepasselijk.

Almelo, 14 december 1977

A. Fuldauer

TAKENPAKKET EN NIEUWE BLAUWDruk

Het is zeer opmerkelijk, dat na het verschijnen van de Nieuwe infectieziekten in Medisch Contact van 5 augustus 1977 daarop nauwelijks is gereageerd. Toch zal uitvoering van dit plan veel grotere consequenties hebben voor een kwart van de Nederlandse huisartsen als indertijd de invoering van het pensioen. Ik vrees dat, net als toen, degenen die het aangaat pas wakker worden als het te laat is.

Zowel de nieuwe als de oude Blauwdruk gaan er van uit, dat het takenpakket van de huisarts is verzwakt en dat daardoor een verkleining van de praktijknorm nodig zal zijn. Nu zegt de Commissie Takenpakket in een brief aan het Centraal Bestuur (blz. 775) dat er geen enkel wetenschappelijk onderzoek bestaat dat aangeeft hoeveel tijd de uitvoering van dit takenpakket vergt. De commissie stelt zelf met nadruk vast dat daarvoor geen 'harde' gegevens ter beschikking staan. Het is dan ook volkomen onjuist, dit Takenpakket als argument te gebruiken om tot verkleining van de rekennormpraktijk te komen. Naar mijn idee wordt de kreet van de continu overbelaste huisarts zo vaak herhaald, dat ieder begint te denken dat die waar is.

Nu behoor ik tot die grote groep huisartsen met een praktijk boven de 2.600 zielen. Aangezien dat al twintig jaar zo is, heb ik me afgevraagd waarom ik niet overspannen-afgeknapt die antwoord daarop heeft me eigenlijk zelf verbaasd: sinds vroeger is het alleen maar gemakkelijker geworden om als huisarts te functioneren.

Om ieder misverstand te voorkomen: er is stellig een grote verschuiving in het takenpakket. Om een aantal eenvoudige feiten eens naast elkaar te zetten: Van negen spreekuren per week (zes ochtend, drie avond) ben ik teruggegaan naar vijf ochtendspreekuren. Die duren wel langer, maar zijn door het afspraakstelsel veel minder belastend als het open spreekuur. Van dertig tot veertig visites per dag ben ik teruggegaan naar twaalf tot vijftien. Van dertig bevallingen per jaar naar tien. Woonden eerder honderden patiënten aan zandwegen, worden thans kan ik ieder over verharde wegen bereiken. Zeer veel mensen hebben telefoon, daardoor worden veel (na)boodschappen voorkomen. De mobilfoon maakt mij overal en te allen tijde bereikbaar. Wat is *toegenomen* is de vrije tijd: Van twee weken vakantie naar vijf. Het vrije weekend begon eerder op zaterdag om vier uur, nu in feite vrijdagmiddag om vijf uur. Er is een avonddienst: nog maar één avond in de week beschikbaar zijn!

De conclusie moet wel zijn, dat de samenstellers van de Blauwdruk niet meer bereid zijn voor een flink inkomen (waar wel wat weinig van over blijft) ook flink te werken!

Wat de Nieuwe Blauwdruk betreft, wil ik mij beperken tot enkele consequenties van de maximering.

Driekwart van de huisartsen heeft een praktijk van of kleiner dan 2.600 zielen. Voor hen heeft de maximering geen consequenties. Voor een kwart ongeveer 1.200 huisartsen wel! Wanneer ik mag aannemen dat van deze groep het gemiddelde aantal patiënten bedraagt, zullen 1.200 maal 500 Nederlanders het recht van vrije artskeuze verliezen. Dat is meer dan een half miljoen. Die ruim een half miljoen Nederlanders kunnen nu, als ze met hun huisarts niet tevreden zijn, de een andere huisarts opzoeken. Gaat de maximering door, dan worden ze tot verandering gedwongen (tevreden of niet) maar van vrije artskeuze is geen sprake



Neurochirurgie Amsterdam – Met ingang van 23 januari 1978 is in het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit (AZVU) te Amsterdam een afdeling voor neurochirurgie geopend. Voordien was deze afdeling ondergebracht in de Valeriuskliniek (Vk) te Amsterdam. De staf van de afdeling bestaat uit Prof. Dr. H. A. M. van Alphen, Drs. H. Ponssen en Drs. J. Ploegmakers.

meer. Het inkomen van deze groep huisartsen zal *gemiddeld* met f 25.000,— per jaar worden verminderd, hetgeen velen van hen niet direct welkom zal zijn. Als maar de helft van deze 1.200 huisartsen, als eerste bezuiniging, het lidmaatschap van de KNMG opzegt, kost dat deze Maatschappij ruim f 700.000,— per jaar aan inkomsten, maar ook het recht om namens alle artsen in Nederland op te treden. In de Statuten van de KNMG staat als een der doelstellingen: de behartiging van de maatschappelijke belangen van de geneeskundigen. We hebben al beleefd dat de LHV zelf aan het nivelleren is geslagen. Aanvaarden van dit onderdeel van de Blauwdruk betekent dat de LHV ook voor scalperen of zelfs, voor sommigen, decapiteren (in maatschappelijke zin) niet bang is. Hetgeen mij duidelijk in strijd lijkt met deze doelstelling.

Stadskanaal, 29 december 1977

W. C. C. Kamphuis

Naschrift bureau LHV

Moeten wij begrijpen van collega Kamphuis dat de door hem signaleerde werktijdverkorting en andere feiten de enige verschuivingen in zijn takenpakket zijn? Ongetwijfeld zijn er toe ook in zijn praktijk veranderd. Veel huisartsen zien hun patiënten juist vaker (toename aantal CARA-patiënten, maar ook groter beroep op de huisarts bijvoorbeeld door grotere mondigheid) en intensiever (toename aantal psycho-somatische klachten) dan vroeger. Het bestuur van de LHV is bovendien voorstander van meer nascholing, consultatie, samenwerking, intra- en interdisciplinair, en van meer aandacht voor anticiperende geneeskunst. De bedoeling van de Nieuwe Blauwdruk is meer mogelijkheden voor de huisarts in dit opzicht te scheppen.

Coördinerend hoofdverpleegkundige is Zr. H. J. Kemperink.

Op grond van reeds lang bestaande afspraken zal omstreeks een jaar later deze afdeling neurochirurgie worden gevolgd door de komst van de afdeling neurologie, eveneens uit de Vk. De beide afdelingen vormen een essentieel onderdeel van een academisch ziekenhuis en waren om redenen van ruimtegebrek ondergebracht in de Valeriuskliniek. Tot de nieuwbouw van het AZVU gereed is, zal ook daar voorlopig een provisorische oplossing moeten worden aanvaard. De *polikliniek* van de afdeling Neurochirurgie is te bereiken onder telefoonnummer 020 – 548 3262, terwijl de afdeling in de *kliniek* te bereiken is onder nummer 020 – 548 2218.

De leprabestrijding en haar problemen

De laatste zondag van de maand januari is in vrijwel alle landen ter wereld tot wereldlepradag uitgeroepen. Dit geschiedde in 1954 voor de eerste maal en daarom is dus de 29ste januari 1978 als zilveren wereldlepradag aangekondigd. Het is op en om deze lepradag, dat er de aandacht op wordt gevestigd welk een mondiaal probleem de lepra steeds vormt en welk een inspanning de mensheid zich moet getroosten om deze ziekte doelmatig te bestrijden, om van uitroeiing nog maar niet te spreken. Men kan deze inspanning niet alleen vragen van de nationale overheden, al of niet in regionaal of mondiaal samenwerkingsverband functionerend, maar een niet minder belangrijke taak is voor particuliere organisaties weggelegd. Deze hebben die taak op hun schouders genomen, onder meer daartoe aangespoord door de Wereldgezondheidsorganisatie die nog in haar vijfde rapport van het 'Expert Committee on Leprosy' schrijft:

'The contributions to leprosy control made by voluntary agencies may represent a most important resource, especially when they support *ambulatory services*. The search for additional resources from voluntary organizations within the country should be encouraged'¹.

Indien men het voorrecht heeft gehad de strijd tegen lepra met eigen ogen te aanschouwen, mag men stellen dat de sociale betekenis van deze ziekte een van de belangrijkste maatschappelijke problemen vormt waarvoor men zich in de mondiale ziektekunde geplaagd ziet. Mede aan de hand van de beschrijving van de organisatie van een aantal

door **Prof. Dr. P. Muntendam**



projecten door Nederland gefinancierd en gesteund², hoop ik mijn zojuist geponeerde stelling te kunnen bewijzen en te kunnen aantonen hoe groot de inspanning is die wij ons moeten getroosten om aan de verbreiding van deze ziekte een halt te kunnen toeroepen.

Sociale betekenis

De sociale betekenis van een ziekte wordt door tal van factoren bepaald, zoals de omvang en de aard van de verbreiding der ziekte, de leeftijd waarin zij voorkomt, het invaliderend karakter, de mogelijkheden van preventie, behandeling en revalidatie, kortom van bestrijding, en de economische betekenis. Maar ook het psychosociale trauma voor het individu bepaalt in hoge mate de maatschappelijke betekenis. Ik wil trachten aan de hand van enkele der genoemde factoren aan te tonen hoe groot deze betekenis van lepra is, maar in het bijzonder hoe groot de problemen zijn om tot een doelmatige bestrijding van de ziekte te kunnen geraken. Ik zal daarbij gebruik kunnen

maken van reisindrukken, opgedaan tijdens een bezoek aan een aantal N.S.L. projecten in Kenya en Ethiopië in 1977³.

Lepra is een besmettelijke ziekte, chronisch verlopend en endemisch voorkomend in Afrika, Azië en Midden- en Zuid-Amerika. Ook epidemische verheffingen komen voor. Hoewel, mede door de ontdekking van het *Mycobacterium leprae* in 1873 door Hansen, de besmettelijkheid vaststaat en terecht daarop de nationale wetgevingen zijn aangepast o.a. met verplichte aangifte (niet met verplichte ziekenhuisopname!), is het nog steeds een groot probleem een antwoord te geven op de vraag, wat de meest voorkomende besmettingsweg is en of we te maken hebben met een ziekte die erg of weinig besmettelijk is. De moeilijkheid die we ondervinden om een juist inzicht in de epidemiologische aspecten van lepra te verkrijgen is vooral gelegen in de eigenschappen van het *M. leprae*. Hoewel het zuurvaste, door de methode Ziehl-Neelsen te kleuren staafje morphologisch veel op de

1. Technical Report Series, 607. Genève, 1977.

2. Niet minder dan 36 projecten, voornamelijk in Afrika, maar ook in Azië, worden door de Nederlandse Stichting voor Leprabestrijding te Amsterdam geheel of gedeeltelijk gefinancierd. Voor 1977 heeft zij daarin ruim f 4.000.000,— kunnen investeren. De organisatie van Wereldlepradag is voor Nederland aan de N.S.L. opgedragen.

3. Voor een verslag, zie Intermediair van 25 november 1977.

tuberkelbacil gelijk, is het tot voor kort onmogelijk gebleken de verwekker te kweken, niet in vitro, noch in vivo. De laatste jaren echter is men erin geslaagd de bacterie te kweken door enting in de muizenvoetzool en o.a. langs deze weg ook de invloed van medicamenten op het M. leprae te bestuderen. Een nog betere mogelijkheid biedt wellicht het inbrengen van de verwekker in een gordeldier, de armadillo, en wellicht van nog grotere betekenis is de recente mededeling over een mogelijkheid de leprabacterie te kweken op een kunstmatige voedingsbodem, die hyaluronzuur bevat⁴. Ik vermeldde dit aspect wat uitvoerig om hiermee reeds aan te tonen hoeveel research er nog nodig is om tot een beter inzicht in het wezen van de lepra te komen. Nog op een andere manier levert het M. leprae problemen voor het onderzoek op, namelijk de bijzonder langzame wijze van vermenigvuldigen. Kost deze vermenigvuldiging de meeste voor de mens pathogene-micro-organismen in het algemeen slechts enkele minuten, het M. leprae heeft voor deze deling weken nodig. Mede in verband hiermee staat de bijzonder lange incubatieduur, die gemiddeld 2-4 jaar bedraagt maar de tien jaren ruim kan overschrijden. Deze eigenschappen van de lepraverwekker bemoeilijken het epidemiologisch onderzoek in hoge mate. Dat meer dan honderd jaar na het ontdekken van het leprabacil nog steeds onzekerheid bestaat over de meest voorkomende wegen van besmetting is eveneens op het voorgaande terug te voeren. Ook het zeer verschillende beeld waaronder de lepra zich manifesteert is aan onze beperkte kennis mee debet. De lepramateuze vorm, waarin in het algemeen het aantal bacillen zeer veel groter is dan in de tuberculoïde vorm, het meer voorkomen van eerstgenoemde vorm in Azië en van laatstgenoemde in Afrika, en verder de uitgebreide scala van de tussenliggende, de zogenaamde 'borderline' vormen, verhogen de problemen van de epidemiologische research. Met waarschijnlijkheid kan worden gesteld, dat huid en slijmvlies van de patiënt de voornaamste reservoires vormen voor de (directe) besmetting van de medemens. Onhygiënische

levensomstandigheden, vooral op het gebied van de huisvesting, verhogen zeker de besmettingskansen. Dat anders dan bij tuberculose het aantal geïnfecteerden in een 'leprawoning' vaak beperkt blijft, kan misschien aan een genetisch bepaalde immuniteit worden toegeschreven. Sommige tweelingonderzoeken schijnen in deze richting te wijzen. *Veel veld- en laboratoriumonderzoek is nodig om meer kennis te verkrijgen van de epidemiologie, voorwaarde voor een doelmatige leprabestrijding.*

20-miljoen

Mede in het licht van de hiergenoemde onzekerheden moet men de schatting naar het totaal aantal leprapatiënten in de wereld beschouwen. Schatte de Wereldgezondheidsorganisatie dit aantal in 1965 nog op ruim 10 miljoen, tien jaar later stelt deze organisatie naar mijn mening terecht vast, dat dit aantal de 12 miljoen zeker belangrijk moet overschrijden. Uit de 'prevalence' onderzoeken in de gebieden waar de ziekte endemisch heerst, blijkt dat men weliswaar zeer verschillende morbiditeitscijfers moet aannemen (van 1 tot 25 en meer per duizend), maar dat een gemiddelde van 50% zeker niet te hoog geschat is.

Neemt men aan, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, dat nog steeds niet meer dan een kwart van de patiënten aan de lepradiensten bekend is en dat van hen slechts een klein deel met de nodige regelmaat zijn medicamenten gebruikt en voegt men daaraan dan nog de wetenschap toe, dat het bevolkingsdeel van de ontwikkelingslanden, waarbinnen de ziekte voornamelijk voorkomt, dat zijn de armsten, zich vermenigvuldigt met een groeipercantage van 3 tot 4 per jaar, dan mag men gevoegelijk aannemen, dat deze snelle toeneming van de bevolkingsdichtheid met een daarbij achterblijvende sociale en economische ontwikkeling, het aantal leprapatiënten evenzeer doet toenemen. Een schatting van *20 miljoen leprapatiënten in de wereld* is gerechtvaardigd.

Niet alleen het totale aantal patiënten en de wijze van overbrenging van de ziekte spelen in de analyse van de sociale betekenis een rol, doch evenzeer het feit, dat de ziekte op iedere leeftijd kan voorkomen en daarmee in ernstige mate de arbeidsproductiviteit ondermijnt.

Deze aantasting van de arbeidsgeschiktheid wordt door verschillende omstandigheden veroorzaakt: vaak ernstige invaliditeit door misvormingen in verwaarloosde ziektegevallen, lange duur van de behandeling en de revalidatie, en — helaas — nog veel voorkomende angst (zelfs in bedrijven waarin een bedrijfsarts aanwezig is) om een genezen leprapatiënt weer in het werk terug te nemen. Men beseft wel, welk lot een leprapatiënt te dragen heeft in een wereld zonder sociale zekerheid. *De bestrijding van lepra betekent werken in het veld* en het is gewenst ons daarover een beeld te vormen.

Uitgangspunt van de bestrijding is de genezingskans voor de patiënt bij een doelmatige behandeling, hetgeen betekent een behandeling die vroegtijdig is ingezet en regelmatig, soms langdurig, wordt voortgezet. Met andere woorden: *de leprapatiënt is te genezen, is ook maatschappelijk te herstellen*. De organisatie dient zich hierop in te stellen.

Als voorbeeld van een goed opgezette organisatie wil ik het NSL-project in West Kenya, Alupe, nemen. Centraal in de voor het district werkende dienst is het lepraziekenhuis. Interessant in dit geval is, dat het ziekenhuis de oude leprozerie heeft vervangen, de plek derhalve waar de segregatie van de leprapatiënten plaats had, het opbergen en het definitief uitstoten uit de maatschappij.

Alle deskundigen zijn het er over eens — men leze er slechts de technische rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie op na — dat *stichting van leprozerieën, ook in de vorm van 'lepradorpen' of -steden, niet alleen niet meer past in de leprabestrijding maar er ernstige schade aan berokkent door de leprapatiënt nog eens extra te stigmatiseren*. In het algemeen zijn de zwaar misvormden en mismaakten, 'producten' van onvoldoende leprabestrijding, niet of weinig besmettelijk meer zodat dit segregatie niet wettigt. Het maatschappelijk uitstoten is medisch nimmer te rechtvaardigen en vormt derhalve geen onderdeel of fase in de leprabestrijding. Integendeel, we hebben hier met een uitvloeisel van een cultuurpatroon te maken; *in de leprabestrijding zal dan ook de cultuur-socioloog of anthropoloog zijn plaats toegewezen moeten krijgen*.

Het lepraziekenhuis, of de lepra-afdeling van een algemeen

4. Zie o.a. D. L. Leiker in 'Ik leef weer', Meulenhoff-N.S.L., Baarn 1977.

ziekenhuis, heeft verschillende functies. In de leprabestrijding vormt het de centrale commandopost van de dienst, van waaruit de strijd in het veld wordt gevoerd. Het lagere echelon wordt gevormd door de poliklinieken, geografisch zodanig gespreid dat de patiënt in het algemeen niet veel verder dan een uur gaans van de polikliniek verwijderd is. Het begrip polikliniek ('clinic') moet men zich niet volgens Europese normen voorstellen.

Ze variëren van ziekenhuis-poliklinieken tot op zichzelf staande primitieve gebouwtjes, schoollokalen, dorpswinkeltjes en zelfs tot de schaduw onder de mangaboom in het veld. Tenslotte heeft men dan nog naast deze 'clinics' de 'dispenseries' in de periferie waar de onder controle staande patiënten regelmatig hun medicijnen kunnen halen. Belangrijk is de bemanning van dit gehele apparaat. Vooral de veldwerkers in de periferie hebben een belangrijke taak. Zij zijn het die het nauwe contact met de bevolking moeten onderhouden.

Zonder uitzondering zijn zij dan ook inboorlingen, die de taal en de cultuur van het volk kennen. Hun taak is het te bevorderen dat een regelmatige geneeskundige controle plaats heeft, de medicamenten regelmatig worden gebruikt, vaak vele jaren en soms levenslang. Zij dienen ook de nodige gezondheidsvoorlichting te geven en in de sociale zorg te voorzien. Ook zou het opsporen van nieuwe gevallen, teneinde een vroegtijdige behandeling te bevorderen, tot hun taak moeten behoren, maar uit de verslagen blijkt, dat dit deel van hun taak nog onvoldoende tot ontwikkeling komt. De verbindingslijnen tussen de centrale post, het ziekenhuis, en het veld worden gevormd door artsen, paramedici en verpleegkundigen die therapeutisch, controlerend en coördinerend moeten optreden, een uitermate arbeidsintensieve organisatie derhalve. Hoewel fiets en motorfiets de meest veelvuldig gebruikte vervoersmiddelen zijn is de Landrover in deze transportorganisatie niet te missen.

Dat de budgettaire aspecten van deze lepradiensten niet zelden ernstige problemen oproepen, ondanks de steun uit Nederland via de NSL, valt uit het voorgaande te begrijpen. De vraag rijst dan ook hoe men de economie in deze kan dienen.

Eén van de mogelijkheden is de lepradienst te integreren in een

uitgebreidere gezondheidsdienst, bijvoorbeeld met de tuberculosebestrijding en eventueel andere besmettelijke ziekten tezamen. Afgezien van het financiële effect is er nog het voordeel dat het anti-stigmatiserend voor de lepradienst werkt: geen afzonderlijke leprafunctionarissen meer maar de 'cotulep', degenen die belast is met de bestrijding van 'Communicable diseases', tuberculose en lepra. Een nadeel kan zijn, dat de speciale belangstelling, vooral van de veldwerkers, afgeleid wordt naar andere taken. Reden dat men, ondanks nationale en internationale aanmoediging tot dit systeem, veranderingen vaak slechts geleidelijk en met de nodige tact wil invoeren. Uit het voorgaande blijkt, dat het ziekenhuis ook een uitgebreide multidisciplinaire trainingsfunctie heeft om de veldwerkers te scholen. Het is duidelijk dat het hier niet uitsluitend om medische informatie gaat, maar niet minder om sociaal-culturele scholing. Hoe geeft men de voorlichting, hoe maakt men het de (potentiële) patiënt duidelijk, dat het niet de medicijnman in de binnenlanden is van wie hij zijn heil heeft te verwachten?

Voorwaarde voor opname in het lepraziekenhuis of in de lepra-afdeling is, dat de duur van behandeling zo kort mogelijk moet zijn. Nooit mag het ziekenhuis de schijn wekken toch weer een verkapt segregatiebeleid te voeren. Zelfs de isolatie van sterk besmettelijke lepromateuze leprapatiënten vraagt slechts om opname van beperkte duur.

De belangrijkste indicaties tot opname vormen de ernstige gevolgen van de zogenaamde 'reacties', die zich veelvuldig manifesteren in de perifere zenuwen met sensorische en motorische stoornissen. De verwondingen, gevolg van uitval van gevoels- en warmtegevoel, met secundaire infectie vragen niet zelden om orthopaedische behandeling zoals amputatie, terwijl deze behandeling ook aangewezen kan zijn, bijvoorbeeld in de vorm van peestransplantatie, waar de motorische storingen op de voorgrond staan. De klauwhand en de klapvoet vormen hiervan voorbeelden.

Ernstig kunnen ook de oogletsels zijn, zowel door aandoening van de N. facialis met uitdroging van de cornea en het ontstaan van keratitis met gevolgen, als wel door haematogene

uitzaaiing ontstane iridocyclitis. De panophthalmie is helaas een niet zelden waar te nemen gevolg van het te laat onder behandeling komen; de tijdige verwijzing naar of consultering van de ophthalmoloog is aangewezen.

Het is duidelijk dat vooral de (dreigende) verlammingen om tijdige inschakeling van de fysiotherapeut vragen. Het vroegtijdig tegengaan en voorkomen van contracturen is noodzakelijk om blijvende invaliditeit te voorkomen. Ook de bestrijding van een dreigende lagophthalmus vraagt de nodige aandacht. De fysiotherapeutische functie van het ziekenhuis, evenals de 'schoenmakerij', de plaats waar men de schoenen, sandalen en prothesen maakt, is uitermate belangrijk. Vooral de laatstgenoemde werkplaats is direct gericht op de revalidatie en op de *maatschappelijke aanpassing van de leprapatiënt, ondanks zijn lichamelijke onvolwaardigheid.*

In dit verband dient ook de instelling ALERT (African Leprosy and Rehabilitation Training Centre) te Addis Ababa genoemd te worden, geheel gericht zowel op de scholing van medisch en paramedisch personeel in de leprabestrijding als op de revalidatie. Een belangrijke rol hierin spelen de fysiotherapeuten en het is verheugend ook hier te kunnen vaststellen, dat niet alleen de Nederlandse deelneming in dit internationaal bekend centrum blijkt door aanwezigheid van onze landgenoten aldaar, maar niet minder door de financiële bijdragen van de Nederlandse overheid en de NSL. De internistische behandelingsfunctie van het centrale ziekenhuis in de lepradienst is niet minder belangrijk dan de reeds genoemde functies. Vooral de medicamenteuze therapie, waarover aanstonds meer, van de ernstig zieke leprapatiënt vraagt vaak veel inspanning en studie. Maar ook de niet-operatieve behandeling van de huidaandoening, niet zelden door secundaire infectie tot uitgebreide zweervorming leidend, soms met aantasting van het bot, vraagt om intensieve behandeling, waarbij de verpleegkundige een belangrijke rol speelt.

In de opsomming van functies van het lepraziekenhuis dient het wetenschappelijk onderzoek niet vergeten te worden. Hierbij moet gedacht worden aan epidemiologisch onderzoek waartoe de bevindingen in het veld een belangrijke bijdrage

kunnen leveren. In dit verband mag ook gewezen worden op het onderzoek naar de preventieve effect van sulfonbehandeling van lepromin-negatieve gezinscontacten van leprapatiënten.

Het klinisch-therapeutisch onderzoek richt zich vooral op de werking van verschillende medicamenten, op de dosering en op de combinaties, maar niet minder belangrijk, ook op mogelijke onwerkzaamheid. En zo kan waarneming en onderzoek in het ziekenhuis naar de werking van geneesmiddelen, de zogenaamde 'clinical trial', een bijdrage leveren aan het fundamentele laboratoriumonderzoek naar de resistentie van de ziekteverwekker tegen bepaalde medicamenten.

Hiermee komen wij naast de moeizame organisatie van goed functionerende lepradiensten in de binnenlanden van de derde wereld tot een niet minder belangrijk probleem in de leprabestrijding, het resistentieprobleem. In de DDS, het diaminodiphenylsulfon ('dapsone'), meende men tot voor kort een panacee gevonden te hebben in de strijd tegen het *M. leprae*. Nog in 1972 schrijft de directeur van het Londense Lepra-studiecentrum Dr Stanley G. Browne⁵:

'Fortunately, drug resistance is not the problem in leprosy that it is in tuberculosis. Proved resistance to dapsone is reported, but is not common'.

En hij voegt daaraan toe, dat bij een goede toepassing van onze kennis, lepra onder controle kan worden gebracht in onze generatie en uitgeroeid in de volgende generatie. Maar nog geen vijf jaar later stelt het WHO Expert Committee onder voorzitterschap van dezelfde Browne vast:

'... two major problems that have recently been identified – dapsone resistance and microbial persistence'.

Het grote voordeel van DDS was niet alleen gelegen in de hoge mate van werkzaamheid van het geneesmiddel maar ook in het ontbreken van schadelijke nevenwerking en tevens in de lage kostprijs. Ondanks het vrij snel voortschrijdende verschijnsel van de resistentie (3½ % toeneming per jaar?) gaat men voort met de toepassing van dit geneesmiddel en hoopt men door volle dosering van de aanvang der

behandeling af (50-100 mg. dagelijks voor volwassenen) en voortdurend, ononderbroken gebruik, eventueel te combineren met andere specifieke medicamenten of corticosteroiden, de ernstige bedreiging van de leprabehandeling door het ontstaan van resistentie te omzeilen.

Het overgaan op andere medicamenten levert tot nu toe het bezwaar op, dat de kostprijs veel hoger ligt dan van het DDS en dat nevenwerkingen veelvuldiger worden waargenomen.

Het is duidelijk, dat het laboratoriumonderzoek niet gemist kan worden in de bestudering van de gesignaleerde resistentie. Men heeft er de bacillenkweek voor nodig en de mogelijke vondst van de eerder genoemde kunstmatige voedingsbodem zou deze research in hoge mate kunnen stimuleren. Fundamenteel onderzoek van immunopathologische aard heeft o.a. plaats in het Armauer Hansen Research Institute (AHRI), gevestigd op het eerder genoemde terrein van ALERT te Addis Ababa, waar ook de mogelijkheid van vaccinatie onderzocht wordt. Tot nu toe zijn de resultaten met deze vorm van preventie, o.a. door BCG vaccinatie, onbevredigend.

De hiervóór gaande uiteenzetting is allerm minst een wetenschappelijke beschrijving van lepra, noch van de bestrijding dezer ziekte. Ik hoop er echter in geslaagd te zijn aan te tonen, dat we hier te maken hebben met een ziekte van zeer grote sociale betekenis, in de kennis waarvan nog belangrijke lacunes bestaan die ons voor ernstige problemen stellen.

Het is duidelijk dat de strijd tegen lepra in de eerste plaats een zaak van mensen en geld is. Wat de mensen betreft bestaat de grootste behoefte aan gemotiveerde jongeren, die bereid zijn zich een aantal jaren onder vaak moeilijke omstandigheden in dienst van hun zieke of gehandicapte medemens te stellen. Grote bewondering heb ik voor het werk van onze landgenoten in de leprabestrijding, maar hun aantal is nog onvoldoende.

In de geneeskundige opleiding hier te lande dient meer aandacht op de mogelijkheden en noodzaak van medische arbeid in de ontwikkelingslanden te worden gevestigd en steun bij vestiging na terugkeer uit de tropen dient door overheid en KNMG georganiseerd te worden.

Dit artikel, geschreven ter gelegenheid

van de zilveren Wereldlepradag, richt zich echter vooral op de *noodzaak tot vergroting van de fondsen, nodig om het effect van de leprabestrijding te verhogen*. De opsporing van de patiënten, een adequate, soms levenslange behandeling, de dringende noodzaak tot uitbreiding van het wetenschappelijk onderzoek, de revalidatie en de verbetering van het individuele lot van de zieken vragen om kapitaal.

Als men de uitgestoten in leproserieën onderbrengt, dan is dit een noodzaak als gevolg van inadequate bestrijding in het verleden. Het voordeel van de leproserie is, dat men hiermee tracht de mismaakte bedelaars uit de straten van de metropolen in de derde wereld te halen.

Maatschappelijke hulp derhalve aan hen die een triest beeld vormen van de sociaal-economische verwaarlozing door hun in overconsumptie levende medemens.

Maar het opvoeren van de bestrijding in kwalitatieve en kwantitatieve zin, daarop is het dat wij ons in de eerste plaats moeten richten om in de toekomst het opbergen van de zwaar misdeelden, hoezeer dezen op dit ogenblik nog steun behoeven, onnodig te maken.

Met instemming mag worden vastgesteld, dat in toenemende mate regeringen en particuliere organisaties – ik wees daarop reeds in het begin van dit artikel – zich van hun plicht in de leprabestrijding bewust zijn.

Nederland loopt hierin niet achteraan. Als het devies in de ontwikkelingshulp is, dat deze in de eerste plaats aan de allerarmsten ten goede moet komen, dan voldoet de leprabestrijding hieraan maar al te goed. Het zijn de armsten in de arme landen onder wie het *M. leprae* zijn slag slaat.

In een boekje over lepra⁶ wordt als één van de problemen in de leprabestrijding onder de paragraaf 'money' gesteld: 'Leprosy is never headline news'.

De bedoeling van mijn artikel was een bijdrage te leveren in een poging de leprabestrijding wel in de 'koppen' van onze publiciteitsmedia te verkrijgen om ons erop te wijzen, dat 20 miljoen zieken in deze week een beroep op ons doen.

5. Memorandum on Leprosy Control, 1971, 1972.

6. Leprosy for Students of Medicine door A. Bryceson en R. E. Pfaltzgraff, uitg. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1973.

Tussen eerste en tweede echelon

Begripsafbakening en algemene beschouwing
over onderzoek op macroniveau naar verwijz-, opname- en verpleegduurcijfers

I: Algemene inleiding

Een onderzoeker op het terrein tussen eerste en tweede echelon heeft te kampen met een tweetal *handicaps*. Ten eerste is het nog niet zo eenvoudig een typisch 'gebruiksconcept' als 'verwijzen' vast te haken aan voor wetenschappelijk onderzoek bruikbare begrippen; we zullen dit betitelen als het probleem van de *begripsvaststelling*. Ten tweede bestaan er (anders dan bijvoorbeeld in de wereld van het onderwijs) geen gegevens die het verloop van patiëntenstromen in en uit de eerste lijn van de gezondheidszorg helder weergeven, zodat de onderzoeker zich vastklampt aan de weinige wel geregistreerde gebeurtenissen, zoals verwijz- en opnamecijfers. Zijn meestal impliciet gehanteerde, theoretische, gezichtspunten daarentegen onderstellen de beschikbaarheid van bovengenoemde patiëntenstroomgegevens echter wel. We zullen dit betitelen als het probleem van het *aggregatieniveau* van de te analyseren gegevens.

Begripsvaststelling

In zijn in 1964 verschenen proefschrift geeft Bremer een definitie¹ van het begrip 'verwijzen' aan de hand van Var Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal. Ruim tien jaar later

Bericht wordt over achtergronden van verschillen in huisartsenverwijscijfers, waarnaar vanwege het Nederlands Huisartsen Instituut en het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de RU Groningen verkennend onderzoek wordt gedaan: soms nieuw onderzoek, dikwijls opnieuw geanalyseerd eerder verricht onderzoek, voorts algemene beschouwingen over verwijzen als wetenschappelijk begrip en over een micro- dan wel macrobenadering van het verwijzen in de huisartspraktijk.

Het totale onderzoekverslag zal vijf delen beslaan: macrofactoren die het verwijzgedrag beïnvloeden – literatuuroverzicht (I), resultaten van onderzoek (II); het verwijzen op het niveau van de huisartspraktijk (III en IV); kenmerken van verwijzingen (V). In een drietal MC-artikelen vatten de auteurs het begin van hun eerste onderzoekrapport samen.

Dit eerste artikel behandelt 'verwijzen' als wetenschappelijk begrip. Uiteengezet wordt waarom en op welke manier 'verwijzen' van een gebruiksconcept in een wetenschappelijke term kan worden omgezet. Daarna wordt ingegaan op het probleem van het aggregatieniveau, dat wil zeggen het niveau waarop men losse verwijzkaarten samenvoegt en in verband brengt met andere variabelen. Geïllustreerd wordt hoe het niveau dat men voor zijn analyse kiest bepaalt wat voor uitspraken men op grond van zijn resultaten mag doen. Een volgend artikel zal zijn literatuur over het verwijzen op macroniveau, een overzicht dat in het derde artikel wordt afgerond met een kritische bespreking van de studies van de werkgroep-Van Praag.

door **B. H. Posthuma en
J. van der Zee**

Drs. B. H. Posthuma, econoom, is medewerker aan het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. W. W. Hogerzeil).

Drs. J. van der Zee, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).

begint De Melker (1975 a) het hoofdstuk over verwijzen in zijn boek over de samenwerking tussen huisarts en specialist met een vraag: 'Wat is verwijzen eigenlijk?' Wat voor de één een vraag lijkt – overigens geen erg kwellende vraag, want het antwoord² wordt reeds in de volgende zin gegeven – was voor de ander blijkbaar een

weet. Men zou eigenlijk het tegenovergestelde verwachten; een vraag gesteld in 1964 wordt gevolgd door een periode van intensief wetenschappelijk speurwerk, met als gevolg dat een goede omschrijving van het begrippenapparaat tien jaar later in ieder geval geen probleem meer hoeft te zijn.

Toch is de vraag uit 1975 belangrijker dan de definitie van tien jaar daarvoor. De vraag 'Wat is verwijzen eigenlijk?' wordt niet gesteld uit een dorst naar kennis omtrent het wezen der dingen, maar omdat het begrip 'verwijzen', hoe vanzelfsprekend het voor de gebruiker ook moge zijn, in zijn dagelijkse betekenis niet voldoende houvast biedt wanneer men zich in het onderwerp nader verdiept. Er heeft dan namelijk een verschuiving plaatsgevonden van begrip-in-het-gangbare-spraakgebruik waar elke hulpverlener en cliënt weet wat verwijzen is, naar

1. Bremer, 1964, p.1: 'Verwijzen betekent volgens Van Dale: naar elders, een andere plaats wijzen.'

2. De Melker, 1975 a, p. 30: 'Een verwijzing van een patiënt is idealiter op te vatten als het vragen van een specialistisch consult of advies, soms het tijdelijk overdragen van de behandeling. En dit alles met behoud van de medeverantwoordelijkheid van de huisarts'.

verwijzen-als-wetenschappelijk-begrip waar het in verband gebracht moet worden met begrippen van een meer complex en theoretisch karakter³.

Wil men verwijzen (bijvoorbeeld verschillen in verwijscijfers) *verklaren*, dan is een nominale definitie niet meer voldoende. Eerst moet onderzoek plaatsvinden naar de bruikbaarheid van verwijzen als wetenschappelijk begrip⁴.

Verwijzen als een zelfstandige beslissing

Hoewel in de meeste verwijsonderzoekingen het begrip 'verwijzen' niet nader wordt omschreven, zijn in de onderzoeksbeschrijvingen toch wel aanknopingspunten te vinden voor de impliciete theoretische onderstellingen van de onderzoekers. Zo wordt bijvoorbeeld in het onderzoek van Van Es en Pijlman gesproken over gewone en reële verwijscijfers. In deze laatste categorie zijn de verwijscijfers ontdaan van zogenaamde administratieve verwijzingen (verwijskaarten die na één jaar moeten worden afgegeven, opdat de specialist zijn behandeling kan voortzetten). Ook worden 'verwijzingen achteraf' en 'meer eenvoudige verwijzingen', zoals die naar de oogarts in verband met visusstoornissen, kortom verwijzingen waarop de huisarts in het algemeen weinig invloed kan uitoefenen, eigenlijk niet als 'echte' verwijzingen gezien. Verwijzingen op verzoek van

de patiënt nemen ook een aparte plaats in en moeten (volgens Van Es en Pijlman) worden gezien als onderdeel van de arts-patiëntrelatie.

Deze verdeling komt in essentie overeen met de klassificatie die Pel in de verwijzingen aanbrengt. Ook hij heeft het over 'echte' verwijzingen: namelijk die verwijzingen waartoe het initiatief geheel bij de huisarts ligt of waarover deze laatste in ieder geval heeft kunnen medebeslissen (zoals verwijzingen op verzoek van de patiënt, op verzoek van schoolarts, bedrijfsarts, etc.). De overige verwijzingen splitst hij in verwijzingen achteraf, verwijzingen naar de oogarts vanwege controle van refractie-afwijkingen en herhaal-verwijskaarten. Slechts in een kwart van de gevallen was het initiatief afkomstig van de huisarts in het praktijkvoorbeeld; in één op de zes gevallen was hij wel bij de beslissing betrokken maar kwam het initiatief van anderen; in de overige 60% heeft de huisarts volgens de auteur in de praktijk geen invloed⁵. Men zou deze verdeling kunnen betitelen als een verdeling in 'beslissingen' en 'conventies'.

Deze *tweedeling*, die men impliciet of expliciet in vrijwel elk verwijsonderzoek tegenkomt en die door de onderzoekers als tamelijk fundamenteel wordt beschouwd, geeft aanwijzingen voor een verschillend gerichte verklaring. In het eerste geval zal men eerder in de richting van beslistkundige modellen zoeken (bijvoorbeeld verwijzingen als onzekerheidsreductie), terwijl in het tweede geval de nadruk zal liggen op de relaties binnen de medische beroepsgroep (hoe sterk zijn de conventies? wie bepaalt ze? is er consensus over? in welke mate vormen de huisartsen een groep? en de specialisten? etc.).

De categorie van verwijzingen op verzoek van de patiënt past niet helemaal in dit schema. Ze worden noch door Pel noch door Van Es en Pijlman bij de 'conventies' ingedeeld, maar evenmin als echte zelfstandige beslissingen beschouwd. Als men ervan uitgaat dat de scheiding tussen geheel zelfstandig door de huisarts genomen beslissingen en verwijzingen op verzoek van de patiënt niet absoluut maar gradueel is (er is bijvoorbeeld altijd een discrepantie tussen de visie van de huisarts en die van de patiënt, als men vraagt op wiens initiatief de verwijzing tot stand is gekomen) dan

betekent dit, dat men het actief verwijzen van de huisarts ook moet zien als een functie van de relatie tussen arts en patiënt of patiëntengroep. Een visie die hierbij aansluit is ontwikkeld in de werkgroep psycho-sociale hulpverlening van het NHI.

Bij de bestudering van videobanden van spreekuur-gesprekken is het de onderzoekers opgevallen dat de verwijskaart in het arts-patiëntcontact een zeer belangrijke rol speelt: het uitschrijven ervan is een van de mogelijkheden (naast recept of nader laboratoriumonderzoek) om het gesprek (de onderhandelingen) te beëindigen en heeft vaak eerder een rituele dan een inhoudelijke functie.

Verwijzen ter diagnose en verwijzen ter therapie

Geeft de indeling 'beslissing' en 'conventie' al een belangrijke aanwijzing in welke richting verder onderzoek moet worden gedaan, het blijft een tamelijk formele indeling, die weinig zegt over de inhoud van het medisch handelen.

Ook voor een dergelijke meer inhoudelijke indeling zijn aanknopingspunten te vinden in het werk van reeds aangehaalde auteurs. De indeling die Bremer (p. 24) ontleent aan een Engelse auteur, (Paterson): verwijzen omdat de huisarts het niet weet, niet kan of omdat hij morele steun nodig heeft, wordt door de Melker (1975 a, p. 32) instemmend aangehaald. Ook hier treffen we blijkbaar een klassificatie aan die als zinvol wordt ervaren: verwijzen ter diagnose, omdat de huisarts het niet (zeker) weet; verwijzen ter therapie, omdat de huisarts het wel weet maar niet kan of wil verhelpen, en om morele steun, omdat de huisarts het wel weet maar de patiënt niet kan overtuigen. De vraag of bovengenoemde indeling ook voor onderzoeksdoeleinden zinvol is, kan alleen positief beantwoord worden als men aannemelijk kan maken dat verwijzingen ter therapie langs een andere weg moeten worden verklaard dan verwijzingen ter diagnose of ter overtuiging van de patiënt. Op het eerste gezicht lijkt dat wel het geval: verwijzingen ter diagnose passen geheel in de lijn van verwijzen als middel om de onzekerheid van de huisarts te reduceren. Bij het verklaren van verwijzingen ter therapie denkt men

3. Het is hier niet de plaats om uitvoerig in te gaan op de filosofische en methodologische problemen die een ondubbelzinnig antwoord op de zo eenvoudig uitziende vraag: 'Dit is een . . .' in de weg staan. De Leidse methodoloog H. P. Gallacher geeft in een tweetal artikelen een heldere uiteenzetting van deze problematiek.

4. Een eerste, geslaagde, poging in deze richting is gedaan door de Rotterdamse huisarts G. Dorrenboom in zijn lezing voor de onderzoeksgroep van de internationale vereniging voor de algemene praktijk (SIMG).

5. Over de vraag of de huisarts zich niet actiever zou kunnen opstellen, zoals de Melker (1975 b) in zijn kanttekening bij het onderzoek van Pel betoogt, gaat dit stukje niet. Er zullen ongetwijfeld verschillen tussen (groepen) huisartsen zijn in de door hen gepercipieerde verhouding beslissing/conventie.

veeleer aan verdeling van het werkterrein tussen huisarts en specialist, afspraken met de ziekenfondsen over welke activiteiten binnen dan wel buiten het abonnementstarief vallen, aanwezigheid van chirurgische poliklinieken, ernst van de aandoening etc., terwijl verwijzen om morele steun wijst op oorzaken in termen van de aard van de arts-patiëntrelatie.

Nu is een ondubbelzinnige klassificatie van iedere verwijzing aan de hand van bovengenoemde categorieën niet eenvoudig. Verwijzingen ter diagnose én therapie of verwijzingen geschreven op receptpapier met als inhoud een vage omschrijving van de klacht en de woorden 'Gaarne uw oordeel' kan men toch niet op één lijn stellen met een verwijzing waarin de huisarts een specialistisch oordeel over strijdigheid in eigen diagnostische bevindingen vraagt. Bremer heeft dan ook in zijn verwijsonderzoek verwijzingen naar niveau van zekerheid onderscheiden, omdat de indeling 'ter diagnose' versus 'ter therapie' in de praktijk niet goed bruikbaar blijkt (Bremer, p. 157 e.v.). Deze zekerheidsniveau's zijn als volgt omschreven:

1. 'De huisarts heeft een diagnose gesteld. Hij heeft bij de patiënt een bepaalde ziekte of afwijking gevonden en deze ziekte of afwijking een naam kunnen geven.'
2. Diagnose is een keuze tussen enkele beperkte mogelijkheden, waartussen de huisarts met zijn beperkte middelen niet kan differentiëren.
3. Patiënt vertoont verschijnselen die min of meer richtinggevend zijn voor verder onderzoek, maar het aantal diagnostische mogelijkheden is groot.
4. De huisarts heeft er geen idee van welke diagnose gesteld moet worden.

Het onder 1. geschetste niveau komt overeen met verwijzen ter therapie, de overige drie zijn nadere specificaties van het verwijzen ter diagnose.

*'Consultatieve' en
'behandeling overdragende'
verwijzingen*

Een geheel andere gedachtengang met geheel andere gevolgen voor een nadere klassificatie van verwijzingen ontlent wij aan de Commissie Onderzoek Functioneren en

Organisatie Gezondheidszorg (COFOG). Deze commissie probeert wegen aan te geven op welke wijze men de effecten van hulpverlening (gezondheidszorg) meetbaar kan maken. Aan de economie wordt het begrip 'toegevoegde waarde' (of het – ietwat barbaristisch klinkende – 'gezondheidswinst'; zie Petersen e.a. 1975) ontleend. Men stelt zich de vraag: wat levert een verwijzing op?

Essentieel in deze benadering is, dat men eerder kijkt naar het effect van de verwijzing en naar hetgeen na de verwijzing komt dan naar de voorgeschiedenis. Een verwijzing die een behandeling overdragend karakter heeft (gevolgd door herhaalkaarten of zelfs ziekenhuisopname) is in dit licht van een andere orde dan een consultatieve verwijzing. De 'krachtsverhouding' tussen eerste en tweede echelon is een van de belangrijkste concepten in een dergelijk model.

'Omvang van de klinische voorzieningen' en 'praktijkvoering van de huisarts' zijn de twee centrale begrippen die verschuivingen van de grens tussen consultatieve en behandeling overdragende verwijzingen kunnen verklaren. De vele artikelen van Huygen (meestal samen met De Melker) over de relatie tussen eerste en tweede echelon en de constante worsteling van de huisarts om zijn terrein tegen de opdringende klinici te verdedigen geven een goed beeld van de zinvolheid van deze zienswijze. In een later artikel zal deze benadering verder worden uitgewerkt.

Aggregatieniveau

Zoals in de vorige paragraaf is uiteengezet, vereist de meest zinvolle en vruchtbare theoretische benadering van 'verwijzen' een lager aggregatieniveau dan waarop in het algemeen gegevens voorhanden zijn. Stroommodellen ontbreken vrijwel geheel en slechts de incidentele registratie van arts-patiëntcontacten zoals Lamberts deze in Ommoord heeft opgezet of de continue morbiditeitsregistratie van Huygen in drie praktijken vormen eigenlijk het enige bestaande materiaal.

Het laagste niveau: de verwijzing

Aangezien geen materiaal op het niveau van contacten tussen huisarts en

patiënt beschikbaar was en het ook niet de bedoeling was dit in het kader van dit vooronderzoek zelf te verzamelen, hebben wij geprobeerd onderzoeksmateriaal te verwerven van het naasthogere niveau: dat der verwijzing.

Het liefst natuurlijk gegevens per verwijzing die samen te voegen zouden zijn tot gegevens per huisarts, en dan nog zo dat de huisartsgegevens weer samen te voegen zouden zijn tot bijvoorbeeld gemeentelijke gegevens. Zo eenvoudig lag dit echter niet. Het gegevensbestand van de belangrijkste bron voor dergelijke cijfers, dat van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ), berust op twee niet-bekoppelde bronnen: de verwijskaarten-administratie, waarin per verwijskaart leeftijd en geslacht van de verwezen patiënt, een code voor de huisarts en een code voor het specialisme (niet de specialist) zijn vermeld, en de gegevens van ziekenhuizen en specialisten waarin ook de huisartscode wordt geregistreerd. Koppeling van beide bestanden is echter niet mogelijk, zodat de gang van een verwezen patiënt (of eenvoudiger: van een verwijskaart) niet te traceren is.

Wij werden verwezen naar de administratie van het Nijmeegse ziekenfonds BAZ, die wel was ingericht voor het beantwoorden van onze vraagstelling: alles waarover door huisarts, specialist, tandarts of apotheker was gedeclareerd was per patiëntcode geregistreerd. Door het beperkte verzorgingsgebied (dat bovendien werd gedeeld met het in Tilburg gevestigde Centrale Ziekenfonds) konden de cijfers niet verder worden geaggregeerd dan tot het niveau der huisartspraktijk; constructie van gemeentelijke cijfers was hierdoor niet mogelijk, ook al omdat het aantal gemeenten per urbanisatietype veel te klein was). Later in het onderzoek vonden we nog een gegevensbron, waar ook cijfers per verwijzing beschikbaar waren, namelijk de data van het onderzoek van van Es en Pijman in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Ook hier was het niet mogelijk de gegevens verder te aggregeren dan op huisartsniveau, omdat per woonplaats niet alle huisartsen in het onderzoek waren betrokken en bovendien de woonplaats niet verder viel te achterhalen. Ook het vervolg van de verwijzing ontbreekt hier: herhaalkaarten of eventuele opname

zijn niet bekend. Daar staat tegenover dat wel het aantal arts-patiëntcontacten per tijdseenheid is geregistreerd en dat ook de indicatie tot verwijzen bekend is.

Het niveau van de huisartspraktijk

Op het niveau van de huisartspraktijk is meer materiaal beschikbaar. Het bekende ‘verwijspercentage’: het aantal verwijskaarten per honderd of duizend verzekerden per jaar, is een typisch kenmerk van de huisartspraktijk en kan als zodanig dan ook in verband worden gebracht met een brede scala van praktijkvoeringskenmerken. Het onderzoek van Raupp onder 192 Limburgse solohuisartsen gaat uit van een dergelijke benadering: naast de verwijscijfers per specialisme is uitvoerig gevraagd naar het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen, praktijkvoering, patiëntenaantallen en aantallen contacten, opvattingen over het huisartsenvak, etc. De vraagstelling van Raupp was niet speciaal gericht op het verklaren van verschillen in verwijscijfers van huisartsen (hij wilde ‘patronen’ ontdekken in werkwijzen van huisartsen). Vandaar, dat wij besloten in eerste instantie zijn materiaal nog eens opnieuw met een andere vraagstelling te analyseren. Bovendien leek het ons zinvol de huisartsen die als medewerker aan het BAZ-ziekenfonds waren verbonden een vragenlijst te sturen met als onderwerp het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen in de praktijk. Vergelijking met Raupps resultaten zou dan mogelijk zijn, terwijl verfijning van de vraagstelling mogelijk was door de veel genuanceerdere aard van de BAZ-verwijscijfers.

Niveaus hoger dan de huisartspraktijk

Men kan natuurlijk nog verder gaan. Met name wanneer men geïnteresseerd is in structurele begrenzings van verwijscijfers of ziekenhuisopnamen ligt het voor de hand de cijfers zo ver te aggregeren dat koppeling aan omgevingskenmerken mogelijk wordt. Per gemeente bijvoorbeeld is een schat aan gegevens beschikbaar over de demografische, sociale en economische structuur of over de omvang of de afstand tot allerlei

medische en sociaal-culturele voorzieningen. Voorwaarde voor een dergelijke aggregatie is wel, dat alle sub-eenheden van de hogere eenheid op een lager aggregatieniveau in principe aanwezig zijn. Zoals reeds is aangetoond is dat voor geen enkel van de aangehaalde onderzoeken mogelijk. Het hoogst bereikbare niveau tot nu toe is dat van de huisartspraktijk. Het materiaal van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen is wel te transformeren tot gemeenteniveau; het wordt zelfs in die vorm gepubliceerd in de LISZ-jaarboeken 1974, 1975. Het lagere niveau – per huisarts – wordt niet gepubliceerd, maar aangezien dát niveau weer geen verdere gegevens beschikbaar zijn hebben wij ons beperkt tot nadere analyse van de gemeentelijke gegevens, met de bedoeling de invloed van algemene, globale en structurele kenmerken op huisartsenverwijs- en opnamecijfers na te gaan.

Conclusie

Bezieet men de verschillende aggregatieniveaus en het voorhanden zijnde materiaal, dan is een eerste slotsom dat er geen materiaal beschikbaar is dat van het laagst

aanwezige aggregatieniveau (in ons geval: ‘de verwijzing’) verder transformeerbaar is dan het niveau der huisarts (huisartspraktijk). Schematisch ziet het door ons verzamelde onderzoeksmateriaal, waarin wij uitspraken op verschillende niveaus willen doen, eruit als in de *figuur* weergegeven.

Opzet onderzoek

Analoog aan de in de voorgaande paragraaf geschetste verschillen in aggregatieniveau hebben wij de door ons bewerkte gegevens als volgt gerangschikt:

- 1. We analyseren de in het LISZ-jaarboek 1974 gepubliceerde verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers per gemeente, om op dit macroniveau de condities vast te stellen waaronder verwijs-, opname- en verpleegduurbeslissingen tot stand kunnen komen.
- 2. Op het niveau van de huisartspraktijk beschikken wij over twee gegevensbestanden:
 - a. het materiaal van J. L. M. Raupp, die in 1968 over de praktijkvoering van 192 Limburgse solo-huisartsen zeer veel gegevens verzamelde;
 - b. een eigen enquête in 1976 onder

Schematische voorstelling van de aggregatieniveaus en af te leiden uitspraken van het verwijsonderzoek NHI-SMW

niveau	onderzoek-materiaal	hoger aggregatie-niveau mogelijk	lager aggregatie-niveau mogelijk	soort uitspraken
1. arts-patiënt-contact	niet aanwezig	—	—	over beslisprocessen
2. verwijzing	BAZ, Van Es en Pijlman	ja: naar 3	nee	over invloed van patiëntenkenmerken op verwijzingen
3. huisarts(praktijk)	Raupp, enquête Nijmeegse artsen	nee	nee	over invloed van praktijkkenmerken
4. gemeente	LISZ 1974	ja: naar 5	ja: in principe naar 3	over invloed van structurele omgevingskenmerken
5. hogere eenheden rayons ..	geen apart materiaal verzameld	—	—	id.

huisartsen in de regio Nijmegen over het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen. Wij beschikken via het ziekenfonds BAZ over zeer genuanceerde verwijscijfers van deze huisartsen, zodat uitvoerige analyse mogelijk werd.

3. Voornoemde cijfers van het ziekenfonds BAZ zijn ook per verwijzing te analyseren. Leeftijd en geslacht van de patiënt, klinisch specialisme waar naartoe verwezen, stellen ons in staat genuanceerde profielen per specialisme op te stellen.

4. Tenslotte hebben wij toestemming gekregen het in 1968 verzamelde materiaal over ruim 8.600 verwijzingen uit 122 Nederlandse huisartspraktijken uit het onderzoek van Van Es en Pijlman opnieuw te analyseren, zowel per verwijzing als tot huisartsniveau geaggregeerd.

Literatuur

Bremer G. J.

Het verwijzen in de huisartspraktijk; dissertatie Utrecht, 1964. Assen, 1964

Dorrenboom, G.

Definitions as a starting point of international research.

Allgemeinmedizin International, 2, 1975, p. 73-74.

Van Es, J. C. en H. R. Pijlman

Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap*, 13, 1970, p. 433-439.

Gallacher, H. P.

Begrip en realiteit.

Huisarts en Wetenschap, 19, 1976, p. 224-233.

LISZ

Jaarboeken 1974, 1975. Utrecht, 1976, 1977.

de Melker, R. A.

Beterschap door beter beleid. Nijmegen, 1975 (a).

Pel, J. Z. S.

Over de invloed van de huisarts op het verwijsperscentage.

Medisch Contact, 30, 1975, p. 988-990.

Petersen, W.

Beoordeling van de rationaliteit van de bestedingen binnen de gezondheidszorg. *Tijdschr. v. Soc. Geneesk.*, 54, 1976, p. 188-197.

Raupp, J. L. M.

Over werkwijzen van huisartsen. Helmond, 1971.



James Bond en de shocktherapie

'At Risk' heette de film die wij gisteren tijdens het 'co-assistentenuurtje' te zien kregen. Het ging over de shockbehandeling, maar omdat er Engels werd gesproken heb ik er weinig van begrepen. Ik moet eens bijles gaan nemen bij Angélique. Maar goed, ik vond het toch wel boeiend. Het geheel werd zo sensationeel gebracht, dat bepaalde scènes het goed zouden hebben gedaan in een James Bond-film; sterker nog, ik denk dat bij zeker de helft van de kijkers in een normale bioscoop de maag wat spastisch tekeer zou zijn gegaan wanneer men deze rolprent had gedraaid: een auto die van de rotsen afrijdt . . . een man die met zijn kleren in vuur en vlam uit het wrak kruipt . . . een chirurg die met een forse haal van zijn scalpel de buik opent en elders een flink abces wegsnijdt . . . En dan dat schitterende begin, een vogelvluchtopname van een fjordachtig landschap ergens in Zuid-Amerika, die diepblauwe zee, het weelderige groen achter die imponerende rotspartijen . . . en jij daar in je witte jas – met nog steeds die nonchalant over de rand van je zak bengelende stethoscoop – lui achterover in de rode kuipstoel van het filmzaaltje.

Van dit soort momenten moet je het hebben. Niet van die verdomde Amerikaan die daarna op het scherm verschijnt en je dan als de Messias zelf op het hart drukt dat je de eerste symptomen van de shock niet over het hoofd mag zien.

Na de twee films – ja, het waren er twee, maar die tweede was lang niet zo sensationeel als de eerste – werd er nog wat 'nageruziet' over de nefrotoxiciteit van twee antibiotica, die ik de eerste tijd toch nog niet mag voorschrijven, dus waarom zou ik mij in dit geschil mengen.

Zaterdagmiddag is er een diner voor assistenten en co-assistenten. Ik heb echter geen uitnodiging ontvangen en dit is voor mij de reden waarom ik er niet naar toe ga. Dr. Wouters wilde dat er tijdens dit diner twee co's dienst hadden, zodat alle assistenten op het diner aanwezig konden zijn. 'Er moest

maar wat meer initiatief ontplooid worden', zei hij. Enkele co's waren het er niet mee eens, maar protesteren helpt toch niet. Nu heeft Frank zich aangeboden als tweede co; ik had mijzelf ook aangeboden, maar dat wilde die andere co, die al dienst had, niet. Daarvoor had ik te weinig ervaring.

Nu zit ik weer op de studentenflat. Mijn mede-gangbewoners kennen mij nauwelijks meer. Ze hebben er geen idee van wat er in mij omgaat. Min of meer uit routine vragen ze hoe het met mij gaat. Even routineus zeg ik maar: 'Uitstekend!', en dan vraag ik hetzelfde aan hen. Ik beken eerlijk dat mijn interesse in hen minder is geworden. De geur die hier hangt bevalt mij gewoon niet. Je bent plotseling heel anders gaan leven. Misschien wel in een andere versnelling, waardoor alles sneller langs je voorbijtrekt. Ik verlies ontzettend veel op alle gebieden en dat moet gecompenseerd worden, vind ik door binnen zeer korte tijd heel erg veel kennis te vergaren.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(13)

Buiten is het op dit moment vrij donker, het kan ieder moment gaan regenen. De bomen van het park tegenover de flat zijn nog allemaal triest-kaal. Door de takken zie je de muren doorschemeren van een kerk aan de andere kant van het park. Kijk 'stilleven' als deze, die nooit in aanmerking zullen komen om op celluloid te worden vastgelegd, lenen zich uitstekend voor een song als 'Idiot Wind': een gemene, genieperige, fluwelen wind, die alles ongemoeid laat, niets in beweging brengt, maar heel egoïstisch – alleen voor zichzelf – verder waait.

Alexander van Es

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Uitgekomen is het zevende jaarverslag, dat over 1976, van het project Continue Morbiditeits Registratie Peilstations.

Dit project heeft tot doel dagelijks bepaalde ziekten of gebeurtenissen die zich in de huisartspraktijk voordoen te registreren. Het programma wordt uitgedacht door medewerkers van het Nederlands Huisartsen Instituut, het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid, die daarin worden geadviseerd vanuit de hoofdingspectie, het universitair huisartseninstituut Utrecht en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden, en gecoördineerd door NHI en Geneeskundige Hoofdingspectie; projectleider is Mw. Dr. H. J. A. Collette, epidemiologe.

De gegevens komen van tegen de zestig huisartsen, op welke wijze een steekproef van iets meer dan 1% uit de Nederlandse bevolking wordt verkregen. Bij het samenstellen van de deelnemersgroep is rekening gehouden met een geografische spreiding en een spreiding over regio's met een verschillende graad van urbanisatie.

Rubrieken

In 1976 kwamen de volgende rubrieken op de weekstaat voor:

- nieuwe gevallen van influenza(-achtig) ziektebeeld;
- nieuwe gevallen van mazelen;
- psoriasis;
- antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven;
- het maken van een cervixuitstrijkje;
- voor de eerste maal een ovulatieregger voorgeschreven;
- sterilisatie bij de man verricht;

- sterilisatie bij de vrouw verricht;
- morning-after pill voorgeschreven;
- abortus provocatus;
- schedeltrauma in het verkeer.

Nieuwe onderwerpen dit jaar waren:

psoriasis, antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven, en het maken van een cervixuitstrijkje.

Evenals voorgaande jaren was uitgegaan van een weekrapportage over de dagen maandag-vrijdag.

Uitzondering werd gemaakt voor de rubrieken: sterilisatie bij de man of bij de vrouw verricht, morning after-pill voorgeschreven en schedeltrauma in het verkeer; hierover werd ook over de zaterdag en de zondag gerapporteerd. Behalve terzake van influenza zijn geen telefonisch gestelde diagnoses of telefonisch gegeven adviezen aangetekend. Het maximaal aantal dagen dat men kon rapporteren was in 1975: 52 weken \times 5 dagen \times 46 peilstations = 11.960 dagen; in dat jaar bedroeg het aantal rapportagedagen in werkelijkheid 9.505 (79,5%). In 1976 werd er over 10.095 dagen gerapporteerd, oftewel over 84,7% van het maximaal mogelijke. Driekwart van de uitval betreft hele weken; op feestdagen wordt minder gerapporteerd. In 1976 vond niet alleen een betere verbetering van de rapportage maar eveneens een grotere vakantiespreiding plaats, hetgeen (als ook de toename van het aantal combinatiepraktijken wordt meegerekend) de betrouwbaarheid van de verstrekte gegevens ten goede komt.

Weeklijstcijfers

Psoriasis

Het aantal nieuwe psoriasispatiënten bedroeg in 1976 in ons land per 10.000:

20 van alle mannen en 16 van alle vrouwen, het aantal oude psoriasispatiënten respectievelijk 43 en 40 per 10.000. Dat huisartsen deze aandoening meer bij mannen dan bij vrouwen waarnemen, blijkt het duidelijkst ten aanzien van de ouder dan 34-jarigen.

Het verschil tussen oude en nieuwe patiënten bedraagt voor alle provincie- en urbanisatiegroepen samen slechts een factor 2-2,5. De programmacommissie had zich al gerealiseerd dat een patiënt(e) die psoriasis als chronisch heeft geaccepteerd naar een arts zal gaan wanneer een exacerbatie optreedt. Om deze reden werd de artsen gevraagd hun kaartstelsel door te nemen en alle psoriasispatiënten te melden, of zij nu al of niet het spreekuur hadden bezocht. Desondanks stemt de geconstateerde verhouding niet overeen met het feit dat psoriasis een chronische ziekte is; kennelijk, zo wordt geconcludeerd, schiet deze wijze van registreren hier dus tekort. De prevalentie zal in dit onderzoek derhalve slechts via gegevens over de incidentie kunnen worden afgeleid. Om deze laatste cijfers betrouwbaarder te maken is deze rubriek op de weekstaat 1977 gehandhaafd gebleven, terwijl de rubriek 'oude psoriasispatiënten' verviel.

Hypertensie

Als criterium voor het bestaan van hypertensie werd het voorschrijven van een antihypertensivum en/of een diureticum gekozen. Het aantal patiënten aan wie voor het eerst of bij een controle een dergelijk middel werd voorgeschreven bedroeg in 1976 per 10.000 Nederlanders voor wat betreft de nieuwe patiënten: 86 mannen en 111 vrouwen, en voor wat betreft de oude patiënten: 208 en 415 vrouwen.

Er blijken vrij grote verschillen te bestaan tussen de provinciegroepen, zowel met betrekking tot het aantal nieuwe als met betrekking tot het aantal oude gevallen. In de noordelijke en de zuidelijke provincies zijn de incidentie en de prevalentie 1½-2 maal groter dan in de oostelijke en de westelijke provincies; de westelijke provincies inclusief het midden des lands hadden met 67 per 10.000 inwoners de laagste incidentie. Bij de indeling naar urbanisatiegroep blijkt de incidentie op het platteland tweemaal groter dan in de overige groepen (gemeenten met een stedelijk karakter tezamen met verstedelijkte plattelandsgemeenten én gemeenten met 100.000 inwoners of meer): respectievelijk 157, 80 en 79 per 10.000 inwoners.

Extrapolatie van de verkregen cijfers op de gehele Nederlandse bevolking geeft tenminste 135.000 nieuwe gevallen van hypertensie en tenminste 432.000 gevallen die reeds wegens hypertensie worden behandeld: ongeveer 4% van de totale bevolking kreeg in dit verband een medicament voorgeschreven. Daar volgens de literatuur 5% van de bevolking een voor behandeling in aanmerking komende matig tot ernstig verhoogde bloeddruk heeft, houdt dit — als de betreffende literatuurgegevens ook voor ons land gelden — in dat het merendeel der Nederlanders die voor hypertensie zouden moeten worden behandeld die behandeling ook inderdaad krijgt. Wel wordt daarbij de kanttekening geplaatst, dat de peilstations geen a-selecte groep vormen.

Cervixuitstrijkjes

Het aantal eerste cervixuitstrijkjes per 10.000 Nederlandse vrouwen bedroeg in 1976 blijkens deze registratie: 464 voor plaatsen waar géén bevolkingsonderzoek en 490 voor plaatsen waar wél een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom wordt gehouden. In de jongere leeftijdsgroepen (15-19 en 20-24 jaar) worden meer vrouwen 'uitgestreken' wanneer in hun woonplaats een bevolkingsonderzoek plaatsvindt, een verhoging die onafhankelijk is van de indicatie tot het maken van het uitstrijkje. De verschillen in de overige leeftijdsgroepen wijzen niet op een duidelijke invloed van de bevolkingsonderzoekactiviteiten. Overal geldt, dat het aantal uitstrijkjes dat uit louter 'preventieve' overwegingen op initiatief van de

huisarts wordt gemaakt verreweg het hoogste is: voor het totaal 282 per 10.000 vrouwen, tegen 103 per 10.000 vrouwen op initiatief van de vrouw en 87 per 10.000 bij klachten en/of symptomen.

Per jaar worden per 10.000 vrouwen van alle leeftijdsgroepen door de huisarts 472 vrouwen 'uitgestreken', dat is bijna 5%. Reëler is het naar de leeftijdsspecifieke cijfers te kijken, namelijk voor de groepen der 25-34-, der 35-44- en der 45-54-jarigen. Dit zijn immers de groepen waarin cervixcarcinoom, hetzij als een carcinoom in situ, hetzij als een invasief carcinoom, het meest frequent wordt gediagnosticeerd. In deze groepen bedragen de aantallen (eerste) uitstrijkjes respectievelijk 962, 1.397 en 884 per 10.000 vrouwen. Houdt men een interval van drie jaar tussen twee uitstrijkjes aan, dan betekent dit dat op het ogenblik bij de peilstationarissen — ongeacht of in hun gemeente een bevolkingsonderzoek wordt gehouden — respectievelijk 39%, 42% en 27% van de voor een uitstrijkje in aanmerking komende vrouwen door deze huisartsen wordt 'uitgestreken'.

Ovulatieregger

De frequentie waarmee voor het eerst een ovulatieregger (hormonaal anticonceptivum) werd voorgeschreven, een frequentie waarin sinds 1974 een daling optrad, gaf een voortzetting van die daling te zien: 314 per 10.000 vrouwen in 1976, 337 in 1975, 435 in 1974. De grote steden, waar in 1975 de grootste daling was opgetreden, gaven nu een geringe stijging te zien, evenals de oostelijke provincies. Het aantal primaire consulten inzake een ovulatieregger vertoonde een stijging bij de jongste en bij de oudste leeftijdsgroepen: 10-14-jarigen: 1976-34, 1975-24, 1974-24; 15-19-jarigen: 1976-1.402, 1975-1.232, 1974-1.408; 45-54-jarigen: 1976-90, 1975-83, 1974-155 primaire consulten per 10.000 vrouwen. In de overige leeftijdsgroepen was sprake van een voortgezette daling, een daling die zeker zal samenhangen met de toename van het aantal sterilisaties in deze groepen.

Sterilisatie bij de man

Het aantal bij de man verrichte sterilisaties blijkt vergeleken met 1975 en 1974 te zijn toegenomen in alle provinciegroepen; de noordelijke provincies bleven de laagste frequenties vertonen. In de

plattelandsgemeenten trad een daling van het aantal op, in de andere urbanisatiegroepen een stijging. De hoogste frequentie werd evenals in voorgaande jaren gevonden bij de 35- tot 44-jarigen: 207 verrichte sterilisaties per 10.000 mannen. Een sterke stijging was te zien bij de mannen tussen de 25 en de 34: 149 sterilisaties per 10.000 mannen in 1976, tegen 95 in 1975. Het totaal voor Nederland bedroeg in 1976: 57 sterilisaties per 10.000 mannen (1975 én 1974: 46).

Sterilisatie bij de vrouw

De landelijke frequentie met betrekking tot het aantal bij de vrouw verrichte sterilisaties blijft stijgen. De frequentie: 66 sterilisaties per 10.000 vrouwen (1975: 46, 1974: 35), is nu hoger dan die welke betrekking heeft op het aantal bij de man verrichte sterilisaties. Bij de toename van het aantal vrouwen dat werd gesteriliseerd zijn, evenals in 1975, alle provinciegroepen betrokken. De hoogste frequenties werden waargenomen in het noorden en het zuiden (bij de man in het zuiden). Vergeleken met 1975 wordt boven de leeftijd van 24 jaar een hogere frequentie gevonden, vooral bij de 35-44-jarigen; in deze laatste leeftijdsgroep steeg de frequentie in één jaar tijd van 177 naar 293 sterilisaties per 10.000 vrouwen. Extrapolatie op de totale bevolking van Nederland geeft 45.000 sterilisaties bij de vrouw voor 1976, een toename van 14.000 ten opzichte van 1975.

Morning after-pill

De landelijke frequentie met betrekking tot het voorschrijven van de morning after-pill bleef, vergeleken met 1975, gelijk: het aantal vrouwen aan wie deze pil werd voorgeschreven bedroeg in 1976 evenals in het jaar daarvoor 60 per 10.000. Wel deden zich per provinciegroep veranderingen voor, het westen en midden des lands uitgezonderd; de noordelijke provincies gaven een sterke stijging te zien, in de oostelijke en zuidelijke provincies zette de in 1974 ingezette daling zich voort.

Aan 10-14-jarigen werd per 10.000 meisjes aan 10 de morning after-pill voorgeschreven (1975: 5, 1974: 2). Bij de 20-24-jarigen trad een flinke daling op (1976: 129, 1975: 176, 1974: 171 per 10.000), bij de 35-44-jarigen daarentegen een stijging (1976: 87, 1975: 62, 1974: 78 per 10.000). In de overige leeftijdsgroepen bleven de

frequenties nagenoeg gelijk. Extrapolatie van deze frequenties op de totale vrouwelijke bevolking van Nederland geeft 42.000 vrouwen aan wie in 1976 de morning after-pill is verstrekt. Bij deze berekening zijn wel de vrouwen die deze pil meer dan eens in een jaar vroegen voor evenzovele vrouwen geteld. Verder bleven buiten beschouwing de verstrekkingen op consultatiebureaus en anticonceptie-poliklinieken, instellingen waarvan in de steden tijdens de weekends veelvuldig gebruik wordt gemaakt.

Abortus provocatus

De in 1974 en 1975 waargenomen daling van het aantal gevallen van abortus provocatus per 10.000 zette zich niet voort in 1976. Er trad weer een kleine stijging op (1976: 20, 1975: 17, 1974: 22 per 10.000 vrouwen).

De relatief lage frequenties in de leeftijdsgroepen der 15-19- en 20-24-jarigen van 1975 zijn verdwenen; hier werd het niveau van 1974 weer bereikt (15-19 jaar: 1976-60, 1975-23, 1974-54 per 10.000; 20-24 jaar: 1976-37, 1975-22, 1974-36 per 10.000). De aantallen in de groepen 25-34 jaar en 35-44 jaar bleven dalen (25-34 jaar: 1976-42, 1975-50, 1974-56 per 10.000; 35-44 jaar: 1976-36, 1975-39, 1974-40 per 10.000).

Extrapolatie van de peilstationgegevens op de vrouwelijke bevolking van Nederland geeft ongeveer 14.000 gevallen van abortus provocatus in 1976. Gezien de verschuiving naar een jongere leeftijdsgroep is aan de peilstationartsen gevraagd per 1 januari 1977 bij rapportering van gevallen jonger dan 20 jaar de leeftijd in jaren te vermelden. Hetzelfde is gevraagd voor de morning after-pill en de sterilisatie bij man en vrouw.

Incidentele cijfers

De deelnemende artsen zijn ook enkele eenmalige vragen gesteld, en wel met betrekking tot multipale sclerose en de vraag van de patiënt om actieve euthanasie toe te passen.

Multipale sclerose

Aan alle peilstationartsen is gevraagd na te gaan hoeveel patiënten met multipale sclerose zij op 31 december 1976 in hun praktijk hadden, met opgave van leeftijd en geslacht en het al dan niet thuis verpleegd worden. De prevalentie kwam op 4,3 per 10.000, dat is iets minder dan één in een huisartspraktijk van 2.000 patiënten. Op grond van een sterftecijferonderzoek geeft Dassel

een hogere waarde aan: 6,1 per 10.000. Het verschil zou kunnen worden verklaard uit het feit, dat een aantal patiënten in een verpleeghuis met een daaraan verbonden arts verblijft en daardoor buiten de registratie van de peilstations valt. Ook de man-vrouwverhouding ligt iets anders dan men op grond van Dassels onderzoek zou mogen verwachten, namelijk 1 op 1,5 (Dassel: 1 op 1,2). Om meer informatie te verzamelen zal dit onderzoek worden herhaald.

Euthanasie

Om enig inzicht te krijgen in de omvang van de vraag naar actieve euthanasie in de eerstelijns gezondheidszorg, met name bij de huisarts, is aan alle peilstationartsen een formuliertje gezonden met het verzoek te noteren of deze vraag in 1976 door patiënten aan hen was gesteld en zo ja wat hiertoe de aanleiding was.

In totaal ging het om 15 patiënten, onder wie het aantal patiënten met een carcinoom (8 van de 15) relatief groot te noemen is.

Extrapolatie van dit gegeven op de Nederlandse bevolking geeft jaarlijks ongeveer 1.400 verzoeken om actieve euthanasie aan de huisarts, dat is over heel Nederland ongeveer 27 per week. De programmacommissie wil deze peiling eveneens herhalen.

Uitspraak Raad van Beroep

Klachten tegen neuroloog ongegrond

Na het overlijden van een patiënt van 80 jaar aan de gevolgen van een cerebro-vasculair accident diende zijn weduwe een klacht in bij de districtsraad tegen de specialist die haar man aanvankelijk had behandeld. Haar echtgenoot was met verschijnselen van een ernstig CVA en een ritmestoornis van het hart opgenomen in een ziekenhuis, waar hij onder behandeling kwam van een neuroloog. Omdat de neuroloog de patiënt gedurende de eerste 48 uur niet aan ingrijpend onderzoek wilde onderwerpen, kreeg klaagster de indruk dat het onderzoek en de behandeling door de neuroloog te kort schoten en verlangde zij een consult door een andere neuroloog. Hoewel de behandelend neuroloog dit consult niet nodig achtte, heeft hij zich tegen het plaatsvinden daarvan niet verzet.

Na enige dagen werd de patiënt, wederom op aandringen van zijn echtgenote, overgeplaatst naar een academisch ziekenhuis, waar hij ondanks neurochirurgisch ingrijpen overleed.

Klaagster verweet de neuroloog die haar man tijdens de eerste opname behandelde dat hij:

- hem onvoldoende had onderzocht en behandeld en de prognose van de patiënt onnodig somber had voorgesteld;
- een consult door een andere neuroloog had geweigerd;
- te kort was geschoten in de menselijke benadering en begeleiding van klaagster.

Na diepgaand onderzoek werden de eerste twee delen van de klacht door de districtsraad ongegrond, het laatste deel gegrond verklaard zonder

opleggen van een maatregel.

Tegen deze uitspraak kwam de beklaagde neuroloog in beroep, klaagster ging eveneens in beroep. Op grond van de stukken stelde de Raad ten aanzien van de eerste twee onderdelen van de klacht vast dat beklaagde de patiënt op juiste en volledige wijze had onderzocht en dat noch op zijn onderzoek noch op zijn behandeling iets viel aan te merken en stelde ten aanzien van het derde onderdeel dat klaagster door haar aanhoudende en indringende wijze van vragen de beklaagde arts wel had genoodzaakt zich zeer onverbloemd uit te spreken over de ernstige toestand van de patiënt en over de infauste prognose.

De Raad wijzigde de uitspraak van de districtsraad en oordeelde de klacht in al zijn onderdelen ongegrond.

Het functioneren van de specialist in het vakgebied der Verloskunde en Gynaecologie

Verslag van een enquête in het eerste echelon

In het vakgebied Verloskunde en Gynaecologie heeft zich, in tegenstelling tot andere grote basisvakken van de geneeskunde als Interne Geneeskunde en Chirurgie nog geen afsplitsing van subspecialismen voorgedaan. Dit is opmerkelijk zowel wegens de sterke uitbreiding en verdieping van het vakgebied in de laatste decennia als wegens de grote verschillen tussen de onderdelen verloskunde en gynaecologie. Het vakgebied als geheel vereist in één persoon verenigd een internistische én een chirurgische instelling (Van Hall, 1973).

Nog een ander aspect weegt zwaar, namelijk het feit dat bij veel gynaecologische patiënten een psychogene factor de belangrijkste of een voorname factor is. Veel gynaecologen, vermoedelijk zelfs de meeste, hebben zo druk bezochte spreekuren dat per consult maar weinig tijd, te meten in luttele minuten, beschikbaar is. Het zou daarom voor het (verder) verbeteren van de behandeling aangewezen kunnen zijn niet alleen tot subspecialisatie over te gaan maar ook het aantal specialisten in dit vakgebied uit te breiden (Drogendijk, 1973).

Om na te gaan in hoeverre deze visie aansluit op de mening en ervaring van het eerste echelon, dat vrijwel dagelijks met het functioneren van de gynaecoloog te maken heeft, werd een enquête gehouden waarvan hier verslag volgt.

* Het trekken van de steekproef met bijbehorende adressen werd verzorgd door het Nederlands Huisartseninstituut (NHI).

Samenvatting. Moet tot een opsplitsing van het vakgebied der Verloskunde en Gynaecologie worden besloten? En annex: is bij het huidige bestand aan de behoefte aan gynaecologen voldaan? Met deze vragen in het achterhoofd stelde de auteur een enquête op, die hij aan driehonderd huisartsen in den lande toezond; van 116 van hen kreeg hij antwoord.

De helft van de respondenten schreef te menen, dat de gynaecoloog onvoldoende aandacht schenkt aan de psychische problemen van zijn patiënten; volgens bijna evenveel respondenten is die aandacht wel in voldoende mate bij hem aanwezig. De helft van de antwoordende huisartsen onderschreef de stelling, dat de gynaecoloog niet meer zijn gehele vakgebied beheerst. Bij het merendeel van hen steunde dat antwoord echter niet op ervaringen in de eigen praktijk – kennelijk is er gerapporteerd op grond van contacten met diverse, ieder voor zich reeds in zekere zin gesubspecialiseerde gynaecologen.

De gebleken grote verdeeldheid in opinie levert volgens de onderzoeker de aanwijzing op, dat subspecialisatie in het onderhavige vakgebied moet worden overwogen, waarbij niet direct aan een radicale opsplitsing in twee grote deelgebieden behoeft te worden gedacht. Van zo'n subspecialisatie is een grotere vraag naar gynaecologen te verwachten, terwijl een verdere stijging van hun aantal met het oog op de psychische begeleiding van patiënten wenselijk zou kunnen zijn.

Slotbevinding: een andere analyse van aard en omvang van de werkzaamheden van de gynaecoloog lijkt urgent, ook al gelet op de mening van de helft der antwoordende huisartsen dat de gynaecoloog op het ogenblik veel eerstelijns werk doet.

door **A. C. Drogendijk**



De auteur is als hoogleraar verbonden aan het Verloskundig en Gynaecologisch Instituut der Erasmus Universiteit Rotterdam.

steekproef van driehonderd huisartsen* schriftelijk geënuquêteerd.

De steekproef was zo gekozen dat de helft van de huisartsen vijf jaar of korter was gevestigd. De enquête omvatte twaalf vragen, waarop in vijf modaliteiten kon worden geantwoord en het invullen van gegevens over een aantal individuele variabelen. Tevens gaf het formulier gelegenheid tot commentaar. Het vragenformulier werd vergezeld van een korte toelichting over de achtergrond van de enquête. Ter bescherming van de privacy van de ondervraagde kon het antwoord anoniem worden ingestuurd.

Enquête

Eind 1974 werd een landelijk gespreide

De twaalf vragen van de enquête, weergegeven in tabel 1 (zie volgende bladzij), waren gericht op de mening van de huisarts over een drietal

aspecten van gynaecologische praktijkvoering:

- Werd de gynaecoloog geacht een te drukke praktijk te hebben (vragen 1 en 3)? Voor nader inzicht in een eventueel tekort aan aandacht diende een viertal vragen over de psychische en somatische aspecten van de behandeling door de gynaecoloog (vragen 6, 7, 8 en 9);
- Werd de gynaecoloog geacht veel verloskundig en/of gynaecologisch eerste echelonswerk te doen (vragen 11 en 12)?
- Werd een splitsing in deelspecialismen aangewezen geacht? Zowel op de theoretische mening als op de praktische ervaring worden twee vragen gericht, die hetzelfde bedoelden maar in andere bewoordingen waren gesteld (respectievelijk de vragenparen 2-4 en 5-10).

Behoudens deze opinievragen werden de gegevens gevraagd van vijf individueel variabele karakteristieken: leeftijd, jaar van artsexamen, jaar van vestiging, aantal inwoners in de plaats van vestiging en de afstand van het praktijkhuis tot het verwijzingsziekenhuis. Het lag voor de hand, dat deze persoonlijke omstandigheden met de gevraagde mening verband zouden kunnen houden.

Resultaten

Van de driehonderd geënquêteerden antwoordden er 116 (38,6%). Of er ten aanzien van wel of niet antwoorden een selectie bestond werd nagegaan aan de hand van de verdeling ten aanzien van twee persoonsvariabelen waarvan de gegevens zowel van hen die wél als die níét reageerden bekend waren, namelijk de leeftijd en het jaar van vestiging. De verdeling in de responsiegroep bleek niet significant te verschillen van wat op grond van de verdeling binnen de enquêtegroep als geheel mocht worden verwacht (χ^2 -toets). Binnen de groep respondenten werden de verkregen persoonlijke gegevens verdeeld over drie categorieën per variabele (tabel 2 op de volg. blz.). Per variabele blijkt de verdeling gelijkmatig. Dit geldt ook wanneer de variabelen in dit opzicht op elkaar worden betrokken. Zo zijn van de 41 jongere (<35 jaar) huisartsen 13 in een

Tabel 1. Vragenformulier en antwoordscores

Vraag	geheel mee eens	wel mee eens	weet niet	eigenlijk niet mee eens	beslist niet mee eens	onbekend
	antwoordscore					
	1	2	3	4	5	
1. Voor goed gynaecologisch of obstetrisch werk heeft de specialist gemiddeld aan vijf minuten per consult voldoende	5	3	13	27	66	2
2. Het totale vakgebied der gynaecologie en verloskunde kan door één persoon theoretisch en praktisch voldoende worden beheerst	15	36	10	28	25	2
3. Iedere patiënt krijgt voldoende aandacht van de gynaecoloog	13	35	11	33	22	2
4. Opsplitsing van het vakgebied der voortplantingskunde in twee of meer subspecialismen kan een kwalitatieve behandeling van de patiënten ten goede komen	17	41	18	24	14	2
5. Uit ervaring met mijn patiënten heb ik geleerd, dat het gebied van de gynaecoloog te uitgebreid is geworden om door één persoon te worden beheerst	13	25	12	37	28	1
6. De gynaecoloog besteedt als regel voldoende aandacht aan de technische en somatische aspecten van de gynaecologische patiënten	37	67	4	5	2	1
7. De gynaecoloog besteedt als regel voldoende aandacht aan de technische en somatische aspecten van de verloskundige patiënten	39	55	7	12	2	1
8. De gynaecoloog besteedt als regel voldoende aandacht aan de psychische aspecten van de gynaecologische patiënten	9	27	10	48	20	2
9. De gynaecoloog besteedt als regel voldoende aandacht aan de psychische aspecten van de verloskundige patiënten	10	38	12	36	18	2
10. Naar mijn ervaring beheerst de gynaecoloog zijn gehele vakgebied	16	50	15	27	6	2
11. De gynaecoloog doet veel verloskundig werk dat de huisarts kan doen	23	33	12	23	24	1
12. De gynaecoloog doet veel gynaecologisch werk dat de huisarts kan doen	17	43	12	30	13	1

kleine, 10 in een middelgrote en 18 in een grote plaats gevestigd. De verdeling van de verkregen antwoorden op de twaalf enquêtevragen is weergegeven in tabel 1. Voor het bewerken van de antwoorden werden de modaliteiten van 'geheel mee eens' tot 'beslist niet mee eens' gescoord van 1 tot 5. Slechts ten aanzien van één aspect der enquête werden min of meer eensluidende antwoorden, dat wil zeggen meer dan 75% score 1 of 2 dan wel score 4 of 5, verkregen. In het algemeen werd ontkend dat de gynaecoloog gemiddeld aan vijf minuten per consult voldoende zou hebben (vraag 1: score 4-5 bij 93 op 106 antwoorden). Aan de somatische aspecten van gynaecologische en verloskundige patiënten wordt wel voldoende aandacht besteed (vraag 6: score 1-2 bij 104 op 115 antwoorden; vraag 7: score 1-2 bij 94 op 115 antwoorden). Volgens ongeveer de helft van de respondenten is dit echter *niet* het geval ten aanzien van de psychische aspecten van de gynaecologische en verloskundige patiënten (vraag 8: score 4-5 bij 68 op 114 antwoorden; vraag 9: score 4-5 bij 54 op 114 antwoorden). In overeenstemming hiermee is de beantwoording van de gelijk gerichte maar meer algemene vraag 3: de helft ontkent dat iedere patiënte voldoende aandacht krijgt (score 4-5: 55 op 114 antwoorden). Dat dit tekort aan aandacht, indien aanwezig geacht, in de regel het psychische aspect en niet het somatisch aspect van de patiënten betreft wordt ondersteund door de uitkomst van een analyse van het verband tussen de beantwoording van vraag 3 enerzijds en die van de vragen 6, 7, 8 en 9 anderzijds, uitgevoerd door middel van het opstellen van correlatiediagrammen. Binnen de groep die voldoende aandacht van de gynaecoloog voor iedere patiënte ontkende werd nagegaan of het antwoord een bepaalde correlatie vertoonde met een aantal persoonsvariabelen, waaronder de leeftijd. Dit bleek geenszins het geval (tabel 3).

Wat betreft het tweede aspect van de enquête, vervat in de vragen 11 en 12: ongeveer de helft van de geënuquëeerden meent, dat de gynaecoloog veel werk doet dat de huisarts ook kan doen. Uit een correlatie-analyse van de respons op de vragen 11 en 12 blijkt dat ongeveer twee op de drie respondenten op beide vragen eenzelfde antwoord geven,

hetzij bevestigend, hetzij ontkennend. Blijkbaar heeft men in de regel dezelfde mening, of het nu om verloskundig dan wel om gynaecologisch werk gaat. Een ongeveer gelijke uitkomst wordt verkregen als alleen wordt gelet op de antwoorden van de 34 respondenten uit kleine plaatsen (<10.000 inwoners). De helft antwoordde bevestigend (vraag 11: score 1-2 18 maal; vraag 12: score 1-2 19 maal); twee op de drie gaf op beide vragen een zelfde antwoord. Een zelfde uitkomst tonen de antwoorden van de 41 respondenten die op grote afstand (≥ 8 km) van het verwijzingsziekenhuis praktiseren (vraag 11: 18 maal score 1-2; vraag 12: 20 maal score 1-2). Ook in deze groep was het antwoord bij twee op de drie respondenten voor beide vragen overeenkomstig.

Wat betreft de kwestie of de gynaecoloog zijn gehele vakgebied beheerst, geven op de vraag in zijn algemeenheid gesteld (vraag 2) evenveel huisartsen een bevestigend (score 1 of 2) als een ontkennend antwoord (score 4 of 5) en wel respectievelijk 51 en 53. Op de nauw verwante vraag 4 – splitsing van het vakgebied kan de kwaliteit van behandeling ten goede komen – werd vaker bevestigend (58 maal score 1-2) dan ontkennend (38 maal score 4-5) gaven aan het antwoord niet te weten (score 3). Bij vergelijking van de antwoorden op de verwante vragen 2 en 4 middels het opmaken van een correlatiediagram bleek er individueel een goede overeenstemming in de beantwoording. Slechts bij 10 huisartsen verschilde de antwoordscore bij de twee vragen meer dan 2. Opmerkelijk genoeg meenden bij in het geding brengen van de eigen ervaring (vraag 5 en 10) veel meer huisartsen dat de gynaecoloog wél zijn vakgebied beheerst dan niét. Op vraag 5 antwoorden 65 bevestigend (score 1-2) tegenover 38 ontkennend (score 4-5); bij vraag 10 was dit 66 tegenover 33. Het correlatiediagram van de antwoorden op vraag 5 en 10 toont goede overeenstemming. Bij 8 huisartsen verschilde de antwoordscore meer dan 2. Deze 8 'uitbijters' waren anderen dan de 10 'uitbijters' bij de correlatie-analyse van de antwoorden op de vragen 2 en 4. Zowel deze omstandigheid als de aantallen 'uitbijters' als zodanig geven geen aanleiding tot speciale beduchtzaamheid bij de interpretatie van de uitkomst van de respons op die vragen.

Tabel 2. Individuele variabelen van de respondenten, ingedeeld naar drie categorieën per variabele.

	aantal respondenten
<i>leeftijd in jaren</i>	
20-34	41
35-44	34
≥ 34	40
<i>jaar van artsexamen</i>	
1970-1974	39
1960-1969	35
1915-1959	41
<i>jaar van vestiging</i>	
1970-1974	47
1960-1969	33
1915-1959	35
<i>plaats van praktijk</i>	
aantal inwoners	
< 10.000	34
10.000-30.000	34
> 30.000	48
<i>afstand praktijk-verwijzingsziekenhuis in km</i>	
<3	35
3-7	38
≥ 8	41

Tabel 3. De respondenten die op enquêtevraag 3 ontkennend antwoordden (score 4-5), ingedeeld naar drie categorieën per variabele.

	aantal	% van totaal
<i>leeftijd in jaren</i>		
20-34	18	44
35-44	15	44
≥ 45	22	55
<i>jaar van artsexamen</i>		
1970-1974	17	44
1960-1969	16	46
1915-1959	22	54
<i>jaar van vestiging</i>		
1970-1974	19	40
1960-1969	17	52
1915-1959	19	54
<i>plaats van praktijk</i>		
aantal inwoners		
< 10.000	16	47
10.000-30.000	15	44
> 30.000	34	50

Wat betreft het bevestigen of ontkennen van een indicatie tot subspecialisatie (antwoorden op de vragen 2 en 5) werd nog een eventueel verband met enkele persoonsvariabelen nagegaan (tabel 4). Vooral jongere artsen (66%) en artsen wonend in kleinere plaatsen (68%) ontkenen op grond van eigen ervaring dat het vakgebied van de gynaecoloog voor beheersing door één persoon te groot geworden is. De frequentie van deze ontkenning is niet hoger bij de groep huisartsen die aan beide kenmerken voldoen. Van de 48 huisartsen die zowel jonger dan 45 zijn als in een plaats met minder dan 30.000 inwoners praktijk houden, antwoordden 32 (= 66%) ontkennend. Ongeveer één voor het de vier respondenten voorzag het enquêteformulier nog van een kort *commentaar*. Dit was van zeer uiteenlopende aard. Relatief vaak (namelijk 17 maal) betrof het kwestie van subspecialisatie. De helft van deze commentaren accorderen min benodigd meer met (een wat verdere uitwerking van) de huidige trend tot een subspecialisatie in de grote centra.

Discussie

Voorop staat, dat bij het trekken van conclusies te het resultaat van de enquête voorzichtigheid geboden is. De steekproef was klein, de respons slecht, waardoor slechts de mening van ruim honderd van de 4800 Nederlandse huisartsen bekend werd. De slechte respons hoeft overigens geen bevreemding te wekken, daar het ging om een schriftelijke enquête met zogenaamde attitudevragen. Er zijn geen aanwijzingen dat de slechte respons tot een vertekening van de realiteit heeft geleid. De goede spreiding van de in de enquête opgenomen persoonsvariabelen bij de respondenten wijst niet op binding van een extreme attitude aan een bepaalde groep.

Belangrijk is het gegeven, dat de helft van de respondenten meent dat de gynaecoloog voor de psychische aspecten van zowel gynaecologische als verloskundige patiënten niet voldoende aandacht heeft. Anderzijds menen niet veel minder respondenten dat dit wel het adequate is. Betreft men daarbij het gegeven dat vrijwel alle respondenten een gemiddelde consultduur de vijf minuten niet

Tabel 4. De respondenten die op enquêtevraag 2 bevestigend (score 1-2) en die op enquêtevraag 5 ontkennend (score 4-5) antwoordden, ingedeeld naar drie categorieën per variabele.

	vraag 2, score 1 – 2		vraag 5, score 4 – 5	
	aantal	% van totaal	aantal	% van totaal
<i>Leeftijd in jaren</i>				
20-34	20	49	27	66
35-44	15	44	20	59 2 P* = 0,036
≥ 45	15	38	17	43
<i>jaar van artsexamen</i>				
1970-1974	17	44	23	59
1960-1969	17	49	22	63
1915-1959	16	39	19	46
<i>jaar van vestiging</i>				
1970-1974	20	43	26	55
1960-1969	17	52	23	70
1915-1959	13	37	15	43
<i>plaats van praktijk aantal inwoners</i>				
< 10.000	20	57	23	68
10.000-30.000	15	39	19	56 2 P* = 0,080
> 30.000	16	39	23	48

* Toets tegen stijgend of dalend verloop van percentages (De Jonge, 1963).
 $\alpha = 0,05$; significant : $2 P \leq \alpha$

voldoende achten, dan zou men kunnen concluderen dat blijkbaar veel gynaecologen toch wel meer dan gemiddeld vijf minuten aan een consult kunnen besteden. Ook andere verklaringen zijn echter mogelijk, bijvoorbeeld: de huisarts is meer tevreden noodzakelijk. de psychische begeleiding dan de realiteit zou toelaten, of: veel gynaecologen hebben voor een goede psychische begeleiding weinig tijd nodig. De uitkomst van de enquête laat zich ook goed rijmen met de vooraf bestaande indruk dat teveel gynaecologen het te druk hebben om aan de psychische kant van de behandeling voldoende aandacht te schenken. In verband hiermee is vooral het gegeven interessant, dat volgens de helft van de respondenten de gynaecoloog in feite veel eerste echelonswerk doet. Dit suggereert dat de voor een goede psychische begeleiding van de patiënt nodige tijd wellicht zou kunnen worden vrijgemaakt door oneigenlijk werk af te stoten. Veel uitgebreider en diepgaander onderzoek is echter nodig alvorens hier een oordeel kan worden gegeven. Wel is duidelijk – zoals ook in een enquêtecommentaar werd opgemerkt – dat een verschuiving in het functioneren van de gynaecoloog die betekent dat aan de patiënt gemiddeld (veel) meer tijd kan worden besteed, consequenties moet hebben

voor het honoreringssysteem.

Over de vraag of de gynaecoloog zijn gehele vakgebied nog kan beheersen tonen de respondenten grote verdeeldheid; maar liefst de helft is toch van mening dat dit niet het geval is. Merkwaardig is, dat niettemin op grond van de eigen ervaring de meeste respondenten menen dat de gynaecoloog zijn vakgebied wel beheerst. Dit moet wel worden verklaard – enkele enquêtecommentaren wijzen daar ook op – doordat veel huisartsen werken met diverse al of niet in maatschap verenigde gynaecologen, die individueel door een speciaal veld van belangstelling en kunde in feite een vorm van (onvolledige) subspecialisatie vertegenwoordigen. Hierbij zou het gegeven kunnen passen, dat een duidelijke meerderheid van de respondenten de stelling bevestigt dat subspecialisatie de kwaliteit der behandeling ten goede kan komen. Of dit betekent dat het specialisme als zodanig zou moeten worden gesplitst dan wel dat vorming van een beperkt aantal subspecialistische kernen goed gespreid over ons land voldoende zou zijn, valt hieruit niet zonder meer af te leiden.

Niet erg duidelijk is waarom vooral jongere en in kleinere plaatsen gevestigde huisartsen een eventueel

niet beheersen van het vakgebied door de gynaecoloog ontkennen. Misschien moet ten aanzien van de jongere aan een gebrek aan ervaring met wat het gynaecologisch vakgebied inhoudt worden gedacht. Mogelijk speelt ten aanzien van de in kleinere plaatsen gevestigden de attitude een rol. Hoe kleiner de plaats, des te groter deel van de geneeskunde de eerste echelonswerker zelf wil (moet) beoefenen. Ook voor de specialist zal deze werker wellicht minder gauw een indicatie tot beperking van het werkkerrein zien.

Concluderend kan tenslotte het volgende worden opgemerkt: Als de inhoud van een vakgebied voor de enkele specialist een goed bewerkbaar geheel vormt, mag men verwachten dat dit in de mening van de huisartsen eensgezind naar voren komt. De grote verdeeldheid van de opinie ten aanzien van de gynaecologie en verloskunde die uit onze enquête blijkt, is een sterke aanwijzing dat een subspecialisatie in dit vakgebied ernstig moet worden overwogen. Dit kan maar hoeft niet in te houden een volledige

opsplitsing in grote deelgebieden, bijvoorbeeld in gynaecologie en verloskunde. Misschien kan – althans voorlopig – worden volstaan met het afsplitsen van kleinere onderdelen, die dan alleen in (regionale) centra zouden moeten worden beoefend, zoals gynaecologische oncologie, fertiliteitsstoornissen en perinatale intensive care. Deze laatste mogelijkheid zou een veel verder gaande uitbouw betekenen van een ontwikkeling die hier en daar reeds in aanzet te bespeuren valt.

Te verwachten is dat elke vorm van subspecialisatie tot een toenemen van het benodigde aantal specialisten leidt. Afgezien hiervan zou, afgaande op de enquête-uitslag, een stijging van het aantal gynaecologen gewenst kunnen zijn om meer tijd te creëren voor een goede psychische begeleiding van de patiënte. Een nadere analyse van de huidige aard en omvang der werkzaamheden van de gynaecoloog is echter eerst noodzakelijk, mede gezien de mening van veel huisartsen dat de gynaecoloog veel werk doet dat hij aan het eerste echelon zou kunnen (moeten) overlaten.

De auteur is
het Nederlands Huisartsen Instituut
voor het verstrekken van de
adressensteekproef,
Prof. Dr. F. Sturmans, epidemioloog,
hoofd van de afdeling
Gezondheidsvoorlichting en
-Opvoeding van de GG & GD te
Rotterdam, voor zijn adviezen
betreffende de statistische verwerking,
en
Dr. R. van Strik, hoofd van het Instituut
voor Biostatistiek der Erasmus
Universiteit Rotterdam, voor zijn
adviezen betreffende de statistische
verwerking,
zeer erkentelijk.

Literatuur:

- Drogendijk, A. C. (1973)
Op de grens van soort en individu.
Stafleu's Wetenschappelijke
Uitgeversmaatschappij BV, Leiden.
Hall, E. V. van (1973) (R)evolutie in de
gynaecologie.
De Erven Bohn BV, Amsterdam.
Jonge, H. de (1963)
Inleiding tot de Medische Statistiek. Deel I.
Nederlands Instituut voor Preventieve
Geneeskunde, Leiden.

Interimadvies Gezondheidsraad inzake transsexisme

Een commissie van de Gezondheidsraad heeft aan de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een interimadvies uitgebracht inzake het transsexisme. In de adviesaanvraag werd aan de Gezondheidsraad verzocht antwoord te geven op de volgende twee vragen:

1. welke voorwaarden zouden moeten worden vervuld wil men op medische gronden bij bepaalde gevallen van transsexisme tot operatieve geslachtstransformatie overgaan?
2. in hoeverre zou deze ingreep uit medisch-therapeutisch oogpunt consequenties moeten hebben ten aanzien van de mogelijkheid tot wijziging van de burgerlijke stand?

De eerste vraag stelt het probleem aan de orde door wie en op welke medische gronden op verantwoorde wijze kan

worden beslist, dat een transsexist door middel van hormoonbehandeling en plastische chirurgie in lichamelijk opzicht aan de verschijningsvorm van de andere sexe wordt aangepast ('somatische aanpassing'). De tweede vraag betreft de therapeutische betekenis van het wijzigen van de geslachtsaanduiding in de geboorteacte ('administratieve aanpassing'); de mogelijkheid laatstgenoemde aanpassing binnen het kader van de huidige wetgeving te verwezenlijken heeft de Hoge Raad afgesneden. Alleen wetswijziging kan de weg daartoe openen.

De commissie meent de *eerste vraag* pas definitief te kunnen beantwoorden aan de hand van een onder geopereerde transsexisten in Nederland te ondernemen follow-up onderzoek. Om de voortgang van het onderzoek ten

aanzien van de tweede vraag niet te belemmeren heeft zij evenwel, op grond van de klinische ervaring van haar leden en van hetgeen uit de buitenlandse literatuur aan het licht is gekomen, thans reeds een voorlopig antwoord op de gestelde vraag geformuleerd.

Dat antwoord luidt, dat het naar haar mening, met inachtneming van bepaalde criteria, medisch verantwoord is bij daarvoor in aanmerking komende transsexisten een somatische aanpassing tot stand te brengen; deze verkleint de tegenstrijdigheid tussen lichaam en geest van transsexisten en verlicht hun lijden zodanig dat zij menselijk en maatschappelijk beter kunnen functioneren.

Ten aanzien van de *tweede vraag* spreekt de commissie als haar oordeel uit dat het uit medisch-therapeutisch oogpunt aanbeveling verdient door wetswijziging

mogelijk te maken dat de geslachtsaanduiding in de geboortecte van somatisch aangepaste transsexisten in die van de door hen verlangde sexe wordt gewijzigd.

Gender-identiteit

Deze aanbeveling roept twee vragen op:

1. of de medische wetenschap in staat is aannemelijk te maken dat de transsexist die om administratieve aanpassing verzoekt ook in juridische zin geacht kan worden tot het andere geslacht te behoren;
2. aan welke concrete criteria een dergelijk verzoek moet worden getoetst, respectievelijk onder welke voorwaarden het kan worden toegestaan.

De eerste vraag wordt beantwoord aan de hand van een onderzoek naar de betekenis van het begrip 'gender-identiteit', dit is het gevoel en de overtuiging man, respectievelijk vrouw te zijn.

Intersexuelen — een groep bij wie het geslacht bij de geboorte niet ondubbelzinnig kan worden vastgesteld — blijken ondanks een anders geaarde genetische structuur merendeels in overeenstemming met de door hen verworven gender-identiteit door het leven te gaan. Hieruit concludeert de commissie dat voor het vaststellen van iemands genderidentiteit niet-somatische criteria tenminste gelijkwaardig zijn aan die welke worden ontleend aan de vorm van de uitwendige geslachtsorganen. Naast het laatstgenoemde criterium dat de wetgever — zich onbewust van de mogelijkheid dat daarover ooit twijfel zou kunnen ontstaan — in de wet heeft neergelegd, dient derhalve ook de gender-identiteit als criterium voor geslachtsbepaling te worden aanvaard.

Rechtsvermoeden

De tweede vraag dwingt tot juridische reflectie omtrent de aard van de beslissing die van de rechter zal worden verlangd als hij een uitspraak moet doen over een verzoek tot administratieve aanpassing. Die uitspraak kan niet de beslissing inhouden dat iemand een man, respectievelijk een vrouw is; zij houdt slechts de beslissing in dat iemand als man of als vrouw moet worden ingeschreven. De geslachtsaanduiding in

de geboortecte, aldus de commissie, heeft derhalve het karakter van een rechtsvermoeden. Dit betekent dat ook aan de wijziging van de geslachtsaanduiding geen zwaardere eisen behoeven te worden gesteld dan dat zij als rechtsvermoeden staande kan worden gehouden. Dat kan alleen — aldus de commissie — indien aan twee criteria wordt voldaan:

- a. de verzoeker moet de door deskundig onderzoek bevestigde overtuiging hebben tot het andere geslacht te behoren en de duidelijk blijkende wil de door hem/haar verlangde geslachtsrol blijvend te zullen vervullen;
- b. de verzoeker moet somatisch in zoverre zijn aangepast aan het door

hem/haar verlangde geslacht als op medisch verantwoorde wijze kan worden bereikt.

De commissie geeft daarnaast in overweging als voorwaarden te stellen dat de verzoeker ten minste achttien jaar oud en ongehuwd of niet meer gehuwd moet zijn en geen kinderen meer kan verwekken, respectievelijk geen kinderen meer ter wereld kan brengen. Zij beveelt aan een wetswijziging tot stand te brengen, waardoor de mogelijkheid wordt geopend de geslachtsaanduiding in de geboortecte te wijzigen en een subcommissie van juristen in te stellen met de opdracht omtrent de juridische vormgeving van deze aanbeveling nader advies uit te brengen.

Uitspraken Raad van Beroep

Beenamputatie niet te voorkomen door vroegere ziekenhuisopname

Een wendde zich na de geboorte van haar derde kind tot haar huisarts, teneinde een nieuwe zwangerschap te voorkomen. De huisarts schreef lyndiol voor, waarna de gebruikelijke pilconsulten regelmatig plaatsvonden. Tijdens een van deze consulten raadpleegde zij haar huisarts wegens pijn in haar linkerbeen en wel, naar de Raad uit de op de patiëntenkaart voorkomende gegevens moet aannemen, voor het eerst op 28 januari, op welke datum zij door beklagde voor deze klachten onderzocht werd. Op 11 maart bezocht de arts desgevraagd de patiënte tijdens een grieppepidemie. Daarbij werden niet zodanige klachten geuit, dat hij het aangewezen achtte haar uitgebreid te onderzoeken. Op 12 maart werd beklagde wederom bij haar geroepen, daar haar toestand zeer achteruit ging. Zij had meer pijn in het linkerbeen en de beklagde arts veronderstelde na zijn onderzoek dat de patiënte een trombose in het linkerbeen had. Hij liet haar onverwijld opnemen. Zij bleef tot 20 maart op de afdeling voor inwendige ziekten, waarna zij wegens ernstige tromboseverschijnselen werd overgeplaatst naar de chirurgische afdeling. Operatief werden uit de venen in het linkerbeen bloedstolsels verwijderd. Na deze operatie zijn in de

linkervoet necroseverschijnselen opgetreden, waarna op 15 april amputatie van het linkerbeen moest worden uitgevoerd.

In zijn klaagschrift verwijt klager de huisarts dat deze klagers echtgenote tijdens haar ziekte op nonchalante wijze behandeld zou hebben en dat vroegere ziekenhuisopname de amputatie van het linkerbeen zou hebben voorkomen. De districtsraad verklaarde de klacht, een hooggeleerde deskundige gehoord, ongegrond.

Tegen deze uitspraak kwam klager in beroep. Zijn grieven richtten zich tegen de feitelijke voorstelling van zaken door de districtsraad, terwijl hij zich tevens afvroeg of de deskundige inzage had genomen van de status, omdat dit in de uitspraak niet werd vermeld.

Nadat de Raad zich ervan had overtuigd dat de hooggeleerde deskundige de status inderdaad persoonlijk had ingezien besloot hij, overwegende dat er geen redelijke twijfel aan de juistheid van de gang van zaken, zoals weergegeven in de uitspraak van de districtsraad behoeft te bestaan, op grond van de uitspraak recht te doen en bevestigde de uitspraak van de districtsraad.



Jeugdsport

Met jeugdsport wordt in Nederland meestal bedoeld het beoefenen van sport door jeugdigen in een sportvereniging¹. Dit is niet overal het geval. In landen als Engeland en Amerika vindt sportbeoefening door jeugdigen voornamelijk plaats in schoolverband. Dat het begrip jeugdsport, zoals hier te lande gehanteerd, niet geheel beantwoordt aan de werkelijke situatie is duidelijk als men bedenkt hoeveel sport ook hier in schoolverband – schoolsporddagen, -toernooien enz. –, in andere dan sportclubs en vooral ook in niet-georganiseerd verband wordt beoefend. Dit laatste blijkt dan weer sterk afhankelijk van lokale mogelijkheden en is sterk seizoengebonden².

Wat betreft leeftijd is een bovengrens bij jeugdsport moeilijk aan te geven. Deze is afhankelijk van de beoefende sport en kan per sport verschillen. Voor de benedengrens geldt hetzelfde. Bovendien heeft hier in de loop der jaren een sterke verschuiving naar beneden plaatsgevonden. Begrippen als pupillen, adspiranten, junioren e.a. kunnen per sport voor wat betreft de leeftijd dan ook uiteenlopen. Een typisch voorbeeld van veranderde opvattingen ten aanzien van de leeftijd waarop met serieuze training moet worden begonnen ziet men bij het zwemmen. Ondanks destijds en ook thans nog gehoorde bezwaren worden nu topprestaties geleverd op een leeftijd waarop vroeger met een doelgerichte training werd begonnen. Binnen de KNUW is een aantal deskundigen weer meer terughoudend ten aanzien van een vroegtijdige deelname aan wedstrijden. Deze uiteenlopende opvattingen zijn begrijpelijk als men alleen al denkt aan verschillen in belasting waaraan het

door **G. Rijkse**



G. Rijkse is sinds 1969 werkzaam als jeugdarts in Zuid-Oost Drenthe. Hij is lid van de vereniging voor Sportgeneeskunde, lid van de medische commissie van de Federatie van Sportkeuringsbureaus in Nederland, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en heeft naast andere functies zitting in de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Drenthe. Hij ontving in 1975 de aanmoedigingsprijs voor sportgeneeskunde.

individueel wordt blootgesteld gezien het milieu waarin de sport wordt beoefend. Veranderde opvattingen hebben de nodige problemen opgeleverd voor sportorganisaties en eveneens voor de begeleiding. Niet alleen van trainers, coaches e.a. maar ook van begeleidende medici wordt inzicht gevraagd in de beoefende sport, maar vooral ook inzicht in de kwetsbaarheid van verschillende orgaansystemen van jeugdigen. Ondanks de jongere leeftijd waarop men lid kan worden van een sportvereniging liggen eerste contacten van veel jeugdigen met vormen van sportbeoefening niet bij sportverenigingen. De kleuterschool met haar kleutergymnastiek en de school voor lager onderwijs met lessen

lichamelijke opvoeding zullen veelal zorgen voor eerste contacten met een vorm van georganiseerd lichamenlijk bezig zijn. Hoe deze contacten worden ervaren is uitermate belangrijk. In de praktijk blijkt het een bijzonder moeilijke opgave – een probleem waarover vele deskundigen zich buigen – jeugdigen dit lichamenlijk bezig zijn op een wijze aan te bieden die ze als prettig ervaren. Mijns inziens is dit een belangrijk doel van lichamenlijke opvoeding.

Kan de opvang deskundig gebeuren – helaas ontbreken tot op heden veelal vakleerkrachten bij het lager onderwijs – dan is de kans groot dat jeugdigen enthousiast worden en dat ze actief blijven. Het spelmoment zal bij jongere groepen bij deze opvang uiteraard overheersen. De opgave is om, naast handhaving van spelmomenten, oudere groepen oefeningen aan te bieden die voldoende appèl doen op ontwikkeling van vaardigheden en conditie. In een onderzoek bij leerlingen van het vervolgonderwijs kwamen Kemper e.a.³ tot teleurstellende bevindingen. Naast enthousiasme en deskundigheid van onderwijzers en leraren lichamenlijke opvoeding zijn er andere factoren die bepalend kunnen zijn voor sportieve activiteiten en sportkeuze van jeugdigen. Met De Heer¹ kan men van mening zijn, dat de houding van directe omgeving ten opzichte van sportbeoefening c.q. het zelf beoefenen van sport door ouders uitermate belangrijk is, evenals het al of niet aanwezig zijn van accommodaties, sportverenigingen enz². Sportprestaties van anderen – vooral nationaal – invloed van media e.d. zullen mede bepalend zijn voor de sportkeuze van jongeren. Zowel bij jongens als bij meisjes neemt met de leeftijd het aantal sportbeoefenaars toe

evenals de variatie in beoefende takken van sport² al is dit niet voor alle schooltypen hetzelfde.

Voor jeugdsport – of beter: voor het beoefenen van sport door jeugdigen – wordt veel propaganda gemaakt. Argumenten hiervoor aangevoerd zijn o.a.:

- de toenemende bewegingsarmoede zowel bij arbeid als bij vrijetijdsbesteding;
- het toenemen van hart- en vaatziekten en het verschuiven van deze ziekten naar jongere leeftijden;
- het toenemen van vrije tijd, een factor waaraan door een groeiende arbeidsreserve nog eens een extra dimensie wordt toegevoegd; zowel het actief beoefenen van sport als het meer passief meeleven met sport kan hierbij van belang zijn;
- de mogelijke functie van sportbeoefening in de strijd tegen een toenemende jeugdcriminaliteit, waarbij overigens de nodige vraagtekens kunnen worden gezet;
- de vooral van gedragswetenschappelijke zijde belangrijk geachte invloed die sportbeoefening kan hebben op vorming en ontplooiing van eigen persoonlijkheid en op ontwikkeling van relaties met anderen.

Gevaren

In zijn 'Sport als jong-menselijke activiteit' gaat Rijdsdorp op veel aspecten van jeugdsport in¹⁵. Ook van de kant van de overheid wordt het belang en de functie van sportbeoefening onderkend, getuige het uitkomen van een Nota Sportbeleid⁴, terwijl van politieke zijde aandacht evenmin ontbreekt. Verschillen in maatschappijvisie zullen de oordeelsvorming over verschillende vormen van sportbeoefening uiteraard beïnvloeden, zoals o.a. blijkt uit een rapport van de Wiardi Beckmanstichting⁵. Het beoefenen van sport heeft niet alleen voordelen. Niet altijd en voor iedereen is sportbeoefening aan te raden. Hier ligt een belangrijke taak voor de medicus. Juist van sportgeneeskundige zijde wordt gewezen op gevaren die aan sportbeoefening kunnen kleven, zeker als deze sportbeoefening onoordeelkundig plaatsvindt. De sportmedische begeleiding staat in

Nederland zeker in vergelijking met een land als Oost-Duitsland nog in de kinderschoenen. Geïnteresseerde, deels bijgeschoolde artsen behartigen deze begeleiding. Dit geldt ook voor de sportkeuring, een essentieel onderdeel van de sportmedische begeleiding¹⁶. Een drietal instellingen houdt zich momenteel met sportkeuring bezig namelijk:

- diensten voor jeugdgezondheidszorg (schoolartsendiensten);
- sportkeuringsbureaus (aangesloten bij de Federatie van Sportkeuringsbureaus);
- Sportmedische Adviescentra.

Het sportkeuringsbureau heeft van deze instellingen de langste ervaring op dit gebied.

De deelname van diensten voor jeugdgezondheidszorg aan de sportkeuring dateert van ± 1972. Voordien had de Federatie van Sportkeuringsbureaus zich in een rapport⁶ al uitgesproken voor het onderbrengen van sportkeuring van jeugdigen bij jeugdgezondheidszorg. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid sprak zich in een rapport⁷ eveneens uit voor onderbrenging bij deze diensten evenals de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in een schrijven aan de besturen van die diensten⁸. De Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg zag deze werkzaamheden als een belangrijke taak voor jeugdartsen.

Argumenten voor onderbrengen van sportkeuring van jeugdigen bij jeugdgezondheidszorg zijn o.a. vermeld in het artikel 'Sportadvisering in Jeugdgezondheidszorg'². Deze zijn:

- diensten voor jeugdgezondheidszorg beheren dossiers met medische gegevens van vrijwel alle leerlingen;
- praktisch altijd is bij leerlingen van basisonderwijs één der ouders bij het onderzoek aanwezig;
- onderzoek door de jeugdarts is op bepaalde onderdelen uitgebreider dan het onderzoek op het sportkeuringsbureau;
- dubblure van onderzoek kan door integratie worden voorkomen;
- onderzoek door de jeugdarts vindt meestal plaats vóór de jeugdige een sportkeuze heeft gedaan en dan derhalve naast een keurend een adviserend karakter dragen;

Naast genoemde argumenten moet genoemd worden het contact dat de jeugdarts heeft met het onderwijs i.c. de vakleerkrachten lichamelijke opvoeding.

Dit brengt de jeugdarts in een unieke positie. Immers, daar veel jeugdigen bij het eerste contact met de jeugdarts nog geen sportkeuze hebben gedaan, kan deze naast keuring propaganda maken voor sportbeoefening in het algemeen en gericht adviezen geven afhankelijk van de bevindingen. Ervaring heeft tevens geleerd dat leerkrachten en vakleerkrachten lichamelijke opvoeding overleg met de jeugdarts op prijs stellen in verband met het verkrijgen van informatie. Omgekeerd kan informatie van de kant van het onderwijs van belang zijn voor de jeugdarts.

Het verkrijgen van inlichtingen van de huisartsen blijkt in de praktijk op grote moeilijkheden te stuiten. Dit is te begrijpen gezien de bezwaren die huisartsen hebben tegen het doorgeven van informatie over eigen patiënten en gezien de vele artsen en vele leerkrachten die dan allemaal contacten met elkaar zouden moeten hebben. De jeugdarts kan, als het doorgeven van bepaalde inlichtingen in het belang is van de jeugdige, vooraf overleg plegen met huisarts, specialist, ouders of met jeugdigen zelf.

Er is nog een belangrijk facet dat pleit voor de bemoeienis van de jeugdarts met de sportkeuring. Lid van een sportclub worden vooral die jeugdigen die een zekere lichamelijke vaardigheid hebben (verkregen), die van huis uit worden gestimuleerd. In een doorsnee populatie komt men echter veel jeugdigen tegen die deze vaardigheden en stimulansen missen. Juist zij die sportbeoefening het meest nodig hebben zullen dit nogal eens niet doen. Als voorbeelden kunnen o.a. worden genoemd jeugdigen met zogenaamde slappe houdingen, motorisch minder begaafden, het groeiend aantal jeugdigen met een overgewicht, lichamelijk of geestelijk gehandicapten. In al deze gevallen kan de jeugdarts adviseren, stimuleren en zoeken naar alternatieven. Gezien dit scala van mogelijkheden van de jeugdarts spreekt men in jeugdgezondheidszorg dan ook niet van sportkeuring maar van sportadvisering. Overname van de groep jeugdigen door diensten voor jeugdgezondheidszorg heeft eveneens voordelen voor sportkeuringsbureaus. Veel van deze bureaus worden geconfronteerd met

grote wachtlijsten keurlingen. Een aantal bureaus heeft moeite om artsen aan te trekken die tegen een geringe vergoeding willen keuren. Afgezien daarvan kan men door vermindering van het aantal te keuren sportbeoefenaars meer tijd per keuring reserveren. Daardoor zou de kwaliteit van de keuring kunnen worden verhoogd. Dat dit in veel gevallen niet overbodig is zal iedere ingewijde beamen. Dit zou wel een verhoging van kosten per keuring ten gevolge hebben. Men is echter m.i. zeer terecht, meer kritisch geworden ten aanzien van sportkeuringen en wellicht eerder bereid een hoger bedrag te betalen voor een meer uitgebreide keuring dan minder voor een keuring die de toets der kritiek niet kan doorstaan. Zijn de sportieve activiteiten van dien aard dat een meer uitgebreide keuring nodig is dan jeugdgezondheidszorg en sportkeuringsbureau kunnen bieden, dan dient te worden verwezen naar een Sportmedisch Adviescentrum. Dergelijke centra kunnen tevens een belangrijk consultatieve functie vervullen voor andere instellingen. Bij iedere sportkeuring of -advisering zal men belastbaarheid van het individu en belasting door de beoefende sport tegen elkaar afwegen. Daarbij moet worden bedacht dat een keuring een momentopname is. Op korte termijn kan veel veranderen o.a. door ongevallen, infectieziekten, groeispurt enz. Met dit laatste kan rekening gehouden worden door de periode tussen de keuringen aan te passen.

Onderschat

Ongevallen, infectieziekten enz. zullen van de huisartsen of begeleidende artsen van sportclubs de nodige aandacht vragen. Vooral infectieziekten dreigen daarbij nogal eens te worden onderschat. Lang heeft men gedacht dat voor beperking van de belastbaarheid van jeugdigen vooral het cardio-vasculaire stelsel verantwoordelijk zou zijn. Nu weet men dat het bewegingsapparaat het meest kwetsbare systeem van jeugdigen is. Het aantal bevindingen dat consequenties heeft voor sportbeoefening neemt – vooral bij jongens – toe met de leeftijd. Bij eigen onderzoek bleek in 48% van de gevallen, waarbij geen sportadvieskaart werd afgegeven, de

reden op orthopedisch gebied te liggen². Behalve verkeersongevallen betrof dit vooral aseptische botnecrosen, duidelijke klachten en afwijkingen op dit gebied – vooral rug en onderste extremiteiten – en sportongevallen. Kwetsbaarheid van dit systeem legt ook een grote verantwoordelijkheid op schouders van trainers en coaches. Onoordeelkundige, te zware, te eenzijdige of te weinig voorbereide training kan veel problemen veroorzaken. Samenwerking met de medicus is dan ook zeer gewenst. Tijdens de keuring dient veel aandacht aan het bewegingsapparaat te worden geschonken. Behalve inspectie in rust geldt dit vooral inspectie bij beweging. Over het algemeen wordt te statisch gekeurd. Bij afwijkende bevindingen is een meer uitgebreid orthopedisch onderzoek vereist. Bij twijfel dient te worden verwezen voor een nader specialistisch onderzoek. Voor de keurende arts betekenen afwijkende bevindingen op dit gebied niet automatisch een afkeuring. Altijd weer moet worden gezocht naar mogelijke alternatieven. Het milieu waarin de sport wordt beoefend speelt daarbij een belangrijke rol. Om de belasting van diverse sporten te kunnen beoordelen dient de keurende arts op de hoogte te zijn van veel voorkomende bewegingspatronen en letsels bij die sporten. Preventie op korte en op langere termijn ten aanzien van sportletsels is een voortdurende bron van studie voor veel deskundigen^{9, 10}. Op de applicatiecursus Sportgeneeskunde en bijscholingsdagen georganiseerd door NSF en Vereniging van Sportgeneeskunde wordt hier de nodige aandacht aan besteed. Op bijscholingsdagen voor jeugdartsen op Papendal staat jaarlijks een tweetal sporten centraal die van verschillende zijden worden belicht. Moderne hulpmiddelen en technieken kunnen daarbij behulpzaam zijn. Richtlijnen voor keuring en adviezen bij afwijkende bevindingen treft men aan in de 'Voorlopige handleiding bij het preventief geneeskundig onderzoek van sportbeoefening'¹¹ en de concept handleiding 'Sportadvisering voor jeugdartsen'¹². Onafhankelijk van de keuringsuitslag kunnen naar aanleiding van bevindingen adviezen worden gegeven. Bij het onderzoek in Emmen bleek bij jongens het meest te worden geadviseerd op het gebied van

houdings- en bewegingsapparaat en motoriek, bij meisjes op het gebied van houdings- en bewegingsapparaat, motoriek en (over)gewicht². Psychische belasting i.c. overbelasting welke door sportbeoefening bij jeugdigen op kan treden vraagt eveneens de aandacht. Deze wordt niet alleen aangetroffen bij top- en semitopsport maar ook – zij het misschien in mindere mate – bij algemene wedstrijdsport. De vóóronderstelling dat vooral trainers en coaches hier debet aan zouden zijn, kan zeker niet zonder meer worden bevestigd. De wijze waarop ouders hun kinderen kunnen 'aanmoedigen' is vaak onthullend. De indruk kan ontstaan dat ouders nogal eens eigen gemiste kansen door hun kinderen willen laten goedmaken. Dat dit veelal averechts werkt is duidelijk, afgezien nog van nadelige gevolgen op langere termijn. Ook hier ligt een taak voor alle in de sportgeneeskunde geïnteresseerde artsen. Om de sportmedische begeleiding van jeugdigen optimaal te laten verlopen zal men de aanwezige mankracht efficiënt moeten inzetten. Ideeën hierover werden reeds eerder gelanceerd o.a. door de Vereniging van Sportgeneeskunde¹³. Daar mogelijkheden van regio tot regio aanmerkelijk kunnen verschillen is het wenselijk per regio een commissie 'Sportmedische begeleiding' in het leven te roepen. Behalve uitvoerende instanties dienen hierin huisartsen, fysiotherapeuten, overheid (GGD/DGD) en vertegenwoordigers van sportbonden zitting te hebben. Naast het realiseren van gewenste voorzieningen en het stellen van prioriteiten kan de commissie medewerken aan het tot stand komen van werkafspraken tussen de verschillende instanties. Tussen sportkeuringsbureaus en diensten voor jeugdgezondheidszorg zal het vooral gaan om het vaststellen van leeftijdsgrenzen; tussen deze instellingen en het Sportmedisch Adviescentrum om het vaststellen van richtlijnen ten aanzien van intensiteit van sportbeoefening. In de Structuurnota Gezondheidszorg¹⁴ wordt eveneens gepleit voor een meedenken in de regio over gewenste voorzieningen en prioriteiten. Zijn richtlijnen vastgesteld, dan is het van belang sportclubs en sportbeoefenaars hierover te informeren, ten einde concurrentie en dublures op het

gebied van sportkeuring te voorkomen. Op administratief gebied moeten eveneens goede werkafspraken worden gemaakt. Invoering van een medisch sportpaspoort zou hier mogelijk mede een bijdrage toe kunnen leveren⁷.

Voor alle in jeugdsport geïnteresseerde artsen, speciaal voor jeugdartsen, liggen er ten aanzien van jeugdsport belangrijke taken o.a.:

- in de opleiding van artsen en de opleiding jeugdgezondheidszorg meer tijd reserveren voor sportgeneeskunde;
- meer aandacht richten op belastende sportvormen vooral ten aanzien van het houdings- en bewegingsapparaat en mogelijke nadelige gevolgen op korte en langere termijn; technisch perfect uitgevoerde oefeningen kunnen — o.a. bij het turnen — hiervoor zeer belastend zijn.
- meer aandacht voor de motorisch minder begaafden en zoeken naar mogelijkheden tot verbetering;
- het uitbouwen van contacten met leerkrachten en vakleerkrachten lichamelijke opvoeding vooral ten behoeve van hen die speciale aandacht nodig hebben;
- meer aandacht vragen voor de grote verschillen in biometrische gegevens per leeftijdsgroep en het daarmee vaak gecorreleerde tijdstip van rijping van jeugdigen; bij beoordeling van resultaten meer variabelen betrekken dan enkel de kalenderleeftijd (zoals in sommige sporten gewichtsklasse);
- het met ouders en jeugdigen zoeken naar alternatieve vormen van

sportbeoefening als bevindingen daartoe aanleiding geven; een totale afkeuring dient zoveel mogelijk te worden voorkomen;

- meer aandacht geven aan en ontwikkelen van sport en spelvormen voor geestelijk gehandicapten;
- medewerken aan research op het gebied van jeugdsport o.a. ten aanzien van belasting en belastbaarheid in relatie tot de leeftijd, ontwikkelen van vaardigheden, invloed op conditie, relatie met zogenaamde welvaartsziekten.

We weten nu weinig over veel en nog niet veel over weinig aspecten van sportbeoefening bij jeugdigen.

Literatuurlijst

1. De Heer W., Jeugdsport in Nederland, dissertatie Leuven 1969.
2. Rijksen G. Sportadvisering in Jeugdgezondheidszorg, Tijdschrift Soc. Geneeskunde 55 (1977) 11-17, 31.
3. Kemper H. C. G. e.a. Invloed van de extra lichamelijke opvoeding. Onderzoek naar de invloed van twee extra lessen lichamelijke oefening per week, gedurende een schooljaar, op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van 12- en 13-jarige jongens van de brugklassen op een school voor VWO en HAVO te Amsterdam.
4. Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Nota sportbeleid (1974), Staatsuitgeverij, Den Haag.
5. Wiardi Beckmanstichting, Keerpunt in de sport (1974).
6. Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland, De toekomst van de Medische Sportkeuring (1968) Voorburg.
7. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake de medische sportbegeleiding. Verslagen en rapporten Volksgezondheid nr. 31 (1972), Staatsuitgeverij, Den Haag.
8. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Staatssekretaris aan besturen schoolartsendiensten. Inschakeling schoolartsen bij medische sportadvisering van jeugdigen (1974) Leidschendam.
9. Groh H., Groh P. Sportverletzungen und sportschäden, Luitpold-werk, München.
10. E. van Oudenaarde, De relatie tussen turnen en rugletsel. Geneeskunde en sport 10 (1977) 15-22, 25.
11. Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland. Voorlopige handleiding bij het preventief geneeskundig onderzoek van sportbeoefening, 1977, Soest.
12. Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Medische Commissie van de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland, Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Sportadvisering door schoolartsen (concept) 1975 Soest.
13. Vereniging van Sportgeneeskunde. De toekomst van de sportgeneeskunde in Nederland, Geneeskunde en Sport 8 (1975) 3-32.
14. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Structuurnota Gezondheidszorg (1974), Staatsuitgeverij, Den Haag.
15. Rijdsdorp K. Sport als jong-menselijk activiteit (1966), Stichting Jan Luitingfonds, Utrecht.
16. Mosterd W. L. Medische begeleiding in de sport (1968), Querido's Uitgeverij N.V., Wetenschappelijke Uitgeverij N.V., Amsterdam.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Goodwill?

In een maatschap van twee specialisten zal een derde worden aangetrokken. Van de zittende specialisten draagt er een de praktijk over tegen een overnamesom. De andere specialist heeft al eens een deel van de praktijk overgedragen en wil nu van een overnamesom afzien.

Het advies wordt gegeven alvorens het contract te ondertekenen, overleg te plegen met de Inspectie der Belastingen aangaande eventueel door de komende specialist verschuldigd schenkingsrecht.

Tot verbazing van de betrokkenen deelt de fiscus mede een en ander te beschouwen als onttrekking, hetgeen betekent dat de specialist die zijn praktijk om niet wil overdragen aangeslagen zal worden alsof hij de overnamesom had ontvangen. De komende specialist mag op de gehele overnamesom wel afschrijven, maar zal schenkingsrecht moeten betalen.

Wie lost het goodwill-probleem eindelijk eens op?

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

Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw

I: Inleiding

De periode 1795-1813, de *Franse tijd*, bracht op verschillend gebied veranderingen met zich, ook op geneeskundig gebied.

Door het sluiten van het Haags Verdrag van 16 mei 1795 kwam de Bataafse Republiek onder Frans protectoraat. Na verschillende staatsregelingen kwam in 1801 op wens van Napoleon een tweede nieuwe constitutie tot stand. Het hoogste gezag berustte nu bij een Staatsbewind van 12 leden, met een wetgevend lichaam van 35 leden. Hoewel deze staatsregeling slechts een kort leven was beschoren (reeds in 1805 verdween zij) kwamen onder haar toch belangrijke medische verordeningen tot stand, die alle tot dusver bestaande reglementen zowel van de medicinae doctores en chirurgijns als van de vroedmeesters en vroedvrouwen, geheel ophieven en een einde maakten aan de tot nu toe bestaande autonomie van de steden op dit terrein.

Vóór 1795 bestond er in ons land noch een opper-, noch een gewestelijk of plaatselijk toezicht door de overheid op geneeskundigen en/of geneeskundige aangelegenheden. Alleen datgene, zo deelt Heye (1842) mede, wat met de openbare gezondheidzorg in betrekking stond en door 'resolutiën of keuren' was geregeld, werd gehandhaafd door provinciale of plaatselijke besturen.

De verplichtingen der doctoren vloeiden eensdeels voort uit de eed, door hen bij de promotie afgelegd, of waren anderdeels bepaald door bestaande verordeningen. De heel- en vroedmeesters alsmede de apothekers stonden onder het toezicht van de overlieden van hun gilden, door wie zij ook werden geëxamineerd. De vroedvrouwen waren meestal alleen rekenschap verschuldigd aan de plaatselijke besturen, hetgeen ook het

door **Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr.**



geval was met de tandmeesters. Met de verandering der tijden nu deed zich de behoefte gevoelen aan *concentratie*, speciaal aan een bepaalde vertegenwoordiging van de belangen der geneeskundigen bij het Uitvoerend Bewind der toenmalige Bataafse Republiek. Een commissaris werd benoemd 'tot de zaken der geneeskundige Staatsregeling', die de grondslag ontwierp voor de latere verordeningen van het Staatsbewind. Deze verordeningen vinden we samengevat in de 'Publicatie van het Staatsbewind der Bataafsche Republiek, houdende verordeningen omtrent het geneeskundig onderzoek en toezicht, enz.', gearresteerd 20 maart 1804 (verzameling van Publicatiën van 1801-1804).

Uit deze publikatie blijkt dat in elk departement van de Republiek een Departementale Commissie van Geneeskundig Onderzoek en toezicht zou worden ingesteld, welke zitting zou hebben in de Residentie der Departementale Besturen. De werkzaamheden van deze commissie

bestonden voornamelijk uit onderzoek en beoordeling van de bekwaamheid of bevoegdheid van degenen 'die zich tot exercitie van eenigen tak der geneeskunst in haar departement zouden etablisseeren', voorts is het toezicht houden op degenen die reeds praktijk uitoefenden en tenslotte in het treffen van maatregelen bij eventueel uitbrekende epidemische ziekten. Voorts kreeg alleen zij het recht heel- en vroedmeesters, apothekers en vroedvrouwen (in de stad of op het platteland) te examineren en in die kwaliteit te bevorderen.

Plaatselijke Commissiën

Bovendien werd ten einde in de grotere steden meer en betere controle te kunnen uitoefenen op de medische handelingen, de oprichting verordeneerd van Plaatselijke Commissiën van Geneeskundig Toezicht, in welke commissie een geschikt getal genees-, heel-, verlos- en 'artsenmengkundigen' zitting zou hebben. (Te Enkhuizen zaten in deze commissie: de stadsdoctoren en twee andere medicinae doctores, één van de stadschirurgijns en een gewone heelmeester, twee 'winkeldoende apothecars' en de stadsvroedmeester.) Onder grotere steden verstond men steden waarin vier of meer medicinae doctores waren gevestigd (Drogendijk, 1935).

Zoals begrijpelijk oefenden deze lokale commissies toezicht uit op alle takken van de geneeskunde. Verder hadden zij een woordje mee te spreken inzake het onderwijs en moesten bij haar ingeschreven worden alle geneeskundigen (inbegrepen de apotheker) en hun leerlingen, tegen betaling van zekere leges.

Een en ander had tot gevolg, dat allerwege in ons land nieuwe reglementen en instructies voor de afzonderlijke takken van de geneeskunst werden vastgesteld. Weliswaar bleef de opleiding van vroedvrouwen en vroedmeesters gelijk aan die van weleer, maar de toelating tot het ambt alsmede het toezicht op de uitoefening daarvan werden geheel op nieuwe leest geschoeid. Deze veranderingen kwamen echter pas langzamerhand tot stand, omdat overal eerst de respectieve Departementale en Plaatselijke Commissiën van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzigt moesten worden ingesteld.

Enkhuizen

De verzameling van nieuwe reglementen en instructies te Enkhuizen kreeg tot titel: *'Geneeskundige Verordeningen voor de Stad Enkhuizen'*.

Het 41 bladzijden tellende boekje werd uitgegeven door de Wed. M. Lub en zoon en J. P. Bronstring, boekverkopers te Enkhuizen en 'geapprobieerd en gesanctioneerd bij Heeren Wethouders der Stad Enkhuizen, op den 18 January 1808'. Deze verzameling reglementen en instructies was als volgt onderverdeeld:

- I. Algemene Werkzaamheden van de Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toevoorzigt
- II. Algemene Geneeskundige Inrichtingen
 - A. Reglement voor de Geneeskunde
 - B. Reglement voor de Heelkunde
 - C. Reglement voor de Vroedkunde
 - D. Reglement voor de Artzenijmengkunde
- III. Reglement voor de Openbare Geneeskundige Armen Inrichting

- A. Instructie voor de Stads medicinae doctoren
- B. Instructie voor de Stads chirurgijns
- C. Instructie voor den Stadsvroedmeester en de Stadsvroedvrouwen

Van al deze verordeningen zullen wij in deze korte artikelenreeks alleen behandelen de instructie voor respectievelijk de stadsvroedvrouwen en de stadsvroedmeester.

Literatuur

A. C. Drogendijk, De verloskundige voorziening in Dordrecht van ± 1500 tot heden. Proefschrift. Amsterdam 1935. Geneeskundige Verordeningen voor de stad Enkhuizen, Enkhuizen, 1808. J. P. Heye, Archief voor Geneeskunde, deel 2. Amsterdam 1842 (Verzameling van Publicatiën van de Provisioneele Repraesentanten van het volk van Holland, en der Staten Generaal, 1801-1804).

Aanmelding eerstejaars studenten

Het Centraal Bureau Aanmelding en Plaatsing in Groningen heeft een eerste voorlopig overzicht opgesteld van de aantallen vooraanmeldingen in het wetenschappelijk onderwijs. Als peildatum voor deze aanmeldingen van eerstejaars studenten geldt 19 december 1977. Ter vergelijking worden in dit overzicht de aanmeldingsaantallen op 20 december 1976 gehanteerd. Opvallend in deze cijfers zijn de sterke toename bij rechtsgeleerdheid en de afname bij letteren. Bij de verschillende instellingen valt nog op dat de belangstelling voor de Vrije Universiteit afneemt en die voor de Rijksuniversiteit Leiden en de Landbouwhogeschool in Wageningen toeneemt. Hiernaast volgen de aantallen vooraanmeldingen per studierichting

Aantallen vooraanmeldingen per studierichting:

Studierichting	20 december 1976	19 december 1977
Godgeleerdheid	227	177
Letteren	5 245	5 085
Geneeskunde	4 722	5 157
Tandheelkunde	664	719
Diergeneeskunde	976	978
Wisk./Nat. wet.	2 815	2 531
Technische wet.	3 288	3 339
Landbouwwet.	1 098	1 219
Rechtsgeleerdheid	3 158	3 743
Economische wet.	1 930	2 003
Sociale wet.	4 257	4 637
Aardrijkskunde	957	972
Wijsbegeerte	184	179
Lichamelijke opvoeding	116	126
Totaal	29 637	30 865 (+ 4%)

Aantallen vooraanmeldingen per instelling (eerstejaars studenten):

Instelling	20 december 1976	19 december 1977
Leiden	3 343	3 705
Utrecht	6 074	6 279
Groningen	3 605	3 864
GU Amsterdam	3 449	3 483
VU Amsterdam	2 546	2 417
Nijmegen	3 537	3 637
Rotterdam	1 545	1 643
Tilburg	802	875
Delft	1 794	1 813
Eindhoven	930	964
Twente	564	562
Wageningen	1 098	1 219
Maastricht	350	404
Totaal	29 637	30 865 (+ 4%)



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. M. J. Blok, chef de bureau.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

De oud-secretaris, W. J. de Jager, arts, zal nog gedurende enige tijd part-time medewerking blijven verlenen.



De 171ste Algemene Vergadering

Kort verslag, deel I

Kort verslag van het verhandelde in de 171ste Algemene Vergadering van de KNMG, gehouden te Utrecht op vrijdag 16 september 1977.

I. Opening

De *voorzitter* opent de vergadering met een woord van welkom aan allen.

II. Benoeming van een Commissie van Redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering

Tot lid van deze commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-generaal q.q. deel uitmaken, wordt benoemd L. G. van Rijn (IV).

De *voorzitter* wil door het noemen van de overleden collegae J. P. Schilt, het oudste lid van de KNMG, die 73 jaar arts is geweest, en K. G. Brühl, die grote verdiensten heeft gehad in NHG-verband, alle leden gedenken die sinds de vorige AV door overlijden aan de Mij zijn overleden. (De aanwezigen nemen staande enige ogenblikken stilte in acht).

III. Eerste rondvraag

Daniëls (XI) vraagt, of nu sinds december een vrije uitwisseling van artsen tussen de lidstaten van de EEG mogelijk is geworden, de uit het buitenland gekomen collegae voldoende bescherming genieten. Het schijnt voor te komen, dat hun contracten worden aangeboden, waartegen de KNMG-leden ernstige bedenkingen zouden moeten hebben, niet alleen op grond van de honorering, maar ook gezien de rechtspositie. Is er geen taak voor de KNMG om in samenwerking met de artsorganisaties in de andere lidstaten de artsen een goede voorlichting te verschaffen, opdat dezen in het land, waar zij zich vestigen, enigszins georiënteerd zijn?

De *voorzitter* antwoordt, dat Nederland als eerste land een informatieboekje heeft vervaardigd om de problemen voor de binnenkomende artsen gemakkelijker te maken. Uiteraard zijn dit zaken van algemene aard, maar de beroepsorganisatie is altijd bereid, nadere inlichtingen te verstrekken en zal proberen ervoor te zorgen, dat ook individuele zaken die belangstelling krijgen, welke zij vereisen.

Elshove (IX) vraagt, of voor de aandrijving van vertegenwoordigers van de KNMG in de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid een bepaalde procedure bestaat.

Van der Mij (secretaris) zegt, dat de provinciale verordeningen in dezen per provincie nogal verschillen. Bij enige provinciale raden geschiedt de aanwijzing van vertegenwoordigers van de KNMG door het hoofdbestuur, na raadpleging van de afdelingsbesturen, maar in de meeste gevallen wendt men zich rechtstreeks tot de afdelings- of districtsbesturen. Het aantal vertegenwoordigers verschilt ook per provincie. Reeds vele malen ondernomen pogingen om een en ander via het centrum in Utrecht te laten

verlopen, zijn tot dusverre niet gelukt. Om te bereiken, dat de juiste vertegenwoordigers in de provinciale raden komen, na raadpleging van de afdelings- of districtsbesturen, is men enigszins afhankelijk van de goede wil van de provinciale staten.

De Wit (VI) merkt op, dat een krachtige regering, liefst steunend op een grote meerderheid in de Kamer nodig is. Kan het abortusvraagstuk door die regering echter worden geregeld, nadat hierover zolang is gevochten? Een dergelijke oplossing is mogelijk, indien de twee partijen, welke vermoedelijk de komende regering zullen vormen, tot een goed antwoord komen op de vraag: hoe respecteren wij de vrijheid van de vrouw zonder de beschermwaardigheid van het ongeboren kind uit het oog te verliezen? In de praktijk lossen vele artsen, die voorstanders zijn van abortus dit probleem op door zorgvuldig te overwegen de argumenten, welke in een concreet geval door betrokkenen voor de abortus worden aangevoerd en de mogelijkheden om de zwangerschap te behouden. Als in de praktijk een dergelijke vraag zodanig kan worden beantwoord, dat dit op een respectabele wijze gebeurt, moet het ook mogelijk zijn in de politiek tot een compromis te komen. De enige oplossing is, dat de regering nog eens de Mij verzoekt mede te werken aan een oplossing, waarbij eventueel met behulp van een zeker toezicht op de volksgezondheid in het tuchtrecht een regeling voor dit probleem te worden gezocht. Wanneer een dergelijk verzoek wordt gedaan, zullen hoofdbestuur en AV dan bereid zijn, deze vraag opnieuw in overweging te nemen? Ten aanzien van de gezondheidszorg is een aantal wetsontwerpen ingediend, naar aanleiding waarvan de Mij met name heeft geprotesteerd tegen het feit, dat zij min of meer buiten de Mij om tot stand zijn gekomen. Als de Mij meent iets te moeten zeggen over de gezondheidszorg en verantwoordelijkheid te moeten dragen voor de organisatie en de uitwerking daarvan, moet zij ook tonen, dat zij aan de oplossing van een zo moeilijk probleem als dat van de abortus iets kan bijdragen.

De *voorzitter* antwoordt, dat als bedoeld verzoek wordt gedaan, het HB graag opnieuw zorgvuldig zal overwegen of een voorstel zoals anderhalf jaar geleden naar voren gebracht, maar dan wellicht in andere vorm, kan worden opgesteld, waarmede samenleving en artsen vooruit kunnen.

Kehrer (lid Werkgroep-Functioneren AV) vraagt, of het voorstel van het HB als punt Xb aan de orde kan worden gesteld en apart kan worden behandeld.

De *voorzitter* zal nagaan, of dit mogelijk is.

IV. Inleiding van de voorzitter

(Zie MC 1977/39, blz. 1211 e.v.)

De *voorzitter* geeft er, mede gelet op de tijd, de voorkeur aan dat, aangezien de verschillende onderwerpen in uitgewerkte vorm in volgende bijeenkomsten aan de orde zullen komen, over zijn inleiding geen discussie wordt gevoerd.

V. Benoeming en verkiezingen

Tot leden van het stembureau worden aangewezen R. M. F. M. Leclercq (XI), B. C. A. Nicolas (XIII) en Mr. W. B. van der Mij. Tot bibliothecaris der Mij wordt benoemd Prof. G. S. Lindeboom, Amsterdam.

Tot plaatsvervangend bibliothecaris der Mij wordt herbenoemd B. Mesander, Gouda.

a. Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen Dr. J. J. H. M. Daniëls, Spaubeek en Prof. Dr. P. Visser, Loenersloot.

b. Tot lid van de Raad van Beroep wordt herkozen Dr. J. D. Bom, 's-Gravenhage.

c. Tot lid van het bestuur van MC wordt gekozen Dr. R. A. de Melker, lector, Zeist.

d. Tot lid van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds wordt herkozen H. Frese, Bergambacht.

e. Tot plaatsvervangend lid-jurist van de Raad van Beroep wordt benoemd Mr. C. Q. van Daalen, advocaat en procureur te Amsterdam.

De *voorzitter* wenst alle gekozenen geluk en dankt degenen die aftreden, met name collega Degenaar, hartelijk voor alle door hen ontwikkelde activiteiten.

VI. Jaarverslag der Maatschappij over 1976

Frese vestigt er de aandacht op, dat vele grote verenigingen tegenwoordig de term jaaroverzicht gebruiken, waardoor men ervan is ontslagen, precies het jaar te verslaan. Aangezien ook het jaarverslag der Mij niet een jaarverslag in de strikte zin van het woord is, adviseert spreker het hoofdbestuur in het vervolg de term jaaroverzicht te gebruiken.

De *voorzitter* antwoordt, dat het hoofdbestuur deze suggestie zal overwegen. Vervolgens wijst hij op de passage, waarin sprake is van uitstekende samenwerking met de besturen en bureaus van de maatschappelijke verenigingen, waardoor het voor de overkoepelende Mij nog steeds mogelijk blijkt om als het nuttig en nodig is t.a.v. zaken van algemeen belang als eenheid op te treden. Dit is in 1976 en zeker ook in 1977 gebleken. Spreker dankt collega Diepersloot voor diens uitnemende werkstuk.

VII. Overige jaarverslagen over 1976

a. Raad van Beroep.

De *Wit* (VI) vraagt wat de gemiddelde tijdsduur is tussen het indienen van de klacht en de uitspraak van de Raad van Beroep en van de districtsraden.

Melai (vice-voorzitter Raad van Beroep) antwoordt, dat deze termijn gewoonlijk een half jaar is, die echter kan uitlopen tot een jaar vanwege de termijnen, waaraan reglementair moet worden voldaan. Er moet gelegenheid zijn voor re- en dupliek en er moeten termijnen in acht worden genomen voor het oproepen van getuigen. Wat betreft de tijd, die verstrijkt tussen de zitting en de uitspraak, merkt spreker op, dat dit in het algemeen iets is, wat de raden zelf in de hand hebben.

De *voorzitter* zegt met betrekking tot de districtsraden, dat in artikel 637 HR staat, dat zolang een klacht nog niet mondeling door een ingestelde kamer is behandeld een vooronderzoek kan plaatsvinden. Uiteraard hangt het dan van de duur van het vooronderzoek af, hoelang de totale procedure loopt. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

De jaarverslagen over het jaar 1976 van het (de):

b. *Bestuur van Medisch Contact*;

c. *Commissie voor het Bureau voor Waarneming en Vestiging*;

d. *Commissie voor de Geldmiddelen*;

e. *Bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds* worden achtereenvolgens goedgekeurd.

De *voorzitter* dankt de samenstellers van deze jaarverslagen voor het door hen verrichte werk.

VIII. Financiële stukken met het verslag van de Commissie voor de geldmiddelen (zie MC nr. 27 (1977) 32, blz. 866 e.v.)

A. Medisch Contact

1. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over 1976 wordt goedgekeurd.
2. De begroting voor 1978 wordt aangenomen.
3. Het voorstel de penningmeester van MC voor het geldelijk beheer over 1976 te dechargeren wordt aangenomen.

B. *Stichting Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.*

1. De balans per 31 december 1976 wordt goedgekeurd.

2. De rekening over 1976 wordt goedgekeurd.

3. De begroting voor 1978 wordt goedgekeurd. Het voorstel de grondslag voor de maximale bijdrage voor het jaar 1978 te verhogen van f 104,— tot f 112,— wordt aangenomen.

4. Het voorstel de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds voor het geldelijk beheer over 1976 te dechargeren wordt aangenomen.

De *voorzitter* dankt *Frese* voor diens activiteiten en initiatieven in dezen.

C. Maatschappij

1. De balans per 31 december 1976 wordt goedgekeurd.

2. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over 1976.

Eggink (XX) wijst erop, dat wat betreft de uitgaven voor bijzondere noden voor 1976 f 150,— is vermeld en vervolgens telkens f 10.000,—. Voor de post bijzondere drukwerken is er eerst een PM-post van f 873,— en vervolgens voor 1976 f 30.000,—, voor 1977 f 20.000,— en voor 1978 f 20.000,—. Hoe valt de discrepantie tussen deze bedragen te verklaren?

Diepersloot (secretaris-generaal) zegt, dat in een zeer enkel geval de Stichting Ondersteuningsfonds iemand niet kan helpen en dat het hoofdbestuur, indien hiertoe aanleiding is, kan besluiten toch financiële steun te verlenen. Daarom wordt nu elk jaar een post van f 10.000,— opgevoerd, die enige jaren geleden inderdaad als zodanig is gebruikt. De post bijzondere drukwerken dient voor boekwerken, die de KNMG uitgeeft en ten aanzien waarvan op een gegeven moment de noodzaak aanwezig is, deze te herdrukken (bijvoorbeeld 3000 exemplaren van het Groene Boekje) of een nieuwe druk te doen verschijnen.

De rekening en verantwoording wordt goedgekeurd.

3. De begroting voor 1978 wordt goedgekeurd. Het voorstel de standaardcontributie voor 1978 te verhogen van f 436,— tot f 444,— en de contributie voor de algemene leden en voor de adspirantleden te stellen op f 55,50 wordt aangenomen.

D. De gecombineerde balans der Mij

Diepersloot (secretaris-generaal) deelt mede, dat de financiële stukken en met name deze gecombineerde balans in het vervolg niet meer in MC zullen worden gepubliceerd, maar slechts aan de afgevaardigden en plv-afgevaardigden zullen worden toegezonden.

Langer (XII) zou het op prijs stellen, wanneer de afgevaardigden, indien zij bij bestudering van de stukken een nadere toelichting wensen, deze te voren aan het Bureau konden vragen.

De *voorzitter* zou het zeer waarderen, indien degenen, die de stukken lezen en daarin zaken aantreffen, waarop zij een nadere toelichting wensen, vóór de AV reeds schriftelijk of mondeling contact opnemen met bijvoorbeeld collega *Diepersloot* ter verkrijging van opheldering.

De gecombineerde balans wordt goedgekeurd.

E. Het voorstel het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen goed te keuren wordt aangenomen.

F. Het voorstel de secretaris-generaal der Mij voor het geldelijk beheer over 1976 te dechargeren wordt aangenomen, onder dankzegging aan collega *Diepersloot*.

IX. Besluitvorming met betrekking tot algemene uitgangspunten voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens

De *voorzitter* zegt, na op enige publikaties in MC en in 'Arts en

Sociale Verzekering' over dit onderwerp te hebben gewezen, nog iets te willen opmerken over de betekenis van de algemene uitgangspunten voor het uitwisselen van medische gegevens binnen en buiten het kader van de individuele curatieve gezondheidszorg. Men zal zich herinneren, dat spreker in de AV van 25 maart 1977 heeft geaccentueerd, dat het gaat om algemene uitgangspunten voor schriftelijke informatie-uitwisseling van medische gegevens en niet om het op gedetailleerde wijze voor iedere vorm van informatie-uitwisseling aangeven, hoe dit het beste zou kunnen of moeten gebeuren. Voor bepaalde vormen van informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld in het kader van de sociale verzekeringswetten, is het verstandig en ook mogelijk in goed onderling overleg nadere uitwerkingen, modificaties en uitzonderingen vast te stellen. Bij de uitzonderingen moet men nog twee categorieën onderscheiden: uitzonderingen van algemene groepsaard, die men dus kan formuleren en publiceren, en uitzonderingen in individuele gevallen, welke laatste groep er altijd moet kunnen zijn. Als een arts in een bepaald geval vindt dat hij goede redenen heeft de regels niet toe te passen, heeft hij hiertoe het recht, waarbij evenwel van hem mag worden verwacht, dat hij aangeeft waarom hij in dat geval zo heeft gehandeld. Tijdens de vorige AV is gezegd: u stelt nu wel, dat een aantal van deze regels ook dienen te gelden voor een gegevensuitwisseling binnen de curatieve sector, doch zij zijn toch maar opgesteld voor die buiten de direct behandelende sfeer, hetgeen ons niet juist lijkt. Het HB vindt deze opmerking juist en heeft ook t.a.v. de informatie-uitwisseling binnen de curatieve gezondheidszorg uitgangspunten opgesteld, waaraan het individueel handelen kan worden getoetst of waaraan men zich bij het individueel handelen kan vasthouden. Deze algemene uitgangspunten zijn in MC van 12 augustus 1977, blz. 1011, gepubliceerd. Als reactie op hetgeen in de vorige AV is betoogd, is een modificatie aangebracht t.a.v. de regels, die bij punt 4 stonden. Gezien de zorgvuldigheid, die bij een en ander moet worden betracht, is een schriftelijke machtiging in vele gevallen te verkiezen, maar er kunnen diverse situaties zijn, waarin het niet nuttig of nodig is een schriftelijke machtiging aan te bieden en te laten ondertekenen. Als een verzekeringsgeneeskundige bijvoorbeeld vraagt, of de patiënt ermee instemt dat hij bij de behandelend geneesheer informatie inwint en hij krijgt een bevestigend antwoord, dan moet degene aan wie de gegevens wordt gevraagd, erop kunnen vertrouwen, dat, als de verzekeringsgeneeskundige schrijft dat de cliënt toestemming heeft verleend, dit ook het geval is. Vandaar de amenderingen van de punten 4 en 6. Spreker doet een beroep op de AV om achter 'algemene uitgangspunten' niet meer te zoeken dan ermee wordt bedoeld. Er wordt niet mee bedoeld, dat iedere verandering of iedere uitzondering met bloed en tranen zou moeten worden bevochten; er wordt slechts mee bedoeld een goed en verstandig kader te scheppen, waarbinnen schriftelijke uitwisseling van gegevens mogelijk is.

Derksen (XIV) wijst erop, dat het HB zelf van mening is, dat de overheid dient te beseffen, dat, wanneer zij ordenend wil optreden, er een ruim overleg met de representatieve organisaties dient plaats te vinden over eventueel te treffen maatregelen en te hanteren instrumenten, dat, als de overheid overtuigend kan aantonen dat een overheidsregulering nodig is, zij zich dient te laten adviseren door een breed samengesteld landelijk adviesorgaan, dat de overheid slechts dan dient op te treden als het niet-optreden leidt tot een falen ten koste van de gezondheidszorg en dat de overheid geen verschil dient te maken tussen vrije artsen en in dienstverband werkende artsen. Het is wel zeer verwonderlijk, dat de KNMG zich voor haar eigen ingrijpen op het punt van de informatie-uitwisseling niet houdt aan deze uitgangspunten. Overigens vindt de afdeling Nijmegen, dat over het punt van de informatie-uitwisseling weinig bekend is bij de leden en dat deze kwestie daarom nog niet aan stemming toe is. Als vertegenwoordiger van de NVVG is spreker van mening, dat als deze kwestie als algemene eisen aan de orde wordt gesteld, waarmee hij het eens is, deze eisen ook voor alle artsen gelden en dat hierbij het onderscheid tussen curatieve en niet-curatieve artsen onjuist is. Hij vraagt met aandring om de instelling van een breed samengestelde commissie, waarbij alle bij deze kwestie

betrokkenen worden ingeschakeld. Er blijven immers nog vele vragen bestaan, zoals: zullen de uitgangspunten voor alle artsen bindend zijn of blijft de situatie bestaan, dat anderen dan artsen de regels stellen? Kunnen artsen blijven weigeren inlichtingen te geven? Kunnen zij ook bij deze nieuwe regels doorgaan met het opsturen van hele dossiers etc? Zal een machtiging de artsen vrijwaren voor aansprakelijkheid? Maakt het inzage-recht voor de patiënt een gegevensverstrekking vaak niet onmogelijk? Werkt de voorgestelde procedure niet tijdrovend, mankrachtvergend, energieverhogend en kostenverhogend? Kunnen patiënten artsen aansprakelijk stellen, wanneer hun uitkering ten gevolge van de procedure uitblijft? Zal de sociale wetgever bereid zijn meerkosten te betalen en in hoeverre kunnen uitvoeringsorganen met de wet in de hand eisen stellen aan hun verzekeringsgeneeskundigen en aan andere artsen? Kunnen verzekeringsgeneeskundigen lid van de KNMG blijven, als hun werkgevers andere eisen stellen dan hetgeen de KNMG van de artsen verlangt? Er zijn nog veel meer vragen, waarop niet alleen de artsen kunnen antwoorden en vandaar de wens inzake een breed samengestelde commissie, wier werk vooraf zou moeten gaan aan een stemming over deze zaak in de AV.

Lekkerkerker (XVI) vindt het een grote omissie, dat nu niet over gedetailleerde punten wordt gesproken, daar in de praktijk van de huisarts en specialist werkzaam in de curatieve sector, juist zulk een grote behoefte aan gedetailleerde punten bestaat. Slechts een klein deel van de praktiserende medici is op de hoogte van de thans geldende regels; het overgrote deel beoordeelt geval voor geval, gebruikt zijn 'common sense' en neemt niet de moeite de spelregels na te gaan. Spreker vreest, dat door deze nieuwe algemene richtlijnen velen kopschuw zullen worden gemaakt en dat de eerste reactie zal zijn: er is zeker iets gaande, ik zal mij daarvan verre houden, want ik heb er geen trek in, al deze regels te bestuderen en te gebruiken. De oorzaak hiervan is de angst voor de toenemende inspraakneiging en voor het roepen naar de Mij om verantwoording voor haar daden af te leggen. Hetgeen nu op papier is gezet, zal slechts voor een klein deel van de artsen begrijpelijk zijn; zij zullen zich ernaar richten, maar het grootste deel van hen zal zich niet hiernaar gedragen en zal proberen, bang voor eventuele consequenties, welke duidelijk in de juridische sfeer liggen, de kop in het zand te steken. De juridische problemen, die op dit moment niet goed kunnen worden overzien, nopen tot het samenstellen van een grote commissie, die deze zaak opnieuw beziet, voordat meer gedetailleerde richtlijnen, die voor alle artsen bindend kunnen zijn, kunnen worden opgesteld.

De Rooy (XIV) wijst erop, dat de patiënt volledig geïnformeerd moet zijn over de consequenties van het verlenen van zijn toestemming. Een consequentie kan het volgende zijn: De inrichting, waaraan spreker verbonden is, zag in de nieuwe AAW gelegenheid voor enige patiënten voorzieningen aan te vragen. De als gevolg hiervan optredende arts van de GMD vroeg, of spreker bij de aanvragen voor iedereen gelijk de medische gegevens wilde verstrekken. Op sprekers vraag hoe hij ervoor moest zorgen dat de GMD-arts de gegevens zelf in handen kreeg, was het antwoord, dat zij in een enveloppe moesten worden gedaan met de naam van de arts en met de vermelding 'persoonlijk', waardoor slechts hij over de gegevens zou beschikken. Tijdens een bespreking enige weken later over deze aanvragen bleken twee arbeidskundigen over copieën van een en ander te beschikken. Toen spreker hierover boos werd, zeiden de arbeidskundigen, dat zij deze gegevens moesten hebben om een beslissing te kunnen nemen. Kijkt u maar eens in de archieven van de bedrijfsverenigingen, daar liggen alle dossiers open en bloot, waar iedereen ze kan inzien, zeiden deze arbeidskundigen. De collega-arts zei: Doet u de gegevens voortaan maar gewoon in een enveloppe, zoals u de vorige keer ook hebt gedaan en dan is uw geweten gerust, want wat ik ermee doe is voor mijn verantwoording.

Van der Wielen vraagt, of, wanneer de uitgangspunten met betrekking tot de uitwisseling buiten de curatieve sector worden aanvaard, de verwoording daarvan in het Groene Boekje nog in de

AV aan de orde komt. Spreker vreest dat, als het tot een uitwerking zoals deze in de tien uitgangspunten is bedoeld komt, een enorme verstoring van de arts-patiënt-relatie kan ontstaan. De hieraan klevende juridische bezwaren zijn al aangeduid. Het geeft een enorme belasting voor de curatieve sector om alle patiënten in te lichten over hetgeen er is gevraagd en wat hierop is geantwoord. Dit kan leiden tot een polarisatie tussen twee vormen van gezondheidszorg. Waarom is er zulk een haast met deze uitgangspunten, die toch al voor een belangrijk deel in het Groene Boekje staan en die ook redelijk goed werken? Waarom niet gewacht op het resultaat van een commissie, waarin ook de uitwerking van het rapport-Koopmans kan worden verwerkt?

Eeftinck Schattenkerk meent, dat in dezen de belangrijkste vraag is, wat er wordt gedaan met het ambtsgeheim van de arts. De privacy van de patiënt is niet in het geding; daaraan komt men, als de een of andere instantie ergens rustende, oude gegevens naar boven willen halen. Hier wordt gesproken over collegiale inlichtingen en daarbij is er altijd een patiënt, die een beroep doet op zijn behandelend arts of op voorzieningen, waarop hij recht meent te hebben. Dit heeft niets met privacy te maken; wil men de patiënt recht doen, dan zullen de artsen als collegae, gebonden door hun ambtsgeheim, elkaar zoveel mogelijk moeten inlichten, in het belang van de patiënt. Uit hetgeen nu wordt voorgesteld kan spreker niets anders lezen dan het standpunt: geen inlichtingen, tenzij . . . terwijl het zijns inziens juist behoort te zijn: wel inlichtingen, tenzij . . . Hetgeen wordt voorgesteld zal leiden tot denaturering van het ambtsgeheim; de artsen behoeven er nauwelijks meer over te denken, dat er een aantal regeltjes is. Bovendien moet de arts de patiënt vragen, of deze hem vertrouwt en of hij vindt, dat hetgeen hij over hem heeft vermeld juist is. Welke patiënt kan dit beoordelen? In Nederland heeft de patiënt vertrouwen in de arts, tot wie hij zich heeft gewend en dit moet zo blijven, waarbij de arts het ambtsgeheim iedere keer weer persoonlijk voor zijn geweten moet afwegen.

De voorzitter wil tot degenen, die beweren er niets van te begrijpen, zeggen dat men een en ander moet lezen zoals het er staat. Er staat dat men doende is met het vaststellen van uitgangspunten om de nuttige en noodzakelijk informatiestroom in de goede bedding te houden. Hiervoor is een aantal uitgangspunten, eventueel nader in regels uit te werken, nodig en een van de regels is dat de patiënt als mondig erkent en dat hij door zijn gedrag laat merken, dat de arts die zich met zijn vertrouwen en gegevens tot hem richt, ook deelgenoot wordt gemaakt van hetgeen hij schriftelijk doorgeeft. De bedoeling van de regels is niet, dat er geen enkele vorm van overleg mogelijk zou zijn tussen artsen, curatief of niet-curatief; dat overleg, bedoeld om collegae te helpen in hun functioneren als zodanig moet en zal kunnen plaatsvinden, zeker als ieder persoonlijk zorgt voor een goede relatie. Het gaat over gegevens, die ergens naar toe gaan als document en die daarna kunnen worden gebruikt. Als op een verantwoorde manier gegevensuitwisseling tot stand is gekomen, moet hij die ze vraagt ze kunnen gebruiken, want waarom zou hij ze anders vragen? Persoonlijk is spreker tegen het idee, dat schriftelijk uitgewisselde gegevens altijd geheim zouden zijn, behalve in de gevallen dat het tot schade van de patiënt zou zijn. Als sommige sprekers veronderstellen, dat aan een en ander geen goed beraad zou zijn voorafgegaan, moet spreker zeggen dat men zich vergist dan wel een enigszins verkeerde voorstelling van zaken geeft, daar er wel degelijk discussie heeft plaatsgevonden met bedrijfsverenigingen, medische adviseurs en verzekeringsgeneeskundigen. Niet alle belanghebbenden hebben gezegd, dat dit in hun praktisch functioneren de gemakkelijkste gang van zaken is. Bij de schriftelijke informatie-uitwisseling zijn echter drie partijen betrokken: de behandelend geneesheer, die de gegevens heeft, de patiënt/cliënt en degene die de gegevens vraagt. De KNMG moet aangeven, hoe dit het beste kan worden geregeld. Dit is geen nieuw standpunt, want al vele jaren wordt het Groene Boekje met een algemene inleiding en een groot aantal gedetailleerde uitwerkingen gebruikt. Degene die zich daaraan niet wenst te houden, kan niet worden bereikt, maar dan wel tot schade van zichzelf en enigszins

tot schade van het oordeel dat over de artsen wordt gegeven. Het is niet waar dat het standpunt van de Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde totaal afwijkt van de uitgangspunten. Iedereen die de 15 punten van het bestuur van deze vereniging in MC leest, zal zien dat men een aantal waarborgen wil hebben voor het beschrijven van uitzonderingssituaties. Men kan er echter niet in lezen dat deze vereniging het in principe oneens is met de uitgangspunten. Het is nooit de stijl van de KNMG geweest t.a.v. gedetailleerde regelingen bindende besluiten te nemen; wel zal, als het handelen van artsen moet worden getoetst in verband met een geschil, degene die toetst proberen zo goed mogelijk te worden geïnformeerd over het gedrag van de betrokken arts en over hetgeen onder artsen gebruikelijk is en zorgvuldig wordt geacht en dan zal de beoordelaar wel degelijk willen grijpen naar wat in KNMG-verband in schriftelijke notities is neergelegd. Groot bezwaar heeft spreker tegen de karikatuur, die van de regels wordt gemaakt t.a.v. het inzagerecht, 'informed consent' etc. Er staat niet, dat men verplicht is inzage te geven in alle brieven en notities, maar wel dat, uitgaande van het inzagerecht van de patiënt (commissie-Koopmans) men gemodificeerd het inzagerecht in de geneeskundige sector hanteert om de gegevens over de patiënt, die vastliggen en naar elders zijn verspreid, in een voor hem begrijpelijke taal aan hem mede te delen om de aard aan te geven van hetgeen waarover het ging. Een andere karikatuur is, dat een vrager van gegevens een brief schrijft naar de arts, die de gegevens heeft en dat deze zijn patiënt dan telefonisch of schriftelijk benadert om hun toestemming te vragen. Zo maakt men de gegevensuitwisseling totaal onmogelijk en dit is uiteraard niet de bedoeling, evenmin als in de vele jaren, dat het geneeskundige-verklaringenboekje bestond. De meest praktische manier is, dat degene, die onderzoekt en behandelt tot de patiënt zegt: om die en die redenen heb ik graag bepaalde gegevens over u, maar omdat u mij deze alleen in lekentermen kunt vertellen, wil ik uw toestemming, ze bij mijn collega op te vragen. Dit kan dan mondeling of schriftelijk en zo zal het in het algemeen gebruikelijk zijn. Het kan ook voorkomen, dat een behandelend geneesheer moet zeggen: ik krijg wel een verzoek om inlichtingen en u heeft daarvoor toestemming gegeven, maar er is een aantal kanten aan de zaak, waarvan ik betwijfel of u die goed hebt overwogen. Dit behoort allemaal tot het zorgvuldig handelen en tot de individuele verantwoordelijkheid. De regels zijn niet bedoeld om de individuele artsen domweg te laten doen wat daarin staat; zij zijn daarvoor gelukkig niet gedetailleerd genoeg en voorts wordt dit van een arts qua persoon en qua functie niet verwacht en verlangd.

Wat de kwestie van de 'breed samengestelde commissie' betreft, merkt spreker op, dat alle uitgangspunten en regels, die door de KNMG zijn geformuleerd, altijd de weg zijn gegaan van het concreet handelen op het moment, dat dit nodig was. Het is juist, dat er geen principiële afwijkingen van het Groene Boekje zijn. De tekst van paragraaf 9, die hierop voornamelijk betrekking heeft, is er een van 12 jaar geleden, waarin een aantal formuleringen staat, die thans geheel anders liggen. Daarom heeft de KNMG de plicht deze tekst aan te passen en moet er geen vertraging of versluiering plaatsvinden door het instellen van een 'breed samengestelde commissie'. Het hoofdbestuur acht zich verantwoordelijk in deze en het heeft hierover diverse malen diepgaand met anderen gediscussieerd; het wordt voorzien van belangrijke adviezen van de maatschappelijke verenigingen en gesteld kan worden, dat het hoofdbestuur een breed samengestelde commissie is, die voor het functioneren van de KNMG van meer belang is dan commissies, waarin men door het opnemen van allerlei betrokkenen en belanghebbenden tot in details gaat. De staatscommissie-Koopmans heeft uitdrukkelijk gezegd, dat de informatie-uitwisseling in de medische sfeer – ook in de psychologische sfeer e.d. – zeer gevoelig is en dat daarom waarschijnlijk door deskundigen extra waarborgen moeten worden opgesteld. Vandaar het advies een rapport van de Gezondheidsraad te vragen. Het beleid van de KNMG is niet, aan anderen over te laten om te bepalen hoe artsen moeten handelen. De commissie uit de Gezondheidsraad zal met vrucht gebruik kunnen maken van de hoofdlijnen, die door het HB zijn opgesteld en door de AV zijn gesanctioneerd. Niet de commissie regelt en legt op, neen, zij houdt rekening mét en krijgt

een belangrijke inbreng vanuit de KNMG. Spreker meent, dat de opmerkingen van collega De Rooy duidelijk aangeven, dat het zeer nuttig is verstandige uitgangspunten op te stellen voor de informatie-uitwisseling, waaraan de artsen zich houden. In de praktijk hapert hieraan nog veel, maar men kan hiervoor niet elke arts benaderen; men moet beginnen met het opstellen van hetgeen in dezen het beste wordt geacht. Wat de door Van der Wielen verwachte juridische bezwaren betreft, verwijst spreker naar de twee inleidingen, gehouden in de vergadering van de NVVG, waarin is gesteld dat, zeker nu medische rapporten gemakkelijk door de patiënt via de Raad van Beroep etc. kunnen worden opgevraagd, juridische bezwaren zijn te verwachten, als men niet voor orde op zaken zorgt. Het door Eeftinck Schattenkerk genoemde beroepsgeheim bestaat niet omdat het bij de wet zo is geregeld, maar vloeit voort uit de aard van het vertrouwensberoep. De wetgever heeft zich als het ware aangepast en gezegd: nu zal ik hem beschermen ook en vandaar zwijgplicht en ook verschoningsrecht.

Daarom moet niet aan juristen worden gevraagd instrumenten aan te reiken om te zorgen dat het allemaal gemakkelijker kan, maar moeten de medici een zodanige informatie-uitwisseling totstandbrengen, dat hun vertrouwensrelatie met de patiënt die hem heeft gekozen, blijft gehandhaafd. Met de in de uitgangspunten gebezigde term 'informed consent' wordt bedoeld, dat de patiënt toestemming moet worden gevraagd en dat hij er enigszins recht op heeft te weten waarom. Dit is een normale menselijke zaak en het is onbegrijpelijk dat iemand zich daartegen zou verzetten. Wil men de patiënt inderdaad tot zijn recht laten komen, dan moet men op zijn minst rekening houden met wat hij wil, het hem vertellen (informatieplicht) en hem vragen of hij ermede instemt dat de gegevens, die voor hem van belang zijn, elders worden verkregen. De twee rangordes van tien uitgangspunten inzake informatie-uitwisseling binnen de curatieve sfeer en inzake die buiten de curatieve sfeer zijn in grote lijnen ongeveer dezelfde. Uitgaande van andere posities van de in een niet-curatieve functie werkzame arts ten opzichte van de patiënt/cliënt en van de behandelend arts ten opzichte van de patiënt/cliënt, bestaat er echter bij het al dan niet kunnen veronderstellen van impliciete toestemming een verschil. De behandelende sector kan ervan uitgaan, dat de patiënt, als hij weet wat er aan de hand is, instemt met de gegevensuitwisseling die voor zijn behandeling en begeleiding van belang kan zijn; de niet-curatieve sector kan, uitgaande van die andere positie en verantwoordelijkheid, die stilzwijgende toestemming niet aannemen. Men moet erg oppassen voor rolvervalsing, zoals ook is gezegd op het symposium van de NVVG. De patiënt heeft er recht op duidelijk te weten welke zijn positie is ten opzichte van de arts en de arts moet weten, dat hij in bepaalde werkomstandigheden een andere positie ten opzichte van zijn patiënt heeft.

Roelink (secretaris) wijst collega Derksen uit Nijmegen, die vreest voor het opdoemen van vele problemen, erop, dat ook bij het bestaan van het huidige Groene Boekje door het Bureau jaarlijks ongeveer 1000 brieven worden gezonden aan artsen, advocaten en anderen in verband met problemen op het gebied als door Derksen genoemd. Die bestaan dus ook nu reeds en er komt echt niet zoveel nieuws bij. Ook gaan er nog ongeveer 2000 telefonische adviezen uit. De problematiek is en blijft moeilijk, maar wordt beslist niet zoveel moeilijker als Derksen suggereert. Spreker gelooft integendeel, dat bij deze basale uitgangspunten er meer duidelijkheid ontstaat. Wel wordt de verantwoordingsplicht van de arts nu wat duidelijker in het licht gesteld. Als de artsen daarvoor bang zijn, kan terecht uit de samenleving de vraag rijzen, waarom zij bang zijn, want mensen die zich kunnen verantwoorden behoeven niet bang te zijn voor verantwoording. Of zit er iets fout in de informatie die tot dusverre wordt gegeven? Uit de door collega De Rooy opgedane ervaring blijkt wel, dat zich vandaag de dag wel degelijk problemen t.a.v. het beroepsgeheim voordoen. Zij zijn er en zullen er ook blijven bij de nieuwe regeling. Het geval, door De Rooy genoemd, is juist een voorbeeld van denaturering van het beroepsgeheim. Men moet de kop niet in het zand steken, maar ervoor zorgen dat op basis van deze uitgangspunten met de

betreffende belangengroeperingen wordt bezien, hoe de uitgangspunten nader kunnen worden uitgewerkt. Als men de in 'Arts en Sociale Verzekering' en de in de gepubliceerde inleidingen, welke zijn gehouden tijdens de jaarvergadering van de NVVG, voorkomende kernachtige uitdrukkingen in daarin vermelde adviezen leest, rijst de vraag of de Mij met deze tien punten misschien toch niet een keer op de goede weg is. In het kader van de Raad van Europa werkt op dit gebied een commissie van deskundigen, die reeds duidelijk heeft uitgesproken, dat, wanneer het om gegevens gaat, die vanuit de directe arts-patiëntrelatie in de curatieve sector worden overgebracht naar publieke sectoren, de patiënt daarvan op de hoogte moet worden gebracht. Wanneer in den brede door mensen buiten de Mij en op internationaal vlak de basale uitgangspunten, die ten grondslag liggen aan de voorgestelde tien punten reeds zijn aangenomen, kan de AV dan niet deze punten als uitgangspunten aannemen en daarop verder werken?

Derksen (voorzitter LHV) deelt mede, dat de LHV een schrijven heeft ontvangen (gepubliceerd in 'Arts en Sociale Verzekering'), waarin o.a. staat dat de behandelende sector desnoods maar zelf om die machtiging moet vragen. Wil men de gegevensuitwisseling voor nu en voor de toekomst torpederen, dan moet men zo'n standpunt naar voren brengen. De LHV stelt zich achter de tien punten van het HB op.

Valk (lid CB van de LSV) zegt, dat de LSV het HB de volgende brief heeft geschreven:

'Van verschillende zijden is de aandacht van de LSV gevraagd voor de door u geformuleerde algemene uitgangspunten voor de uitwisseling van medische gegevens. Daarbij kwamen soortgelijke gedachten naar voren als verwoord in het artikel van collega Grond in MC 1977, nr. 29. Met name het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft schriftelijk aan ons doen weten zich geheel met de opvatting van collega Grond te kunnen verenigen. Een en ander heeft ertoe geleid dat het dagelijks bestuur van de LSV zich in zijn vergadering van donderdag 11 augustus jl. over een ter zake in te nemen standpunt heeft beraden. In deze vergadering zijn wij tot de volgende conclusie gekomen. Voorop stellend dat het hier om een materie gaat die naar onze mening primair ter competentie van het hoofdbestuur en de AV staat, menen wij toch onze bezorgdheid over het thans rond de door u geformuleerde uitgangspunten gerezen situatie te moeten uitspreken. Wij willen daar gaarne aan verbinden de bereidheid om in LSV-verband, met name voor zover het de relatie met de curatieve specialistische zorg betreft, de onderhavige materie nader te bestuderen. Daarbij lijkt het ons, mede geleid op het reeds door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde ter zake ingenomen standpunt, onontkoombaar dat wij op onze beurt advies vragen aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen, hetgeen natuurlijk wel wat tijd zal vergen. Niettemin zouden wij ernstig in overweging willen geven, gezien het belang van een eigentijdse oplossing voor de problematiek rond het beroepsgeheim en de privacy enerzijds en een naar behoren functioneren van de sociale wetgeving anderzijds, toch deze weg te volgen. Zoals gezegd, bent u daarbij bij voorbaat van onze volledige medewerking verzekerd'.

De voorzitter wijst erop, dat het HB reeds eerder heeft gesteld: het vaststellen van spelregels voor bepaalde vormen van informatie-overdracht, het nader uitwerken in praktische zin en het eventueel omschrijven van uitzonderingen zal, rekening houdend met deze algemene uitgangspunten, door het hoofdbestuur kunnen gebeuren, geadviseerd door de Commissie Geneeskundige Verklaringen of andere commissies, na overleg met betrokken functionele artsengroeperingen, eventueel gehoord de vertegenwoordigers van de betrokken uitvoeringsorganen. Het is nooit de bedoeling geweest, het veld hierbij niet te betrekken. Integendeel.

Baart (VI) zegt dat er een onderscheid is gemaakt tussen de curatieve en de niet-curatieve sector. De tien punten zijn tot tweemaal tien punten uitgelopen, die voor een groot deel dezelfde geest ademen, maar toch t.a.v. enkele details verschillen. Zoals gezegd, mag er geen rolvervalsing zijn en moet de rol van de arts duidelijk zijn. Natuurlijk is de positie van de sociaal-geneeskundige een andere dan die van de behandelend medicus, maar dit onderscheid mag niet worden aangenomen, waar het gaat om de zorgvuldigheid van de artsen in beide sectoren inzake het omgaan met de vertrouwelijke gegevens van de patiënt, die vaak voor hem van vitaal belang zijn. Daarom zijn deze splitsingen en regels voor vele collega's zeer moeilijk aanvaardbaar. Een en ander kan een

splijtzwam betekenen, die een schisma binnen de Mij teweeg brengt. Kunnen de tweemaal tien punten niet worden omgevormd tot een richtlijn, die met minder details basaal geldt voor alle artsen en die ook voor alle categorieën binnen de Mij gelijkelijk aanvaardbaar is?

Leuftink kan als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde de woorden van collega Baart onderschrijven en verklaart namens de 500 artsen, die in Nederland bedrijfsgeneeskunde beoefenen, dat deze uitgangspunten, die duidelijk zijn gericht op de verzekeringsgeneeskundigen hen zeer zwaar op het hart liggen. Het verschil tussen sociale geneeskunde en curatieve geneeskunde is duidelijk aan het vervagen en de bedrijfsgeneeskundigen bedrijven dagelijks een belangrijk stuk cura door aanzienlijke veranderingen in de levenssituatie van de cliënt aan te brengen. Er zijn collegae in de curatieve sector, die het met het onderscheid in de sociale geneeskunde niet zo nauw nemen, die de zaak over één kam scheren en hierdoor alle mogelijke sociotherapeutische maatregelen, welke in het belang van de patiënt zijn en welke door hem worden gewenst, niet behoorlijk tot uitvoering laten komen door een negatieve houding t.a.v. de communicatie. Namens de Nederlandse bedrijfsartsen vraagt spreker de AV het voorgestelde niet te accepteren, maar met de betrokken partijen (ook een vertegenwoordiging van de cliëntèle, waar het om gaat) deze zaak in een wijder verband te bezien.

De *voorzitter* zegt, dat men polarisatie kan laten ontstaan als men de inhoud verkeerd interpreteert of de bedoelingen op een te enge wijze samenvat. Polarisation kan worden voorkomen door niet te handelen, maar dan kan op een gegeven moment een aantal mondige patiënten zeggen: wij nemen het niet meer. Polarisation kan ook worden voorkomen door de instelling van een breed samengestelde commissie van deskundigen, waarbij ook de patiënten worden betrokken. Voorwaar een moderne actie, waartegen spreker echter ernstig bezwaar zou hebben. De AV dient goed te beseffen, dat met deze regels niet wordt beoogd negatieve houdingen te doen ontstaan, die reeds, nu de regels niet bestaan, worden gesignaleerd. Er is bedoeld, dat de artsen in het verkeer onder elkaar weten hoe zij zich ongeveer moeten gedragen en zich kunnen vasthouden aan hetgeen het HB en de AV hebben geprobeerd te formuleren.

De vergadering wordt voor enige tijd geschorst en daarna hervat.

De *voorzitter* hoopt, dat bij de besluitvorming in dezen slechts zakelijke overwegingen een rol zullen spelen. Als de AV met de uitgangspunten instemt, zijn zij een basis om in goed overleg met betrokkenen verder te gaan. Stemt de AV er niet mee in, dan zal dit onderwerp gedurende lange tijd in de la blijven liggen, totdat bepaalde gebeurtenissen, uitspraken etc. het weer zo actueel maken, dat het via andere wegen aan de orde komt. Spreker vraagt de AV, of zij zich akkoord kan verklaren met de algemene gedragsregels voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens buiten de curatieve zorg, wetend, dat zij basis zullen zijn voor het herschrijven van de algemene paragraaf van het Groene Boekje en dat nadere uitwerking, spelregels en uitzonderingen in goed overleg met betrokkenen zullen worden vastgesteld.

Nicolas (XIII) vraagt wat in het HR is geregeld ten aanzien van een situatie, waarin sprake is van een meerderheid aan blanco stemmen.

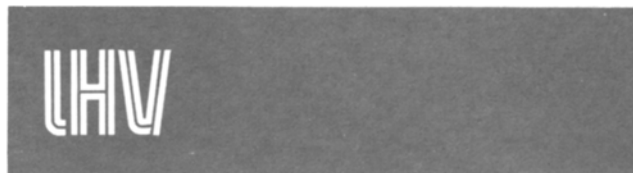
De *voorzitter* antwoordt, dat blanco stemmen worden geacht niet te zijn uitgebracht. Uiteraard is in het reglement niet geregeld of een stemverhouding van 42-40 voor een in de toekomst fungerend HB even zwaar weegt als een stemverhouding van bijvoorbeeld 60-20.

De algemene uitgangspunten voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens buiten het kader van de individuele curatieve gezondheidszorg worden met 33 tegen 22 stemmen aangenomen, terwijl 3 stemmen in blanco worden uitgebracht.

De algemene uitgangspunten voor het schriftelijk uitwisselen van medische gegevens binnen het kader van de individuele curatieve gezondheidszorg worden met 42 tegen 11 stemmen aangenomen, terwijl 2 stemmen in blanco worden uitgebracht.

De *voorzitter* zegt, dat men ervan overtuigd kan zijn, dat het HB niet stormenderhand op ongunstige wijze tot uitwerkingen van de aanvaarde uitgangspunten zal komen. Een en ander zal in goed overleg met betrokkenen in een open sfeer gebeuren. Hij dankt de AV in het bijzonder voor de wijze, waarop de discussie is gevoerd.

(Slot volgt)



van het centraal bestuur

Mededeling

De Commissie van Gedelegeerden van het Centraal Bestuur der LHV zal in 1978 bestaan uit de volgende leden:

J. W. Jacobze, arts – voorzitter

Dr. L. M. van den Akker, arts – vicevoorzitter

F. A. van Spanje, arts – secretaris

F. Padeloup, arts – penningmeester

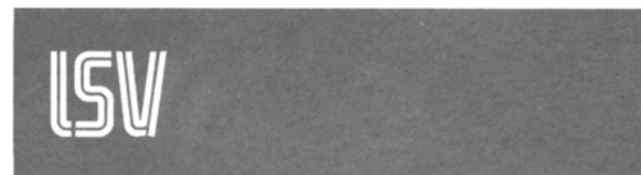
(voorlopig) Dr. H. D. van der Meer, arts – vertegenwoordiger HB der KNMG

Per 1 juli zal J. B. Schueller, arts, het penningmeesterschap overnemen.

Voorzitter van de Apotheekcommissie is geworden A. J. Bosch, arts.

Voorzitter van de Verrichting Tarieven Commissie is geworden F. A. van Spanje, arts.

F. A. van Spanje, arts, secretaris



Van het centraal bestuur

Workshop over intercollegiale toetsing

De Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing (BIT) der LSV zal een workshop organiseren met als doel de kennis en het inzicht in de Intercollegiale Toetsing te vergroten. Centraal staat de praktische toepassing van de toetsing in het kader van de bevordering van de kwaliteit. De leiding van de workshop berust bij de voorzitter van de BIT, Dr. A. F. Casparie, internist te Zwolle. Tijdens de workshop wordt een inleiding gehouden door

Dr. Thomas H. Ainsworth jr., een autoriteit op het terrein van de Intercollegiale Toetsing in de Verenigde Staten. De workshop is bedoeld voor specialisten, verbonden aan Algemene Ziekenhuizen.

Teneinde een zo goed mogelijk resultaat te bereiken, is deze workshop zodanig opgesteld dat de deelnemers in de tussenliggende periode de gelegenheid krijgen het geleerde in praktijk te brengen. Op de bijeenkomst daarna worden de resultaten door de deelnemers besproken en geëvalueerd. Bij voldoende belangstelling zal de BIT een tweede workshop organiseren.

U kunt zich tot uiterlijk 1 maart 1978 aanmelden bij:

Mr. P. Jongepier, Bureau LSV, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Plaats: Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Data: 27 en 28 april 1978; 18 en 19 mei 1978.

Tijd: donderdagavond van 19.00 uur tot 22.00 uur; vrijdag van 9.00 uur tot 17.00 uur.

Aantal deelnemers: maximaal 30 (bij voorkeur twee per Algemeen Ziekenhuis).

Kosten: De kosten voor de workshop bedragen f 100,— per deelnemer, exclusief overnachtingskosten. Dit bedrag gelieve U — in verband met het beperkte aantal plaatsen — pas te voldoen, nadat U een bevestiging van Uw inschrijving heeft ontvangen.



van het hoofdbestuur

Kandidaatstelling

De Algemene Vergadering zal op vrijdag 22 september 1978, ingevolge artikel 404 van het huishoudelijk reglement twee nieuwe leden van het hoofdbestuur kiezen in de vacatures welke op 31 december 1978 ontstaan door het periodiek aftreden van:

Ch. J. Maats, arts in dienstverband, Groningen en E. Iwema Bakker, huisarts, Amsterdam.

De te kiezen hoofdbestuursleden zullen in functie treden op 1 januari 1979 en zitting hebben t/m 31 december 1984. De kandidaatstelling geschiedt volgens artikel 304 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij dat luidt:

1. Ieder lid heeft het recht vóór 1 mei één of meer personen schriftelijk aan te bevelen bij het bestuur van zijn afdeling.

2. Kandidaten voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur kunnen worden gesteld door:
 - a. een afdeling;
 - b. tenminste 5 afgevaardigden;
 - c. het hoofdbestuur.
3. Een kandidaat moet zich schriftelijk bereid hebben verklaard een benoeming te aanvaarden. Zijn naam moet vóór 1 juli aan de secretaris-generaal worden bekend gemaakt.
4. Indien op 1 juli het aantal kandidaten kleiner is dan het aantal vacatures, vult het hoofdbestuur de kandidatenlijst aan tot tenminste het aantal vacatures.

Utrecht, 13 januari 1978

J. Diepersloot, secretaris-generaal

Kort verslag HB-vergadering dd. 7 januari 1978

Verkiezing dagelijks bestuur. Tot leden van het dagelijks bestuur worden gekozen E. Iwema Bakker te Amsterdam, Dr. E. J. C. Lubbers te Nijmegen en N. A. Meursing te Beverwijk. Tot plaatsvervangende leden worden gekozen D. B. Kagenaar te Amsterdam, Dr. H. D. van der Meer te Rotterdam en G. Peterse te Apeldoorn.

Beschrijvingsbrief Algemene Vergadering De agenda voor de Algemene Vergadering van 17 maart a.s. wordt definitief vastgesteld, waarbij als agendapunten te noemen zijn: wijziging statuten, regionalisatie, richtlijnen waarneming en gedragsregels.

Public relations. Het hoofdbestuur besluit een kleine commissie in te stellen, waarvoor ook de maatschappelijke verenigingen worden uitgenodigd een vertegenwoordiger aan te wijzen. Deze commissie zal tot taak krijgen te bestuderen of en in hoeverre voor de Maatschappij zelf specifieke public relations deskundigheid nuttig en nodig is, op welke wijze deze deskundigheid het best zou kunnen worden ingebracht en welke kosten dit met zich zal brengen.

Kwaliteitsaspecten medische beroepsuitoefening. Het hoofdbestuur besluit een studiec commissie in te stellen waarvoor ook van de maatschappelijke verenigingen een vertegenwoordiger zal worden gevraagd, ter voorbereiding van een advies over deze problematiek.

Studieweekend. De reeds in het voorgaande jaar gereserveerde data voor een werkweekend van het hoofdbestuur worden definitief vastgesteld. Het presidium wordt op gedragen de voorbereiding van dit werkweekend met spoed ter hand te nemen.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 4 — 27 januari 1978

KNMG — van het hoofdbestuur:

De 171ste Algemene Vergadering, Kort verslag, deel I 126

Kandidaatstelling 131

Kort verslag HB-vergadering dd. 7 januari 1978 131

LHV — van het centraal bestuur:

Mededeling 131

LSV — van het centraal bestuur:

Workshop over intercollegiale toetsing 131