

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

Redactie

dr C. Spreeuwenberg,
hoofdredacteur
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofdredacteur
mw drs W.G. Kaltofen, redacteur
mw C.R. van der Sluys, redacteur
drs P.G. Visch, redacteur-verslaggever
mw drs S.E. Wildevuur,
redacteur-verslaggever
R.A. te Velde, eindredacteur
mw C.M. Schouten, secretaresse
Redactieadres
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur

F.N.M. Bierens, voorzitter
dr R.J.E.A. Höppener, secretariaat
dr C.J. Jonkman, vice-voorzitter
mw dr C. Vermeulen-Meiners
dr H.W.M. Anten
Secretariaat bestuur
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart-van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de
Benelux, op de Nederlandse Antillen en in
Suriname zijn de kosten voor een abonne-
ment f 151,50 (inclusief BTW); overige lan-
den f 267,-; student-leden KNMG f 55,50.

Opgave en administratie

Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843

Advertenties

Wegener Tijl Medische Media
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843
Advertenties kunnen zonder opgaaf van
redenen worden geweigerd.

Druk

Druk Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het
redactionele gedeelte. Het bestuur is voor
het gevoerde beleid verantwoording ver-
schuldigd aan de Algemene Vergadering
van de KNMG. De besturen van de KNMG
en de beroepsverenigingen zijn voor de
inhoud van het officieel gedeelte verant-
woordelijk.

Bij de voorplaat:
Uit de 'Kranken-Physiognomik' (1838)
van K.H. Baumgärtner.
Diagnose: monomanie.

Jaargang 48 / 15 oktober 1993

MEDISCH CONTACT

1257 KNMG over FOZ Ans Ankoné

Veel over het Financieel Overzicht Zorg deze week. Om te beginnen, in de rubriek Actueel, een interview met de voorzitters van de KNMG en de maatschappelijke verenigingen: "FOZ houdt geen rekening met de werkelijke zorgvraag."

1261 KLOZ over FOZ C.F. Limborgh

Hoe kon de trein uit de rails lopen? Een particuliere ziektekostenverzekeraar blikt terug op vijftien jaar FOZ.

1262 VNZ over FOZ N. de Jong

De ziekenfondsen is het een doorn in het oog, dat de politiek zich zo weinig gelegen laat liggen aan de uitvoerbaarheid van maatregelen.

1264 NZf over FOZ H.J. Bellers

Veel Haagse beleidspresentaties dragen in hoge mate een symbolisch karakter: voor de NZf laat het FOZ zien hoezeer beeldvorming en realiteit los van elkaar kunnen staan.

1265/1268 Geriatrie A.T.J. Lavrijssen, C.J.C.M. Kooyman, H.F.J.M. Crebolder en J.F.B.M. Fiolet

Om aldaar tot een volledig aanbod aan geriatrich onderwijs te komen, is in Maastricht de werkgroep Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie ingesteld.

1272 Geriatrie E. Bruijns

In de serie 'Geriatrie' worden de opleidingseisen en de behoefteeraming voor het specialisme klinische geriatrie belicht.

1274 Arts en praktijk R.M.S. Doppegieter en W.P. Rijkse

Onder welke voorwaarden is het opnemen van gevoelige gegevens die in de praktijk van de hulpverlening relevant kunnen zijn, geoorloofd?

En verder:

- 1254 Brieven • 1255 Gastcommentaar • 1256 Voorzitterscolumn LVSG •
- 1257 Actueel • 1271 Patiëntenperikel • 1273 Ziekte in de literatuur • 1277 Dagboek •
- 1278 Boeken • 1279 Cultuur en gezondheid • 1280 Officieel • 1288 Agenda •

K O P I J O P F L O P P Y

Alle kopij graag op floppy disk (3,5, eventueel 5 inch) in Wordperfect, bij voorkeur Wp 5.1, plus 2 prints.

Lettertype: Courier 12 pt.

Geen afbrekingen aan het eind van de regels; regelafstand 2; marge zowel links als rechts 2,54 cm.

Dreigt uw bijdrage - noten, literatuur en tabellen inclusief - over de 10 A4-tjes heen te lopen, neemt u dan even contact op met de redactie.

Artikelen die niet langer zijn dan 1.800

woorden (7A4-tjes) hebben onze voorkeur.

Geen voet- of eindnoten gebruiken.

Literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel.

Tabellen: omschrijving kolommen (bovenin) vet, typen in rijen waarvan de omschrijving cursief; na elk item 1 tab geven.

Geen cellen maken (niet werken met het kolommen/tabelmenu).



IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Instructeur reanimatie

ALS GEPENSIONEERD arts ben ik nog veelvuldig werkzaam bij het EHBO-onderricht en bij het lesgeven in de reanimatie. Het valt mij hierbij steeds meer op, dat veel artsen - om hen moverende redenen - niet aan dit onderwijs deelnemen. Vooral ten aanzien van de reanimatie is er een groot tekort aan arts-docenten. Zo zijn er in de drie noordelijke provincies ongeveer dertig artsen instructeur-reanimatie en ik neem aan dat de verhoudingen in de rest van het land niet beter zullen zijn.

Deze artsen zijn te gering in aantal om te zorgen voor een voldoende aantal mensen dat in acute gevallen van hartstilstand de reanimatie kan toepassen. Het motto van de Hartstichting is: 'Als iedere seconde telt'.

Daarom kan slechts een tijdige en goede toepassing van de reanimatie tot succes leiden (maximaal helaas niet meer dan ongeveer 35%). Slechts 1/3 deel is echter beter dan helemaal niets en dat laatste gebeurt als men alleen maar toekijkt. Voor de opleiding door de Hartstichting is de arts degene, die het diploma tekent, maar die de instructie niet hoeft te beheersen, want de instructeur-reanimatie (dit betreft meestal een verpleegkundige) leidt op. Het Oranje Kruis daarentegen eist, dat een arts, die reanimatieonderwijs wil geven, zelf is opgeleid tot instructeur-reanimatie. Dit is naar mijn mening een terechte eis.

De bedoeling van dit schrijven is artsen te stimuleren een opleiding tot instructeur-reanimatie te volgen om er dan vervolgens voor te kunnen zorgen dat grotere groepen EHBO-ers dan nu het geval is, een aantekening voor reanimatie kunnen behalen. Bovendien kunnen ze er daarna aan meewerken dat deze opgeleiden in staat worden gesteld hun kennis zeker twee, maar liever drie maal per jaar door herhalingslessen en oefeningen op peil te houden. Het is mij namelijk opgevallen, dat te veel gediplomeerden bij een herhalingsles na een jaar over onvoldoende vaardigheden beschikken om met kans op succes een reanimatiepoging te kunnen doen.

Hopelijk kan ik hiermee een aantal artsen, vooral de basisartsen, met dit verhaal enthousiast maken voor de opleiding tot



instructeur-reanimatie bij één van de onderstaande instituten. De hier verkregen diploma's worden door het Oranje Kuis erkend.

Landgraaf, september 1993

A. Lameijer

Stichting tot bevordering van opleidingen in de reanimatie; contactpersoon: drs J.A.J. van der Horst, Chopinstraat 9, 6371 LP Landgraaf, tel. 045-313938.

Stichting EHBO (p/a GG en GD); contactpersoon: mw A. Polet, Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam, tel. 010-4112011.

Stichting BERG; Winschoterkade 12, 9711 EA Groningen, tel. 050 - 124076.

VVAA Commissie Spoedeisende Geneeskunde; Postbus 8153, 3503 RD Utrecht, tel. 030-474911.

Vrienden van de Hartstichting; contactpersoon: T.H. Uffink, Lukassenpad 9, 6962 CJ Oosterbeek, tel. 085-342040.

Specialisten en huisarts

HET IS UIT allerlei reacties, ook van die van het bestuur van het NHG zelf wel duidelijk geworden, dat de gemaakte opmerkingen aan het adres van de specialisten tijdens de aanbidding van het boekwerk 'NHG-Standaarden voor de huisarts', op zijn minst genomen ongelukkig was. Dat het bestuur nu zijn excuses aanbiedt stemt tot tevredenheid en is een uiting van karakter. Jammer is, dat de hoofdredacteur van Medisch Contact blijkbaar zover niet kan komen, maar voortgaat met het opspuiten van stereotypen tegen de specialisten en het steken van de eigen loftrumpet.¹

In dit soort discussies wordt er altijd voetstoots van uitgegaan dat specialistische hulp per definitie duur is en moet worden teruggedrongen, en dat huisartsenhulp goedkoop is en daarom moet worden bevorderd. Deze visie is echter in zijn algemeenheid niet juist, integendeel: het is vaak zo, dat men voor vergelijkbare zaken in tijdsbeslag en aandacht, bij de huisarts juist duurder uit is dan bij de specialist. Als voorbeeld leg ik de lezer mijn eigen huishoudboekje voor.

In de tweede helft van 1992 bezocht ik tweemaal de huisarts voor een beperkt onderzoek naar aanleiding van een gerichte vraag. Beide malen bedroegen de kosten voor het consult f 33,10. Ook kwam ik een keer bij de oogarts voor een herha-

lingsconsult: f 29,50. Ik kwam ook terug bij een hoogleraar, die me een jaar eerder had gezien voor een 'second opinion', toen het slecht ging met het glaucoom. Hoewel ook bij hem de hele oogheelkundige mikmak met drukmeting, fundusonderzoek, spleet-lamp, etc. aan de orde kwam en hij ruim tijd nam voor overleg over de verder te volgen therapie, was ook deze via het ziekenhuis gepresenteerde rekening niet hoger dan f 29,50. Om het lijstje even af te maken: ik bezocht de dermatoloog, tarief f 28,50 en begin 1993 één van mijn vroegere maten uit de KNO-praktijk: f 27,-. Dit laatste was evenmin als de vorige rekeningen een prijs d'ami, maar het resultaat van de laatste strafmaatregelen van staatssecretaris Simons.

Ik vind, dat mijn vroegere collega's eerder te loven zijn dan te laken, omdat zij allerlei voor hen niet erg billijke maatregelen gezagsgetrouw uitvoeren en zich in hun protest beperken, zodat het publiek slechts geringe hinder ondervindt. •

Breda, september 1993

dr H. Fermin, KNO-arts np

Noot

1. Medisch Contact 1993; 48: 978 en 979.

'Met pincet en penseel'

De leden van 'Met Pincet en Penseel' worden uitgenodigd om deel te nemen aan een expositie ter gelegenheid van het jaarlijks congres van de KNMG, dat op 19 en 20 november zal plaatsvinden in de zalen van het Theaterhotel te Almelo. Van 7 tot en met 26 november zal er de mogelijkheid zijn te exposeren in het Theaterhotel, met als onderwerp het motto van het congres: 'Arts en angst'.

Inlichtingen: dr H. Eckstein, Constantijn Huygenslaan 2a, 1401 AM Bussum, tel. 02159-30839.

De toekomst van de herregistratie

DE TERM 'opleidingscontinuüm binnen de medische sector' is inmiddels alom bekend en begrepen. Men leze, om maar een kleine greep te doen, het verslag van het lustumsymposium van het Bureau PAOG Amsterdam in Mediator van februari jl., het artikel 'Postacademisch onderwijs geneeskunde' in nummer 33 van dit jaar van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en, iets verder terug in de tijd, het medisch-onderwijsnummer (nr. 35) van 1991. In dit verband is ook vermeldenswaard de geboorte van de Commissie Coördinatie Medisch Onderwijscontinuüm binnen de KNMG.

Samenhang van de sectoren basisartsopleiding, vervolgoopleidingen en nascholing wordt nagestreefd. Een serieuze poging daartoe krijgt binnenkort gestalte, wanneer de eindtermen van de basisartsopleiding zullen aansluiten op de ingangseisen van de beroepsopleidingen (project 'Herziening Tweede Fase Artsopleiding'). Het zal overigens niet eenvoudig zijn een eenmaal bereikt continuüm te handhaven, omdat de onderscheiden instituties die verantwoordelijk zijn voor genoemde sectoren (faculteiten, opleidingsinrichtingen, PAOG-instellingen) autonoom zijn en op eigen wijze worden geconfronteerd met de explosieve toename van kennis en kunde, waardoor binnen die sectoren steeds weer nieuwe bijstellingen noodzakelijk zijn en de bereikte aansluiting op elkaar telkenmale gevaar loopt. Doch de noodzaak dwingt te meer daar continuïteit, bedoeld als samenhang in het totale medisch onderwijs-, opleidings- en nascholingspakket, een waarborg vormt voor goede kwaliteitsbevordering en kwaliteitshandhaving. Van die totale samenhang is de herregistratie het zwakste onderdeel. Uit het nu volgende zal blijken waarom.

Om te worden geregistreerd als huisarts, verpleeghuisarts, sociaal-geneeskundige of medisch specialist moet de aanstaande beroepsbeoefenaar kunnen aantonen volgens erkende opleidingseisen te zijn opgeleid in een erkende opleidingsinrichting. Eenmaal werkzaam in het beroepsveld, is het geregistreerd-zijn niet meer voor onbepaalde tijd vanzelfsprekend en dient periodiek herregistratie plaats te

vinden. Dit is inmiddels van kracht voor alle medisch specialisten. Niemand twijfelt eraan dat dit systeem van herregistratie zou moeten gelden voor alle praktiserende artsen. Herregistratie als een onbetwistbare voorwaarde om te kunnen meten of kennis en vaardigheden up to date zijn en de beroepsbeoefenaar ook na zijn opleidingsperiode voldoet aan de kwaliteitseisen die nodig zijn voor het leveren van kwaliteitshulp. Maar daartoe is het instrument van herregistratie niet toereikend, althans niet zoals het momenteel wordt gehanteerd.

Bezieet men de richtlijnen voor de verlening van de registratie als medisch specialist - laat ik mij tot deze groep beperken - dan valt op dat de minimumcriteria die in goed

prof. dr N.F.Th. Arts

overleg met de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen tot stand zijn gekomen, nauwelijks een garantie bieden voor het leveren van goede kwaliteit. Regelmatige uitoefening van het specialisme, uitgedrukt in uren patiëntgebonden zorgverlening (voor die diverse specialismen variërend van minimaal 10 tot minimaal 25 uur per week), heeft nauwelijks met kwaliteitsmeting te maken. Deelname aan nascholingsactiviteiten wordt daarbij minder belangrijk geacht, gegeven het feit dat daaromtrent geen eisen zijn gesteld. Al met al een hoogst bedenkelijk minimum, dat in schril contrast staat met de eisen die zijn gesteld aan de op te leiden specialisten en aan de opleidingsinstituten.

Wil periodieke herregistratie toekomst hebben en volwaardig passen in het continuüm, dat niet ophoudt te bestaan met de registratie als specialist, dan past een drastische wijziging van de criteria hiervoor. Anders gezegd: moet professionele kennis en kunde worden opgedaan van de eerste dag tot en met de laatste dag dat iemand praktiseert en aldus kwaliteitswaarborg serieus wordt genomen, dan zal de herregistratie inhoudelijk op de helling moeten. De aanpak daarvoor laat zich raden. De landelijke wetenschappelijke verenigingen dienen gezamenlijk te besluiten tot een systeem van kwaliteitsbeoordeling niet louter op basis van kwantitatieve criteria. In

dit beoordelingsproces dient te worden vastgesteld of nascholing in voldoende mate is gevolgd. Voorwaarde is wel, dat de aangeboden nascholingspakketten worden geaccrediteerd als waarborg voor kwaliteit en dat toetsingsmethoden worden ontwikkeld om het resultaat te meten. Dit laatste komt de huidige jonge beroepsbeoefenaar niet vreemd voor: die is er inmiddels gedurende de opleidingsperiode vertrouwd mee geraakt te worden getoetst. Niettemin moet zowel in de basisartsopleiding als in de beroepsopleiding nog meer nadruk worden gelegd op de morele plicht tot 'éducation permanente'. Terzijde zij opgemerkt, dat de periodieke herregistratie een gerede kans en mogelijkheid biedt om het volgen van nascholing tot een verplichting te maken. Vervolgens dient in het beoordelingsproces van de persoon te worden betrokken of visitatie van zijn of haar afdeling heeft plaatsgevonden en met welk resultaat. Hierdoor wordt duidelijk of afbakening van taken en onderlinge controle binnen de maatschap correct zijn geregeld en worden uitgevoerd. Dit vraagt om periodieke visitatie ook van de niet-opleidingsklinieken, zoals inmiddels binnen enkele specialismen al het geval is. Het moge verheugend zijn te constateren dat de KNMG daadwerkelijk betrokken is bij het project van de VSNU om de eindtermen van de basisartsopleiding en de begintermen van de diverse vervolgoopleidingen op elkaar te doen aansluiten, het mag niet zo zijn dat de KNMG met minder voortvarendheid de herziening van de herregistratie zoals boven geschetst aanpakt. Het is immers een logische volgende stap in het op elkaar afstemmen van de diverse kwaliteitsbevorderende mechanismen, maar dan wel in gemeenschappelijk overleg met de beroepsgroepen en PAOG-organisaties. Het is te hopen, dat in dit overleg terughoudendheid en een te grote voorzichtigheid niet gaan overheersen en zo belemmerend werken op een goede toekomst van de herregistratie. •

prof. dr N.F.Th. Arts,
emeritus hoogleraar verloskunde en
gynaecologie Vrije Universiteit Amsterdam

• K N M G • L H V • L S V • L A D • L V S G •

Open communicatie

HERDENKINGEN ALS de recente herdenking van de Bijlmermeerramp, het optreden van natuurrampen en de internationale politiek werken af en toe als tijdelijke bliksemafleiders van onze aandacht voor de brede ontwikkelingen binnen de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen: het is nauwelijks voor te stellen, dat nog slechts een half jaar geleden het rapport "Eén arts voor arbeid en gezondheid" verscheen en door de beroepsgroep breed werd omarmd.

Hoewel dit rapport gelijke tred hield met de maatschappelijke ontwikkelingen, lijkt het alsof wij al weer worden ingehaald. De ontwikkelingen rond de sociale zekerheid zijn in een stroomversnelling geraakt, waarbij de verzorgingsstaat wordt verlaten; dit in weerwil van de algemene instelling, dat teruggang naar een gemiddeld Europees niveau een ernstige devaluatie van ons systeem betekende. Toch zullen wij nog deze eeuw een vergelijkbaar eindniveau bereiken.

Dwars door deze discussie heen liep de parlementaire enquête. De veranderingssnelheid van het geheel maakte dat er ten aanzien van de uiteindelijk verregaande adviezen van de commissie-Buurmeijer een vliegwieleffect ontstond. Tijdens de parlementaire enquête werd regelmatig schuin naar de verschillende controlerende, begeleidende en behandelende artsen gekeken en werd af en toe een beschuldigende vinger opgestoken. In de conclusies kwam echter de vinger duidelijk op de zere plek: de overheidsbemoeienis, of het er zich niet mee bemoeien, de niet te doorgronden regelgeving, de tegenstrijdige sturing door de sociale partners en de nodeloos ingewikkelde uitvoering. Bij discussies rond centralisatie en decentralisatie ziet men bij tendensen naar decentralisatie altijd sterke cen-

trale regelgeving, uit angst voor het verliezen van de grip op de sturing. Bij een terugtrekkende overheid is een parallel waarneembaar.

Wij worden nu geconfronteerd met een aantal gevaarlijke opties rond de toekomstige uitvoering van de sociale zekerheid. Dit geldt met name de wens tot integrale overdracht van de gegevens van de begeleidende naar de claimbeoordelende instantie; bedrijfsverenigingen willen niet uitgaan van de door de arbo-diensten aangeleverde gegevens over de belastbaarheid van de werknemer, maar willen alles dunnetjes overdoen, waarbij de ene sociaal-geneeskundige de andere

E. Iwema Bakker

controleert en ook niet-artsen medische gegevens willen inzien en daarop hun oordeel baseren. Daar waar het reeds genoemde rapport de problemen rond de gegevensuitwisseling tussen behandelende en begeleidende artsen vrijwel oploste en een open communicatie tussen behandelend en sociaal-geneeskundige mogelijk maakte, moeten wij nu waakzaam zijn het paard niet achter de wagen te laten spannen.

De LVSG ondersteunt de uitwerking van 'Eén arts voor arbeid en gezondheid' en is nauw betrokken bij de ontwikkeling van een code voor informatie-verkeer tussen arbo-diensten en bedrijfsverenigingen die een open communicatie tussen behandelende en begeleidende artsen mogelijk maakt. Een integraal kwaliteitsbeleid, met standaardisering, protocollering en algemeen doorgevoerde intercollegiale toetsing, moet borg staan voor een zodanig kwaliteitsniveau van de beroepsuitoefening dat de bij de verschillende instanties werkende sociaal-geneeskundigen met marginale toetsing kunnen volstaan.

Om te voorkomen dat in de toekomst opnieuw parlementaire enquêtes nood-

zakelijk worden, zoekt men in de reorganisatie van de uitvoeringsorganisaties naar strakke administratief-technische oplossingen en verdere juridisering van de problematiek. Demedicalisering betekent bij de bedrijfsverenigingen: artsen slechts deelgebieden van het vak laten uitvoeren en niet in lijnfuncties inzetten. Hierdoor dreigt versnippering van kennis met verschralling van de functie, waardoor de individuele cliënt onvoldoende integraal wordt benaderd. Deze functieverschralling staat haaks op de zo nodige integrale kwaliteitsborging.

Alleen bij integrale kwaliteitsborging kan de integrale gegevensuitwisseling als een gepasseerd station worden beschouwd en zal de privacy van de cliënt, zonder dat daar juridische spitsvondigheden voor behoeven te worden gevonden, optimaal gewaarborgd zijn: privacy, verder gaand dan alleen het beroepsgeheim. Dit laatste is van het grootste belang voor zowel de individuele cliënt als zijn behandelend en/of begeleider. •

E. Iwema Bakker, voorzitter LVSG

De KNMG-voorzitters over het FOZ

FOZ houdt geen rekening met werkelijke zorgvraag

Ans Ankoné

“De feitelijke uitgaven worden voor een groot deel bepaald op micro-niveau. Afwegingen dienen dan ook zoveel mogelijk dáár plaats te vinden en niet op het centrale niveau door de overheid”, staat in het FOZ. De KNMG is van mening dat juist deze benaderingswijze het FOZ tot een ondoorzichtig en onwerkbaar instrument maakt. “De patiëntenstroom neemt toe, terwijl het budget niet evenredig toeneemt. Welk zorgconcept steekt daar achter? De discussie daarover probeert de overheid al jaren te vermijden.”

Wettelijke status heeft het FOZ niet. Dat wordt nog eens expliciet vermeld. Het Financieel Overzicht Zorg 1994 (FOZ), het laatste FOZ van dit kabinet, is eerder een teken destijds: het reflecteert momenteel vooral de zorgen van de overheid. In tijden van economische tegenwind dient er bezuinigd te worden op collectieve lasten. Kennelijk ook op de zorgsector, die geafficheerd wordt als een belangrijk onderdeel van onze economie. Hoewel Nederland aan gezondheidszorg 8,3% besteedt van - zoals het nu heet - het bruto binnenlands produkt (BBP) en daarmee in Europa een middenpositie inneemt, vindt de overheid dit “vergeleken met andere Westerse landen een hoog percentage”. Gezondheidszorg (58,6 miljard) is ná sociale zekerheid (109,8 miljard) de kostbaarste

overheidssector. Werkgelegenheid heeft in dit FOZ dan ook prioriteit: er moet een pas op de plaats worden gemaakt bij de arbeidsvoorwaarden en er wordt 200 miljoen uitgetrokken om 9.000 nieuwe arbeidskrachten te laten instromen. De uitgaven aan gezondheidszorg werken, via de premies, door in de loonkosten en - zo luidt de waarschuwing - een land met te hoge loonkosten prijst zichzelf uit de markt, met alle negatieve gevolgen voor de werkgelegenheid. De overheid beperkt zich dus onder strenge budgetdiscipline tot haar primaire taken: bescherming van de meest kwetsbaren (tekorten aanzuiveren in de ‘care’-sector) en bewaking van de betaalbaarheid en toegankelijkheid (90.000 onverzekerden) van de gezondheidszorg. De uitgavenbeheersing is een lastige



v.l.n.r.: E. Iwema Bakker (LVSG), F.M.L.H.G. Palmen (LSV), R.H. Levi (KNMG), H. Knook (LHV) en G.M.H. Tanke (LAD). Foto: Jan Lankveld.

opgave, is de conclusie. De raming van 54,7 miljard in het FOZ 1992 bleek te laag: in werkelijkheid werd er 1,1 miljard méér besteed. De overheid verontschuldigt zich daarvoor met te stellen dat zij de vraag slechts in beperkte mate kan beïnvloeden: "De uitgaven worden voor een groot deel op micro-niveau bepaald: in de spreekkamer van de huisarts, in de behandelkamer van het ziekenhuis of in de apotheek. Daar moeten dan ook de afwegingen worden gemaakt en niet op centraal niveau door de overheid. Vandaar dat aanpassingen in de structuur en financiering van de zorgsector onontkoombaar zijn." "Value for money", heet het modieus, en het is de gezondheidszorg die het een maar met het ander in verband moet zien brengen. De sanctie is: sectoren met budgetoverschrijdingen worden met scherpe maatregelen geconfronteerd.

Zorgconcept ontbreekt

De KNMG is er niet gelukkig mee. In een algemene beschouwing over het FOZ zegt KNMG-voorzitter R.H. Levi er wel begrip voor te hebben dat er in tijden van krapte wordt bezuinigd, maar: "Op dit moment wordt de kraan wel héél erg dichtgedraaid. Bovendien is niet duidelijk wáár. De overheid manipuleert met uitgaven die niet gebaseerd zijn op een inhoudelijk verantwoord zorgconcept. Er wordt eenvoudig geen rekening gehouden met de werkelijke zorgvraag, noch wordt de vraag naar belangrijkheid geordend. Politici erkennen dat in 't algemeen ook wel, maar confronteren de sector desalniettemin met een macro-kaart. Dat leidt zeker tot tekorten. De vraag is of met dit FOZ de grens van wat medisch verantwoord is al niet is gepasseerd."

"De huisartsen staan wat de FOZ-cijfers betreft de laatste jaren redelijk in de luwte", constateert LHV-voorzitter H. Knook: "Dat brengt me misschien in de positie er van een afstand naar te kijken. Mijn waarneming is, dat artsen ontzettend hun best doen. Wordt je dan een jaar later geconfronteerd met maatregelen die als het ware een straf inhouden - in financiële of in overdrachtelijke zin - dan demotiveert dat enorm. Dat overkomt de specialisten op dit moment." Knooks bezwaar is, dat het in feite allemaal individuele mensen zijn die de uitgaven, meestal noodgedwongen, veroorzaken: "Maar een individuele huisarts of specialist weet niet in welke mate zijn beslissingen het FOZ beïnvloeden."

De nieuwe LSV-voorzitter F.M.L.H.G. Palmen stelt, dat er binnen de kortst mogelijke tijd tussen beroepsbeoefenaren, overheid en verzekeraars een inhoudelijke discussie in gang moet worden gezet over de feitelijke zorgvraag en de consequenties die daaraan verbonden zijn. "Ik hoop dat de overheid daartoe bereid is. Het feit dat er 79 miljoen aan overschrijding vooruit wordt geschoven zie ik als een lichtpuntje, als een uitnodiging om te komen praten over hoe we met elkaar verder moeten." LAD-voorzitter G.M.H. Tanke bepleit, dat in die discussie dan eerst deze vraag moet worden beantwoord: "Welk zorgconcept is de overheid bereid aan de bevolking aan te bieden? Een vraag die de overheid al jaren vermijdt te beantwoorden. Pas dáárna kan worden aangegeven hoeveel middelen dat gaat kosten."

Filevorming

De spreekkamers stromen voller en voller, staat in het FOZ, en tegelijkertijd wordt geconstateerd dat die vraag nauwelijks stuurbaar is. Toch wordt verwacht dat de arts de vraag in toom houdt. Knook vraagt zich af, hoe dat in de huidige omstandigheden moet. "Hanteren van het FOZ als sanctie op de toegenomen vraag is in feite ondeugdelijk. We moeten de zorgvraag beter in beeld krijgen. Daartoe zijn de cij-

gaat over geld, de gezondheidszorg gaat over de vraag naar zorg. Met geld corrigeren en de vraag niet in beeld brengen: dat is een theoretisch onbegaanbare weg."

LVSG-voorzitter E. Iwema Bakker meent dat de overheid haar verantwoordelijkheid moet nemen waar dat gepast is en vergelijkt het met de filevorming: "De overheid kan die bestrijden door verbetering van de infrastructuur, maar zal gelijktijdig moeten aanzetten tot beheerst rijgedrag. Waar de overheid de vraag enigszins zou kunnen reguleren laat zij echter verstek gaan. Voorkomen is beter dan genezen. Onderzoek naar borstkanker is echter, bij gebrek aan capaciteit, nog niet voor iedere vrouw bereikbaar."

Tanke concludeert: "De Nederlander beweert meer voor de gezondheidszorg over te hebben. De politieke legitimatie voor de bezuinigingen is steeds dat de zorg te duur is. Te duur voor wie? Eigenlijk geeft de politiek impliciet aan, dat er onvoldoende relatie bestaat tussen prijs, kwaliteit en rendement van ons produkt. De beroepsgroep zou steviger in het zadel zitten indien zeer nadrukkelijk het rendement ter discussie werd gesteld."

De specialisten

De bijna ex-staatssecretaris Simons houdt in het FOZ vast aan het financiële tweesporenbeleid zoals in zijn Specialistenbrief van april jl. aangekondigd. De specialisten moeten een overschrijding compenseren van 463 miljoen, hetgeen door een continuering van de lopende, incidentele tariefkorting zal geschieden:

opbrengst 369 miljoen. Het wachten is verder op het advies van de commissie-Biesheuvel inzake mogelijk te nemen structurele maatregelen.

"Om het recent op gang gekomen overleg met de medisch specialisten niet nodeloos te belasten, heb ik gemeend in de huidige situatie geen verandering te moeten aanbrengen", aldus Simons. Hij verwijst tevens naar de lokale experimenten met andere honoreringssystemen waarmee specialisten in samenwerking met verzekeraars en ziekenhuizen in 1994 willen starten. Van het restant wordt 79 miljoen aan structuurmaatregelen derhalve doorgeschoven.

Volgens Palmen biedt Simons hiermee een opening tot overleg om eindelijk eens tot een goede interpretatie van de cijfers te kunnen komen. Dat was immers het strijdpunt in het Vijfpartijenoverleg. Dat ■

Een arts weet niet in welke mate zijn beslissingen het FOZ beïnvloeden

fers van huisarts- en specialistenbezoek niet zonder meer bruikbaar. Die cijfers moeten eerst diepgaand worden bestudeerd en geïnterpreteerd, waarbij, naar mijn mening, het beste inzicht kan worden verkregen door onderzoek op regionaal niveau. Ik heb overigens niet de illusie dat de vraag door de individuele huisarts kan worden gestuurd. Dat is een samenlevingsvraagstuk, waarbij een gezamenlijke inspanning wordt gevraagd van verzekeren, verzekeraars, aanbieders en politiek."

De mogelijkheden op micro-niveau te sturen, waartoe de overheid oproept, worden ook door de LSV zeer gering geacht. Palmen: "In de spreekkamer valt weinig te sturen, op ziekenhuisniveau wellicht een beetje. Maar het gaat hier nogmaals niet over de sturing als wel over het inzichtelijk maken van de vraag. Het FOZ

het macrobudget in de drie jaren van het VPA met 20,7% is overschreden, werd en wordt door de specialisten met nadruk bestreden. Dat staat ook in het FOZ.

"Het gaat om een stijging van de uitgaven, maar die zijn niet veroorzaakt doordat de specialisten de consumptie hebben opgejaagd", stelt Palmen. "Ik denk dat de overheid de signalen van de specialisten goed heeft opgevangen: ze moet zich realiseren dat we slechts op basis van goede gegevens samen tot een acceptabel volume van specialistische zorg kunnen komen. Het zal blijken dat de beschuldigingen richting specialisten volstrekt onjuist zijn. Ik denk dat de overschrijdingen in het VPA van de afgelopen drie jaren op constructiefouten berusten: er zijn daar te veel zaken tegelijkertijd geregeld." Knook ziet dit als de valkuil in zowel het FOZ als het VPA: "Daarin moet je je beperken tot het maken van inhoudelijke afspraken over voorspelbare zaken. Het getuigt van slecht bestuur als je in dergelijke systemen zaken onderbrengt waarvan je weet, dat je ze met die systemen niet kunt beïnvloeden."

Palmen: "Wij kunnen aantonen dat de kwaliteit en de doelmatigheid in handen van de specialisten gegarandeerd is. Standaardisering - Palmen heeft het liever niet over protocollering - is een 'hot item' voor specialisten." "Ze zijn er alleen minder brutaal mee dan de huisartsen", meent Knook. "Daar zouden ze in hun presentatie naar buiten veel meer gebruik van moeten maken."

Een andere zaak waaraan de doelmatigheid van specialisten nogal eens wordt afgemeten, zijn de wachtlijsten. De KNMG vreest, dat het met "dit soort budgettering" bijna onvermijdelijk is dat er wachtlijsten ontstaan. "Voor vitale indicaties horen er geen wachtlijsten te zijn." De voorzitters maken verder onderscheid tussen opstoppen, bijvoorbeeld in de OK-planning, die bij een normale bedrijfsvoering horen en de wachtlijsten van een merkwaardige standaardlengte bij een aantal specialismen; die laatste verdienen degelijk onderzoek. "Maar wachtlijsten als beheersinstrument gebruiken is niet toelaatbaar. Het argument dat een aantal ziektes waarvoor wachtlijsten bestaan vanzelf wel zou overgaan, kan niet krachtig genoeg worden tegengesproken", aldus Levi. "Een dergelijk standpunt is tegen de normen van het vak."

De huisartsen

In FOZ is voor 1994 3,75 miljoen gereserveerd voor de automatisering voor huisartsen en 2,4 miljoen voor de start van een driejarige huisartsopleiding. Een opwaardering van de huisarts? Knook is het daar slechts gedeeltelijk mee eens: "De

poortspecialisten in de ziekenhuizen worden in het FOZ aangeprezen, zo ook de huisartsen, die men ook graag als poortwachter betitelt. Er wordt geconstateerd dat het aantal bedden afneemt (de ziekenhuisbudgetten worden met 125 miljoen gekort). Die capaciteit gaat voor een groot deel naar de dagverpleging, maar ook naar de thuiszorg. Dat betekent een taakverzwaring voor de huisarts. Maar daar wordt in dit FOZ geen rekening mee gehouden." Knook is van mening dat er nog veel meer te substitueren valt: "Van superspecialistische naar normale specialistische zorg en van specialistische naar generalistische zorg. Je moet er echter niet aan denken dat er, naast de bestaande wachtlijsten, ook nog wachtlijsten bij de huisarts ontstaan als steeds meer mensen versneld uit de tweede lijn worden ontslagen. Er zal dus ongetwijfeld een tekort aan huisartsen ontstaan: dat is al in tal van keurige onderzoeken aangetoond. Er valt derhalve niet te ontkomen aan beroepskrachtenplanning en aan een goede onderbouwing van ons toekomstig budget." Voor het laatste heeft Knook een suggestie voor een oplossing: "Neem alleen het voorspelbare deel van de huisartsgeneeskundige voorzieningen in het FOZ op: zaken als beroepsopleiding, wetenschappelijke ontwikkeling en ondersteuning op praktijkniveau. En laat het deel dat nu steeds de zogenoemde overschrijdingen veroorzaakt buiten het FOZ, en breng dat onder directe verantwoordelijkheid van aanbieders, verzekeraars en verzekeren, waarbij de keuze van de verze-kerde voor eigen bijdragen en risico's ook aan de orde zou kunnen komen."

De artsen in dienstverband

Tanke (LAD) ziet het FOZ als het procrustesbed* van de Nederlandse gezondheidszorg. Hij wijst onder andere op het gebrek aan ruimte voor het arbeidsvoorwaardenbeleid. "Wij, beroepsbeoefenaren, willen dat de bedrijfstak floreert. Wanneer floreert die? Hiervoor geldt ook de klassieke trias: 1. Je moet een goed en in kosten redelijk produkt bieden (daarvoor ligt een forse verantwoordelijkheid bij de beroepsgroep). 2. Je moet van waarde zijn voor de markt (o.a. een politieke keuze!). 3. Je moet mensen hebben die dat produkt kunnen en willen maken (de arbeidsorganisatie moet goed in elkaar zitten)."

Voor het laatste aspect zijn de arbeidsvoorwaarden een belangrijk element. "Wat doet de overheid met de arbeidsvoorwaarden? De overheid gaat uit van een nul-groei. Merkwaardig. Want er zijn natuurlijk afspraken gemaakt; mensen krijgen er periodes bij. In feite kost dat 1%, maar er wordt slechts 0,75% beschikbaar gesteld. Vervolgens zijn er allerlei merkwaardige kortingen bedacht: een korting van 0,5% op het ziekteverzuim in het kader van de tussenbalans en 0,35% efficiency-korting; een volstrekt raadsel waar dat voor is. Daarmee zit je per saldo al beneden het

huidige budget. Vervolgens kost de invoering van de AMvB inzake de agio's zo'n 90 miljoen. Wat is er beschikbaar gesteld? 20 miljoen voor de perifere ziekenhuizen en 25 miljoen voor de academische ziekenhuizen. Daarbij komt nog een structurele korting voor de perifere ziekenhuizen van rond de 110 miljoen. En om het nog somberder te maken: onderzoek toont aan dat de salarisontwikkeling in deze sector met 10 à 12% achterloopt bij de marktsector. Bedenk wel: de gezondheidszorg is een 'people business'. Deze ontwikkeling gaat heel duidelijk ten koste van de motivatie voor het werk en de werkgelegenheid."

De hernieuwde aanpak voor meer werkgelegenheid - 9.000 arbeidsplaatsen méér - kan Tanke niet veel vrolijker stemmen. "Dat klinkt heel mooi, maar het heeft een onwaarschijnlijk karakter. In feite worden hiermee functie- en loondifferentiatie ingevoerd. Ik vrees dat dit tot vervlakking van arbeid leidt. Het voorstel luidt namelijk dat er aan de onderkant personeel bij moet komen. Dat zal betekenen dat er aan de bovenkant personeel moet afvloeien, omdat de ziekenhuizen door de budgetkorting de bestaande werkgelegenheid al niet meer kunnen handhaven. Er wordt weliswaar 200 miljoen voor beschikbaar gesteld, maar waar komen die vandaan? Dat is een sigaar uit eigen doos. De EG zal iets bijdragen, meldt het FOZ, maar het merendeel zal toch door de zorgsector zelf moeten worden opgebracht: binnen het budget dat toch al drastisch is vermindert."

De hernieuwde aanpak voor meer werkgelegenheid - 9.000 arbeidsplaatsen méér - kan Tanke niet veel vrolijker stemmen. "Dat klinkt heel mooi, maar het heeft een onwaarschijnlijk karakter. In feite worden hiermee functie- en loondifferentiatie ingevoerd. Ik vrees dat dit tot vervlakking van arbeid leidt. Het voorstel luidt namelijk dat er aan de onderkant personeel bij moet komen. Dat zal betekenen dat er aan de bovenkant personeel moet afvloeien, omdat de ziekenhuizen door de budgetkorting de bestaande werkgelegenheid al niet meer kunnen handhaven. Er wordt weliswaar 200 miljoen voor beschikbaar gesteld, maar waar komen die vandaan? Dat is een sigaar uit eigen doos. De EG zal iets bijdragen, meldt het FOZ, maar het merendeel zal toch door de zorgsector zelf moeten worden opgebracht: binnen het budget dat toch al drastisch is vermindert."

* Procrustes: de rover uit de Griekse Oudheid die in de buurt van Athene passerende reizigers gevangen nam en ze oprekte of inkortte tot ze in zijn te korte of te lange bed pasten.

*Welk zorgconcept
is de overheid
bereid de bevol-
king te bieden?*

Herdenking prof. B.S. Polak

OP 3 OKTOBER vond in de Stadschouwburg te Amsterdam een herdenking plaats, gewijd aan de onlangs overleden prof. B.S. Polak. Deze is wethouder van Amsterdam geweest en huisarts. Sinds 1969 was hij hoogleraar huisartsgeneeskunde in Amsterdam, tot zijn emeritaat in 1983.

Wanneer Ben, zoals de meesten van ons hem hebben mogen noemen, niet gestorven was, zou hij omstreeks deze tijd de dag herdenken dat hij vijftig jaar geleden uit de Hollandse Schouwburg was ontsnapt. Hij vertelde zijn vrienden, dat hij aan deze dag en deze gebeurtenis vijftig jaar van zijn leven te danken had. Hij had vele van zijn vrienden al benaderd om deze dag met hem te herdenken. Dat heeft niet zo mogen zijn, een markante persoonlijkheid is van ons heen gegaan.

Tijdens de herdenking is door velen gesproken over de grote kwaliteiten van Ben. In 1913 geboren als zoon van een rabbijn, maakte hij al op jonge leeftijd kennis met het orthodox-joodse geloof. Maar ook al vroeg keerde hij zich daarvan af en werd een overtuigd atheïst.

Polak studeerde geneeskunde in Amsterdam. Hij was tijdens zijn studententijd al actief in de linkse politiek en lid van de antifascistische studentenbeweging. Hij bleef in zijn verdere leven uiterst wantrouwig tegen alles wat maar een schijn van fascisme in zich droeg. Het is zoals de zoon van één van zijn politieke vrienden Henk Gortzak, Wouter, tijdens de herdenking opmerkte: Ben is altijd een sociaal bewogen criticus van de samenleving gebleven.

Over zijn rol in het verzet, samen met zijn eerste vrouw, sprak hij vrijwel niet. Gemeenteraad werd, dat hij mensen in het verzet die om een of andere reden in moeilijkheden kwamen, hielp; bijvoorbeeld was hij bereid koeriers die zwanger waren geworden, als zij dat wensden, te aborteren.

Een zeer belangrijke kant van Ben zijn werkzaamheden werd belicht door de heer In 't Velde. Slachtoffers van de tweede wereldoorlog konden op de hulp van Ben Polak rekenen, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van uitkeringen. Polak had een bijzondere kennis van het sociale-verzekeringstelsel en gebruikte deze kennis ten behoeve van hen die met de vertegenwoordigers van dit stelsel in de clinch lagen. Hij was lid van talloze adviescommissies, onder andere van de bekende commissie-Van Dijk, die een advies moest uitbrengen over wie wel en wie niet

een uitkering mochten ontvangen. Polak bracht in deze commissie een minderheidsstandpunt uit en mocht de voldoening smaken dat dit advies van hem door de toenmalige regering werd overgenomen. Als de commissie al werd geciteerd, betrof het steeds zijn minderheidsstandpunt! Ondanks zijn kritische instelling, riep hij nooit weerstand op bij zijn opposanten, aldus de spreker. Op grond van zijn grote kennis en inzet werd Ben uiteindelijk ook vaste deskundige van de Centrale Raad van Beroep.

Mevrouw Hedy d'Ancona wees er in een mij uit het hart gegrepen betoog op, dat Ben het volstrekte vertrouwen genoot van de getroffenen: hij was één der hunnen. Dat verklaarde het succes van zijn inzet voor deze groep gedupeerden. De spreekster eindigde haar betoog met een ontroerende gedicht van Ida Gerhardt: 'De gestorvene'.

Ben Polak was huisarts. De eisen die hij daarbij aan zichzelf en aan zijn leerlingen stelde, waren: een goede kennis van het vak, een warm hart, een grote ijver en tenslotte een goede gezondheid. Van dat warme hart hebben velen getuigd in de maanden die sinds zijn overlijden zijn verstreken. Een patiënte zei mij: 'Zo'n man moest eigenlijk duizend jaar leven!', en zij meende het. Hij was zeer betrokken bij zijn patiënten en behandelde hen met een grote kennis van het vak.



In 1968 benaderde Polak mij met de vraag of ik hem, samen met de collegae Brühl en Van Beusekom, wilde helpen bij de voorbereiding van de oprichting van een instituut voor huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Hij zou daar tot lector worden benoemd. Sindsdien heb ik, samen met de genoemde collegae, intensief met hem mogen samenwerken. Het is een boeiende en uiterst creatieve periode geweest.

Ben werkte vanuit een kleine kamer in het eerste instituut, omgeven door talloze stapels papier, waarin hij tot onze immense verbazing steeds de weg wist te vinden. Het studentenonderwijs vóór het artsexamen werd voorbereid, evenals de begeleiding van co-assistenten; later werd de beroepsopleiding tot huisarts ingericht.

Op landelijk niveau nam Ben deel aan een overleg van de hoogleraren huisartsgeneeskunde, dat al vroeg na de oprichting van de instituten van start was gegaan; samen met pioniers als Van Deen, Huygen en Van Es vergaderde hij teneinde de academische plaats van de huisartsgeneeskunde te verstevigen. Dat de huisartsgeneeskunde niet meer is weg te denken uit het curriculum geneeskunde, is mede aan zijn inzet te danken.

Ben Polak heeft mogelijk geen 'school gemaakt', zoals zijn opvolgster in de praktijk tijdens de herdenking opmerkte. Dat kon volgens haar ook niet, omdat Ben een apart, moeilijk navolgbaar karakter had. Wel heeft hij op de velen die met hem in contact kwamen een onuitwisbare indruk gemaakt. Zij zullen hem missen.

Ben Polak Stichting

Tijdens de herdenking werd de oprichting bekend gemaakt van de Ben Polak Stichting. Deze stichting stelt zich ten doel, medisch-juridische bijstand te verlenen aan patiënten die door ziekte geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn geworden. Bens familie heeft de stichting in het leven geroepen en hoopt dat velen hun steun willen verlenen. Het werk van Ben Polak kan dan worden voortgezet. Adres: Keizersgracht 20, 1015 CD Amsterdam. Giro: 5561593.

Rest nog op te merken, dat de herdenking werd omlijst met enkele muziekwerken. De uitvoerenden droegen bij aan de goede sfeer van deze middag, die geheel was in de stijl van Ben Polak. •

H.J. Dokter

Het FOZ: stuurmiddel of schuurmiddel?

Hoe de trein uit de rails kon lopen

C.F. Limborgh

Een terugblik op 15 jaar FOZ. Wat ging er mis? Een pleidooi voor een zakelijke (her)inrichting van afspraken, ondersteund door betrouwbare informatiesystemen.

MIJN BESCHOUWING naar aanleiding van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1994 wil ik vooral richten op het doel of de betekenis van het FOZ in onze vaderlandse politiek en de Nederlandse gezondheidszorg. Deze invalshoek kies ik, omdat ik denk dat onvrede en verstarring mede het gevolg zouden kunnen zijn van een niet goed functionerend FOZ. De pijn die de laatste 10 jaar is opgebouwd zou wel eens binnenkort de tolerantiegrenzen kunnen gaan overschrijden.

Ontsporingen

Het FOZ is in 1977 gestart als Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) met het oogmerk een statistische informatiebron te zijn in een sector waar geen bruikbare landelijke informatie aanwezig was. Het betrof zuiver statistische informatie over zaken als wat er wordt uitgegeven aan welke soorten zorg, hoeveel zorgverleners van welke soort er zijn en hoeveel in opleiding, hoeveel bedden er zijn in welke intramurale instellingen. Door het analyseren van deze gegevens uit het verleden zou iets van de toekomst kunnen worden verhelderd, maar zou ook kunnen worden afgelezen of de beleidsvoering tot waarneembare en gewenste veranderingen heeft geleid. Bezit men eenmaal deze informatie en analyses, dan ontstaat vanzelf de wens projecties van de toekomst te maken door extrapolaties en mutaties op grond van voorgenomen beleid. Zo wordt vanaf de begroting 1982 het FOZ een beleidskader, dit mede naar aanleiding van de discussies in de Tweede Kamer over de vraag wat de 'wettelijke status' van de ramingen in het FOZ zou moeten zijn. Vanaf 1982 diende het FOZ beschouwd

te worden als financieel kader voor de volksgezondheid. De politiek ging, net als op andere beleidsterreinen, grenzen stellen aan de beschikbaarheid van collectieve middelen. Als belangrijk sturingsmiddel werd het budget geïntroduceerd. Gedurende de daarop volgende jaren bleek bij de verdere realisering daarvan dat bepaalde ontsporingen niet konden worden vermeden. Enige voorbeelden:

1. De overheid stelde zelf de budgetten vast, zonder dat zij ervaringskennis had van de onderliggende processen.
2. De overheid stelde zichzelf aan als budgetbewaker, zonder dat zij een directe greep had op de feitelijke uitvoering van de dienstverlening.
3. Gelijktijdig werd voor instrumenten gekozen die niet waren toegesneden op kostenbeheersing (zoals de Wet Ziekenhuisvoorzieningen), of die niet op korte termijn tot resultaat konden leiden.
4. De wens tot greep-krijgen op de kostenontwikkeling heeft ook geleid tot realisering van dubbele budgettering, zowel budgettering van ziekenhuizen als van zorgverzekeraars.
5. Er werd en wordt soms verholen en soms openlijk inkomensbeleid en werkgelegenheidsbeleid gevoerd. De kop van het persbericht van WVC was op dit punt onduidelijk: 'WVC begroting 1994: extra aandacht voor arbeidsmarkt.'
6. Als laatste wil ik noemen, dat de vermenigvuldiging van de posities van budgetgever en -houder ertoe heeft geleid, en daar is meermalen door velen op gewezen, dat de budgetten om politiek-strategische redenen bewust laag zijn gehouden, alsmede het feit dat 'wensen' als 'realiteiten' werden ingeboekt.

Oorzaken

Gebleken is, dat een budgetstelsel alleen enigszins naar wens werkt als de budgetten in onderhandeling tot stand zijn gekomen. Beide partijen zijn dan gebonden en ze weten ook voor welke activiteiten welke bedragen ter beschikking staan, onder welke condities heronderhandeling is geboden of uitruil van bedragen tussen deelbudgetten is toegestaan, enzovoort.

De werkelijkheid was, dat de politiek en WVC als het ware met zichzelf in onderhandeling traden. Echter de consequenties kwamen bij niet-betrokken anderen terecht. Dat leidde in de loop der jaren tot irritaties bij onder anderen de specialisten, verpleegkundigen, ziekenhuizen en verzekeraars.

Er zijn overigens wel enige voorbeelden van onderhandelingen over het budget. Aan het budget 1982 voor de ziekenhuizen lag een 'package deal' tussen de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) en WVC ten grondslag en aan de specialisten-

*De verzekerden,
zorgaanbieders en
zorgverzekeraars
kunnen de dynamiek
van het krachtenveld
nader invullen, een
invulling waar de
politiek en het FOZ
buiten moet blijven*

budgetten voor 1990, 1991 en 1992 lag de 'package deal', het Vijfpartijenakkoord (VPA), tussen LSV, NZR, VNZ, KLOZ en KPZ ten grondslag. Interessant is nu de vraag, waarom het VPA niet heeft gewerkt. Ik kom tot de volgende overwegingen:

- a. Er werd te veel, tegelijk geregeld: je moet relatief eenvoudig beginnen.
- b. Er was geen ervaring op dit punt voorhanden; je moet het maken van budgetafspraken ook leren.
- c. Er waren onvoldoende betrouwbare historische cijfers aanwezig voor toetsing, waardoor een vertrouwensbasis ontbrak.
- d. Er was geen werkend informatiesysteem beschikbaar dat direct de noodzakelijke informatie kon leveren met betrekking tot budgetover- respectievelijk onderschrijdingen.

e. Er werd ontdekt dat er een kloof bestaat tussen het maken van macro-afspraken en de micro-realisering op de werkplek.

Dynamiek krachtenveld

We weten allen dat de verzekerden/patiënten in toenemende mate mondig zijn. Zij formuleren hun wensen, behoeften en zorgen en verlangen antwoorden en/of oplossingen. Zij willen nadrukkelijk bij keuzen worden betrokken. Daarnaast zijn er ontwikkelingen op medisch-technisch gebied, op behandel- en verpleeggebied, op het gebied van wonen en woon-zorg-combinaties. Tenslotte blijkt er in toenemende mate een koopkrachtige vraag die

het 'basale' te boven gaat. Kortom: een toenemende dynamiek bij de zorgvraag, het zorgaanbod en het vrijmaken van financiële middelen daarvoor.

Vanuit de optiek van de geschetste dynamiek zal het noodzakelijk zijn tot heldere definities en afspraken op landelijk niveau te komen. Wat is het verplicht verzekerd pakket? Welke vrijheidsgraden gelden voor contractering, kwaliteit, prijsstelling, en dergelijke?

Als dit soort algemeen geldende bakens bekend is, kunnen de verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de dynamiek van het krachtenveld nader invullen. Een invulling die volgens mij buiten

de politieke invloed en dus het FOZ moet blijven.

Besluit

Ik wil erop wijzen, dat ik schetsmatig een beeld van ruim 15 jaar FOZ heb willen geven. Het is geen gedegen studie noch een aanklacht tegen personen of organisaties. Ik heb wel een pleidooi willen houden voor een zakelijke (her)inrichting van afspraken, ondersteund door betrouwbare informatiesystemen. •

drs C.F. Limborgh,

lid van het KLOZ-bestuur, werkzaam bij NUTS-verzekeringen te Den Haag.

Het FOZ als kader

VNZ-commentaar

N. de Jong

Het FOZ is niet alleen het financiële kader voor het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg voor het betreffende begrotingsjaar, maar schetst ook de ontwikkelingen ten aanzien van het verzekeringsstelsel op langere termijn. Daarom: het woord aan de zorgverzekeraars.

DE MONITORFUNCTIE van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) is zeer te waarderen en moet daarom blijven. Het geeft een overzichtelijk beeld van de uitgaven van de diverse zorgsectoren. In andere landen benijdt men ons hierom. Waar echter steeds meer vraagtekens bij worden gezet, is de waarde van het FOZ als beleidskader, dat het resultaat is van een realistische prognose en een evenwichtige prioriteitenkeuze.

De Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (VNZ) en het Kontaktorgaan Landelijk Organisaties van Ziektekosten-verzekeraars (KLOZ) hebben reeds enige jaren geleden aangegeven dat een volumestijging van 2% per jaar geboden is, alleen al op grond van demografische ontwikkelingen en technische vooruitgang. Daar bovenop komt de trendmatige

loon- en prijsstijging. Het toepassen van een algemene efficiencykorting is op zich niet onredelijk - ook in de zorgsector is produktiviteitsstijging geen onbekend fenomeen, zoals ook het rapport 'Zorg in tel' aangeeft - maar deze wordt nu zeer oneigenlijk gebruikt als dekkingsmiddel voor de TUBA-korting in de topzorg, die daarmee vervalft. Dat lijkt op een sigaar uit eigen doos.

De trendmatige groei van 1% uit het Regeerakkoord was dus van meet af aan al te laag. Dit cijfer is bovendien geflatteerd, daar er in de bejaardenzorg al enkele jaren feitelijk van een 0-groei sprake is. Het is dan ook onvermijdelijk dat het financieel effect van de produktieafspraken niet elk jaar kan worden genegeerd. Zorgverzekeraars hebben de plicht in deze natuurlijke groei te voorzien.

Dit jaar komt daar nog bij, dat de overheid kennelijk van mening is dat er in de sector geen enkele ruimte is voor verbetering van arbeidsvoorwaarden en er al evenmin van andere verruimingen in de reguliere sfeer sprake kan zijn. Dat de regering maatregelen wil nemen om het prijsniveau van medicijnen te verlagen wordt door de zorgverzekeraars toegejuicht, maar het effect moet nog wel blijken. Voor de hulpmiddelen, die als gevolg van de Wet Voorzieningen Gehandicapten naar de AWBZ zullen gaan, is ook te weinig ruimte ingeschat.

Mijn conclusie kan dan ook niet anders luiden dan dat de 1,4%-groei voor de uitgaven krachtens de Ziekenfondswet en de 3,0% voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geen uitgangspunt kunnen zijn voor het vaststellen van de premies. De in oktober te verschijnen prognose van de Ziekenfondsradaad is meestal een beter aanknopingspunt.

Uitvoerbaarheid en beheerskosten

Het FOZ is niet alleen het financiële kader voor het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg voor het betreffende begrotingsjaar, maar schetst ook de ontwikkelingen ten aanzien van het verzekeringsstelsel op langere termijn. Het is de zorgverzekeraars een doorn in het oog, dat de politiek in het algemeen weinig gelegen laat liggen aan de uitvoerbaarheid van maatregelen. Een typisch voorbeeld van deze blinde vlek zijn de voorstellen rond het overhevelen van AAW-verstrekkings naar gemeenten en AWBZ. Daarbij zijn de conflictpunten al ingebouwd, onder andere door de bepaling dat kosten van woonverbetering boven de limiet voor rekening van de AWBZ komen. Let wel: niet het bedrag waarmee de limiet wordt overschreden, maar het gehele bedrag. ■

Teleurstellend is in dit opzicht eveneens het beleid rond de verzorgingstehuizen. Niet de door de verzekeraars bepleite functionele uitsplitsing van verblijfs- en verzorgingskosten is het uitgangspunt, maar er wordt in feite een nieuwe instellingsoort in het leven geroepen, de WOZOCO, met een eigen regime voor subsidiëring, inkomensstoetsing en planning.

van Dekker - is omstreden. Niet alleen wordt de nominale premie als afzonderlijk onderdeel van het koopkrachtplaatje beschouwd, maar er is zelfs een aandrang deze als onderdeel van de collectieve lastendruk te beschouwen, ondanks het feit dat deze door de zorgverzekeraar zelf wordt vastgesteld.

In Nederland wordt veel van de gezondheidszorg via heffingen op de loonsom

Het is de zorgverzekeraars een doorn in het oog dat de politiek weinig gelegen laat liggen aan de uitvoerbaarheid van maatregelen

Trouwens, de voornemens inzake vrijwillige eigen risico's en inkomensafhankelijke eigen bijdragen zijn al evenmin gemakkelijk uit te voeren en zetten het natuurstelsel onder druk. Maar ook zonder fundamentele wijzigingen in het stelsel, nemen de eisen die aan de administratie van de zorgverzekeraars worden gesteld toe.

Nominale premie, collectieve lasten, eigen betalingen

In de besluitvorming rond de gezondheidszorg speelt het begrip 'collectieve lasten' een centrale rol. In dit verband is vooral de nominale premie interessant. De nominale premie als 'uitlaatklep' voor de bekostiging van uitgaven die niet door de middelen uit de centrale kas kunnen worden gedekt - toch een uitgangspunt

en het inkomen betaald. Bij de huidige noodzaak werkgelegenheid te bevorderen wordt de omvang van de 'loonwag', het verschil tussen bruto- en nettoloon, als een belangrijke beleidsvariabele beschouwd. De stelselwijziging heeft voor de ziekenfondsverzekerden niet tot een vergroting hiervan geleid: de verhoging van de AWBZ-premie (eerste schijf) wordt gecompenseerd door verlaging van de door de werknemer te betalen ziekenfondspremie. Een punt van zorg is wel de ontwikkeling van de AWBZ-premie in de toekomst. Het niet doorvoeren van de inflatiecorrectie en een eventuele verhoging van het arbeidskostenforfait heeft nu al een sterk verhogende werking op deze premie, die niets te maken heeft met de gang van zaken in de gezondheidszorg.

Slotopmerkingen

Het kraptemodel in de gezondheidszorg is door het rapport 'Zorg in tel' opnieuw aan de orde gesteld. Een schaarste aan capaciteit bevordert, zo heet het, de efficiency bij de instellingen. Wachtlijsten zijn daarvoor een onmisbaar instrument en niet alleen maar als een negatief verschijnsel te bestempelen.

Natuurlijk kunnen wachtlijsten niet geheel worden voorkomen. Het kan nooit zo zijn dat elke toevalsf fluctuatie in vraag en aanbod volledig kan worden gedekt; dat zou inderdaad ondoelmatig zijn. Maar steeds oplopende wachtlijsten voor behandelingen waarvan de kosten/effectiviteit buiten kijf staan, kan ertoe leiden dat de zorgverzekeraar wordt gemangeld tussen zorgplicht enerzijds en financiële krapte anderzijds. In dat geval dient de zorgplicht uitgelegd te worden als een inspanningsverplichting, het streven naar een goede prioriteitstelling, een optimale capaciteitsbenutting en bevordering van kostenbewust handelen en substitutie waar mogelijk. Laat de politiek dit nu eens duidelijk uitspreken en vastleggen in de relevante wetgeving.

Het is mijn overtuiging dat, zolang de uitgaven voor gezondheidszorg nog allereerst als een 'last' worden beschouwd, er weinig ruimte zal zijn voor zelfregulering en verantwoordelijkheid van het veld. Ook het FOZ 1994 ademt nog steeds deze sfeer. •

mr N. de Jong,
algemeen directeur VNZ

Het FOZ: illusiepolitiek

H.J. Bellers

Het inzicht dat veel Haagse beleidspresentaties in hoge mate symbolisch van karakter zijn, is niet nieuw maar wel onverminderd actueel. De jaarlijkse rituelen rond de 'koopkrachtplaatjes' vormen hiervan een fraaie illustratie. De inhoud van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) mag eveneens een uitgesproken voorbeeld worden genoemd van de wijze waarop beeldvorming enerzijds en realiteit anderzijds betrekkelijk los van elkaar kunnen staan.

VOR BELEIDMAKERS met ambities is de gezondheidszorg zonder twiifel een buitengemeen weerbarstig terrein. Dit komt ook naar voren in de conclusie die de Ziekenfondsraad formuleerde in het rapport 'Nota evaluatie stelselwijziging' van april dit jaar (blz 102): "...de gebieden waarop gepoogd is tot nieuwe bestuurlijke concepten te komen laten geen of nauwelijks zorgvernieuwing zien; anderzijds zijn de op gebieden waarneembare zorginnovaties en -differentiaties niet toe te schrijven aan maatregelen die gekenmerkt worden door het bestuurlijk concept van functionele decentralisatie." Het zal je maar worden gezegd na

jaren ploeteren. Echter, naarmate de beleidsvoornemens zich in de realiteit moeilijker laten concretiseren, lijkt de behoefte toe te nemen om dan maar op papier een beeld te creëren dat daadkracht uitstraalt en spoort met de politieke wenselijkheid.

Zo komt volgens het FOZ het komende jaar de verschuiving van klinische naar ambulante geestelijke gezondheidszorg toch nog onverwacht snel tot stand, evenals de zo zeer gewenste terughoudende consumptie van medische diensten in de sector ziekenhuizen. De cijfers geven dit immers zwart op wit aan. En niettegenstaande het feit dat werkgevers en

werknemers in de zorgsector hun hart vasthouden voor de negatieve consequenties van het kraptebeleid, voor de moeizaam behaalde resultaten in de sfeer van arbeidsmarkt en werkgelegenheid en het feit dat door knappe ambtenaren in uitgelekte vertrouwelijke notities eveneens schrikbarende effecten werden berekend, presenteren bewindslieden in het FOZ doodleuk een 'werkgelegenheids-

stellingen 1,25% van de loonkostensom, hetgeen een budgettaire verkrapting van ongeveer 150 miljoen betekent.

- De vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling bedraagt ook dit jaar weer 0,75%, hoewel reeds in de vorige kabinetsperiode werd erkend dat - gelet op de specifieke kenmerken van de sector - een hoger bedrag op z'n plaats zou zijn. Aan-gezien aan dit inzicht nog nimmer finan-

ondanks helder genoeg om de conclusie te rechtvaardigen (blz. 21): "...De financiële mogelijkheden houden met de vraag naar hulp geen gelijke tred." Dat lijkt in zijn algemeenheid correct gezien. De volumegroei voor de zorgsector in 1994 is namelijk becijferd op 0,6% (tabel 4, blz. 20) hetgeen inderdaad enige discrepantie vertoont met de opvattingen die de staatssecretaris verkondigde bij de behandeling van het FOZ 1993 in de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, namelijk dat in de komende jaren niet meer zou kunnen worden volstaan met een volumegroei van 1,25 %.

Wie het bovenstaande wat al te cynisch van toonzetting acht, zou onverwijld pagina 21 van het FOZ voor zich dienen te nemen. "We krijgen te maken met nog scherpere keuzes", stellen de bewindslieden daar flink. Hoezo, 'we'? Rond het thema 'keuzen in de zorg' is het vooralsnog akelig stil in politiek Den Haag. En waarom zouden 'we' onze vingers ook branden aan dit heikele onderwerp? Van al te drastisch 'njet' roepen tegen de burger, zeker waar het zaken betreft die hem blijkens enquêtes zeer ter harte gaan, is een politicus zelden beter geworden. Bovendien kunnen 'we' via de budgettaire bankschroef van het FOZ de hele keuze-problematiek stilzwijgend doorschuiven naar het veld, en in het FOZ 1994 wordt deze mogelijkheid wederom ruimhartig benut. Wie politiek straks nog leeft, wie dan weer zorgt. En het veld zoekt het intussen maar uit met die aanzwellende patiëntenstroom. Over cynisme gesproken... •

drs H.J. Bellers,
econoom bij de Nederlandse Zorgfederatie

"De financiële mogelijkheden houden met de vraag naar hulp geen gelijke tred."

impuls' die maar liefst 9.000 banen zal opleveren (blz. 147). Daarnaast wordt er vanzelfsprekend wel van uitgegaan dat deze impuls het mogelijk maakt "de reeds voorziene instroom van 10.000 personen in 1994 daadwerkelijk te realiseren", hoewel de praktijk van de laatste maanden leert dat instellingen op grond van de weinig florissante financiële perspectieven voor 1994 uiterst terughoudend zijn ten aanzien van elke langlopende verplichting en daardoor zelfs de streefcijfers voor 1993 onder druk komen te staan. Of de publikatie van het FOZ 1994 het enigszins tanende enthousiasme zal doen omslaan in de door bewindslieden veronderstelde euforie wordt hier en daar lichtelijk betwijfeld.

De werkgeverskant

Maar goed, een kniesoor die op zulke kleinheden let, zeker in een verkiezingsjaar. Het laat zich echter wel voorspellen dat, gelet op het feit dat het FOZ niet huis aan huis wordt verspreid en de gemiddelde burger dus verstoken blijft van het inzicht dat hij zich in 1994 minder beroerd gaat voelen, de vraag naar intramurale zorg onverminderd zal toegroeien. Het FOZ 1995 kan voor deze sector alvast in hoofdlijnen worden geschreven. Evenzeer is duidelijk, dat de manager in de doorsnee-instelling zich in zijn handelen minder zal oriënteren op het politieke droomdenken dan op de budgettaire situatie, zoals die zich voor hem aftekent. En dan spelen, nog afgezien van de reeds aangeduide budgetkortingen in de sectoren geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen, de volgende factoren voor de intramurale sector een niet geheel verwaarloosbare rol:

- Een financiële ruimte van 0% voor verbetering van de arbeidsvoorwaarden. De dreigende strubbelingen bij het aflopen van de huidige CAO in april 1994 nog daargelaten impliceert deze beleidslijn dat de kosten die nog voortvloeien uit de CAO 1992-1993 volledig ongedekt blijven. Deze zogenoemde overloop kost de in-

ciële consequenties zijn verbonden, betekent dit voor de sector een jaarlijks tekort van ruim 0,50%, ofwel zo'n 60 miljoen.

- De Haagse regeldrift, onveranderlijk goed voor tientallen miljoenen meerkosten per jaar, gaat zoals te doen gebruikelijk niet gepaard met enige vorm van financiële compensatie.

- Een korting op grond van ziekteverzuimreductie van 0,50% van de loonkostensom (zeg 60 miljoen), terwijl de recentste cijfers laten zien dat een verdere daling vooralsnog niet in de lijn der verwachting ligt, komt voor instellingen overeen met een nettokorting van dezelfde omvang.

- De efficiency-korting van 0,35% van de loonkostensom betekent een aderlating van ruim 40 miljoen.

Hoewel de drie eerstgenoemde verkrapingen door bewindslieden blijkbaar verwaarloosbaar worden geacht - ze worden in het FOZ namelijk niet eens genoemd - is het beeld voor de bewindslieden des-

K N M G
Dienstverlening



Stel de lokale radio-omroep is iets op het spoor en wil uw commentaar. Of op een dag staat er een journalist van de plaatselijke krant voor uw deur, men wil uw mening over een heikel onderwerp. Hoe pakt u zoiets aan? Het secretariaat van de KNMG kan u adviseren. Bel 030-823200. Uw contactpersoon: R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR. Of schrijf naar Secretariaat KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht.

Geriatrisch onderwijs aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg

Renovatie of nieuwbouw?

A.T.J. Lavrijssen, C.J.C.M. Kooyman,
H.F.J.M. Crebolder en J.F.B.M. Fiolet

In Maastricht is de werkgroep Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie ingesteld om, zowel in de breedte als in de diepte, te komen tot een volledig aanbod aan geriatrisch onderwijs.

ALS GEVOLG VAN de toenemende vergrijzing van de bevolking zal de medicus practicus steeds vaker te maken krijgen met patiënten uit de hogere leeftijdscategorieën die zich vaak met multiple problemen presenteren, zowel op het somatische, het psychische, als het sociale vlak.¹ Een orgaangerichte benadering zal in toenemende mate te kort schieten en inherent aan de multiple problemen zal voor een functioneler c.q. systeemgericht benadering moeten worden gekozen, waarbij niet zozeer 'het genezen' op de voorgrond moet staan maar veeleer 'het begeleiden en leefbaar maken'. Tot op heden is het medisch curriculum vooral orgaangericht opgebouwd. Dit kan interfereren met een goede medische zorg voor de oudere patiënt. Aanpassing van onderwijs c.q. opleiding moet daarom plaatsvinden.

Dit is de reden geweest dat de minister van WVC aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid heeft gevraagd advies uit te brengen over deskundigheidsbevordering in de geriatrie. In dit advies wordt gesteld, dat iedere hulpverlener in de eerste lijn reeds in de initiële opleiding op de geriatrische problematiek moet worden voorbereid en dat dit via verschillende wegen en in verschillende vormen zal moeten plaatsvinden.² Als randvoorwaarden worden in het advies onder meer gesteld: duidelijkheid over het gewenste niveau van deskundigheid, aanwezigheid van voldoende (gekwificeerde) opleiders, enige mate van uniformiteit in het aanbod en een gegarandeerde financiering. Landelijk zijn er in dit kader verscheidene initiatieven ont-

plooid. De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie bijvoorbeeld heeft een speciale onderwijscommissie ingesteld die zich onder andere heeft beziggehouden met het opstellen van eindtermen die als leidraad kunnen worden gebruikt voor de ontwikkeling van een geriatrisch onderwijsprogramma. Deze eindtermen zijn inmiddels aangeboden aan de leiding van het project 'Herziening Tweede Fase Artsopleiding', de zogeheten commissie-Metz. Deze commissie heeft onder meer tot taak gemeenschappelijke minimum-eindtermen voor de basisartsopleiding op te stellen. In het kader van de stimuleringsactie 'deskundigheidsbevordering geriatrie' heeft het ministerie van WVC de medische faculteiten via projectsubsidies de gelegenheid geboden onderwijs in de geriatrie te bevorderen. In Maastricht is in dit kader de werkgroep Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie ingesteld.

Het Maastrichtse onderwijsstelsel leent zich bij uitstek voor het geven van geriatrisch onderwijs. Het probleemgestuurde onderwijs is thematisch georiënteerd en multidisciplinair gestructureerd, hetgeen uitstekend aansluit op de geriatrische werk- en denkwijze. De vraag doet zich nu voor in hoeverre er ondanks het ontbreken van een geriatrisch label in het bestaande medisch curriculum toch niet al elementen aanwezig zijn die - al dan niet na aanpassing - gebruikt kunnen worden bij het realiseren van een voldoende geriatrisch georiënteerd onderwijsaanbod. Aanpassing van het curriculum hoeft in dat geval geen vervanging van andere onderdelen in te houden maar, eerder zal een 'remodelling' moeten plaatsvinden. De bevindingen van het door ons verrichte onderzoek en de constatering dat er inderdaad een substantiële hoeveelheid geriatrisch materiaal is terug te vinden in het huidige curriculum hebben ons ertoe gebracht hiervan verslag te doen.

Project 'Onderwijsontwikkeling Geriatrie'

De werkgroep 'Onderwijsontwikkeling Geriatrie' (OOG) is samengesteld uit een in-

ternist/geriater, een internist, een sociaal geneeskundige en een zenuwarts. Zij houdt zich bezig met het ontwerpen en ontwikkelen van de vorm en de inhoud van het geriatrisch onderwijs aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg (RL).

Het project 'OOG' richt zich in eerste instantie op de opleiding van de medische student tot basisarts en eventueel in een later stadium op de opleiding en nascholing van 'postgraduates' (zoals onder andere huisartsen), gezondheidswetenschappers en geriateren.

Doelstelling van het project 'OOG' is de ontwikkeling van een geriatrisch onderwijsprogramma dat aansluit op de uitgangspunten van het onderwijs aan de RL en op de te formuleren eindtermen van de commissie-Metz. Daarnaast zal het project zich richten op de implementatie van het ontwikkelde programma in het bestaande curriculum.

Teneinde de doelstelling te verwezenlijken heeft de werkgroep haar werkzaamheden zodanig gefaseerd dat de inventarisatie van bestaande geriatrische onderwijsactiviteiten, waarvan hier verslag, als fundament kan dienen voor de latere activiteiten. Toetsing van de bestaande activiteiten aan de eindtermen moet leiden tot identificatie van nog bestaande hiaten. In overleg met de verantwoordelijken voor het onderwijs wordt een plan gemaakt om te komen tot een zo volledig mogelijk aanbod van geriatrisch onderwijs in het basiscurriculum.

Aanbod geriatrisch onderwijs Definities

De volgende definities zijn afgeleid van de definitie van geriatrie zoals die wordt gehanteerd door de werkgroep onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.

Geriatrie is de systeemtheoretische benadering van de geriatrische patiënt, dat wil zeggen: de oudere patiënt die zich door multiple problemen op somatisch en/of psychisch en/of sociaal terrein met dreigend blijvend functieverlies en een ver-

minderde zelfredzaamheid in een wankel evenwicht bevindt.

Geriatrisch onderwijs is het onderwijs dat beoogt kennis met betrekking tot de geriatrie aan de medisch student over te dragen, specifieke vaardigheden met betrekking tot de benadering van de geriatrische patiënt te ontwikkelen en de attitude ten opzichte van de geriatrische patiënt te vormen.

De vorm van het onderwijsaanbod omvat de wijze waarop de stof aan de student wordt aangeboden (bijvoorbeeld lezingen, discussietaken, audiovisuele presentaties); de inhoud omvat de theoretische kennis, de vaardigheden en de attitudevormende elementen.

Methoden

In grote lijnen kan het onderwijsaanbod aan de RL worden onderverdeeld in een aanbod binnen het project 'Curriculum' en een aanbod binnen het project 'Curriculum ondersteuning'. Deze projecten vormen één van de twee assen van de organisatie van het geneeskundig onderwijs aan de RL.³ Het project 'Curriculum' omvat de reguliere onderwijsblokken in de

tot veroudering en specifieke geriatrie. Voor de duidelijkheid is in de tekst verder alleen gebruik gemaakt van de term 'geriatrisch onderwijs'.

Het aanbod aan geriatrisch onderwijs is wat betreft vorm en inhoud geïnventariseerd aan de hand van met name aanwezige documentatiemateriaal zoals (keuze)-onderwijsklappers, blokboeken, catalogi, etc. Waar nodig werden in gesprekken met voor het onderwijs verantwoordelijke medewerkers verduidelijkingen en aanvullingen aangebracht.

Aanbod binnen het project 'Curriculum'

Reguliere onderwijsblokken. De preklinische fase is in 27 onderwijsblokken onderverdeeld (23 reguliere blokken en 4 keuzeblokken). Per studiejaar wordt een kort overzicht gegeven.

Studiejaar 1 bevat drie discussietaken omtrent de basisbehoeften van de mens, de adaptatieverschillen tussen mensen onderling en de opvang van CVA-patiënten (hulpverleningscircuit, financiële regelingen, etc.). Daarnaast een themabijeenkomst over de fysiologie van het hart, waaraan gekoppeld verouderingsaspecten.

Studiejaar 2 bevat een volledig onderwijsblok gewijd aan de verouderende mens, met discussietaken betreffende demografische ontwikkelingen, psychosociale aspecten van veroudering, mobiliteitsproblemen, heupfractuur, urine-incontinentie, cerebrale bloedvoorziening en CVA, dementie en delier en oncologische principes. Daarnaast tevens themabijeenkomsten betreffende psychosociale aspecten en fysiologie van veroudering, farmacotherapie bij ouderen, incontinentie, veranderingen in hersenen en gedrag, botstofwisseling, vallen, revalidatie van ouderen en organisatie van het gezondheidscircuit. Studiejaar 3 bevat een aantal discussietaken betreffende duizeligheid, CVA en parkinsonisme. Daarnaast een themabijeenkomst betreffende artrose.

Studiejaar 4 bevat geen relevante activiteiten.

Keuzeonderwijs. In totaal moeten 37 weken tijdens de opleiding tot basisarts met keuze-onderwijs worden opgevuld. Het keuze-onderwijs omvat programma's ter oriëntatie en wetenschapsstages.

In het 2e t/m 4e studiejaar worden enkele programma's ter oriëntatie aangeboden betreffende het cognitief functioneren van ouderen en dementie (vakgroepen Neuropsychologie en Psychobiologie), één programma Klinische Geriatrie (vakgroep Interne Geneeskunde) en een programma betreffende veroudering en hart- en vaatziekten (vakgroep Huisartsgeneeskunde).

In het 5e en 6e studiejaar worden deze laatste twee programma's eveneens aangeboden en daarnaast een programma betreffende de juridische aspecten van het bejaardenbeleid (vakgroep Gezondheidsrecht).

Als wetenschapsstages worden programma's aangeboden betreffende de diagnosestelling van dementie, het gebruik van de term 'dementie', diervormen voor cognitieve veroudering en dementie, mobiliteitsstoornissen bij ouderen, psychofarmaca en geheugen, volgorde van cognitieve uitval bij dementie, depressie en dementie en geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.

Het keuzeprogramma Klinische Geriatrie omvat een multidisciplinair aanbod van onderwijsactiviteiten, bestaande uit patiëntencontacten, het bijwonen van multidisciplinaire besprekingen, bezoeken aan instellingen binnen het geriatrisch circuit, en themabijeenkomsten. Onderwerpen die aan de orde komen, zijn onder andere organisatie van het geriatrisch circuit, demografie, (patho)fysiologie van veroudering, psychogeriatric, incontinentie, mobiliteit, farmacotherapie en voeding.

Praktische stages jaar 5 en 6. De praktische stages betreffen de stages interne geneeskunde (inclusief cardiologie en pulmonologie), algemene heekunde (inclusief orthopedie en urologie), huisartsgeneeskunde, obstetrie/gynaecologie, neurologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, dermatologie, oogheelkunde en KNO. Geriatrie wordt als zodanig niet als structureel element binnen deze stages aangeboden.

Aanbod binnen het project 'Curriculumondersteuning'

Vaardigheidstrainingen en attitudeontwikkeling. De vaardigheidstrainingen omvatten fysisch-diagnostische vaardigheden, instrumenteel-technische vaardigheden, laboratoriumvaardigheden en sociale vaardigheden. De eerste drie categorieën vaardigheidstraining zijn niet specifiek geriatrisch georiënteerd. Wel wordt sinds 1989 een training aangeboden gericht op het onderzoek van de hogere cerebrale functies, waarbij gebruik wordt gemaakt van rollenspellen en audiovisuele middelen.

De trainingen sociale vaardigheden worden als onderdeel van het 'Tweede Strooms Onderwijs' aangeboden. Het betreft hier een integratie van trainingen sociale vaardigheden, simulatiepatiëntencontacten en bejaardencontacten. Voor en nabesprekingen zijn gericht op gesprekstechniek, attitude, etc. In de bejaardencontacten komen zowel algemeen oriënterende aspecten als meer speci-

*Het Maastrichtse
onderwijssysteem leent
zich bij uitstek voor het
geven van geriatrisch
onderwijs*

eerste vier studiejaar, het keuzeonderwijs in alle studiejaar en de praktische stages in de studiejaar 5 en 6. De onderwijsblokken omvatten een periode van zes weken waarin een bepaald thema wordt belicht en uitgediept (bijvoorbeeld het onderwijsblok 'Pijn'). De blokboeken vormen de spil van de activiteiten van de studenten die, in onderwijsgroepen van acht à tien personen, aangeboden problemen inventariseren en bestuderen. De blokboeken bevatten verder informatie over onderwijsactiviteiten, leermiddelen en ter zake deskundigen. Het project 'Curriculumondersteuning' omvat de deelprojecten 'Vaardigheidstrainingen', 'Praktisch medisch onderwijs', 'Attitude-ontwikkeling', 'Training en vorming', 'Leermiddelen', 'Evaluatie van studieresultaten' en 'Programma-evaluatie'. Per onderdeel c.q. deelproject zal een kort overzicht worden gegeven van het aanbod aan geriatrisch onderwijs, zonder volledigheid te pretenderen. Benadrukt moet worden, dat geriatrisch onderwijs in dezen moet worden gezien als onderwijs met betrekking

fiek geriatrische problemen aan de orde. *Praktisch medisch onderwijs*. In het eerste studiejaar wordt kennis gemaakt met de eerste lijn: huisarts, gezinsverzorging, maatschappelijk werk en wijkverpleging. Deze kennismakingsbezoeken zijn niet specifiek geriatrisch georiënteerd, maar kunnen zeker leiden tot een kennismaking met de geriatrische problematiek c.q. het geriatrische circuit. In een later stadium kan eveneens een kennismakingsbezoek worden afgelegd aan het verpleeghuis.

De ervaring met en het aanbod van geriatrisch onderwijs binnen het medisch curriculum van de RL blijken ruimer aanwezig te zijn dan door de werkgroep werd verwacht

Voor een relatief klein aantal studenten bestaat de mogelijkheid patiëntcontacten volgens het zogeheten 'adoptiemodel' te hebben. Eén of meer patiënten worden in dit model door dezelfde student gedurende enige jaren intensief gevolgd met betrekking tot hun medische 'carrière'. *Training en vorming*. Dit deelproject omvat onder andere een cursus 'Probleem-gestuurd onderwijs' en tutortrainingen voor onderwijsgevers en begeleiders. Relevante facetten voor het geriatrisch onderwijs zijn niet aanwezig.

Leermiddelen. Binnen dit deelproject wordt het beheer gevoerd over de audiovisuele middelen (videobanden en diaserie), de tijdschriften en vakbladen en leer- en handboeken. De relevante videobanden (71 uit totaal circa 2.000 banden) bestrijken een brede scala aan geriatrische onderwerpen, waarbij neuropsychiatrische onderwerpen de boventoon voeren naast meer algemene onderwerpen als psychosociale aspecten van veroudering, faciliteiten in het geriatrisch circuit en dergelijke. De diaserie omvatten nauwelijks geriatrische onderwerpen (3 uit 788 series). Het gaat hierbij om twee algemene onderwerpen en een meer specifiek onderwerp: visusstoornissen bij de oudere patiënt. Het aantal tijdschriften en vakbladen op geriatrisch gebied bedraagt 32, waarbij het in de meeste gevallen lopende abonnementen betreft. Naast algemeen geriatrisch georiënteerde bladen gaat het vooral om psychogeriatrisch en sociaal-geriatrisch gerichte bladen. Een brede

scala aan leer- en handboeken zijn beschikbaar, waarbij dezelfde categorieën als bij de tijdschriften overheersen. Een computer-ondersteund geriatrisch onderwijsprogramma is niet aanwezig.

Evaluatie van Studieresultaten. Ieder jaar worden vier voortgangstoetsen afgenomen. Deze toetsen bestrijken het gehele curriculum en worden gelijktijdig aan alle studenten voorgelegd. De vragen in deze toetsen worden ontleend aan een bestand van 15.000 vragen, ingebracht door de diverse vakgroepen. In een steekproef van 894 vragen, te zamen vier toetsen vormend, werden slechts 8 vragen (minder dan 1%) aangetroffen die voldeden aan de door ons - bewust ruim - opgestelde criteria. Om als geriatrisch relevant te worden geclassificeerd, moest een vraag een patiënt ouder dan 65 jaar betreffen danwel een combinatie van somatisch, psychisch en/of sociaal lijden. Ieder jaar wordt tevens een vaardigheidstoets afgenomen. Specifiek geriatrische onderwerpen komen hierbij niet aan de orde.

Programma-evaluatie. Alle onderwijsactiviteiten worden regelmatig geëvalueerd om middels bijsturing het onderwijs te optimaliseren. Specifiek geriatrische facetten zijn binnen dit deelproject niet aanwezig.

Opmerkingen

Binnen het project 'Curriculum' wordt op brede basis aandacht geschonken aan geriatrische problematiek. Opmerkelijk is echter het eenmalig en vrij geclusterd voorkomen van specifieke geriatrische problemen, hetgeen - mede door het ontbreken van repetitiemogelijkheden - voldoende diepgang kan bemoeilijken. Buiten het blok 2.7 'De jaren die tellen' wordt slechts verspreid geriatrisch onderwijs aangeboden, ook in blokken die zich met name hiervoor zouden lenen. Inhoudelijk en qua vorm zijn de programma's, aangeboden in het kader van het keuzeonderwijs, weinig divers van opzet, uitgezonderd het programma klinische geriatrie. Opvallend is voorts, dat een structureel aanbod van geriatrische onderwerpen vrijwel volledig ontbreekt in de praktische stages van jaar 5 en 6.

Binnen het project 'Curriculumondersteuning' wordt wisselend aandacht aan geriatrische problematiek geschonken. Naast de training van het onderzoek van de hogere cerebrale functies lijken specifieke geriatrisch gerichte trainingen niet noodzakelijk. De audiovisuele middelen zijn vaak gedateerd, hetgeen samenhangt met de vrij recent ontstane belangstelling voor de geriatrie en het feit dat de RL zich nog steeds in een opbouwfase bevindt, waardoor actualisering van leermiddelen een lagere prioriteit heeft dan mogelijk

wenselijk is. Hetzelfde kan worden gesteld met betrekking tot de leer- en handboeken. Ondanks het uitgebreide aanbod aan tijdschriften is het twijfelachtig of de leermiddelen voldoende benut worden. Binnen het deelproject 'Evaluatie studieresultaten' is relatief weinig ruimte ingeruimd voor geriatrische aspecten.

Conclusie

De ervaring met en het aanbod van geriatrisch onderwijs binnen het medisch curriculum van de RL blijken ruimer aanwezig te zijn dan door de werkgroep werd verwacht. Zowel inhoudelijk als qua vorm wordt het geriatrisch onderwijs vrij breed aangeboden. Aanpassing c.q. herschikking van onderwijs(delen) lijkt een goede basis om tot een volledig aanbod van geriatrisch onderwijs te komen. Actualisering van leermiddelen is noodzakelijk, uitbreiding van geriatrische keuzeonderwijsprogramma's gewenst. Aandacht voor wetenschappelijk onderzoek bij ouderen, eventueel binnen wetenschapsstages, is eveneens gewenst.

Grondige renovatie maakt in dit geval nieuwbouw grotendeels overbodig. Voorwaarde voor uiteindelijke implementatie van een toekomstig geriatrisch onderwijsaanbod is wel, dat ieder die verantwoordelijk is voor het onderwijs - beleidsmatig danwel uitvoerend - de geriatrie als regulier onderdeel van het curriculum accepteert en zich de systeembenadering wil en kan eigenmaken, zodat roofovername op een beperkte groep niet nodig is. •

A.T.J. Lavrijssen,
Vakgroep Interne Geneeskunde

C.J.C.M. Kooyman,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde

H.F.J.M. Crebolder,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde

J.F.B.M. Fiolet,
Vakgroep Interne Geneeskunde

Allen zijn verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg

Literatuur

1. CBS. Bevolkingsprognose voor Nederland 1988-2050, middenvariant.
2. Deskundigheidsbevordering geriatrie in de eerste lijn. Een gezamenlijke advies voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid. Februari 1992.
3. Nieuwenhuijzen Kruseman AC, Sanders HWA. Evenwicht in Maastricht: een stimulans voor zelfwerkzaamheid. Medisch Contact 1992; 47: 982-6.

Geriatrisch onderwijs aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg

Het fundament voor renovatie

A.T.J. Lavrijssen, C.J.C.M. Kooijman,
H.F.J.M. Crebolder en J.F.B.M. Fiolet

Suggesties van de Maastrichtse werkgroep 'Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie' naar aanleiding van de vraag hoe de geriatrische eindtermen in het medisch curriculum kunnen worden geïmplementeerd.

HET ONDERWIJS in de klinische geriatrie en gerontologie staat op de drempel van een nieuw tijdperk. De projectgroep 'Herziening Tweede Fase Artsopleiding' is druk doende nieuwe eindtermen voor de basisartsopleiding te formuleren. De onderwijscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie heeft eindtermen voor de artsopleiding met betrekking tot de geriatrie geformuleerd en aan deze projectgroep voorgelegd.¹ Zoals blijkt uit de voorlopige lijst van eindtermen van de projectgroep 'Herziening Tweede Fase Artsopleiding' is deze lijst van de onderwijscommissie nagenoeg onveranderd overgenomen. Deze voorlopige lijst van eindtermen speelt een centrale rol in dit verslag.

Sinds 1992 is de werkgroep 'Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie' in Maastricht actief bezig met de verdere ontwikkeling van het onderwijsprogramma in de geriatrie. Wij gingen in het voorgaande verslag in op de achtergronden en doelstellingen van de werkgroep.² Tevens werd verslag gedaan van de werkzaamheden, zoals deze door de werkgroep gedurende de eerste fase van het project 'Onderwijs Ontwikkeling Geriatrie' (de inventarisatiefase) werden verricht. Onze conclusie luidde, dat het aanbod aan geriatrisch onderwijs binnen het bestaande curriculum, zowel inhoudelijk als qua vorm, reeds vrij breed van opzet is. Daarnaast werden enkele algemene suggesties gedaan ter verbetering c.q. completering van het aanbod,

zoals actualisering van het leermiddelenaanbod, uitbreiding van het aanbod aan geriatrisch getinte keuzeonderwijsprogramma's en het schenken van aandacht aan wetenschappelijk onderzoek bij ouderen.

In de tweede fase, de toetsingsfase, heeft inmiddels toetsing van het gebodene aan de gememoreerde eindtermen geriatrie plaatsgevonden. Uitgaande van deze eindtermen is gestreefd naar een optimale afstemming van het geriatrisch onderwijsaanbod met de andere vakgebieden in de opleiding tot basisarts.

Wij beschrijven hier de resultaten van de toetsingsfase, waarbij allereerst wordt ingegaan op de gevolgde methodiek, waarna een inhoudelijke beschrijving van geconstateerde hiaten per algemene eindterm zal worden gegeven. Tot slot worden enkele voorstellen tot invulling van gevonden hiaten nader besproken, uitgaande van de algemene eindtermen en rekening houdend met de opbouw van het onderwijs aan de Rijksuniversiteit Limburg. Wat volgt is een voorbeeld van hoe de geriatrische eindtermen in het medisch curriculum kunnen worden geïmplementeerd. Wij wijzen erop, dat absolute volledigheid niet tot de doelstellingen van dit verslag behoort en dat de geopperde suggesties voor rekening komen van de Maastrichtse werkgroep.

Methoden

De organisatiestructuur van het geneeskundeonderwijs aan de Rijksuniversiteit Limburg is eerder in dit blad beschreven.³ Per algemene eindterm en de daartoe behorende deel-items is het aanbod aan geriatrisch onderwijs zowel in het project 'Curriculum' als in het project 'Curriculumondersteuning' doorgelicht. De lijst van gehanteerde eindtermen is vermeld in *overzicht 1*. *Overzicht 2* toont de onderwijsblokken in de eerste vier studie jaren. Bij deze toetsing is een aantal hiaten vastgesteld die verdere uitwerking behoeven.

Gepoogd is invulling van de geconstateerde hiaten te realiseren binnen de projecten 'Curriculum' en 'Curriculumondersteuning' op zodanige wijze dat degenen die uiteindelijk eindverantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het onderwijs, hiermee hun taak kunnen vervullen. Hierbij is gelet op een zo goed mogelijke aansluiting bij het bestaande onderwijsaanbod en de hieraan ten grondslag liggende filosofie. Tevens is gepoogd een gelijkmatige spreiding van het geriatrisch onderwijs over de studie jaren te bereiken met als doel de integratie met het bestaand onderwijsaanbod te optimaliseren en het inbrengen van repetitieve elementen te faciliteren.

Analyse

Bevolkingsgegevens. Demografische ontwikkelingen komen zowel in het reguliere onderwijs als in het keuzeonderwijs uitgebreid aan de orde; echter, epidemiologische aspecten ontbreken als structureel aandachtspunt.

Voorzieningen. De gezondheidszorgvoorzieningen hebben hun plaats binnen het reguliere en het keuzeonderwijs reeds gevonden. De verzekeringsgeneeskundige aspecten zijn echter onderbelicht en ook de maatschappelijke zorgvoorzieningen komen onvoldoende expliciet aan bod, hetgeen tevens geldt voor de welzijnszorgvoorzieningen. Daarentegen komen genoemde items vrij uitgebreid aan bod binnen het deelproject 'Leermiddelen'.

Gerontologie. Buiten het blok 2.7 'De jaren die tellen' komt gerontologie als zodanig nauwelijks aan bod. Er wordt geen aandacht geschonken aan basaal gerontologisch of klinisch wetenschappelijk onderzoek bij de bejaarde in het algemeen of de geriatrische patiënt in het bijzonder en slechts fragmentarisch aan specifieke verouderingsprocessen en adaptatiemechanismen.

Geriatrie. Aan de operationele definitie

van geriatrie wordt onvoldoende aandacht geschonken. Buiten blok 2.7 'De jaren die tellen' kan dit ook worden gezegd van de kenmerken 'differentiatie' en 'multidisciplinariteit' en de geriatische kernbegrippen 'atypische presentatie' en 'systeemtheorie' (holistische benadering). Het wezen van en het onderscheid tussen de verschillende onderdelen van de geriatrie (sociaal, klinisch, residentieel) worden evenmin afdoende aan de orde gesteld.

Geriatrische patiënt, beschrijving. Ook hiervan wordt de operationele definitie te beperkt behandeld. Alhoewel zij wel uitgebreid aan bod komen, worden de 'Geriatric Giants' niet als zodanig benoemd. De functionele aspecten van de geriatrische patiënt worden onvoldoende besproken. Farmacokinetiek en -dynamiek bij ouderen zijn onvoldoende geïntegreerd in de casuïstiek.

Geriatrische patiënt, benadering. Veel aandacht wordt geschonken aan het onderwijs van onderzoeksvaardigheden en sociale vaardigheden. De specifieke problemen, zoals deze in de omgang met geriatrische patiënten kunnen worden ervaren, worden echter niet expliciet besproken. Het geriatrisch onderzoek wordt niet volledig geïntegreerd aangeboden, maar in deeltrainingen. Bij de training in het onderzoek van de hogere cerebrale functies

worden geen beoordelingsschalen gebruikt. De belastbaarheid van de patiënt komt, behoudens op ad hoc-basis in het Tweede Strooms Onderwijs, niet aan de orde.

Geriatrische patiënt, behandeling en begeleiding. Interpretatie en integratie van onderzoeksgegevens in relatie tot de oudere patiënt en zijn/haar belastbaarheid blijken niet structureel aan bod te komen. Hoewel blok 1.6 'Grenzen van de zorg' zich onder andere bezighoudt met ethische vraagstukken, wordt in het curriculum weinig of geen aandacht besteed aan de problematiek rond het bewust beëindigen of onthouden van een behandeling dan wel terminale zorg. Binnen het deelproject 'Attitudeontwikkeling', al dan niet in het kader van het Tweede Strooms Onderwijs, kan dit vraagstuk als discussiepunt worden ingebracht. De farmacotherapie komt in vele onderwijsblokken aan de orde, zij het dat niet steeds de specifieke kenmerken van medicamenteuze therapie bij de oudere patiënt aan bod komen. Meer aandacht mag ook worden gegeven aan de specifieke problemen met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen bij diverse functiestoornissen, ziekten en handicaps. Het keuzeblok Farmacotherapie daarentegen besteedt één volledige week aan medicamenteuze thera-

Overzicht 1. Algemene eindtermen geriatrie.

Bevolkingsgegevens
- demografie
- epidemiologie
Voorzieningen
- gezondheidszorg
- maatschappelijke zorg
- welzijnszorg
Gerontologie
- begripsbepaling
- kenmerken veroudering
- adaptatiemechanismen
Geriatric
- begripsbepaling en definities
- sociaal, klinisch en residentieel
Geriatrische patiënt, beschrijving
- begripsbepaling en definities
- veel voorkomende geriatrische problematiek
- farmacokinetiek en -dynamiek
Geriatrische patiënt, benadering
- (hetero)anamnese
- geriatrisch onderzoek
- beoordelingsschalen
- aanvullend onderzoek en belastbaarheid
Geriatrische patiënt, behandeling en begeleiding
- interpretatie onderzoeksgegevens
- opstellen behandelplan
- farmacotherapie en interacties
- paramedische behandeling
- sociale interventie en ondersteuning
- advisering zorg-, leef- en woonomstandigheden
Sociale aspecten
- preventie
- ethische aspecten
- juridische aspecten
- mishandeling
Wetenschappelijk onderzoek

Overzicht 2. Onderwijscurriculum studiejaren 1 t/m 4 (centrale thema).

jaar 1

- 1.0. facultaire introductie
- 1.1. inleiding in de studie geneeskunde (probleemgestuurd onderwijs)
- 1.2. opname en afbraak (metabole processen)
- 1.3. interactie en regulatie (handhaving individu, ritme biologische activiteiten)
- 1.4. aanval en afweer (externe bedreiging en reparatie/herstel)
- 1.5. ontregeling geregeld (verstoring evenwicht en reactiepatronen)
- 1.6. grenzen van de zorg (maatschappelijke aspecten geneeskunde)

jaar 2

- 2.1. waarnemen, bewustzijn en emoties (reactievermogen op interne/externe prikkels)
- 2.2. bewegen en belasten (bewegingsapparaat, inspanningsfysiologie)
- 2.3. keuzeonderwijs
- 2.4. met vallen en opstaan (technische aspecten wetenschapsbeoefening)
- 2.5. groei en differentiatie (voortplantingscyclus)
- 2.6. geboren en getogen (proces van groei)
- 2.7. de jaren die tellen (manifestaties verouderingsproces)

jaar 3

- 3.1. kort van adem en pijn op de borst (aandoeningen van luchtwegen, hart en vaatstelsel)
- 3.2. inabilities (aandoeningen zich manifesterend in uitval en/of functieverlies)
- 3.3. psychomedische problemen en geestelijke gezondheidszorg
- 3.4. het binnenste buiten (problemen met uiterlijk/huid)
- 3.5. pijn
- 3.6. keuzeonderwijs
- 3.7. keuzeonderwijs

jaar 4

- 4.1. problemen met voortplanting en seksualiteit
- 4.2. abdominal complaints
- 4.3. koorts, infecties en ontstekingen
- 4.4. keuzeonderwijs
- 4.5. bloedverlies
- 4.6. moeheid en vermagering
- 4.7. acute nood

pie bij de bejaarde. De paramedische behandelingsmodaliteiten bij ouderen komen nauwelijks aan de orde buiten blok 2.7 'De jaren die tellen' en de keuzestage Klinische Geriatrie. De kernpunten van de eindterm sociale interventie en ondersteuning komen niet expliciet aan de orde, maar worden impliciet vaak bij bespreking van de casuïstiek in de overwegingen meegenomen. Wel lopen deze items als een rode draad door de keuzestage Klinische Geriatrie. Hetzelfde kan worden gemeld met betrekking tot het item 'advies rond zorg-, leef- en woonomstandigheden'.

Sociale aspecten. Preventieve geneeskunde bij ouderen blijft volledig buiten beschouwing. Evenmin wordt er systematisch aandacht geschonken aan ethische vraagstukken die betrekking hebben op de oudere patiënt. Opnieuw kan in het Tweede Strooms Onderwijs aandacht aan deze vraagstukken worden geschonken. Het blok 3.3 'Psychomedische problemen en geestelijke gezondheidszorg' besteedt aandacht aan de juridische aspecten van onvrijwillige opname en wils- en handlings(on)bekwaamheid, echter in het geval van de psychiatrische patiënt. Ook

mishandeling ('battered elderly') lijkt in het onderwijsaanbod een taboe.

Wetenschappelijk onderzoek. De specifieke mogelijkheden en moeilijkheden van wetenschappelijk onderzoek bij de bejaarde patiënt komen niet als zodanig aan bod.

Voorstellen ter verbetering

Bevolkingsgegevens. Epidemiologische aspecten kunnen goed worden geïntegreerd in de demografische ontwikkelingen, zoals deze in het blok 2.7 'De jaren die tellen' reeds ter sprake komen. Epidemiologische ontwikkelingen lenen zich daarnaast goed voor audiovisuele presentaties.

Voorzieningen. Verzekeringsaspecten kunnen in bestaande casuïstiek door het gehele curriculum worden ingebouwd. Een blok waarin de grenzen van de zorg ter sprake komen, leent zich bij uitstek voor een eerste aanzet tot verdieping in maatschappelijke en welzijnszorg faciliteiten. In een blok betreffende de oudere mens, bijvoorbeeld aan het eind van het tweede studiejaar, kan herhaling c.q. uitdieping plaatsvinden. Een reader, die het liefst ook met enige regelmaat wordt aangepast, zou een en ander overzichtelijker maken.

Gerontologie. Deze meer 'fysiologisch' getinte eindtermen vragen om een integratie in de blokken van de eerste twee studie jaren. In deze blokken kunnen specifieke verouderingsaspecten als doelstelling worden opgenomen. Bespreking van adaptatiemechanismen in het blok betreffende 'interactie en regulatie' is bijvoorbeeld op zijn plaats. Het blok betreffende de oudere mens kan opnieuw als repetitie- en uitdiep-blok worden benut. De bejaardencontacten in het derde (en eventueel vierde) studiejaar kunnen worden benut om specifieke verouderingsaspecten en adaptatiemechanismen ter sprake te brengen.

Geriatricie. Het blok betreffende de oudere mens blijft de aangewezen plaats in het curriculum om deze eindtermen uit diepen. Voor een optimale integratie van de kennis zou het blok feitelijk later in het curriculum moeten worden ingepast. Wel is het wenselijk ook buiten dit blok meer aandacht te schenken aan de kernbegrippen van de geriatricie, deels als repetitie en deels om de specifieke aspecten van de blokthematiek in relatie tot veroudering expliciet te maken. In de studie jaren 3 en 4 moet meer nadruk worden gelegd op symptoomarmoede en atypische presentatie van ziektebeelden bij ouderen en zal de systeemtheoretische benadering vaker moeten worden gevolgd.

Geriatricie patiënt, beschrijving. De operationele definitie, de factoren die leiden

tot geriatricie problematiek en de functionele aspecten kunnen worden uitgediept in de casuïstiek van het blok rond de oudere mens. De 'Geriatric Giants' kunnen daarnaast in de vorm van lezingen worden geëxpliciteerd. Farmacokinetiek en -dynamiek kunnen in de jaren 3 en 4, mede in relatie tot specifieke ziektebeelden, worden besproken. Een en ander kan worden ondersteund door nieuw te ontwikkelen audiovisueel materiaal en uitbreiding van de bejaardencontacten.

Geriatricie patiënt, benadering. Binnen het deelproject 'Vaardigheidstrainingen' moet expliciet aandacht worden geschonken aan de specifieke problematiek geassocieerd met de geriatricie patiënt, zoals het omgaan met handicaps in de communicatie. Het gebruik van beoordelingschalen kan worden geïntegreerd in de bestaande training van het onderzoek van de hogere cerebrale functies. Een en ander is eveneens in de bestaande bejaardencontacten in te bouwen. In het Tweede Strooms Onderwijs kan meer structurele aandacht aan de benadering van de bejaarde patiënt worden geschonken.

osteoporose, dementie, valneiging/heupfracturen, maligniteiten, etc. Ethische vraagstukken en mishandeling kunnen structureel in het Tweede Strooms Onderwijs aan de orde worden gebracht.

Wetenschappelijk onderzoek. De mogelijkheden en moeilijkheden van wetenschappelijk onderzoek bij de geriatricie patiënt zullen ter sprake moeten komen in (nog op te zetten) keuzeonderwijs en wetenschapsstages. Combinatie met ethische aspecten in een casus in het blok betreffende de grenzen aan de zorg of de oudere mens is eveneens een goede optie.

Samenvatting

Zoals uit de beschrijving van de resultaten van de toetsing blijkt, komen de verschillende eindtermen en hun deel-items in wisselende mate binnen het curriculum aan bod. Slechts drie van de eindtermen komen in het onderwijsaanbod niet of nauwelijks aan de orde: de eindtermen die betrekking hebben op het gebruik van beoordelingsschalen, mishandeling en wetenschappelijk onderzoek bij de geriatricie

Het geriatricie onderwijsaanbod in de eerste vier studie jaren behoeft daarom aanpassingen die zowel een kwalitatief als (in mindere mate) een kwantitatief karakter hebben en die structureel in het aanbod worden opgenomen

Geriatricie patiënt, behandeling en begeleiding. Het ligt voor de hand interpretatie en integratie van onderzoeksgegevens te koppelen aan het thema-specifieke onderwijs in de jaren 3 en 4. In een blok waarin de grenzen van de zorg ter sprake komen, zijn de problematiek rond het beëindigen van een behandeling en de terminale zorg op hun plaats, evenals de omgang met wils- en handelings(on)bekwaamheid. Het gebruik van medicatie bij specifieke functiestoornissen, ziekten of handicaps moet op de daartoe geëigende plaatsen worden besproken (bijvoorbeeld inhalatietherapie bij coördinatiestoornissen in het blok met pulmonale problematiek). De paramedische behandelingsmogelijkheden voor de oudere patiënt kunnen in het blok rond de oudere mens verder worden uitgediept. Sociale interventie en advisering moeten eveneens geëxpliciteerd worden in hetzelfde blok en in de keuzestages klinische geriatricie.

Sociale aspecten. Preventie kan aan specifieke probleembesprekingen worden vastgekoppeld. Te denken valt hierbij aan

sche patiënt. De overige eindtermen zijn in meer of mindere mate binnen het onderwijsaanbod vertegenwoordigd.

Enige aanpassing in kwalitatieve en kwantitatieve zin is echter noodzakelijk. Dit geldt met name voor de functionele aspecten en de specifieke kenmerken van de geriatricie en de geriatricie patiënt die binnen het bestaand aanbod meer expliciet moeten worden gemaakt. Hoewel bevolkingsgegevens en voorzieningen in kwantitatief opzicht eveneens ruim voldoende in het onderwijsaanbod zijn opgenomen, is ook hier enige kwalitatieve aanpassing op zijn plaats en moeten deze eindtermen meer gericht op de oudere patiënt in het algemeen en op de geriatricie patiënt in het bijzonder worden aangeboden.

De eindtermen betreffende gerontologie moeten systematischer in het curriculum worden doorgevoerd. Het geriatricie onderwijsaanbod in de studie jaren 1 t/m 4 behoeft daarom een aanpassingen die zowel een kwalitatief als - in mindere mate - een kwantitatief karakter hebben en die structureel in het aanbod worden opgenomen. In het eerste studiejaar zijn de voor-

gestelde veranderingen vooral gericht op het opnemen van specifieke verouderingskenmerken in de blokdoelstellingen van de daartoe geëigende blokken. In blok 1.6 'Grenzen van de zorg' zouden gezondheidszorgvoorzieningen en ethische vraagstukken kunnen worden opgenomen. In het tweede studiejaar ligt het accent van de voorgestelde veranderingen binnen het blok dat specifiek gaat over veroudering. Een deel van deze veranderingen moet zorg dragen voor repetitieve momenten. In de studiejaar 3 en 4 moeten de geriatrische kernbegrippen verder worden ingebouwd en moet extra aandacht worden geschonken aan interpretatie en integratie van onderzoeksgegevens bij de oudere patiënt evenals aan de specifieke problemen van farmacotherapie bij de oudere.

Binnen het project 'Curriculumondersteuning' moeten met name uitbreiding c.q. vernieuwing van leermiddelen en aanpassing van de bejaardencontacten zwaartepunten gaan vormen in de implementatie van de eindtermen.

Tijdens de implementatie zal voortdurend het onderscheid tussen 'ouderenzorg' en 'geriatrische zorg' in het oog moeten worden gehouden. Dit zal dan ook meer vergen dan enkel het toevoegen van de zinsnede: "bij de oudere patiënt".

Conclusie

Door systematisch gebruik te maken van de eindtermen geriatrie bij de beoordeling van de bestaande onderwijsmomenten is het mogelijk gerichte actie te ondernemen ter bevordering van de geriatiekennis van de basisarts. Het op deze wijze integreren van specifieke/andere soortige kennis in het curriculum is een haalbare zaak en hoeft niet te leiden tot een zodanige uitbreiding van de onder-

wijsbelasting dat de organisatie wordt gefrustreerd en de student wordt gemaltreiteerd. •

A.T.J. Lavrijssen,
vakgroep Interne Geneeskunde

C.J.C.M. Kooijman,
vakgroep Huisartsgeneeskunde

H.F.J.M. Crebolder,
vakgroep Huisartsgeneeskunde

J.F.B.M. Fiolet,
vakgroep Interne Geneeskunde

Allen zijn verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg

Literatuur

1. Bruyns E, Duursma SA, Roon HB de. Onderwijs in de geriatrie. Medisch Contact 1993; 48: 758-9.
2. ATJ Lavrijssen, Kooijman CJCM, Crebolder HFJM, Fiolet JFBM. Geriatrisch onderwijs aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg;

renovatie of nieuwbouw? Medisch Contact 1993; 48: nog in vullen.

3. Nieuwenhuysen Kruseman AC, Sanders HWA. Evenwicht in Maastricht: een stimulans voor zelfwerkzaamheid. Medisch Contact 1992; 35: 982-6.

P A T I Ë N T E N P E R I K E L

Ongecompliceerd

IN BLIJDE VERWACHTING van de geboorte van ons eerste kind wordt de zwangerschap geregeld gecontroleerd door de verloskundige, die - althans dat was onze bedoeling - ook de bevalling zal begeleiden. Een vermeende onderontwikkeling in de 33ste week van de zwangerschap brengt een stuitligging aan het licht. In de 36ste week meent de verloskundige dat het kind gedraaid is en wordt mijn vrouw voor echografische bevestiging daarvan naar de gynaecoloog verwezen. Na niet meer dan een terloopse blik op de buik van de zwangere te hebben geworpen, laat deze al weten: "Het zal wel geen dikkerdje worden." Vervolgens lijkt ze met behulp van het echoapparaat op zoek te gaan naar bevestiging van dat idee. De bevinding dat het kind nog steeds in stuit ligt, en onze teleurstelling daarover, is daarbij niet de moeite van de aandacht waard. De schedeldiameter van het kind blijkt niet afwijkend, waarbij ze een toon van verrassing niet kan onderdrukken. Hoewel de buikomvang van het kind meer aan haar verwachtingen blijkt te voldoen, berekent de computer toch een kinderlijk gewicht van boven de 5 pond; ook dat verbaast haar. Wat haar redt, is de aanwezigheid van kalk in de placenta, een, zo laat

ze weten, onheilspellende bevinding die wijst op dysfunctioneren van de placenta en die op zijn minst noodzaakt tot een CTG. Een uitmuntend CTG verandert echter niet veel aan het onheil; nauwgezette gynaecologische controles blijven noodzakelijk, waarbij zelfs de mogelijke noodzaak van een inleiding van de partus of een keizersnede ter sprake komt. Het leek waarachtig wel dat het alleen nog maar wachten was op het moment waarop in het natuurlijk beloop van de zwangerschap moest worden ingegrepen. Tegenwerpingen onzerzijds dat het geschatte gewicht van het kind toch niet zo dramatisch slecht was, de voorspellende waarde van kalk in de placenta toch waarlijk niet hoog is en het CTG toch wel aangaf dat het goed ging met ons kind, en onze vraag of ze misschien de situatie niet een beetje erg somber inzag, brachten daarin geen verandering. Omdat in haar constructie van maximale onzekerheid de keizersnede ons niet verleek, hebben we maar een andere gynaecoloog gezocht. Elf dagen na de uitgerekende datum resulteert een ongecompliceerd verlopende stuitbevalling in een gezond kind van bijna zeven pond. •

Korte door patiënten geschreven signalen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie.

De opleiding tot klinisch geriater

Opleidingseisen en behoefteeraming

E. Bruijns

Een overzicht van de inhoud en de opleidingscapaciteit van de klinische geriatrie.

TEGELIJK MET de erkenning van het specialisme klinische geriatrie werden de opleidingseisen gepubliceerd in Medisch Contact.¹ Deze eerste opleidingseisen voorzagen - naast een reguliere opleiding - in een overgangsregeling gedurende een periode van vijf jaar. Dit schiep voor een aantal mensen de mogelijkheid zich in te schrijven als klinisch geriater zonder dat zij de opleiding hadden gevolgd. Immers, tot 1983 was er geen officiële opleidingsmogelijkheid. De eerste opleiding klinische geriatrie startte medio 1984.

In 1990 werden de opleidingseisen aangepast.²

Opleidingseisen

De opleiding tot klinisch geriater duurt vijf jaar: twee jaar interne geneeskunde, twee jaar geriatrie in het algemeen ziekenhuis en één jaar geriatrie in het algemeen psychiatriesch ziekenhuis.

Voor de twee jaar vooropleiding interne geneeskunde zijn de desbetreffende opleidingseisen van toepassing. Dit deel van de opleiding vindt plaats onder supervisie van de opleider interne geneeskunde. De keuze van de opleidingsplaats is overigens niet aan regels gehouden.

Daarna volgt meestal het onderdeel geriatrie in het algemeen ziekenhuis. In de opleidingseisen wordt gesproken van 'somatische geriatrie'. Deze weinig gelukkige term geeft alleen aan dat er enige nadruk ligt op de somatische aspecten in de geriatrie, terwijl er bij de geriatrie patiënt tevens sprake is van psychische, sociale en/of functionele problematiek.

De opleiding geriatrie in het algemeen ziekenhuis kan alleen plaatsvinden in ziekenhuizen waar ook andere medische opleidingen worden verzorgd, in ieder geval voor de interne geneeskunde, de neurologie en de heekunde. Dit houdt in, dat er eisen worden gesteld aan het ziekenhuis met betrekking tot algemene opleidingsfaciliteiten en opleidingsklimaat.

Wat betreft de afdeling Geriatrie zijn eisen

geformuleerd met betrekking tot het minimum aantal patiënten dat per jaar wordt opgenomen (150) en op de polikliniek (100) en in consult (100) wordt gezien. In deze praktijk zijn ten minste twee klinisch gerieters werkzaam, aangevuld met één of meer assistent-geneeskundigen in opleiding (agio's).

In de stageperiode van twee jaar wordt meestal begonnen met een klinische stage, waarna tevens poliklinische en consultatieve taken worden verricht, alles onder supervisie van de opleider(s).

Tijdens deze opleidingsperiode is er voldoende gelegenheid kennis te maken met het werken in multidisciplinair verband en zich vertrouwd te maken met het systeem-theoretisch denken, beide karakteristiek voor de geriatrie. Er worden contacten onderhouden met andere specialisten en er zijn besprekingen met onder andere de radioloog en de patholoog-anatoom. De arts-assistent neemt deel aan wetenschappelijke vergaderingen, symposia, etcetera. In het algemeen zal de agio kennis maken met alle facetten van de geriatrie, zoals die zich in het algemeen ziekenhuis voordoen.

De Onderwijscommissie van de NVG heeft een start gemaakt met het beschrijven van de eindtermen van de opleiding tot klinisch geriater

De stage geriatrie in het algemeen psychiatriesch ziekenhuis is meer gericht op psychogeriatrische en psychiatrische aspecten van de geriatrie patiënt. Ook hier maken de somatische, sociale en functionele problemen deel uit van het ziekteproces. De positie van de afdeling Geriatrie in het algemeen psychiatriesch ziekenhuis (GAPZ) verschilt van de geriatrie afdeling in het algemeen ziekenhuis (GAAZ) en daarin ligt een belangrijk onderscheid tussen de beide stageperiodes. Het werken in multidisciplinair verband, de systeem-theoretische benadering, geregeld overleg met andere (medi-

sche) disciplines en mogelijkheden voor cursorisch onderwijs en wetenschappelijke vorming zijn in principe overeenkomstig. De eisen aan de kwantiteit van de praktijk zijn iets lager dan in het algemeen ziekenhuis, het aantal opnames dient minstens vijftig te bedragen; voor de polikliniek worden geen aantallen genoemd.

Een afdeling Geriatrie kan niet functioneren zonder dat er contacten met andere geriatrie voorzieningen bestaan. De samenwerking met instituten als het RIAGG, de GG&GD, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen is onlosmakelijk verbonden met de functie van de klinisch geriater, zowel in het algemeen als in het algemeen psychiatriesch ziekenhuis. In de opleiding wordt hieraan aandacht besteed door middel van participatie aan het bestaande regionale overleg en consulent-schappen in verpleeghuizen. In dit overleg kunnen zowel patiëntgebonden als meer beleidsmatige zaken aan de orde worden gesteld.

In de geriatrie speelt de organisatie van de zorg een belangrijke rol. Hoewel dit niet expliciet in de opleidingseisen wordt genoemd, wordt hieraan wel aandacht besteed tijdens de opleiding. In de circuitvorming komt dit naar voren, maar evenzeer in de opzet en de organisatie van een afdeling Geriatrie. De Vereniging van Arts-assistenten Klinische Geriatrie (VAKG) heeft zich onlangs op dit terrein geprofileerd door het organiseren van een symposium over dit onderwerp.

De Onderwijscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie heeft zich de afgelopen periode voornamelijk beziggehouden met het opstellen van de eindtermen geriatrie voor de basisartsopleiding. In gevolge haar opdracht en als een logisch vervolg hierop heeft de commissie onlangs een start gemaakt met het beschrijven van de eindtermen van de specialistenopleiding tot klinisch geriater. Voorzover bekend, is dit nog niet eerder gebeurd voor een medisch-specialistenopleiding.

Behoefteteraming

De Nederlandse Vereniging voor Geriatrie en WVC stellen, dat er in Nederland in elke gezondheidsregio zowel één geriatrie afdeling in een algemeen ziekenhuis als één geriatrie afdeling in het psychia-

trisch ziekenhuis moet komen.^{3,4} De afdeling in het algemeen ziekenhuis moet ten minste zijn voorzien van 24 bedden. Deze afdeling vervult een functie voor de gehele gezondheidsregio.

Inmiddels heeft de ontwikkeling van de klinische geriatrie in de academische ziekenhuizen een aanvang genomen; in Nijmegen en Utrecht zijn afdelingen gestart. In Utrecht en Groningen is een hoogleraar geriatrie en gerontologie benoemd. Dit levert een behoefte op aan circa honderd klinisch geriater.

Op dit moment werken in Nederland veertig klinisch geriater en er zijn veertien opleidingsplaatsen. Per jaar groeit het aantal klinisch geriater met vier à vijf. Verwacht wordt, dat de opleidingscapaciteit binnen enkele jaren zal toenemen, zodat het aantal van honderd klinisch ge-

riater omstreeks het jaar 2000 kan zijn gerealiseerd.

In deze prognose is (nog) geen rekening gehouden met een poliklinische en consultfunctie in de overige ziekenhuizen in de regio. Deze zal slechts ten dele vanuit de bestaande capaciteit van de klinisch geriater, verbonden aan de afdelingen kunnen, worden gerealiseerd. Het zal daarom na 2000 nog enige jaren duren voordat aan alle ziekenhuizen in Nederland klinisch geriater verbonden zijn.

De prioriteit zal moeten liggen bij de afdelingen in algemene, academische en psychiatrische ziekenhuizen, zodat elke gezondheidsregio op afzienbare termijn over de functie klinische geriatrie kan beschikken. Deze nieuwe afdelingen kunnen starten in een groeimodel, dat zich over enkele (drie à vijf) jaren uitstrekt om zich te

ontwikkelen tot een volwaardige afdeling met polikliniek en consultfunctie. Het is te hopen dat opleiding en opleidingscapaciteit een zodanige groei doormaken dat de klinische geriatrie op den duur alle geriatrische patiënten in het ziekenhuis kan behandelen. •

mw dr E. Bruijs,
klinisch geriater, Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem

literatuur

1. Besluit 4 en 5/1982 van het Centraal College. Medisch Contact 1983; 38: 56-7.
2. Besluit 3/1989 van het Centraal College. Medisch Contact 1990; 45: 529-30.
3. Nota Klinische Geriatrie 1990-2000; behoefteteraming en prognose. Nederlandse Vereniging voor Geriatrie, 1990.
4. Nota Ouderen in tel. Den Haag: SDU, 1990.

ZIEKTE IN DE LITERATUUR



Harpmuziek aan het front

HOOFPERSOON IN 'Voyage au bout de la nuit' van L.F. Céline is de arts Bardamu. Een criticus omschreef Bardamu ooit fraai als: een frontsoldaat, die een veldslag heeft te strijden welke uiteindelijk verloren gaat, maar waarbij incidentele successen te boeken zijn. Dit zou kunnen gelden voor alle medici. Bardamu is ook een cynicus zonder illusies, die er af en toe maar gewoon het zwijgen toe doet, bijvoorbeeld wanneer hij bij een kind wordt geroepen met de onmisbare hysterische moeder: "Ik was volledig uitgepraat. Ik ging maar zitten en luisterde hoe de moeder nog luidruchtiger tekeering dan tevoren, verstrikt in haar theatrale flauwekul. Te veel vernedering, te veel armoede maken je volkomen passief. De wereld is een zware last voor je. Niets aan te doen." Tot haat omgevormde machteloosheid.

In het rollenspel dat leven heet, speelt de arts de rol van de minzame, diep menselijke geleerde en de weldoener. "De verpleegsters eisen helden, ook al was je dat absoluut niet. En wat kregen ze: zakken." Céline's stilistisch vitriool druipend af van de volgende beschrijving: "In de ene zaal na de andere gingen de oude mannetjes roddelpraatjes met hun rotte adem uitspugen, ze strooiden brokken laster en afgekloven leugens rond. Opgesloten hier in hun officiële ellende, samengedreven als in een vunzig reservaat herkauwen de oude arbeiders al de drek die na lange jaren van onderworpenheid binnen in ze een neerslag had gevormd. Machte-

loze haatgevoelens, verzuurd door het nietsdoen in de van pisstank doortrokken gemeenschappelijke zalen. Ze gebruikten hun laatste restjes beverige energie om elkaar nog een beetje dwars te zitten en het weinige plezier en het korte leven dat ze nog hadden te vergallen."

In de roman 'Mort à crédit' vertelt Céline de mémoires van een arts. Zijn blik is meedogenloos en vol walging, de pen het moordwapen. "Ik heb altijd in de geneeskunde gezeten, dat strontvak." Patiënten ontvangen is een harde bezigheid. 's Avonds is hij afgepeigerd. Zijn patiënten zijn arm. Het is volk dat met een pook zijn dochter halfdood knuppelt, geen wijn maar cider drinkt en allemaal moeilijke vragen stelt. Het is zinloos zich te haasten. De arts moet toch alles twintig keer herhalen. Ieder detail van elk recept. Het vergt het uiterste van je. "Niet dat ze zich iets zullen aantrekken van al je mooie adviezen, geen lor. Ze zijn alleen maar bang dat je je niet genoeg voor ze inspent, daarom dringen ze zo aan; ze willen zuigkoppen, bloedproeven, röntgenfoto's... Alles moet gemeten worden... De bloeddruk en ook de handel daarbeneden... Ik denk dat ik die schlemielen van mij 's een ochtend naar het slachthuis stuur om er warm bloed te drinken. Dan zijn ze meteen voor de hele dag gevloerd. Hoe moet ik 't ze anders afleren?..."

Louis-Ferdinand Céline was zelf arts (hij promoveerde op een dissertatie over Philipp Ignaz Semmelweis, de ontdekker van de oorzaak van kraamvrouwenkoorts) en een uitgesproken antisemiet. Maar een

groot schrijver. Zijn streven was een taal die als muziek klinkt. Zijn jachtige stijl is gebaseerd op het voortdurend gebruik van drie punten aan het eind van een zin. W.F. Hermans omschreef die stijl als 'Bargoense zweepslagen'. Hoe waar dit is, blijkt uit het fragment waarin een collega-arts een angina pectoris aanval krijgt. In dit citaat nadert Céline zijn stilistisch ideaal: "Honderd twintig seconden heeft ie zich schrap gezet met z'n klasieke vorming en al, een Caesarendood zou ie sterven... Achtien minuten lang heeft ie gekrijst als een mager varken... Dat het middenrif 'em uit zijn lijf werd gescheurd, met darmen en al... Dat er tienduizend messen in z'n aorta staken... Hij probeerde ze uit te kotsen... 't Was geen lolletje. Hij kroop erbij door de kamer... Hij beukte zich op z'n borst... Hij lag te loeien op 't vloerkleed... Ondanks de morfine. Je kon 't door het hele huis horen, tot buiten toe... Tenslotte lag ie onder de piano. Als de kransslagaders één voor één springen, dan hoor je wat, net een harp... 't Is jammer dat niemand zo'n aanval ooit kan navertellen. We zouden er allemaal wijzer en genialer op worden."

De wending daarna is al even cynisch: "Maar genoeg gemediteerd! Straks krijgen we onze venerische klanten weer." •

Frans Meulenber,
coördinator standaardontwikkeling bij het Nederlands Huisartsen Genootschap

Het opnemen van gevoelige gegevens in patiëntendossiers

R.M.S. Doppegieter en W.P. Rijksen

Welke consequenties heeft het Besluit gevoelige gegevens voor artsen en instellingen in de gezondheidszorg? Een overzicht van de voorwaarden waaronder het opnemen van gevoelige gegevens die in de praktijk van de hulpverlening relevant kunnen zijn, geoorloofd is.

HET LEVEN VAN houders van persoonsregistraties gaat niet over rozen. Nadat zij langzamerhand gewend zijn geraakt aan het normstelsel van de Wet persoonsregistraties (WPR),¹ die op 1 juli 1989 van kracht werd, worden zij nu geconfronteerd met de inwerkingtreding per 1 juni 1993 van het Besluit gevoelige gegevens.² Dit besluit bevat de voorwaarden waaronder het geoorloofd is in een persoonsregistratie gegevens op te nemen over "...iemand's godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, seksualiteit of intiem levensgedrag, alsmede persoonsgegevens van medische, psychologische, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke aard." Het Besluit gevoelige gegevens, dat een uitwerking vormt van artikel 7 Wet persoonsregistraties (WPR), heeft lang op zich laten wachten. Volgens artikel 7 WPR had het er al op 1 juli 1990 (!) moeten zijn, vóór 1 juli 1993 gevolgd door een voorstel voor een wettelijke regeling terzake. De weerbaarheid van het onderwerp heeft hierbij in de weg gestaan, aldus de Nota van Toelichting bij het besluit. Hoe dan ook, uiterlijk 1 juni 1996 moet een wetsvoorstel terzake bij de Tweede Kamer zijn ingediend dat het onlangs in werking getreden Besluit gevoelige gegevens uiteindelijk zal vervangen.

Ervan uitgaande dat gegevensverzamelingen, zoals die door artsen, instellingen, etc. worden gevoerd, als persoonsregistratie onder het bereik van de WPR vallen, heeft het besluit op al die registraties betrekking. Dat betekent, dat de (patiënt)registraties moeten worden getoetst

aan de voorwaarden die in het besluit worden gesteld.

Welke consequenties heeft het Besluit gevoelige gegevens nu in het algemeen voor artsen en instellingen in de gezondheidszorg? Wij zullen deze vraag beantwoorden aan de hand van een bespreking van de voorwaarden waaronder het opnemen van gevoelige gegevens die in de praktijk van de hulpverlening relevant kunnen zijn, geoorloofd is.

Gevoelige gegevens in patiëntenregistraties

In een patiëntenregistratie worden diverse gegevens opgenomen die voor een goede hulp- en zorgverlening aan de patiënt nodig zijn. Het grootste deel van de gegevens is privacy-gevoelig van aard. Zo worden medische en/of psychologische gegevens door de arts vastgelegd, maar het is ook mogelijk dat opname van gegevens over iemand's godsdienst, levensovertuiging of ras van belang kan zijn voor de (medische) behandeling van de patiënt. Ingevolge de WPR geldt al, dat dit soort gegevens alleen dan mag worden vastgelegd indien dit voor het doel van de persoonsregistratie (bijvoorbeeld 'hulpverlening') noodzakelijk is. Het Besluit gevoelige gegevens trekt strakkere grenzen door - uitgaande van de aard van de aan het gegeven te ontlelen informatie - specifieke noodzakelijkheidsvereisten te stellen aan de opname van de verschillende typen gevoelige gegevens. Let wel: het besluit beperkt zich tot het stellen van voorwaarden aan de *opname* van gevoelige gegevens; het gebruik en de verstrekking van deze gegevens worden beheerst door het algemene regime van de WPR.

Naast de specifieke voorschriften (in de artikelen 2 t/m 7) treffen we in (artikel 8 van) het besluit een 'algemene restbepaling' aan, ingevolge welke voor het opnemen van gevoelige gegevens in gegevensbestanden, die niet in de specifieke voorschriften zijn geregeld, een bijzondere legitimatie wordt verlangd. Voorzover echter de specifieke voorschriften regels be-

De rubriek 'Arts en praktijk' omvat bijdragen van stafmedewerkers van de KNMG, die aanbevelingen doen op grond van hun ervaring met het adviseren van leden.

vatten buiten welke het opnemen van gevoelige gegevens niet is toegestaan (zogenoemde verbodende bepalingen), biedt de algemene restbepaling geen uitkomst voor het (alsnog) kunnen opnemen van gevoelige gegevens.

Gegevens van medische of psychologische aard of over iemand's seksualiteit of intiem levensgedrag

Het opnemen van deze gevoelige gegevens in een dossiervverzameling (registratie) levert ingevolge artikel 5 van het besluit geen problemen op wanneer het gaat om persoonsregistraties van instellingen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening die onder het stringente regime van paragraaf 5 van de WPR vallen. Dit betreft die registraties waarvan het aanleggen noodzakelijk dient te zijn voor een goede vervulling van de taak van de houder en waarin alleen die gegevens mogen worden opgenomen die noodzakelijk zijn voor het doel van de registratie. Wellicht kenmerkender voor deze registraties is de zogenoemde *reglementsplicht*. Dit betekent, dat de houders over een privacy-reglement moeten beschikken, waarin regels zijn opgenomen voor onder meer het gebruik en de verstrekking van gegevens in de patiënten- of cliëntenregistratie. Onder 'een instelling voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening' worden ingevolge de WPR onder meer gerekend: ziekenhuizen, verpleeghuizen, bejaardenhuizen, gezondheidscentra, (binnen en buiten instellingen) individueel werkzame artsen, specialistenmaatschappen, groepspraktijken van huisartsen, consultatiebureaus en kruisorganisaties.

Een groot aantal registratiehouders bin-

nen de gezondheidszorg werkt inmiddels met zo'n privacy-reglement. Verschillende koepels binnen de gezondheidszorg, waaronder de KNMG en de NZf, heeft daartoe model-privacy-reglementen voor de diverse sectoren ontworpen, die aldaar beschikbaar zijn en desgevraagd kunnen worden toegelicht.

Instellingen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening, die volgens de letter van de WPR niet verplicht zijn zo'n privacy-reglement op te stellen (zoals bedrijfsgezondheidsdiensten en levensverzekeraars), zijn voor wat betreft het opnemen van deze gevoelige gegevens gebonden aan de aanvullende voorwaarden in de 'algemene restbepaling' in artikel 8 van het besluit. Uit deze rest-

daardoor niet onevenredig wordt geschaad (bijvoorbeeld een ziekteverzuimregistratie die door de werkgever wordt bijgehouden).

Geconcludeerd kan worden, dat er voor artsen in het algemeen geen beletsel zal zijn voor het opnemen van de relevante medische of psychologische gegevens of - voorzover noodzakelijk - gegevens over iemands seksualiteit of intiem levensgedrag.

Gegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging

Met betrekking tot de gezondheidszorg bepaalt het besluit in artikel 2 lid 1 onder c. dat deze gevoelige gegevens mogen worden opgenomen in (afzonderlijke) dossiers *welke de geestelijke verzorging van personen tot doel hebben*. Daarbij kan worden gedacht aan (van het medisch dossier losstaande) registraties van pastores of andere geestelijk begeleiders in of ten behoeve van bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen of bejaardenoordelen. Gegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging mogen ingevolge het besluit niet worden opgenomen indien de geregistreerde daartegen 'schriftelijk bezwaar heeft gemaakt'. Dit betekent, dat de patiënt/cliënt vooraf via een informatiefolder of via de geestelijk verzorgers binnen de instelling op de hoogte moet worden gesteld van de opname van gegevens over de godsdienst of levensovertuiging alsmede van het doel daarvan, teneinde eventueel bezwaar te kunnen maken.

Voor de volledigheid zij vermeld, dat met een persoonsgegeven betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging ook wordt bedoeld op het gegeven dat iemand *geen* godsdienstige geloofsovertuiging heeft.

Relevantie van deze gegevens voor artsen

Vanzelfsprekend kunnen gegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging van belang zijn voor de hulpverlening. Zo kunnen deze gegevens van essentiële betekenis zijn bij de onderkenning van bijvoorbeeld bepaalde psychiatrische ziektebeelden, het uitstippelen van een behandelbeleid (onder meer vaccinaties, bloedtransfusie bij Jehovah's Getuigen), het voorschrijven van een dieet, het afleggen van overledenen, lijkschouwing en dergelijke. Indien hiervan sprake is, met andere woorden indien uit de opname van een gegeven betreffende iemands godsdienst als gevolg van bijkomende omstandigheden rechtstreeks en dwingend een medisch karakter voortvloeit, dan kunnen deze gegevens als 'medische gegevens' worden aangemerkt en dus

worden opgenomen in de registratie. Niet altijd zal er (meteen) een direct aantoonbaar verband bestaan tussen het gegeven betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging en bijvoorbeeld de hulpvraag. Indien er volgens de arts toch noodzaak is dit gegeven in een bepaald geval te registreren, biedt de 'algemene restbepaling' van artikel 8 hiervoor de basis. Zo bepaalt het eerste lid onder b van dit artikel dat persoonsgegevens mogen worden geregistreerd voorzover dit noodzakelijk is met het oog op een door de betrokkene gevraagde 'prestatie' (geneeskundige behandeling). Uiteraard is het van belang dat de eventuele consequenties van opname van dit gegeven worden besproken, bijvoorbeeld met het oog op een toekomstige verwijzing naar een bepaald ziekenhuis of verpleeghuis of met het oog op het medisch handelen in bepaalde (acute) situaties. Dit geeft vooraf duidelijkheid voor zowel de arts als de patiënt.

Geconcludeerd kan worden, dat de arts de noodzaak van opname van dit gegeven in zijn dossier in het kader van een zorgvuldige medische behandeling desgevraagd zal moeten kunnen aangeven en dit gegeven niet langer standaard kan opnemen in het dossier.

Wetenschappelijk onderzoek of statistiek

Ingevolge de algemene restbepaling van het besluit mogen gegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging worden opgenomen in een registratie die uitsluitend voor wetenschappelijk onderzoek (bijvoorbeeld een bevolkingsonderzoek) of statistiek is aangelegd en voorzover het opnemen van die gegevens noodzakelijk is ten behoeve van dat bepaalde onderzoek of die statistiek. Is het belang van deze gegevens voor het onderzoek niet meer aanwezig, dan moeten ze worden verwijderd, bijvoorbeeld door ze te ontdoen van persoonsidentificerende kenmerken of de gegevens te vernietigen.

Gegevens over iemands ras

Evenals gegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, kunnen ook raciale gegevens een belangrijke rol spelen in de hulpverlening. Zo kan opname van een gegeven over de etnische afkomst van belang zijn voor het vaststellen van bepaalde ziektebeelden die bij bepaalde rassen veelvuldiger voorkomen. Voorbeelden daarvan zijn de 'sikkelcelanemie' en 'thalassemie'. Indien deze relatie aantoonbaar aanwezig is, kan een raciaal gegeven als een 'medisch gegeven' worden aangemerkt en als zodanig in de registratie worden opgenomen. Bij twijfel rest niets anders dan te bezien of het opnemen van een raciaal gegeven

De inwerkingtreding van het besluit leidt ertoe dat voor het opnemen van gevoelige gegevens anders dan van medische en/of psychologische aard, vanaf 1 december a.s. een nadere legitimatie vereist is

bepaling volgt onder meer, dat deze gevoelige gegevens kunnen worden opgenomen voor zover dit noodzakelijk is met het oog op een door de betrokken patiënt/cliënt/verzekerde gevraagde rechtmatige beslissing (bijvoorbeeld een verzekerings- of uitkeringsaanvraag), een gevraagde prestatie (bijvoorbeeld een medische behandeling) of indien dit geschiedt met schriftelijke toestemming van de betrokkene en opname noodzakelijk is voor het doel van de registratie. Indien betrokkene echter niet in staat is tot het vragen van een beslissing of prestatie en evenmin bij machte is schriftelijke toestemming te geven (bijvoorbeeld een acute noodsituatie bij een bewusteloze patiënt), dan kunnen toch gegevens worden opgenomen voor zover dit noodzakelijk is met het oog op een gewichtig belang van de betrokkene.

Tenslotte kunnen persoonsgegevens betreffende iemands seksualiteit of intiem levensgedrag en persoonsgegevens van medische of psychologische aard in een registratie worden opgenomen voorzover dit noodzakelijk is met het oog op gewichtige belangen van de houder en de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene

gebaseerd kan worden op één van de grondslagen van de algemene restbepaling van artikel 8. Naar onze mening biedt dit artikel voldoende opening voor de arts die van oordeel is dat sprake is van een relevant gegeven. Opneming is dan immers noodzakelijk met het oog op een door de patiënt gevraagde prestatie, bijvoorbeeld een onderzoek of een medische behandeling.

Ook hier kan worden geconcludeerd, dat registratie van iemands ras in het dossier een nadere onderbouwing behoeft en door de arts die het gegeven vastlegt moet kunnen worden gemotiveerd.

Wetenschappelijk onderzoek of statistiek

Ten aanzien van het opnemen van gegevens over iemands ras ten behoeve van een bepaald wetenschappelijk onderzoek of statistiek geldt hetzelfde als is aangegeven bij de registratie van gegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging.

Registratie van gevoelige gegevens van derden

Het kan voorkomen dat in een persoonsregistratie niet alleen de persoonsgegevens worden opgenomen, maar ook gevoelige gegevens (bijvoorbeeld medische gegevens of over het ras of de godsdienst) van personen die in een nauw verband staan met de betrokkene, bijvoorbeeld familieleden of ouders. Voorbeelden van zulke registraties zijn de dossiervormingen op het gebied van de erfelijkheidsadviesing en de dossiers van de Bureau's Vertrouwensartsen inzake Kindermishandeling. De basis van een dergelijke opneming is eveneens te vinden in de 'algemene restbepaling' in artikel 8 van het besluit. Volgens de toelichting bij het besluit brengt in bepaalde gevallen 'het gewichtig belang van de houder' (dat kan bijvoorbeeld de arts, het bureau, het bestuur of de directie zijn) met zich mee, dat het opnemen van deze gevoelige gegevens van anderen dan de direct betrokkene noodzakelijk is. De houder dient daarbij een afweging te maken tussen het belang dat hij - in verband met zijn activiteiten - bij opneming heeft en de mate waarin de privacy van de derde(n) wordt geschaad. Blijkt er na verloop van tijd geen sprake meer te zijn van een 'gewichtig belang van de houder' dan dient hij deze gegevens te verwijderen.

Geconcludeerd kan worden, dat de arts het belang en de noodzaak van het opnemen van gevoelige gegevens van derden in het dossier moet kunnen aangeven en

deze gegevens dient te verwijderen indien belang en noodzaak niet meer aanwezig zijn.

Overgangsbepaling

Zoals aangegeven, leidt de inwerkingtreding van het besluit ertoe dat voor het opnemen van gevoelige gegevens anders dan van medische en/of psychologische aard, vanaf 1 december a.s. een nadere legitimatie vereist is. In het geval er sprake is van het 'standaard' opnemen van dergelijke gegevens in patiënten- of cliëntenregistraties is het de taak van de houder om de arts, die dit kan beoordelen, te laten nagaan of die legitimatie aanwezig is.

Dit laat onverlet dat het besluit ook van betekenis is voor lopende of afgesloten dossiers. Gevoelige gegevens van vermelde aard, die in deze dossiers zijn opgenomen en waarvan de opneming ingevolge het besluit niet is toegestaan, moeten uiterlijk per 1 december 1993 hieruit zijn verwijderd. Een en ander zal echter een zodanige hoeveelheid werk en tijd met zich meebrengen dat een afgeronde screening op 1 december a.s. welhaast ondoenlijk is. Wel moet het mogelijk zijn (bij consultering van patiënten) de lopende dossiers daarop te checken. Oude dossiers die feitelijk alleen nog een archiefbestemming hebben en straks (1994/1995?) bij inwerkingtreding van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)³ zullen moeten worden geschoond in verband met de daarin vastgelegde bewaartermijn van tien jaar - of zoveel langer als nodig is voor de zorg van een goed hulpverlener - kunnen dan tegelijk op al dan niet terecht opneming van deze gevoelige gegevens worden getoetst.

Sancties

De sancties op het niet voldoen aan de in het besluit gestelde regels zijn vermeld in de WPR zelf. Indien na 1 december 1993 ten onrechte een 'gevoelig gegeven' is opgenomen in de patiënten- of cliëntenregistratie dient de houder dit op verzoek van de betrokkene of een namens hem optredende belangenorganisatie, te verwijderen (vernietigen). De betrokkene kan daarbij tevens een beroep doen op de Registratiekamer met het verzoek te beïnvloeden of te adviseren in het conflict. De betrokkene heeft ook de mogelijkheid de arrondissementsrechter te vragen de houder alsnog te bevelen aan het verzoek te voldoen, eventueel op verbeurte van een dwangsom! De betrokkene heeft recht op

schadevergoeding indien hij schade lijdt als gevolg van een onterechte opneming van gevoelige gegevens in het dossier. Daarbij valt te denken aan een bepaalde beslissing of conclusie op basis van het opgenomen gevoelige gegeven, welke nadelige gevolgen heeft voor betrokkene. Overigens zal de bewijsvoering voor het verband tussen de schade en het opgenomen gevoelige gegeven niet gemakkelijk te leveren zijn. De rechter kan de houder tevens bevelen maatregelen te treffen tot herstel van de gevolgen voor de betrokkene.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden, dat er voor artsen in het algemeen geen beletsel zal zijn voor het opnemen van de relevante medische of psychologische gegevens of, voorzover dat voor de behandeling noodzakelijk is, gegevens over iemands seksualiteit of intiem levensgedrag. Voor het opnemen van gegevens over iemands godsdienst, levensovertuiging of ras of van gevoelige gegevens van derden zal de arts de noodzaak van opneming in het kader van een zorgvuldige medische behandeling moeten kunnen aangeven en onderbouwen. Het standaard opnemen van deze gegevens is ingevolge het besluit niet langer toegestaan en dient op korte termijn te worden aangepast. Dit zou onder omstandigheden kunnen leiden tot een noodzakelijke aanpassing van het privacy-reglement. Indien bijvoorbeeld in het reglement of de bijbehorende bijlagen is vermeld dat gegevens over godsdienst/levensovertuiging, seksualiteit of ras standaard worden geregistreerd, dan zal doorhaling op dat punt noodzakelijk zijn. •

mw mr R.M.S. Doppegieter,
stafmedewerker KNMG

mr W.P. Rijkse,
beleidsmedewerker Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Noten

1. Zie ook eerdere publikaties in Medisch Contact: 'Patiëntendossiers en de Wet persoonsregistraties', R.M.S. Doppegieter, MC nr. 42-1989, p. 1379-1383; 'De meest gestelde vragen over de Wet persoonsregistraties', R.M.S. Doppegieter, MC nr. 46-1991, p. 1383-1386.

2. Besluit van 19 februari 1993, houdende regels inzake het opnemen in een persoonsregistratie van persoonsgegevens als bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de Wet persoonsregistraties. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1993, 158.

3. Wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opneming van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 561.



Is dit ziekte?

MENEER FUCHSIA IS een Turkse man van 55 jaar. Hij is internationaal vrachtwagenchauffeur op het Midden-Oosten (Iran, Pakistan, Turkije). Nee, dat was hij, zie ik in de melding. Hij is in 1987 in de WW terechtgekomen. Op 2 september 1991 meldde hij zich ziek. Hij had hoofdpijn, neklachten, pijn op de borst, in de maag, kortom hij was ziek. De ziektewetarts volgt hem een tijdje, maar stelt in januari 1992 vast, dat de man zijn werk als internationaal vrachtwagenchauffeur waarschijnlijk niet meer zal kunnen doen. Dan moet er worden gekeken wat zo iemand nog wel kan. Daarom komt hij op mijn spreekuur. Hij is vergezeld van een Turkse tolk. Ik ken deze man, een maatschappelijk werker die in de VUT zit. Hij staat zijn landgenoten met raad en daad ter zijde. Vandaag komt hij mee omdat we via het Tolkencentrum geen tolk konden krijgen op dit spreekuurtijdstip. Tien minuten te laat roep ik hen binnen. Ik verontschuldig mij daarvoor. "O, geeft niks", zegt de tolk. "Wij hebben het gesprek voorbereid. Ik weet zo'n beetje wat u gaat vragen en dat heb ik maar vast besproken met meneer Fuchsia." Zijn ogen twinkelen. De tolk kent het klappen van de zweep en is in staat een gesprek soepel te laten verlopen. "Dus ik hoef niets meer uit te leggen?", vraag ik ten overvloede. "Nee hoor, steek maar meteen van wal", zegt de tolk. "Zo noemen jullie dat toch?" "Ja," zeg ik, "zo noemen wij dat." En dan steek ik vlug van wal, want het is niet zo netjes om een ondersje met de tolk aan te gaan waar de cliënt bij zit; deze kan namelijk niet verstaan wat er wordt besproken.

"Meneer Fuchsia", begin ik, "u bent op 2 september 1991 ziek geworden. Wat was er aan de hand?" De tolk vertaalt mijn vraag en geeft meteen antwoord. "Hij heeft al vier jaar last van maagpijn, daarvoor is hij onder behandeling van de internist. Hij heeft een - hoe heet dat? - onderzoek met een slang in de maag gehad." Gastroscopie, noteer ik. "Toen heeft hij in september ook nog hoofdpijn

gekregen en pijn in de nek en de schouders. De huisarts heeft hem medicijnen gegeven. En hij slikt ze allemaal, maar het helpt niet. Hij is ook naar de hartspecialist verwezen." Ik knik, want de brief van de cardioloog heb ik via de ziektewetarts gekregen. "Welke medicijnen heeft u, meneer Fuchsia?", vraag ik de man, die er als een geslagen hond bij zit. Dat begrijpt hij en hij keert het meegebrachte plastic tasje om. Het volgende rolt op mijn tafel: Zantac®, Ascal®600mg, Paracetamol® 500mg, Brufen®400mg, Dicofenac® 50mg, Metamucil® en Norison®. Niet mis. Ik

Marie-José Molledans

begrijp waarom hij van het opeten van al die medicijnen zo'n maagpijn en hoofdpijn krijgt. In zijn ijver de hoofdpijn te bestrijden, slikt hij natuurlijk een boel ascal en daar krijgt hij dan weer maagpijn van. Terwijl ik alle medicijnen noteer, gaat de tolk verder. "Meneer Fuchsia gaat ook naar het RIAGG", zegt hij. "Het RIAGG?" "Ja, want er zijn psychische problemen. Ik ga daar ook met hem naar toe." Een afsprakenkaartje wordt uit de portefeuille gehaald. Hij komt er eenmaal per twee maanden, zie ik. "Wat voor psychische problemen?", wil ik weten. "Nou, het zit zo", zegt de tolk. Hij vertelt in het Turks aan meneer Fuchsia waar we het nu over hebben. Dan gaat hij verder. Meneer Fuchsia knikt, hij zit er wat ineengedoken bij en geeft geen antwoord op de woorden van de tolk. "De vrouw en kinderen van meneer Fuchsia wonen in Turkije. Toen hij nog werkte kwam hij daar af en toe. Hij moest als vrachtwagenchauffeur toch geregeld naar het Midden-Oosten. Hij heeft dat werk van 1982 tot 1987 gedaan. Toen ging het bedrijf failliet en werd hij ontslagen. Sedertdien zit hij in de WW. Hij kan niet aan werk komen. Hij heeft verschrikkelijk vaak gesolliciteerd. Hij wil terug naar Turkije, maar hij kan niet." Ik kijk vragend. "Hij heeft namelijk geen verblijfsvergunning." Ik kijk nog vragender. "Die heeft hij toch ook niet nodig als hij naar Turkije gaat?" "Nee, natuurlijk niet,

maar als hij een verblijfsvergunning heeft, kan hij een remigratievergunning aanvragen. Dat betekent, dat hij met eens stukje uitkering naar zijn land terug kan. Als hij nu gaat, stopt zijn uitkering onmiddellijk." Dat is zo. Een WW- of bijstandsuitkering houdt op wanneer iemand 'metterwoon' naar het buitenland gaat. "En wie zorgt voor die verblijfsvergunning?", vraag ik, terwijl ik me realiseer dat de systematiek in dit gesprek volledig zoek is. "Ja, dat doet de advocaat." "De advocaat?" "Ja, want zijn verblijfsvergunning is afgewezen en daartegen is hij in beroep."

"Ik begrijp dus", zeg ik, "dat meneer Fuchsia ziek is omdat hij geen verblijfsvergunning heeft?" "Ja, daar komt het wel op neer", zegt de tolk. Ik frons mijn wenkbrauwen. Heb ik hier iets over geleerd in mijn opleiding? Ik besluit de advocaat te bellen die het verblijfsvergunningprobleem hanteert. Het lijkt me dat er winst te behalen valt in een snelle afwikkeling van dit probleem. De jurist, die ik onmiddellijk aan de lijn krijg, zegt: "O ja, meneer Fuchsia. Die zaak ligt bij de Raad van State." "Wanneer verwacht u een uitspraak?" "O, dat kan nog wel een jaar duren. Dat gaat allemaal niet zo vlug, ziet u." Ik zie dat niet. Wat ik zie is een man die voor mij zit en die een groot probleem heeft. Hij wil naar vrouw en kinderen in Turkije, maar kan niet zonder geld. Maar meneer Fuchsia wordt dus ziek van de onzekerheid en het afwachten. Hij gaat naar het RIAGG en de huisarts en de internist en de cardioloog. Als die uitspraak er is voor meneer Fuchsia, kan hij de toekomst overzien. Dus zeg ik tegen de advocaat dat de wachttijd een ziekmakend effect heeft op meneer Fuchsia. "Kunt u dat voor mij op schrift stellen?", vraagt hij met een gepaste vorm van gretigheid. "Jawel, maar daar heeft u niks aan. Zo'n verklaring moet natuurlijk van de huisarts komen. Ik zal u vertellen wie dat is." Ik geef de naam, het adres en het telefoonnummer van de huisarts op.

Dan bel ik de huisarts. "Meneer Fuchsia zit bij mij met een probleem", zeg ik. ■

"Ja", zegt de huisarts. "Zielig geval, die man. Ik heb hem naar het RIAGG gestuurd, in de hoop dat ze hem daar wat kunnen helpen. De man zit in een huis met nog een paar anderen, maar vrouwen en kinderen zitten in Turkije. De man moest daar ook heen kunnen. Kun jij er wat aan doen?" Ik vertel hem, dat ik net heb geregeld dat hij dat moet doen. Ik fluister hem nog wat mooie termen in, zoals: termijnen die ziekmakende gevolgen hebben, verhoogde medische consumptie, deplorabele toestand, etc. "Wacht, die schrijf ik even op", zegt hij. Zo, die actie is in gang gezet. Het wordt tijd om de zaken op een rijtje te zetten. "Meneer Fuchsia, ik vind het volgende", zeg ik. "Het probleem is, dat u niet terug kunt naar Turkije terwijl u dat wel wilt. Dus klachten van maagpijn, hoofdpijn en spanning zijn het gevolg van het basisprobleem." De tolk vertaalt. Meneer Fuchsia knikt. "Wat ik nu heb geprobeerd is wat u zelf ook al hebt geprobeerd: het probleem oplossen. Daar moeten we wel wat geduld voor hebben." Zin voor zin geeft de tolk mijn zienswijze weer. "Ik

vind dat we nog even kunnen afwachten, ik zie u over vier maanden terug. Maar u moet er wel rekening mee houden dat zo'n lange gerechtelijke procedure niet alsmäär een reden tot ziekte kan blijven. Uiteindelijk zullen we moeten vaststellen wat u nog wel kunt. Maar daar praten we over een paar maanden over. Tot die tijd wens ik u veel sterkte. Hebt u nog vragen?" Meneer Fuchsia heeft geen vragen. Hij gaat met de tolk weg.

"Bart, zet de zaken nu eens voor mij op een rijtje", vraag ik aan mijn wetstechnisch beoordelaar. Want tijdens de teambespreking wordt het mij lastig gemaakt. Had ik niet meteen kunnen zeggen wat ik ervan vond?

"Het zit zo", vertelt Bart. "Deze man heeft van 1982 tot 1987 gewerkt. Het bedrijf ging failliet en meneer Fuchsia in de WW. Dat loopt twee jaar, dan nog RWW en dan volgt de bijstand. Daar zou hij maart 1992 inkomen. Met WW en RWW kun je niet terug naar je vaderland. Dat gaat niet, want dan stel je je niet beschikbaar voor de arbeidsmarkt, en de bijstand mag je evenmin meenemen. Een uitkering van de

WAO kun je wel meenemen. Remigratie met behoud van uitkering heet dat. De ziektewetarts wilde daar mogelijk op aansturen."

"Maar waarom kon jij nu niet beslissen wat je over vier maanden gaat beslissen, Marie-José?", vraagt Pieter, die het principe "zo snel mogelijke weer aan de slag" huldigt. "Tja, ik vind dat die man nu in de narigheid zit. Hij is depressief, ziet er slecht uit, heeft lichamelijke klachten, kortom het gaat niet goed. Hij heeft wat tijd nodig om aan deze situatie te wennen. Want ik ben toch bang dat het lang gaat duren voor die vestigingsvergunning er komt. Maar op een zeker moment staat hij er niet anders voor als elk ander die in een gerechtelijke procedure zit. Dat is slopend en vreet energie, maar je kunt niet stellen dat iemand pas weer wat kan wanneer de rechtszaak voorbij is. Daarom heb ik wel aangekondigd dat de zaken veranderen. Daar moet de man ook rekening mee houden." Het verhaal is duidelijk. We blijven allemaal achter met een vraag: "Is dit nu ziek?" •

G E L E T T E R D

F.J. Meijman. Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk.

Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht. Meditext, Lelystad 1993. ISBN 90 5070 025 X. Prijs f 50,-.

VOR DE BEOEFENING van de geneeskunde is op de praktijk gebaseerde kennis noodzakelijk. Dat geldt niet alleen voor een chirurg, maar ook voor een huisarts. Het lijkt er soms op of kennis alleen nog kan worden verkregen door grootschalig opgezet en tevoren door vele instanties beoordeeld onderzoek. Het is de verdienste van de hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap, de huisarts Meijman, geweest dat hij zich een oordeel heeft willen vormen over de kwantiteit, de kwaliteit, de relevantie en de effecten van het in de periode 1972-1991 in ons land verrichte kleinschalig onderzoek door huisartsen. Meijman borduurt hierbij voort op het door de Groningse psycholoog Van Strien jarenlang geleden reeds aangesneden probleem van de methodologie voor onderzoek dat tot doel heeft kennis te verkrijgen over het praktijkhandelen. Zoals van een beoordelaar mag worden gevergd, heeft Meijman zijn vraagstellin-

gen goed geformuleerd, zijn definitie van het onderwerp van onderzoek geoperationaliseerd, de methodologie verantwoord en de beperkingen daarvan aangegeven, de resultaten helder weergegeven en de vraagstellingen systematisch en met de benodigde voorzichtigheid beantwoord. Meijman heeft als bronnen de desbetreffende jaargangen van Huisarts en Wetenschap en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde gebruikt. Het wekt geen verbazing dat de onderwerpen in de loop van de tijd concreter zijn geworden en steeds meer betrekking hebben op medisch-inhoudelijke onderwerpen en zaken als intercollegiale toetsing.

Meijman heeft aan de hand van gangbare - op de onderzoeksmethodologie en de betekenis voor de praktijk gerichte - criteria een panel van 'senioren' deze artikelen laten beoordelen. Van alle onderzoekartikelen wordt 82 percent reproduceerbaar en 65 percent geldig geacht. Moedig is dat Meijman aan de hand van door hem in dit promotieonderzoek gehanteerde criteria voor alle onderzoek de zwakke kanten van twee door hemzelf gepubliceerde kleinschalige onderzoeken heeft blootgelegd.

Kleinschalig onderzoek heeft, ook als de resultaten in duidelijke uitspraken werden

geformuleerd, niet altijd geleid tot aanpassing van bestaande protocollen. Misschien is het ook wel te veel geleverd om het basistakenpakket van de huisarts alleen op wetenschappelijk onderzoek te baseren. Het onderwerp 'perinatale zorg' geeft aan dat ook beroepspolitieke factoren de inhoud hiervan bepalen.

Gedetailleerd wordt weergegeven wat voor kennis er door kleinschalig onderzoek is gegenereerd. Het zou de moeite waard zijn de aanbeveling van Meijman te volgen en klein- en grootschalig onderzoek eens aan de hand van wetenschappelijke criteria te vergelijken.

Natuurlijk zijn ook bij dit proefschrift enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. Zo komt het me voor dat de toename van het aantal publikaties uit de huisartsgeneeskunde in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde niet alleen te danken is aan de ontwikkeling van de discipline huisartsgeneeskunde, maar tevens aan een gewijzigde opstelling van de hoofdredactie. Het moge duidelijk zijn, dat ik dit proefschrift met waardering heb gelezen en aanbeveel aan ieder die belangstelling heeft voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. •

C. Spreeuwenberg

Mannenbesnijdenis door de huisarts?

A.M.L. Peek en
D.S.van Grootheest

ENIGE TIJD GELEDEN werd een huisarts in een kleine industrieplaats benaderd door iemand uit de moslimgemeenschap aldaar. De man vertelde dat er problemen waren met de besnijdenis van hun zonen. Aan de ene kant leek het heel hygiënisch om het in het ziekenhuis te laten doen, maar dat strookte niet met de hele culturele entourage van de besnijdenis. Anderzijds waren ze ook niet blij met de traditionele besnijder, die het heimelijk deed en zonder medische achtergrond. De man vroeg de arts of het niet mogelijk was de besnijdenis door een huisarts te laten uitvoeren, zodat het wel hygiënisch zou gebeuren en er tegelijkertijd niets aan de ceremoniële waarde verloren zou gaan. Dit gegeven intrigeerde ons dermate, dat we besloten ons er verder in te verdiepen. We bestudeerden de literatuur over dit onderwerp en woonden een besnijdenis bij.

In ons land kan de mannelijke besnijdenis door een traditionele besnijder of door een chirurg in het ziekenhuis worden uitgevoerd. Beide mogelijkheden hebben zowel voor- als nadelen.

Ouders willen, dat de besnijdenis van hun zoon zo hygiënisch mogelijk en zonder risico's verloopt. Dit is wel het geval als de chirurg het doet, maar niet altijd als het gebeurt bij de traditionele besnijder, die meestal geen arts is. Het voordeel van de traditionele besnijder is echter, dat de besnijdenis op het feest zelf kan plaatsvinden op een cultureel acceptabele manier.

De vader van het jongetje dat zou worden besneden tijdens de besnijdenis die we bijwoonden, stond erop dat de huisarts erbij aanwezig zou zijn terwijl de besnijdenis werd uitgevoerd door een traditionele besnijder. Ter gelegenheid van deze besnijdenis werd een enorm feest gegeven, waarvoor de hele Turkse

gemeenschap was uitgenodigd. Het jongetje stond in de middelpunt van de belangstelling en was feestelijk aangekleed. De besnijdenis vond plaats in een apart zaaltje, in aanwezigheid van de familie en afgevaardigden van de plaatselijke moskee. Ook wij mochten erbij zijn. De traditionele besnijder leek zenuwachtig door de aanwezigheid van de huisarts, maar voerde de besnijdenis goed uit. Het jongetje leek na de verdooving nauwelijks pijn te hebben en werd luid geprezen voor zijn moed; tijdens en na de besnijdenis werd er voor hem gebeden. Onder de indruk verlieten wij deze feestelijke gebeurtenis.

In de islamitische wereld heeft de besnijdenis van jongetjes van ongeveer 7 jaar zowel een religieuze als een sociale betekenis. De religieuze betekenis is tweërlei: enerzijds wil men op deze manier het voorbeeld van de profeet Mohammed volgen, anderzijds is er de reinigende functie. Zowel de reiniging van hart en ziel als de reiniging van lichaam en uiterlijk wordt hier mee aangeduid. Uit een sociaal oogpunt is de besnijdenis een belangrijke gebeurtenis: het is dan, zoals we zelf ook hebben gezien, groot feest, waar alle mogelijke bekenden aanwezig zijn.

Zijn er bij de mannelijke besnijdenis mogelijkheden voor de huisarts? Een huisarts is medisch geschoold en kan inspelen op de wensen van de ouders, terwijl het feest niet wordt onderbroken. Hij lijkt hier de voordelen van de beide huidige mogelijkheden te bieden. Een alternatief is het opzetten van een opleiding voor islamitische besnijders in Nederland, maar dit lijkt sociaal en politiek niet eenvoudig.¹

Is de mannenbesnijdenis, met het oog op discussie rond de vrouwenbesnijdenis, wel ethisch verantwoord? Een dergelijke vergelijking lijkt hier niet op zijn plaats te zijn. Vrouwenbesnijdenis is veel meer een verminkende operatie, die medisch gezien niet te verantwoorden is. Mannenbesnijdenis daarentegen heeft geen nadelen, zelfs voordelen: zo is de kans op peniscarcinoom bij besneden mannen bijna nihil. In de Verenigde Staten worden alleen al om deze reden veel besnijdenis-

sen uitgevoerd. Mede daarom is het in de westerse wereld een algemeen geaccepteerd verschijnsel geworden. Het is bovendien een vrijwel pijnloze, kleine en weinig mutilerende ingreep.

De islam verwacht van de besnijder oprechte intentie en gevoel van verantwoordelijkheid.¹ Dit betekent voor de huisarts die in de toekomst besnijdenissen wil gaan uitvoeren, dat hij er interesse in moet hebben en zich in de stof moet gaan verdiepen. Enige chirurgische ervaring lijkt echter ook noodzakelijk. Het houdt verder in dat er een protocol moet worden opgesteld, dat er moet worden gepraat met de verschillende huisartsengroepen, dat er overleg moet worden gevoerd met de moslimgroepen en dat de betrokken huisarts een dagje met de chirurg moet meelopen om de techniek van de circumcisie te leren. Een huisarts zal er dus een boel tijd en energie in moeten steken. Voldoet hij of zij aan bovenstaande voorwaarden, dan lijkt in Nederland de huisarts de ideale persoon om een besnijdenis uit te voeren. •

Literatuur

1. Hoffer CBM. Moslimbesnijdenissen in Nederland: een inventariserend onderzoek naar besnijdenissen bij islamitische groeperingen. Leiden: Lidesco, 1990.

Dit is één artikel uit een serie van zeven, die wekelijks terugkeert en is geschreven door tweedejaars geneeskundestudenten die hebben meegedaan aan de cursus 'Cultuur en gezondheid' aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Herziening 'Gedragsregels voor artsen'

Achtergronden en uitgangspunten

K N M G

ad punt V Beschrijvingsbrief 209 de Algemene Vergadering

De 'Gedragsregels voor artsen' zijn voor het laatst in 1984 integraal herzien. Nadien zijn de gedragsregels op onderdelen aangevuld of gewijzigd. Momenteel is er naar de mening van het KNMG-secretariaat aanleiding voor een nieuwe integrale herziening, en wel voornamelijk om de volgende twee redenen:

** De huidige gedragsregels sluiten onvoldoende aan bij recente ontwikkelingen.*

Gedragsregels reflecteren de tijd waarin zij tot stand zijn gekomen, zo ook de 'Gedragsregels voor artsen'. Na 1984 hebben zich talrijke ontwikkelingen voorgedaan die een systematische herbezinning op de inhoud en omvang van de gedragsregels noodzakelijk maken. Een van die ontwikkelingen is de discussie over de 'kwaliteit van zorg'. Ook zijn er inmiddels onderwerpen aan de orde waarover de gedragsregels niets zeggen, maar die daarin wel opgenomen zouden moeten zijn (zoals 'De arts en wetenschappelijk onderzoek');

** De huidige gedragsregels zijn te omvangrijk.* Zij hebben nogal eens een (te) gedetailleerde inhoud. Daarnaast bevatten sommige regels een mengsel van gedragsregels voor artsen, 'gedragsregels' voor patiënten, feitelijke constatering en toelichtingen. Dit is niet geheel te vermijden. Met het oog op de helderheid is het echter goed de gedragsregels hierop kritisch te bezien.

Als een uitvloeisel van de hierboven genoemde aanleidingen om tot integrale herziening van de gedragsregels over te gaan, zijn daarbij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. *Het algemene uitgangspunt is de kwaliteit van zorg.* Dit uitgangspunt komt met name tot uitdrukking in de algemene bepalingen van de herziene gedragsregels (I.1 t/m I.8);

2. *Beperking tot algemene regels, die van belang zijn voor alle artsen dan wel voor een groot deel daarvan.* Dit uitgangspunt omvat vier aspecten:

- a. streven naar zo beknopt en helder mogelijk pakket gedragsregels;
- b. belang van de regel moet opnemings-

- c. zoveel mogelijk verwijderen van detail-lering;
- d. zoveel mogelijk verwijderen van regels die uitsluitend betrekking hebben op één bepaalde groep artsen;

3. *Actualisering van de gedragsregels (inclusief aanvulling met nieuwe thema's).* Dit uitgangspunt spreekt voor zich.

De herziening van de gedragsregels is voorbereid door het secretariaat van de KNMG. Een eerdere versie is besproken in de Commissie Juridische Relatie Arts-Patiënt, de Commissie Kwaliteit en de Commissie Medische Ethiek. Vervolgens zijn de concept-gedragsregels ter bespreking voorgelegd aan de beroepsverenigingen.

Op 7 september 1993 heeft het Hoofdbestuur van de KNMG ingestemd met de genoemde uitgangspunten en met de gedragsregels, zoals deze hieronder zijn geformuleerd. Het Hoofdbestuur besloot de herziene gedragsregels voor te leggen aan de Algemene Vergadering, voor een opiniërende bespreking in november 1993 en een besluitvormende bespreking in februari 1994.

Gedragsregels voor artsen

Preambule

Deze uitgave van de 'Gedragsregels voor artsen' vervangt de versie uit 1984 en is goedgekeurd door de Algemene Vergadering van de KNMG van ... De gedragsregels moeten worden gezien als richtlijnen voor de arts. Zij bieden een leidraad voor zijn handelen. In een concreet geval kunnen er rechtvaardigingsgronden gelegen zijn om van een gedragsregel af te wijken. In een dergelijk geval mag van de arts worden verlangd dat hij kan aantonen dat er goede redenen waren om van de regel af te wijken.

De gedragsregels richten zich in het bijzonder op de relatie tussen arts en patiënt, maar zijn daartoe niet beperkt. Ook onderwerpen als de relatie tussen de arts en zijn collegae, de arts en wetenschappelijk onderzoek en de arts in relatie tot publiciteit komen aan de orde. Bij het formuleren van de gedragsregels is de 'kwaliteit van de zorg' als uitgangspunt gekozen. Voorts is rekening gehouden met recente (maatschappelijke) ontwikkelingen ten aanzien van thema's als de rechten van de patiënt en de structuur en financiering van de gezondheidszorg.

Betekenis gedragsregels

Gedragsregels zijn regels die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. Leden van de KNMG mogen geacht worden aan de regels te zijn gebonden. Bij een geschil tussen collegae over een gedragsregel kan, wanneer beiden lid zijn van de KNMG, van de interne tuchtrecht-

* Om redenen van leesbaarheid is ervan afgezien in de tekst van de gedragsregels het onderscheid mannelijk-vrouwelijk aan te geven. Men gelieve overal waar 'hij', 'hem' of 'zijn' staat, tevens 'zij' of 'haar' te lezen.

spraak gebruik worden gemaakt (hoofdstuk X Huishoudelijk Reglement). Artsen die geen lid zijn van de KNMG zijn formeel niet gehouden de gedragsregels in acht te nemen. Toch zijn de gedragsregels ook voor hen van belang, aangezien de tuchtrechter deze kan gebruiken bij het toetsen van het handelen van de arts aan de wettelijke tuchtnorm. Voorts kunnen de gedragsregels de rechter ten dienste staan bij de invulling van (wettelijke) begrippen als 'verantwoorde zorg' en 'zorg van een goed hulpverlener'. Langs deze wegen hebben de gedragsregels betekenis voor de professionele standaard van de arts in het algemeen, naast - bijvoorbeeld - de richtlijnen en standaarden van de wetenschappelijke verenigingen.

Overige standpunten KNMG

Gedurende de afgelopen jaren heeft de KNMG talrijke standpunten ingenomen ten aanzien van onderwerpen die direct of indirect aan de orde komen in de gedragsregels voor artsen. In de eerste plaats moet worden gewezen op de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' uit 1992 (het herziene 'groene boekje'). Voorts valt te denken aan de 'modelregeling arts-patiënt' (in 1990 overeengekomen met het - toenmalige - Landelijk Patiënten/Consumenten Platform), aan het standpunt inzake 'niet-aangaan of beëindiging arts-patiëntcontract' en aan standpunten over thema's als 'second opinion' en 'vrouwenbesnijdenis'.

De status van deze richtlijnen en standpunten kan verschillen. Soms gaat het om een richtlijn die is geaccordeerd door de Algemene Vergadering van de KNMG, in andere gevallen betreft het een standpunt of een advies van het hoofdbestuur. In beide gevallen gaat het echter veelal om een nadere uitwerking van een in de gedragsregels geregeld aspect of beginsel. Om deze reden moeten bedoelde richtlijnen en standpunten nadrukkelijk in samenhang met de 'gedragsregels voor artsen' worden gezien. Essentiële elementen, zoals de kernbepalingen van de 'modelregeling arts-patiënt' zijn in de gedragsregels zelf opgenomen. De standpunten van het hoofdbestuur zijn in het 'KNMG Vademecum' als bijlagen bij de gedragsregels voor artsen opgenomen. De 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' hebben reeds een zelfstandige plaats in het Vademecum.

Verhouding KNMG-beroepsverenigingen

Bij de herziening van de gedragsregels voor artsen is ernaar gestreefd deze zoveel mogelijk te beperken tot algemene regels, die van belang zijn voor alle artsen of voor een grote groep daarvan. Op enkele plaatsen bevatten de gedragsregels algemene bepalingen, waarbij de uitwerking per groep artsen (bijvoorbeeld huisarts of medisch specialist) kan verschillen. Deze uitwerkingen zullen doorgaans te vinden zijn in de standpunten of beleidsnota's die ter zake door de desbetreffende beroepsvereniging zijn ingenomen respectievelijk opgesteld. Te denken valt aan onderwerpen als 'vestiging' (al dan niet in relatie tot een concurrentiebeding) en 'waarneming'. Uiteraard moeten de door de beroepsverenigingen vast te stellen regelingen passen binnen onderstaande algemene regels.

I. Algemeen

I.1. De arts laat zich bij zijn beroepsuitoefening leiden door:

- de bevordering van de gezondheid en het welzijn van de mens;
- de kwaliteit van zorg;
- het respect voor zelfbeschikking van de patiënt;
- het belang van de volksgezondheid.

I.2. De arts verleent aan de patiënt/cliënt/verzekerde/werknemer zonder aanzien des persoons de noodzakelijke hulp, begeleiding en adviezen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en individuele deskundigheid mogen worden gesteld.

I.3. De door de arts verleende zorg dient van goede kwaliteit te zijn.

Relevante aspecten in dat verband zijn:

- deskundigheid;
- doeltreffendheid en doelmatigheid;
- patiëntgerichtheid;
- zorgvuldigheid;
- veiligheid.

De arts houdt zijn medische kennis en vaardigheden van dat deel van de geneeskunst dat hij beoefent op peil en levert waar mogelijk aan de ontwikkeling daarvan een bijdrage. Na- en bijscholing zijn hierbij een noodzaak.

I.4. De arts is - ongeacht of hij als vrije beroepsbeoefenaar, in dienstverband of enig ander organisatorisch kader werkzaam is - te allen tijde vrij in en persoonlijk verantwoordelijk voor de hulp die hij verleent, voor de begeleiding die hij geeft en voor het advies dat hij verstrekt.

I.5. De arts neemt de grenzen van zijn beroepsuitoefening in acht. Hij onthoudt zich van handelingen en uitspraken die gelegen zijn buiten het terrein van zijn eigen kennen en kunnen.

I.6. De arts is bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Bij deze toetsing is het criterium 'algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk', zoals dat onder meer geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke vereniging, leidraad.

I.7. Het toepassen van geneeswijzen met voorbijgaan aan methoden ter diagnostiek en behandeling welke algemeen in de medische wereld zijn aanvaard, is niet toegestaan.

I.8. De arts maakt van zijn geneeskundig handelen aantekeningen voorzover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is.

I.9. De arts aanvaardt geen opdracht die in strijd is met zijn medisch-ethische opvattingen.

II. De arts in relatie tot de patiënt/cliënt*

II.1. Het hoofddoel van de relatie tussen arts en patiënt wordt gevormd door adequate hulpverlening/begeleiding/advisering. Van deze relatie mag door de arts nimmer misbruik worden gemaakt.

II.2. De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen. Discriminatie wegens godsdienst, levensovertuiging, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is niet toegestaan. De arts houdt in zijn adviezen/behandeling/begeleiding rekening met de levensbeschouwelijke opvattingen en het cultuurpatroon van zijn patiënten, alsmede met eventuele taalbarrières.

II.3. De arts stemt het zorgaanbod af op de reële individuele behoefte van de patiënt.

II.4. De arts streeft ernaar elke patiënt de meest adequate behandeling te verstrekken of te doen verstrekken, zoals deze behandeling algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is, een en ander tegen de achtergrond van beperkingen voorzover zij in deze gedragsregels zijn aangegeven.

II.5. De arts is er verantwoordelijk voor - voor zover deze verantwoordelijkheid niet bij de werkgever ligt - dat continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid verzekerd zijn.

II.6. De arts verleent in noodsituaties en bij calamiteiten te allen tijde en voor zover mogelijk eerste hulp.

II.7. De arts is gehouden de rechten van de patiënt in acht te nemen, zoals deze voortvloeien uit de wetgeving, rechtspraak, richtlijnen van de Algemene Vergadering der KNMG en de modelregeling arts-patiënt (KNMG/LPCP).

II.8. De arts informeert de patiënt op duidelijke wijze over zijn gezondheidstoestand en het onderzoek, de behandeling of de begeleiding die de arts voorstelt. De arts besteedt daarbij aandacht aan:

- de aard, de omvang en het doel van onderzoek of behandeling;
- de eventuele gevolgen en risico's voor de patiënt;
- de mogelijke alternatieven op het vlak van onderzoek, behandeling en begeleiding.

II.9. De arts betreft de patiënt actief bij de besluitvorming. De arts gaat slechts tot handelen over wanneer de patiënt c.q. diens vertegenwoordiger, na voldoende te zijn geïnformeerd, daartoe gerichte toestemming heeft verleend.

II.10. De arts dringt niet verder door tot de privé-sfeer van de patiënt dan voor zijn medisch handelen noodzakelijk is. De arts onthoudt zich van contacten van seksuele aard binnen de hulpverlening. Verbale of lijfelijke intimiteiten zijn niet toegestaan.

II.11. De arts respecteert het recht van de patiënt op vrije artskeuze.

Er kunnen voor de arts redenen aanwezig zijn een behandelingsovereenkomst niet aan te gaan of te beëindigen, bijvoorbeeld instellingsgebonden werkzaamheden, geografische situatie, de praktijkgrootte, het ontbreken van bekwaamheid bij de arts tot het instellen van een bepaalde behandeling of onderzoek en/of het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts.

II.12. De arts legt de voor de behandeling relevante gegevens neer in een medisch dossier en bewaart deze - behoudens wettelijke uitzonderingen - gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed arts voortvloeit.

II.13. De arts informeert de patiënt desgevraagd over de mogelijkheden tot het indienen van een klacht.

II.14. De arts heeft - behoudens wettelijke uitzonderingen - de plicht tot zwijgen ten aanzien van elk geheim waarvan hij weet, of redelijkerwijs moet vermoeden, dat hij uit hoofde van zijn beroep verplicht is het te bewaren.

De arts heeft tot taak zijn ondersteunend

personeel te wijzen op het afgeleid beroepsgeheim en daarop toe te zien.

II.15. De arts kan zijn levensbeschouwing kenbaar maken, mits dit niet op voor patiënten hinderlijke wijze geschiedt en zijn levensbeschouwing hem er niet van weerhoudt elke patiënt die zorg te geven waarop deze recht heeft. Indien zijn levensbeschouwing niet strookt met die van de patiënt en daardoor de hulpverlening niet kan worden gewaarborgd, stelt de arts de patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium in de gelegenheid contact met een collega te krijgen.

II.16. De arts zal tijdens de beroepsuitoefening in het bijzijn van patiënten niet roken en/of alcohol gebruiken.

Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen.

II.17. De arts accepteert in principe de aanwezigheid van een door de patiënt aan te wijzen persoon, tenzij de aanwezigheid medisch gecontraïndiceerd is. De arts zal in dat geval zijn motivering aan de patiënt kenbaar maken.

II.18. De arts honoreert het verzoek om een verwijzing ten behoeve van een tweede mening (second opinion), tenzij hij zwaarwegende argumenten heeft, welke gemotiveerd kenbaar worden gemaakt.

II.19. De arts dient zich te houden aan de geldende tarieven. Hij zal zijn declaraties deugdelijk specificeren en op verzoek nader toelichten.

II.20. De arts accepteert voor zichzelf geen nalatenschap van de patiënt, wanneer de wilsuiting is opgesteld tijdens een ziekte gedurende welke de arts de patiënt heeft bijgestaan. (Burgerlijk Wetboek, Boek 4, art. 953, lid 1).

De arts aanvaardt tijdens het leven van zijn patiënt geen geschenken die in onverenredige verhouding tot de gebruikelijke honorering staan.

II.21. De arts, die zijn praktijk overdraagt, informeert zijn patiënten tijdig over deze wijziging. De patiënt wordt zoveel mogelijk in de gelegenheid gesteld de arts van zijn keuze te nemen.

Aan de patiënten wordt medegedeeld dat hun medische gegevens aan de opvolger of aan de door hen gekozen arts worden overgedragen, tenzij zij daartegen op enigerlei wijze bezwaar maken.

III. De arts in relatie tot collegae en andere hulpverleners

III.1. Een arts is ten opzichte van collegae

en van andere hulpverleners bereid tot openheid en communicatie over en evaluatie van zijn handelen, een en ander met inachtneming van zijn beroepsgeheim.

Kritiek ten aanzien van een collega of collegae dient primair met de betrokken collega(e) te worden besproken. Zakenlijke discussies in vakbladen moeten te allen tijde kunnen worden gevoerd.

III.2. Een arts houdt zijn kennis of nieuwe behandelingsmethoden niet voor zichzelf, maar stelt deze op daartoe geëigende wijze ter beschikking van zijn collega's.

III.3. In het algemeen moet het onjuist worden geacht wanneer door een arts werkzaamheden worden verricht zonder dat daar een passende honorering tegenover staat.

III.4. De arts zal de verwijzing van een patiënt naar een andere arts of hulpverlener vergezeld doen gaan van relevante inlichtingen en een duidelijke omschrijving van het doel van de verwijzing.

Wanneer de continuïteit van de zorg dit vereist, stelt die andere arts of hulpverlener de verwijzer op de hoogte van de bevindingen over de toestand van de patiënt en de verdere behandeling.

Indien een patiënt zich op eigen initiatief tot een andere arts heeft gewend, wordt de huisarts van de patiënt door deze arts in de behandeling gekend, tenzij de patiënt daartegen uitdrukkelijk bezwaar aantekent.

III.5. Brieven en andere bescheiden, bevattende medische en/of andere privacy-gevoelige gegevens, welke gericht zijn aan artsen werkzaam binnen een organisatorisch verband, dienen uitsluitend te worden geopend door en onder ogen te komen van de arts voor wie deze gegevens zijn bestemd of door personen die door de arts daartoe uitdrukkelijk zijn geautoriseerd.

III.6. De groep van artsen draagt er vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid zorg voor dat de continuïteit van medische zorg binnen haar praktijkgebied gewaarborgd is.

De groep van artsen van wie de toegang tot de geneeskundige hulp afhankelijk is, draagt er in het geval zich een probleem tussen arts en patiënt voordoet, zorg voor dat de patiënt niet verstoken is van medische hulp.

III.7. De arts streeft ernaar dat hij wordt opgenomen in een waarneming. De artsen die te zamen de waarneming verzorgen, maken afspraken, die duidelijke

lijkheid bieden aan de betrokken artsen en de patiënten. Bij het maken van de afspraken laten zij zich leiden door de regelingen terzake van de beroepsverenigingen.

De afspraken zullen in elk geval betrekking moeten hebben op:

- de omvang van het praktijkgebied;
- de beschikbaarheid van relevante medische gegevens;
- de gegevensoverdracht tussen arts en waarnemer, zowel vóór als na de waarneming;
- de procedure voor het oplossen van geschillen tussen artsen onderling.

III.8. Aangezien geen enkele geneeskundige zorg ononderbroken kan worden gegeven, streven artsen ernaar dat niemand uitgesloten wordt van waarnemingsregelingen, voor avond-, nacht- en weekenddiensten, vakantieregelingen e.d.

III.9. Waarneming dient in beginsel binnen dezelfde tak dan wel specialisme van een register plaats te vinden.

III.10. Een arts is bereid - voorzover mogelijk en gedurende een nader vast te stellen periode - voor een arbeidsongeschikte c.q. zwangere collega waar te nemen, al dan niet in samenwerking met anderen.

III.11. De arts zet zich naar vermogen in voor de functionele en/of materiële belangen van de beroepsgroep waartoe hij behoort. Artsen zijn in beginsel gehouden binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan een aanneemregeling voor degene die na vooraf gegeven instemming van de beroepsgenoten ter plaatse, hun belangen behartigt zonder financiële drempels voor deze laatste.

III.12. De arts die aan een patiënt hulp heeft verleend tijdens waarneming zal gedurende zes maanden na het desbetreffende contact deze patiënt niet in zijn praktijk opnemen, tenzij daarover tussen de betrokken artsen overeenstemming bestaat.

III.13. Bij vestiging van een arts moeten met de in aanmerking komende personen en instanties duidelijke afspraken worden gemaakt. Deze afspraken moeten op schrift vastliggen. Te denken valt aan een overeenkomst van praktijkoverdracht, een associatiecontract, een medewerkingsovereenkomst met zorgverzekeraar, een toelatingscontract met het ziekenhuis en in het geval van een dienstverband een arbeidsovereenkomst.

III.14. In de gevallen waarin inzicht is verkregen in de omvang en het bestand van de praktijk kan een rechtvaardiging bestaan voor een beperking van het recht op vestiging van:

- a. een arts die met een andere arts besprekingen voert over vestiging;
- b. een arts die voor een andere arts de praktijk waarneemt;
- c. een arts die zonder resultaat met een collega onderhandelingen heeft gevoerd over de overname van diens praktijk of over het aangaan van een samenwerkingsvorm;
- d. een arts die zijn praktijk overdraagt aan een andere arts.

De omvang van de beperking - naar tijdsduur en/of gebied - wordt bepaald conform de door de desbetreffende beroepsvereniging vastgestelde regelingen. In de gevallen bedoeld onder a., b. en c. kunnen betrokkenen overeenkomen dat een in de relevante regeling neergelegde beperking buiten toepassing blijft.

III.15. De arts die (een deel van) de specifieke beroepsopleiding bij een collega heeft gevolgd, verliest gedurende een termijn van twee jaar het recht om als (geregistreerd) arts in hetzelfde praktijkgebied werkzaam te zijn, tenzij betrokkenen anders overeenkomen.

III.16. De arts, die tot specialist is opgeleid in een academisch ziekenhuis, mag zich na de opleiding ter plaatse vestigen, tenzij er bij de aanstelling schriftelijke afspraken zijn gemaakt dit niet te doen.

III.17. Geschillen tussen een arts en een collega of andere hulpverleners dienen primair binnen eigen kring te worden opgelost.

IV. De arts en wetenschappelijk onderzoek

IV.1. De arts zal indien mogelijk medewerking verlenen aan onderzoek, gericht op de bevordering/verbetering van de volksgezondheid. Dit kan onderzoek zijn in bijvoorbeeld medisch, psychologisch, epidemiologisch, farmacologisch opzicht.

IV.2. De arts die onderzoek verricht, vergewist zich van de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek.

In geval van een medisch experiment is de goedkeuring van een medisch-ethische toetsingscommissie vereist.

IV.3. In gevallen, waarin het onderzoek met mensen betreft dan wel onderzoek met tot de persoon herleidbare gegevens,

is in principe de gerichte toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger vereist.

IV.4. De arts, die het onderzoek verricht, aanvaardt geen beloningen die in onevenredige verhouding staan tot de door hem geleverde inspanningen.

V. De arts in relatie tot publiciteit

V.1. Publiciteit door en voor artsen moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn; publiciteit mag niet wervend zijn.

V.2. Het is een arts niet toegestaan eraan mede te werken dat derden reclame voor hem maken met de kennelijke bedoeling op wervende wijze op zijn beroepsuitoefening de aandacht te vestigen.

V.3. Het is een arts niet toegestaan publiciteit te bedrijven waarbij zijn diensten worden vergeleken met die van andere tot de persoon herleidbare artsen.

V.4. Het is de arts niet toegestaan in publiciteit tot personen herleidbare gegevens vrij te geven tenzij met schriftelijk gerichte toestemming van betrokkene.

VI. De arts en het bedrijfsleven

VI.1. De arts aanvaardt van het bedrijfsleven geen geschenken, tenzij deze een geringe waarde hebben en relevant zijn voor de uitoefening van de geneeskunde.

VII. Volksgezondheid en samenleving

VII.1. De arts tracht een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de wetenschap op het gebied van de volksgezondheid.

VII.2. De arts stelt zich actief op in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren. Daarbij kan gedacht worden aan milieuverontreiniging, slechte woonomstandigheden, onhygiënische schoolgebouwen, etc.

VII.3. De arts betracht zorg voor het milieu, bijvoorbeeld door gescheiden verzamelen en afvoeren van afval, zoals naalden/spuiten, medicijnen en dergelijke.

VII.4. De arts, die tot een staking of een werkonderbreking overgaat, zal zich er altijd van vergewissen dat er voorzieningen zijn getroffen die nodig zijn om de noodzakelijke medische zorg te garanderen.

* Verder te noemen 'patiënt'. Hieronder wordt verstaan de persoon op wie het onderzoek, de behandeling, de advisering dan wel de begeleiding is gericht.

De Wet BOPZ: gevolgen voor de praktijk

K N M G

Studiedag, georganiseerd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) op vrijdag 26 november 1993

Naar verwachting zal op 1 januari 1994 de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in werking treden. Voor patiënten en hulpverleners in psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische verpleeghuizen zal de BOPZ belangrijke gevolgen hebben. De studiedag van de KNMG en de NVP richt zich op de gevolgen van de BOPZ voor de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene/academische ziekenhuizen en de RIAGG's. Deze dag is in het bijzonder bedoeld voor artsen en psychiaters die werkzaam zijn in een van deze instellingen. De studiedag is erop gericht hen te informeren over de gevolgen van de wet; er zal echter ruime gelegenheid zijn voor vragen en casuïstiek. Tijdens de studiedag worden - na een algemene inleiding - drie onderwerpen uit de BOPZ nader belicht:

- onvrijwillige opname;
- behandelingsplan en dwangtoepassing;
- klachtrecht van de patiënt.

Inschrijving en kosten

De studiedag is uitsluitend toegankelijk voor artsen. Er zijn 40 plaatsen beschikbaar; inschrijving geschiedt in volgorde van aanmelding.

Aanmelding: mw K. Weerts, secretariaat van de KNMG, telefoon 030 823382, fax 030 823326. Na aanmelding ontvangt men een acceptgiro voor het overmaken van de kosten van deelname. Deze kosten bedragen f 175 voor leden van de KNMG en f 225 voor niet-leden. Dit bedrag is inclusief lunch en documentatiemap.

Locatie

De studiedag zal worden gehouden in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht. De deelnemers ontvangen tevoren een routebeschrijving.

Programma

09.30-09.45 Ontvangst met koffie
09.45-09.50 Opening door
prof. mr J. Legemaate

I. Algemeen overzicht en historische ontwikkelingen BOPZ, alsmede verhouding tot andere wetgeving

09.50-10.30 prof. mr J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht Erasmus Universiteit en stafmedewerker KNMG
10.30-10.45 Vragen en discussie
10.45-11.00 Koffiepauze

II. De onvrijwillige opname

11.00-11.30 Juridische optiek:
mw mr T.E. de Boer-Stikker, gezondheidsjuriste, Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
11.30-12.00 Psychiatrische optiek:
H.W. Meijer, psychiater, Krisiscentrum Utrecht
12.00-12.30 Vragen, casuïstiek en discussie
12.30-13.30 Lunchpauze

III. Behandelingsplan en dwangtoepassing

13.30-14.00 Juridische optiek:
mw mr C.J. van de Klippe, wetenschappelijk medewerker, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
14.00-14.30 Psychiatrische optiek:
mr R.H. Zuyderhoudt, psychiater, Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest
14.30-15.00 Vragen, casuïstiek en discussie
15.00-15.15 Theepauze

IV. Het klachtrecht van de patiënt

15.15-15.45 dr mr P.J.H. Laurs, universitair docent gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Utrecht
15.45-16.15 Vragen, casuïstiek en discussie
16.15 - Afsluiting en aperitief

Driejarige huisartsopleiding

H V R C

Het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde heeft besloten tot een driejarige opleiding tot huisarts.

Het desbetreffende CHVG-besluit (nr.3-1990) is met ingang van 1 januari 1992 formeel van kracht geworden. De staatssecretaris van WVC, die de feitelijke invoering van de driejarige

opleiding afhankelijk heeft gesteld van een aantal voorwaarden, gaat ervan uit dat de driejarige huisartsopleiding per september 1994 zal worden ingevoerd. De HVRC heeft bericht ontvangen van de Landelijke Huisartsen Vereniging dat aan de voorwaarden voor de feitelijke invoering wordt voldaan. De HVRC deelt hierbij mee, dat de huisartsopleiding *vanaf 1 september 1994* drie jaar zal duren. De artsen die vóór 1 september 1994 met de huisartsopleiding

zijn begonnen, kunnen de huisartsopleiding volgens het tweejarige curriculum voltooien.

Naast de start van de driejarige opleiding in september 1994 met het gebruikelijke aantal groepen van 12 artsen kunnen, vooralsnog éénmalig, in september 1994 acht extra groepen van 12 artsen met de driejarige huisartsopleiding beginnen.

dr L.R. Kooij,
huisarts, algemeen secretaris HVRC

Toelatingsprocedure huisartsopleiding

H V R C

Aanmelding voor de *driejarige* huisartsopleiding, startend in september 1994.

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) maakt bekend, dat in september 1994 de huisartsopleiding begint aan de afdelingen huisartsopleiding bij de vakgroepen huisartsgeneeskunde van de volgende universiteiten:

- Universiteit van Amsterdam: Afdeling Specifieke Beroepsopleiding tot Huisarts (ASBO), Instituut voor Huisarts-geneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam;
- Vrije Universiteit Amsterdam: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuis-Geneeskunde (HVG), Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam;
- Rijksuniversiteit Groningen: Afdeling Beroepsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Ant.Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen;
- Rijksuniversiteit Leiden: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Wassenaarseweg 62, Postbus 2088, 2301 CB Leiden
- Rijksuniversiteit Limburg: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, P. Debyeplein 1, Postbus 616, 6200 MD Maastricht;
- Katholieke Universiteit Nijmegen: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (HSG), Verlengde Groenestraat 75, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen;
- Erasmus Universiteit Rotterdam: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam;
- Rijks Universiteit Utrecht: Afdeling Huisartsopleiding, Vakgroep Huisarts-geneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

N.B.:

Aan de afdelingen Huisartsopleiding te Groningen, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam en Utrecht kunnen in september 1994 gelijktijdig twee groepen

van 12 artsen met de driejarige opleiding tot huisarts beginnen.

Aan de afdeling Huisartsopleiding bij de Universiteit van Amsterdam kunnen in september 1994 gelijktijdig vier groepen van 12 artsen met de driejarige opleiding tot huisarts beginnen.

Aan de afdeling Huisartsopleiding bij de Vrije Universiteit Amsterdam kan in september 1994 één groep van 12 artsen met de driejarige opleiding tot huisarts beginnen.

De procedure voor de toelating tot de huisartsopleiding vindt plaats conform CHVG-besluit nr.2-1990. De HVRC heeft een Algemene Procedurebeschrijving gepubliceerd in Medisch Contact d.d. 7 februari 1992 (MC nr. 6/1992, blz. 192).

De aanmelding voor de groepen die in september 1994 starten is opengesteld van 1 oktober 1993 tot 1 november 1993. De aanmelding dient vóór 1 november 1993 in het bezit te zijn van:

Het bureau aanmelding van de HVRC
Postbus 20054, 3502 LB Utrecht,
Lomanlaan 103
Telefoon 030-823354
Faxnummer KNMG: 030-823326

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

- naam en voorletters, M/V (vrouwen moeten hun meisjesnaam vermelden)
- correspondentie-adres met postcode
- telefoonnummer(s) waaronder men bereikbaar is
- geboortedatum en geboorteplaats
- universiteit en datum van het artsdiploma
- keuze van een afdeling huisartsopleiding
- wijze van betaling van de aanmeldingskosten (post- of bankrekeningnummer en datum van betaling vermelden).

Aan de aanmelding zijn de volgende voorwaarden verbonden:

1. De aanmelding kan alleen plaatsvinden indien men in het bezit is van een geldig artsdiploma.
2. De aanmelding dient tot één opleidingsplaats bij één afdeling huisartsopleiding beperkt te blijven.

3. De aanmelding dient vóór 1 november 1993 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.

4. De aanmeldingskosten zijn f 50,- en dienen vóór 1 november 1993 in het bezit te zijn van het bureau aanmelding (HVRC).

De aanmeldingskosten dienen te worden overgemaakt op girorekening 57.82.761 ten name van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) te Utrecht onder vermelding van naam en adres van de kandidaat en voorzien van de aanduiding "Huisartsopleiding september 1994".

Men dient er rekening mee te houden dat in het betalingsverkeer via postgiro en banken vertraging kan optreden bij de betalingsoverdracht.

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

De aanmelding is *ongeldig* indien:

- onvolledige of onjuiste gegevens zijn verstrekt;
- men zich voor meer dan één afdeling huisartsopleiding aanmeldt;
- men zich gelijktijdig voor meer dan één startdatum aanmeldt;
- de aanmelding en de aanmeldingskosten niet vóór 1 november 1993 in het bezit zijn van het bureau aanmelding van de HVRC.

Na 1 november 1993 worden de gegevens doorgezonden naar de gekozen afdeling Huisartsopleiding. De verdere afhandeling van de toelatingsprocedure zal plaatsvinden vanuit de afdeling huisartsopleiding. U kunt van de door u gekozen afdeling Huisartsopleiding in december 1993 nader bericht verwachten.

De volgende aanmeldingsperiode zal plaatsvinden in februari 1994 voor de opleiding die begint in januari 1995.

dr L.R.Kooij,
huisarts, algemeen secretaris HVRC

N.F. de Pijper,
huisarts, secretaris

Convocatie ledenvergadering 11 November 1993

L S V

Convocatie voor de ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op *donderdag 11 november 1993 om 19.15 uur in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.*

Agenda

1. Opening en mededelingen
2. Goedkeuring van de notulen van de

Ledenvergadering van 23 september 1993 (volgen)
 3. Mededelingen van het Centraal Bestuur met betrekking tot een aantal actuele onderwerpen, zoals:
 * stand van zaken commissie-Biesheuvel
 * stand van zaken tarieven differentiatie/enquêtes wetenschappelijke verenigingen
 toekomstige honoreringsstructuur

- * stand van zaken LSV-verenigingsstructuur
 4. Wat verder ter tafel komt
 5. Rondvraag
 6. Sluiting

Namens het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging,
mevrouw N.I. Regensburg,
secretaris

Nieuwe Inschrijvingen

H V R C

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen ingeschreven in de periode van 1 april 1993 t/m 30 juni 1993:

Amsterdam VU

april 1993
 Bouwmeester, mw E.A.M.
 Brendeke, J.
 Ebbenhout, mw J.M.
 Goede, J.J.
 Goslinga, A.
 Kesber, V.
 Meulen, F.F. van der
 Pel, C.A.M.
 juni 1993
 Berg, mw A.L.A. van den

UHI Groningen

april 1993
 Boer, A.H. de
 Gunsing, W.W.P.M.
 Haan, B. de
 Hoitzing, H.
 Ligthart Schenk, mw C.
 Molen, J.C. van der
 Nuninga, G.
 Pouwels, J.G.J.
 Radstaak, G.J.
 Schuiling, mw T.J.
 Tichelaar, P.
 juni 1993
 Mulder, H.

UHI Leiden

mei 1993
 Blanken, R.
 Coppoolse, D.
 Doorn, M.F.M. van
 Heer, E.A.M. de
 Heezik, mw T. van
 Kamermans, W.
 Res, B.J.R.
 Roelofs, mw E.G.,
 Smit, mw I.B.C.
 Timmers, W.F.
 Zanten, mw M.F. van
 juni 1993
 Borst, R.J.A.

UHI Maastricht

juni 1993
 Blink, mw M. van den
 Clermonts, G.J.P.M.H.

UHI Nijmegen

april 1993
 Asbreuk, H.A.M.
 Ephraïm, M.P.
 Gulp, mw C.A.M. van
 Herpen, J.H.M. van
 Hurk, A.P.J.M. van den
 Isfordink, H.B.W.
 Klein Horsman, mw E.
 Leentjens-Kramer, mw G.M.H.
 Roosendaal, R.W.M.
 Vingerhoets, J.J.M.
 Vosbeek, R.W.M.

UHI Rotterdam

april 1993
 Dekker, mw A.

Derksen, mw M.D.
 Erdbrink, H.H.
 Hootegem, J.C.S.P. van
 Huijstee, J.W.H. van
 Kevenaer, P.M.
 Knaap, mw A.M.A. van der
 Konijnenberg, S.E.M.
 Nieuwaal, J.W.P. van
 Nijenhuis, A.W.T.
 Sprij, B.
 Swillens, K.G.A.A.

UHI Utrecht

april 1993
 Bultman, H.
 Doeschate, mw M.M.C.P. ten
 Easton, mw O.W.
 Feijter, mw S.W.H. de
 Groot, D.P. de
 Krans-van der Schuit, mw M.C.M. van der
 Nieuwenhuis, mw J.G.
 Opstelten, W.
 Schilte-Gevaerts, mw M.
 Spruijt, R.W.M.M.
 Veld, C.J. in 't
 Walraven-Schils, mw K.
 mei 1993
 Dijk, mw M.C. van
 juni 1993
 Becker, mw E.S.M.

Opleiding in buitenland gevolgd

april 1993
 Bruggeman, J.
 Zee, mw G.A.M. van der
 mei 1993
 Kroon, J. de

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

EEG-richtlijn 75/362/363

maart 1993
Roover, P.W.G. De
mei 1993
Cock, G.M.R. De
Gieskens, A.H.M.

Overgangsbepaling HR KNMG

mei 1993
Dam, W.I.M. van
Delprat, C.C.
Haringsma, P.
Jager, O. de

Venker, A.M.

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie
Commissie van de Koninklijke Nederland-
sche Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst heeft in haar register van
erkende verpleeghuisartsen ingeschreven in
de periode van 1 april 1993 t/m 30 juni 1993:

Overgangsbepaling HR KNMG

mei 1993
Hessem, M. van

Uitschrijvingen

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie
Commissie van de Koninklijke Nederland-
sche Maatschappij tot bevordering der
Geneeskunst heeft ingevolge artikel 1122
van het Huishoudelijk Reglement van de
KNMG besloten onderstaande artsen uit
het register van erkende huisartsen uit te
schrijven in de periode van 1 april 1993 t/m
30 juni 1993:

H.B. Binkhorst, Amersfoort
Y.K. de Boer, Denemarken
A. Bomhof, Frankrijk
mw H.I. Chitoe-Samson, Amsterdam
H.C.J. Delpout, Haarlem
V.E. Dubois, Maastricht
B. Eynatn, Ierland
R.P.J. Janssen, Beek
E.J.B. Lautier, Ede
A.M. van Lemmen, Rijen
O. Liefijn, Assen
W. Lofvers, Sneek
R.J.M. van Loo, Heerlen
R.A. Loor, Grouw
A.G.T. v.d. Lugt, Bennebroek

mw N.F.G.M. Madoré, Rotterdam
E. Oldenzijl, Doorn
Pet, G. Kring van Dorth
S.J. Roozen, Breda
G.M.A. Schijen, Bocholtz
H.S.P. Seelen, Maastricht
P.H.W. Sinnige, Leeuwarden
J. van Veldhuizen, Ede
A. Visser, Amsterdam
W.A. Visser, St. Michielsgestel
J.J.A. de Vreede, Basingerhorn
A.M. Wiechers, Wychen
C.J.M. Willemse, Grubbenvorst
J. Witzand, Amsterdam

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie
Commissie van de Koninklijke Nederland-
sche Maatschappij tot bevordering der Ge-
neeskunst heeft in haar register van erken-
de verpleeghuisartsen uitgeschreven in de
periode van 1 april 1993 t/m 30 juni 1993:
M. Gaghaube, Hoorn
J.A.T. Kuyvenhoven, Hoofddorp

K N M G - C O L O F O N

KNMG

*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst*
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter;
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
E. Iwema Bakker

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische
en administratieve zaken*

LHV**Landelijke Huisartsen Vereniging**

drs Chr.R.J. Laffr e, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

LSV**Landelijke Specialisten Vereniging**

drs F.W.M. Hol, *directeur*
J.H. v. Doorn-Knol, *hoofd communicatie*

LAD**Landelijke vereniging van Artsen
in Dienstverband**

mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*
mw J.C. Steenbrink, *secretaresse*

LVSG**Landelijke Vereniging van
Sociaal-Genesekundigen**

A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw J.A. van Walderveen-van der Louw,
secretaresse

CC**Centraal College voor de erkenning en registratie van
medische specialisten**

mr mr H.A. van Andel, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CSG**College voor Sociale Geneeskunde**

A.L.J.E. Martens, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CHVG**College voor Huisartsgeneeskunde en
Verpleeghuisgeneeskunde**

mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

SRC**Specialisten Registratie Commissie**

dr J. Felderhof, *secretaris*
mw J.M. Koorneef, *wnd. bureauhoofd*

SGRC**Sociaal-Genesekundigen
Registratie Commissie**

mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*
mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC**Huisarts en Verpleeghuisarts
Registratie Commissie**

dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*
N.F. de Pijper, *secretaris*
mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau*

Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Angst om te discrimineren in hulpverlening aan vluchtelingen

mw dr L.H.M. van Willigen

'Angst om te discrimineren lijkt soms eerder angst voor
het onbekende'

Uw plaats is gereserveerd op het KNMG-Congres
Arts en Angst op 19 en 20 november 1993 te Almelo.
Voor meer informatie en inschrijfformulier:
030-474450 (VVAA-congressecretariaat)
of 030-823202 (KNMG Verenigingszaken en PR)

ARTS &
ANGST
ALMELO
t w e n t e

A M B U L A N T**- 28 EN 29 OKTOBER - DO./VR.**

RAI-congrescentrum Amsterdam:
internationaal congres 'Perspectives in geriatric medicine', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie ter gelegenheid van 10 jaar erkenning klinische geriatrie.
Inlichtingen: RAI-organisatiebureau, de heer Gaspersz, tel. 020-5491212.

- 1 T/M 5 NOVEMBER - MA.-VR.

Conferentiecentrum Rolduc te Kerkrade:
cursus 'Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie'.
Inlichtingen: secretariaat Post Doctorale Opleiding Epidemiologie, Vrije Universiteit, tel. 020-5483398.

- 2 NOVEMBER - DI.

Het Rijnlands Zeehospitum, Katwijk aan Zee:
symposium 'Chronische pijn; hoe nu verder?'
 Doelgroep: specialisten, huisartsen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten en andere geïnteresseerden.
Inlichtingen: P. v.d. Beld of mw Y. Deinert, tel. 01718-60100.

- 2 NOVEMBER - DI.

Nederlands Congresgebouw te Den Haag:
Nationaal debat gezondheidszorg, naar aanleiding van het rapport 'Gezondheidszorg in tel'.
Inlichtingen: mw G.G. Antoniacomi, tel. 030-739293/739290.

- 3 NOVEMBER - WO.

Congrescentrum Engels te Rotterdam:
symposium 'Waarde Gezondheid'.
 Doelgroep: professionele en maatschappelijke groeperingen die direct of zijdelings betrokken zijn of belang hebben bij de ontwikkeling van lokaal/regionaal gezondheidsbeleid.
Inlichtingen: mw Ellenkamp, tel. 010-4339287/ mw Boerema, tel. 010-4339564.

- 3 NOVEMBER - WO.

De Balie, Amsterdam:
debat 'Geneesmiddelen: naar tot de essentie', georganiseerd door WEMOS.
Inlichtingen: Ellen Verheul, tel. 020-4202222.

- 3 EN 17 NOVEMBER EN 1 DECEMBER -

Erasmus Universiteit Rotterdam:
cursus 'Klinische anatomie van het bewegingsapparaat', bestemd voor huisartsen en basisartsen met belangstelling voor afwijkingen van het bewegingsapparaat, artsen werkzaam in de reumatologie, revalidatiegeneeskunde en orthopedie. Gedurende 3 dagen worden respectievelijk de bovenste extremiteit, de onderste extremiteit en de wervelkolom behandeld.
Inlichtingen: mw M.A.F.H.W. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 4 NOVEMBER - DO.

De Doelen te Rotterdam:
symposium 'Tien jaar IVF Nederland, het glazen huisje van de gezondheidszorg?', georganiseerd onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
Inlichtingen: symposiumsecretariaat, tel. 010-4118253.

- 4 EN 5 NOVEMBER - DO./VR.

Zuiderziekenhuis te Rotterdam:
Tweedaagse blok cursus 'Het hart en de huisarts', georganiseerd door de Commissie voor de Artsencursus Rotterdam (tevens WDH voor Rotterdam en Capelle aan den IJssel).
Inlichtingen: secretariaat CAR, mw A.C. Lange-laar, tel. 010-4116614.

- 5 NOVEMBER - VR.

Stichting Neuropsychiatrie Maastricht:
Triptiek-symposium.
 Doelgroep: psychiaters/zenuwartsen en degenen die daarvoor in opleiding zijn in Nederland België en Duitsland, psychologen en in de GGZ werkzame hulpverleners.
Inlichtingen: mw A. Bruinse-Tigelaar, tel. 03435-73759.

- 5 NOVEMBER - VR.

Jaarbeurs te Utrecht:
najaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen **'Verpleeghuis-geneeskunde in beweging'**.
Inlichtingen: mw N. Wesselink, tel. 020-5153362.

- 5 NOVEMBER - VR.

Hotel Haarhuis te Arnhem:
studiedag 'Bots niet op de BOPZ: de betekenis van de BOPZ voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg'.
 Doelgroep: Allen die betrokken zijn bij de zorg voor die verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric patiënten voor wie opname is geïndiceerd of die reeds opgenomen zijn.
Inlichtingen: tel. 023-273350.

- 5 NOVEMBER - VR.

Academisch Ziekenhuis Utrecht:
symposium 'Psychiatrie in het algemeen ziekenhuis'.
 Doelgroep: PAAZ-managers, psychiaters, psychologen, therapeuten, verpleegkundigen en beleidsmakers in de GGZ.
Inlichtingen: mw E. Aydemir, tel. 080-562426.

- VANAF 5 NOVEMBER - VR.

Vergadercentrum van de VNZ te Zeist:
vierdaagse cursus medisch-ethische commissies 'Ethiek in het algemeen ziekenhuis' (andere cursUSDagen: 19 november, 3 en 17 december).
Inlichtingen: R. Berghmans, tel. 043-217575.

- 7 T/M 26 NOVEMBER -

Theaterhotel te Almelo:
'Met pincet en penseel', expositie ter gelegenheid van het jaarlijks congres van de KNMG met

als onderwerp het motto van het congres 'Arts en angst'.

Inlichtingen: dr H. Eckstein, Const. Huygens-laan 2, 1401 AM Baarn, tel. 02159-30839.

- 8 NOVEMBER - MA.

Maastrichts Expositie en Congres Centrum:
symposium 'Cara 2000'.
 Doelgroep: Nederlandse en Belgische hulpverleners (eerste, tweede en derde lijn), beleidsmakers, zorgverzekeraars e.a.
Inlichtingen: secretariaat, tel. 04758-8484.

- 9 NOVEMBER - DI.

AMC te Amsterdam:
nascholing huisartsen 'Pijn op de borst'.
Inlichtingen: Bureau PAOG-Amsterdam, mw J.M. van Dam, tel. 020-5664801.

- 9 NOVEMBER - DI.

Kurhaus te Scheveningen:
symposium 'De farmaceutische zorg naar nieuwe relaties en structuren'.
 Doelgroep: voorschrijvende artsen, directeuren en managers in de farmaceutische industrie, apothekers, ziektekostenverzekeraars, bestuurders en beleidsmakers bij overheid, overkoepelende en belangenorganisaties.
Inlichtingen: tel. 010-4349966.

- 9 NOVEMBER - DI.

Theater De Kom te Nieuwegein:
symposium 'Kiezen en delen in de GGZ', ter gelegenheid van het tien-jarig bestaan van de Stichting Beschermde Woonvormen Utrecht.
Inlichtingen: SBWU, tel. 030-367868.

- 10 NOVEMBER - WO.

RAI te Amsterdam:
symposium over het 'Amsterdams model' in de jaren negentig, bestemd voor iedereen die is betrokken bij de GGZ.
Inlichtingen: Buro Anneke Groen, tel. 020-6646405.

- 10 NOVEMBER - WO.

Faculteit der Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen (collegezaal 5) te Rotterdam:
cursus 'Verouderingsvraagstukken: bundeling en inEUGratie van kennis'.
Inlichtingen: mw M. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 10-23 NOVEMBER -

Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam:
10-daagse cursus 'Inleiding biostatistiek', georganiseerd door het Bureau PAOG.
Inlichtingen: mw M.A.F.H.W. Wenckebach, tel. 010-4087880.

- 11 NOVEMBER - DO.

Laboratorium voor Fysiologie te Leiden:
PAOG-cursus 'Verloskunde voor de huisarts', bestemd voor huisartsen die praktische verloskunde beoefenen en huisartsen in opleiding.
Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-275296.