

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT  
BEVORDERING DER GENEESKUNST  
TEL. 030 - 2823911

MC

#### Redactie

prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofredacteur*  
mw mr J.C.M. Ankoné,  
*plaatsvervangend hoofredacteur*  
R.A. te Velde, *eindredacteur*  
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*  
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*  
drs R.N. Otten, *redacteur-verslaggever*  
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*  
mw C.M. Schouten, *secretaresse*  
mw M.M. Stolp, *secretaresse*

*Redactieadres* Postadres  
Lomanlaan 103 Postbus 20052  
Utrecht 3502 LB Utrecht  
telefoon 030-2823384

#### Bestuur Medisch Contact

F.N.M. Bierens, *voorzitter*  
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*  
dr R.J.E.A. Höppener, *secretaris*  
dr H.W.M. Anten, *penningmeester*  
mw dr C. Vermeulen-Meiners

*Secretariaat bestuur*  
Postbus 690  
2900 AR Capelle a/d IJssel

*Adviseurs namens het  
hoofdbestuur der KNMG:*  
mw U. Roschar-Pel  
Th.M.G. van Berkestijn

#### Ontwerp & prepress:

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten  
voor een abonnement f 199,50 (inclusief BTW);  
België 4.000 Bfr; overige landen per zeepost:  
f 330,-/per luchtpost: f 450,-; studenten-niet-  
KNMG-leden f 82,50; losse nummers: f 13,50.

#### Abonnementen & Ledenservice

Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
telefoon 0346-558238 / 0346-558239  
(mw A. van de Meent- van den Ham/  
mw N. Agterberg)  
telefax 0346-554287

#### Advertenties

- Misset uitgeverij bv  
Planetenbaan 100, Postbus 1110  
3600 BC Maarssen  
Telefoon: 0346-558222/fax: 0346-554287  
Advertenties: Mw C.H.F. de Vaal/J.H. Fleury:  
0346-558244/240  
- Personeelsadvertenties en  
verkoopnabewerking: mw M. Nadorp  
Telefoon: 0346-558245/fax: 0346-554287  
- Verkoopcoördinator:  
- J.H. Fleury, tel. 0346-558240  
Advertenties kunnen zonder opgaaf van  
redenen geweigerd worden.

#### Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactio-  
nele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde  
beleid verantwoordelijk aan de Alge-  
mene Vergadering van de KNMG. De besturen van  
de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de  
inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.  
Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij bv in  
licentie uitgegeven voor de KNMG.

© 1995, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van  
Tijschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 51 / 26 januari 1996

# MEDISCH CONTACT

## ACTUEEL

**105** C. Spreeuwenberg

**Gepast**

**106** J.F.M. Bergen

**Huisartsen, verloskundigen en verloskunde**

**107**

**Euthanasie. "Geen zorgvuldigheid zonder volledigheid." In  
gesprek met twee bezorgde artsen**

## ORGANISATIE

**109** B.M. van Ineveld, N.S. Klazinga, A. Bandel, M.A. Grasveld-van  
Berckel en J.C.A. Sol

**Integratie kwaliteits- en kostenbeheersing. Een project in het  
Oogziekenhuis Rotterdam**

**113** D.P. Ravelli

**Beleidspsychiatrie in Nederland. De ontwikkeling van een  
hulpwetenschap**

## PRAKTIJK

**117** Madeleine M.C. Bosch

**Klinische diagnoses door de huisarts bij 'simpele'  
huidafwijkingen. Is histologisch onderzoek hier overbodig?**

**120** H. Baatenburg de Jong en J.A. Mulder

**Een modelinstructie voor verpleeghuisartsen in opleiding**

**123** Jozien Bensing, Robert Hulsman en Karlein Schreurs

**Vermoeidheid: een chronisch probleem**

## RECHT & ETHIEK

**125**

**Arts en recht. Kraamvrouwenkoorts komt nog steeds voor!  
Uitspraak Medisch Tuchtcollege Groningen d.d. 1 maart 1995**

## OFFICIEEL

**129** CC

**Opleidingseisen anesthesiologie. Besluit no. 6-1995**

**138** LSV

**Convocatie extra Ledenvergadering d.d. 15 februari 1996**

**138** LHV

**Convocatie Ledenvergadering d.d. 22 februari 1996**


**138** PCD

**Salarisrichtlijnen doktersassistenten per 1 januari 1996**

En verder:

• 102 MediSein • 103 Brieven • 115 Praktijkperikel • 116 Engels dagboek • 119 Berichten •  
• 127 Ziekte tussen verbeelding en werkelijkheid • 128 Boeken • 140 Agenda •  
Foto omslag: André Ruigrok

## ONDERZOEK MET WILSONBEKWAMEN

 Medisch-wetenschappelijk onderzoek met wilsonbekwamen wordt wettelijk verboden. Slechts bij hoge uitzondering zal dergelijk onderzoek mogen plaatsvinden. Dit 'nee, tenzij'-principe staat in de wijzigingen die het kabinet voorstelt in het voorstel van Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, dat onlangs naar de Tweede Kamer is gestuurd.

Wilsonbekwamen, kinderen en volwassenen die niet in staat zijn hun eigen wil te bepalen, zijn kwetsbaar. Het kabinet vindt dat zij de grootst mogelijke bescherming verdienen. In beginsel moet met deze mensen geen wetenschappelijk onderzoek worden verricht.

Toch is onderzoek nodig om bepaalde behandelingsmethoden of nieuwe geneesmiddelen te toetsen. Het wetsvoorstel geeft aan in welke gevallen een uitzondering wordt gemaakt. Ten eerste als het onderzoek betreft waarbij de deelnemer zelf baat heeft. Ten tweede als het gaat om het onderzoek dat zonder de medewerking van wilsonbekwamen niet kan worden gedaan, en verwaarloosbare risico's en minimale bezwaren met zich meebrengt.

Uitvoering van een onderzoek is alleen mogelijk na een positief oordeel van een ethische commissie die de noodzaak van het onderzoek vaststelt. Voor bepaalde vormen van onderzoek met wilsonbekwamen vindt het kabinet toetsing door een centrale commissie nodig, bijvoorbeeld bij onderzoek naar de gevolgen van bepaald medisch handelen dat voor de deelnemers zelf geen direct voordeel oplevert. Uiteraard is voor deelname aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek toestemming van de vertegenwoordiger vereist. •

## ERASMUS EN EUROPA

 De Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit Rotterdam start deze maand met een aantal grote telematicaprojecten in de gezondheidszorg. De vakgroep Medische Informatica heeft samen met haar klinische partners in Rotterdam een drietal Europese projecten verworven. De Gemeente Rotterdam zorgt voor aanvullen van de subsidiëring.

In het Promt-project ('patient management supported by protocols') zullen protocollen worden ingevoerd om de behandeling van kankerpatiënten te ondersteunen. De faculteit werkt hiervoor samen met centra in Londen en Bordeaux. Het project sluit aan op reeds bestaande projecten in Zwolle en Delft waarbij zowel ziekenhuizen als huisartsen betrokken zijn.


De Rotterdamse faculteit is tevens verantwoordelijk voor de wetenschappelijke begeleiding van CoCo ('communication and continuity in primary care'), een project waarin de gegevensuitwisseling ten behoeve van oudere en chronische patiënten centraal staat.

In CoCo zullen standaarden worden ontwikkeld voor de vastlegging en uitwisseling van patiëntgegevens. Naast artsen in Rotterdam en Zwolle participeren in het project centra in een groot aantal Europese landen en Canada. CoCo sluit aan op Dicoro (diabetescommunicatie Rotterdam), een op de directe zorg voor chronische patiënten gericht Nederlands project. Doel is de ondersteuning van transmurale zorg voor diabetespatiënten met behulp van telematica. Rotterdamse huisartsen en specialisten krijgen de mogelijkheid elektronisch gegevens uit te wisselen. Het derde Europese project dat de Rotterdamse universiteit coördineert, heet I4C (ICCCC, 'integration and communication for the continuity of cardiac care'), een telecommunicatieproject op het gebied van de




cardiologie. Hierbij zijn onderzoekers betrokken uit onder meer Duitsland, Frankrijk, Schotland, Italië en Griekenland. •

## CONSULT OP HET WATER

 Sinds 1 januari kunnen binnenschippers al varende elektronisch overleggen met een arts en een recept aanvragen. De mogelijkheid hiertoe biedt het netwerk Waternet.

Voor schippers is het vaak moeilijk een arts te consulteren. In acute gevallen is het ziekenhuis bereikbaar, maar bij minder dringende klachten duurt het soms ettelijke weken voor het tot een bezoek aan de huisarts komt. Een gebruiker van Waternet kan via Teleconsult klachten aan een huisarts voorleggen; die kan advies geven en zo nodig een recept faxen naar een apotheek in de buurt. •

## BAARMOEDERHALSKANKER

 In januari is het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl naar baarmoederhalskanker gestart. In de loop van het jaar zal het in heel Nederland zijn ingevoerd. Vrouwen tussen de 30 en 60 jaar krijgen eens in de vijf jaar een uitnodiging om aan het onderzoek deel te nemen. Dankzij het bevolkingsonderzoek oude stijl is het aantal sterfgevallen door baarmoederhalskanker sterk gereduceerd. Jaarlijks overlijden nog zo'n 300 vrouwen aan de gevolgen van de ziekte. Bij een maximale deelname aan de cervixscreening nieuwe stijl is ongeveer tweederde van de sterfte te voorkomen.

De leeftijdsgrens is uitgebreid (was: 35-55 jaar), de intervalperiode verschoven van naar 5 jaar. Half januari startten de voorlichtingsactiviteiten rond het bevolkingsonderzoek. Postbus 51 zal regelmatig een radiospotje uitzenden dat vrouwen moet stimuleren om deel te nemen. Uitstrijkjes in het kader van het onderzoek zijn overigens gratis. •


## KLAAR VOOR KWALITEIT?

 Vanaf 1 april 1996 zijn instellingen in de gezondheidszorg verplicht kwalitatief goede zorg aan patiënten te leveren. Dan treedt de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking.

Krachtens de wet moeten instellingen aan vier eisen voldoen. Ze moeten verantwoorde zorg bieden: doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht. Aan de organisatie van de hulpverlening worden voorwaarden gesteld. Instellingen moeten de kwaliteit van de zorg systematisch beheersen en indien mogelijk verbeteren. Verder moet ieder jaar een kwaliteitsjaarslag worden uitgebracht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op naleving.

Overigens blijkt uit onderzoek van de Rotterdamse bedrijfskundige A. Maussart dat de meeste instellingen niet voorbereid zijn op de invoering van een kwaliteitssysteem. Hij stelt in zijn op 1 februari te verdedigen proefschrift dat het instellingsmanagement de wet te abstract vindt en er problemen mee heeft om personeel tot verandering te motiveren. Aan de hand van zijn bevindingen heeft Maussart een invoeringsstrategie voor kwaliteitssystemen ontwikkeld. •

## OLMA EN PGGM BUNDELEN KRACHTEN

 De levensverzekeraar voor artsen OLMA en het pensioenfonds PGGM willen hun krachten bundelen. Dit is de uitkomst van verkennende besprekingen die de twee organisaties de afgelopen tijd hebben gevoerd. Over de vorm van hun samenwerking willen partijen binnen enkele maanden een besluit nemen.

De beoogde samenwerking maakt het mogelijk adequater in te spelen op ontwikkelingen als de toename van het aantal artsen in dienstverband. De combinatie heeft tot doel een breed pakket van financiële diensten tegen lage kosten te kunnen leveren. OLMA, sinds dertig jaar levens- en pensioenverzekeraar en financieel adviseur van en voor artsen, is een van de marktleiders voor medische beroepsgroepen. Het PGGM verzorgt voor de sector zorg en welzijn de collectieve pensioenregeling. Het aantal artsen onder de ruim één miljoen deelnemers is de laatste jaren sterk toegenomen. PGGM wil de activiteiten van OLMA combineren met de eind 1994 opgerichte levensverzekering-dochter Altis.

Zie ook *Officieel*, pagina 138. •



## 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.

## Artsen en de Ziektewet:

## Stilstand in denken

**D**E WIJZIGING VAN de Ziektewet brengt het gevaar met zich mee dat mensen met gezondheidsklachten nog slechter hun weg vinden op de arbeidsmarkt. Terecht heeft Medisch Contact daarom het eerste nummer van deze jaargang aan deze wetwijziging gewijd. Maar de bijdragen over de consequenties voor het handelen van artsen gaven mij een treurig gevoel. Het denken over de beoordeling van verzuim onder artsen lijkt sinds decennia stil te staan; de rol van de bedrijfsarts wordt bijvoorbeeld geproblematiseerd alsof al niet sinds vele jaren de helft van alle bedrijfsartsen dagelijks verzuim beoordeelt. Buitengewoon hardnekkig blijkt het misverstand dat in de beoordeling onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen 'wel of niet ziek'. Spreeuwenberg zelf voert dat misverstand weer ten tonele in zijn begeleidende redactioneel. Bij de beoordeling van verzuim moet aannemelijk gemaakt worden wat iemand met zijn gezondheidsklachten nog kan, zoals Post heel juist opmerkt. Dat is ook niet altijd eenvoudig, maar laat tenminste helder zijn dat het niet om ziektekundige legitimatie gaat, zoals Dammers ten onrechte veronderstelt. Buijs en Meijer voeren het aloude *taboe op controle* weer ten tonele. Daaraan mogen bedrijfsartsen hun handen ethisch niet bezoedelen. De consequentie van dat standpunt is, dat bedrijfsartsen zich kunnen koesteren in de rol van begeleidende weldoener op andermans kosten. Het geven van slecht nieuws wordt immers doorgeschoven naar verzekeringsartsen, die de rol van boeman moeten vertolken. Deze taakverdeling is goed voor de werkgelegenheid van artsen, maar bevordert chroniciteit van ziektegedrag en uitstoot van de betrokken cliënten. Het langdurig verzuim is dan ook al tientallen jaren nergens zo hoog als in Nederland. Bij een overvloedig aanbod van vervangende arbeidskrachten is dat geen groot bedrijfs-economisch probleem. De oplossing is best een uitkering waard, zolang die maar niet te lang duurt en mede

daardoor particulier verzekerbare is. De betrokken doelgroepen worden uiteindelijk gemarginaliseerd ten laste van het collectief. Zo maken zachte heelmeeesters stinkende wonden.

Er is weinig oog voor de omstandigheid dat een *kritische opstelling* van artsen tegenover verzuimgedrag in het belang is van diegenen die op de onderhavige regelingen aangewezen raken. Indien iedereen zich zomaar kan 'laten afkeuren', stijgt de premie; vervolgens daalt de maatschappelijke acceptatie en ten slotte wordt het risico onverzekerbaar. Deze wetmatigheid geldt zowel voor sociale als voor particuliere verzekeringen. Artsen zouden daarvan kunnen leren zich niet als behartigers van het belang van individuele verzuimers op te werpen. Zij zijn geen almachtige redders die hun patiënten voor alle onheil kunnen behoeden. Post meent dat artsen dat wel zijn, want zij mogen er van hem niet aan meewerken dat patiënten in de bijstand terechtkomen. Daarmee wordt de portemonnee van verzuimende werknemers voorwerp van medische zorg en blijft de deur naar een heilloze medicalisering open staan.

Cliënten moeten primair zelf hun belangen behartigen. Wat dat betreft valt mij op hoe weinig arbeidsongeschikten gebruik maken van hun recht op passend werk en de wettelijk vastgelegde inspanningsverplichting van hun werkgever. Een verplichting die de verzuimende werknemers zelf óók hebben!

Groothoff stelt dat de wijziging van de arbeidsongeschiktheidswetten vereist dat vooral somatische criteria gehanteerd moeten worden. Dat is een andere wijd verspreide misvatting. De aanscherping van het *objectiviteitscriterium* heeft géén betrekking op de noodzaak lichamelijke afwijkingen beter aan te tonen. Arbeidsongeschiktheidsregelingen verzekeren geen afwijkingen, maar het door gezondheidsklachten afgenomen vermogen om te functioneren. Daarbij geldt zowel voor de sociale als voor de meeste particuliere verzekeringen slechts de eis dat de achterliggende klachten 'medisch onderkenbaar' moeten zijn. Als gevolg van de technologische ontwikkelingen in de diagnostiek is het vermogen van veel artsen om te onderkennen echter verschaald tot een mechanistisch proces. Dammers illustreert dat treffend met zijn pleidooi om iedereen door de MRI te halen. Dit is geen juridisch probleem, maar een zuiver medische kwestie. Objectiviteit impliceert dat de arts tot een zo onbevooroordeeld mogelijk oordeel komt over de mogelijkheden van mensen om met hun gezondheidsklachten te functioneren. Soms blijken mensen zonder lichamelijke afwijkingen tot niets in staat, terwijl anderen ondanks flinke lichamelijke



afwijkingen nog heel wat kunnen en daarmee zelfs volledig arbeidsgeschikt geacht kunnen worden.

Geneeskunde is geen gemakkelijk vak. Om tot een oordeel over de mogelijkheden te kunnen komen, moeten artsen de cliënten naar hun beleving en hun dagelijks functioneren vragen. Dat kost tijd en vergt daadwerkelijke interesse voor het probleem van de betrokkene. Tenslotte moet de arts een oordeel durven uitspreken over het ziektegedrag. Dat maakt hem kwetsbaar; het is veel veiliger zich te verschuilen in pseudo-objectieve technocratie. Dat heeft niets met professionaliteit te maken. Ik wil mij van harte scharen achter het pleidooi van Post voor een meer *geïntegreerde gezondheidszorg*. De 'scheiding van behandeling en controle' leidt ertoe dat de curatieve zorg onvoldoende geconfronteerd wordt met de maatschappelijke consequenties van medisch handelen. Veel curatieve diagnostiek maakt verzuimende werknemers afhankelijk van het medisch bedrijf, voegt niets toe aan hun levensgeluk, maar bevordert integendeel juist hun passiviteit als patiënten. Via bedrijfsartsen die willen 'weldoen en niet schaden' worden zij vervolgens keurig sociaal-medisch het arbeidsproces uit begeleid.

De gezondheidszorg is naar mijn mening meer gebaat bij een discussie over deze interacties tussen artsen en patiënten dan bij het eindeloze gezeur over gegevensverkeer, vertrouwensrelaties en open communicatie.

Amsterdam, januari 1996

Simon Knepper, verzekeringsarts

## Naschrift

Op dit zeer gewaardeerde commentaar van collega Knepper wil ik reageren met de opmerking dat het juist het *kabinet* is dat door in de MvT van "controles" te spreken suggereert dat de arts een uitspraak moet doen over 'ziek' of 'niet ziek'. Ook na herlezing van mijn commentaar, begrijp ik niet waarop Knepper zijn opvatting stoelt dat ik dit onderscheid ten tonele heb gevoerd. Overigens is het nuttig te letten op de kritiek van Mudde in zijn proefschrift op de oordeelsvorming van artsen ten aanzien van arbeidsgeschiktheid.<sup>1</sup>

Utrecht, januari 1996

C. Spreeuwenberg

## Literatuur

1. Mudde EC. Ziek zijn in de zin der wet. Den Haag: Sdu Juridische & Fiscale Uitgeverij, 1995.

## Fysiotherapielijst

**O**P DE FYSIOTHERAPIELIJST mag komen wat wil, als de besparingen die ons voor ogen staan maar worden gerealiseerd", aldus een topambtenaar van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een even onthullende als ontluisterende uitspraak. Niet inhoudelijke, maar budgettaire criteria lijken doorslaggevend voor het inperken van het pakket fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck in 1996.

Met enige verbazing heb ik dan ook kennis genomen van een brief van de LHV over de nieuwe vergoedingsregelingen fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en -Mensendieck.<sup>1</sup> Daarmee verleent zij haar medewerking aan een bezuinigingsmaatregel waar de meeste huisartsen toch niet echt blij mee zijn. De pas verschenen lijst van het ministerie geeft aan welke patiënten na 1 januari 1996 nog wel volledig aanspraak maken op fysiotherapie en oefentherapie. Alle overige patiënten krijgen nog slechts 9 keer fysiotherapie per aandoening per jaar vergoed. Voor oefentherapie-Cesar en -Mensendieck geldt hetzelfde, zij het dat patiënten na goedkeuring van het ziekenfonds nog aanvullend 9 behandelingen vergoed kunnen krijgen. Deze inperking van het pakket moet op jaarbasis ruim f200 miljoen aan besparingen opleveren.

De beroepsorganisaties van de fysiotherapeuten hebben namens de beroepsgroep al aangegeven dat de lijst onzorgvuldig is samengesteld. Met name ouderen met meer dan één aandoening lopen het gevaar onterecht van fysiotherapie verstoken te blijven. Je zult als patiënt met uitzaaiingen van kanker in de botten maar te horen krijgen dat je na negen behandelingen slechts voor therapie in aanmerking komt als er wervelbreuken zijn! Het is minister Borst kwalijk te nemen dat zij ten onrechte de suggestie wekt dat de beroepsgroepen de lijst onderschrijven. De beroepsgroepen zijn bij de samenstelling van de lijst vroegtijdig afgehaakt, omdat zij deze niet acceptabel vonden.

Naast de inhoudelijke argumenten zijn er meer redenen om de fysiotherapielijst af te wijzen. De beoogde besparingen zullen gepaard gaan met een grote portie bureaucratie en papieren rompslomp. Van veel patiënten zal door de ziektekostenverzekeraars of de specialist moeten worden beoordeeld of ze voor vergoeding in aanmerking komen. Verder zal er de neiging zijn, bij zowel patiënt als behandelaar, om die behandeling te kiezen die *geen geld kost*. Dat wil zeggen: een verschuiving van de behandelingen naar het ziekenhuis en

## K O P I J O P D I S K E T T E

Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden 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, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

*Door de redactie geaccepteerde wetenschappelijke artikelen kunnen desgewenst extern worden beoordeeld. Van deze review wordt dan bij plaatsing melding gemaakt.*

pillen in plaats van therapie. Een toename van het chronisch gebruik van pijnstillers is echter niet zonder gevaar, omdat dit de kans op maagbloedingen en maagzweren vergroot. Fysiotherapie als behandelingsmethode heeft - indien mogelijk - de voorkeur, omdat hieraan minder risico's kleven dan aan het chronisch gebruik van pijnstillers.

Verder wordt de rol van de huisarts als poortwachter aangetast. Zo mag bij patiënten met multiple sclerose na negen behandelingen alleen de specialist nog machtigingen voor de fysiotherapeut uitschrijven. De maatregel zal daarom op groot verzet stuiten bij de huisartsen. Bovendien zal hij leiden tot willekeur. De ene huisarts zal makkelijker dan de andere bereid blijken de indicatiestelling wat te verruimen om de patiënten een zo goed mogelijke behandeling te bieden en financieel zoveel mogelijk te ontzien; zeker wanneer het de lagere inkomensgroepen betreft of risicogroepen als bouwvakkers, verpleegkundigen en chauffeurs. De maatregel spoort ook niet met ander kabinetsbeleid dat erop gericht is het ziekteverzuim terug te dringen. Een belangrijk aspect hierbij is namelijk geen drempels voor adequate behandeling voor de werkende bevolking op te werpen.

In 1996 zullen volgens de Vereniging van vrij gevestigde fysiotherapeuten (VF) veel fysiotherapeuten op straat komen te staan. Ongetwijfeld zal een aantal van hen dan het particuliere circuit induiken. Dat is toch een rare zaak, gezien de wachtlijsten voor fysiotherapie die thans bestaan. Een ontwikkeling die ook de tweedeling in de zorg bevordert en de toegankelijkheid voor iedereen aantast. Voor particulier verzekerden komen er volop mogelijkheden, voor ziekenfondsverzekerden niet.

Gezien de geschetste nadelen, had de overheid er verstandig aan gedaan de maatregel uit te stellen. Beter ware het geweest te wachten op de uitkomsten van onderzoeken naar de effectiviteit en de werkzaamheid van fysiotherapie, onderzoeken van andere Ziekenfondsraad en natuurlijk ook van de beroepsgroep zelf. Alleen op basis van wetenschappelijk onderzoek kunnen richtlijnen worden opgesteld en kan op

inhoudelijke gronden worden beoordeeld of er kan worden bezuinigd.

De KNMG heeft er in een reactie op het Financieel Overzicht Zorg 1996 volkomen juist voor gepleit "de werkelijke behoefte aan zorg uitgangspunt te laten vormen voor de financiële vertaling van politieke (beleidsvoornemens)".<sup>3</sup> De handelwijze van de LHV is strijdig met dit uitgangspunt. De LHV moet zich niet voor het overheidskarretje laten spannen en meewerken aan verslechteringen in de zorg. En is het niet: heden ik en morgen...

Oss, december 1995

H.P.J. van Gerven,  
huisarts 'Ons Medisch Centrum' Oss

### Literatuur

1. LHV. Brief aan de leden. Utrecht, november 1995.
2. Trouw woensdag 27 september 1995.
3. KNMG. Reactie op het Financieel Overzicht Zorg 1996. 's-Gravenhage, 19 september 1995.

### Naschrift LHV

De LHV heeft in het kader van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg met overheid en verzekeraars afgesproken een actieve opstelling te willen kiezen bij het in praktijk brengen van het uitgangspunt 'passende zorg', waarbij de politiek een duidelijke wens tot kostenbeheersing naar voren brengt. De afspraak kreeg haar vertaling op het vlak van geneesmiddelen en paramedische hulpverlening. De LHV zal het voorschrijven op stofnaam bevorderen en meewerken aan de beperking op afspraak fysiotherapie.

Er is kritiek mogelijk op de lijst van chronische aandoeningen waarvoor een uitgebreidere aanspraak mogelijk blijft. Met name geldt dat voor die indicaties waarbij doorverwijzing naar de specialist noodzakelijk is. De LHV onderkent dit en bekijkt hoe tot werkzame afspraken in de dagelijkse praktijk kan worden gekomen.

De LHV laat zich niet voor het karretje van de overheid spannen, maar geeft invulling aan haar belangenbehartiging door te kiezen voor een lange-termijnbeleid en een constructieve opstelling, rekening houdend met de politieke realiteit. •

# Gepast

**O**NLANGS ZIJN twee rapporten uitgebracht waarin is geprobeerd een alternatief te vinden voor de in het regeerakkoord genoemde afspraak voor alle ziektekostenverzekeringen een eigen risico van f200,- in te stellen.<sup>1,2</sup> In het rapport 'Gepast betalen voor zorg' wordt de vraag van de minister van VWS onderzocht of een IZA-achtig bijdragensysteem (IBS) een reëel alternatief kan vormen voor het eigen risico. Gelet moest worden op zo min mogelijke bureaucratie, zo laag mogelijke kosten, waarborging van privacy en reductie van gevoeligheid voor fraude. Bij de IZA verzekerde ambtenaren krijgen de rekeningen zelf gepresenteerd, betalen deze zelf en krijgen de kosten met aftrek van een zekere eigen betaling vergoed. Op hun verzoek krijgen ambtenaren het bedrag aan eigen kosten dat 1% van hun belastbaar inkomen overstijgt, terugbetaald. De onderzoekers achten het aannemelijk dat introductie van het IBS het kostenbewustzijn van de patiënt verhoogt en derhalve tot reductie van de consumptie zal leiden. Ze achten het IBS technisch haalbaar voor elf vormen van zorg: huisartsen-hulp, specialistische hulp, ziekenhuisopname, kraamzorg, farmaceutische hulp, hulpmiddelen, ambulancevervoer, trombosedienst en niet-klinische hemodialyse, dus ook voor diensten die de verzekerde niet kan beïnvloeden. Omdat in het ziekenfondssysteem voorzieningen in natura worden verstrekt, wordt aanbevolen dat de ziekenfondsen de eigen bijdragen afzonderlijk aan de verzekerden factureren. Bij de particulier verzekerden kunnen de eigen bijdragen van de retributies worden afgetrokken. Gedacht wordt aan een eigen bijdrage van zo'n 15%. Jaarlijks bepaalt de belastingdienst de limiet aan de hand van het belastbaar inkomen twee jaar eerder. Waar de aanbieder gehonoreerd wordt volgens een abonnementstelsel, zoals de huisarts, moeten verzekerden een vast bedrag betalen, thans zo'n f5,- per consult. Omdat de inkomensgebonden limiet bij opname in het ziekenhuis snel wordt bereikt, wordt voorgesteld ook daarvoor een vaste bijdrage te berekenen. Om kostenbewustzijn te bereiken moeten de momenten van inning en verstrekking zo dicht mogelijk bij elkaar liggen en worden de genererde kosten en de opgebouwde som van eigen bijdragen periodiek aan de verzekerde bekend gemaakt. Vanuit hetzelfde motief wordt afgeraden mensen met een laag inkomen van een verplicht eigen risico te vrijwaren. In het IBS verstrekt de belastingdienst de gegevens aan een zogeheten clearing-organisatie. De financiële communicatie

tussen verzekeraars, clearing-organisatie en belastingdienst geschiedt op basis van de sofinummers. Als de belastingdienst of een ander administratiekantoor als clearing-organisatie gaat fungeren, zal de verzekerde zelf om terugbetaling van te veel betaalde eigen bijdragen moeten verzoeken; gaat de verzekeraar deze functie uitoefenen, dan kan verrekening op initiatief van de verzekeraar geschieden. Inmiddels heeft de minister laten weten op dit moment niet voor een eigen bijdrage voor huisartsen hulp te voelen en de burgers met een laag inkomen te willen ontzien.

Het rapport 'Gepaste zorg' van Oudkerk en Van der Ploeg heeft een bredere strekking. Deze PvdA-kamerleden zoeken naar wegen om een goede en betaalbare zorg overeind te houden zonder de premies of eigen bijdragen te verhogen. Ze signaleren nu al 'haarscheurtjes in onze zorg' en verwijzen naar de door Mackenbach aangetoonde achteruitgang in het inkomen van chronisch zieken door het stapelen van maatregelen en naar

## C. Spreenwenberg

de wachtlijstproblematiek voor orthopedische en oogheelkundige aandoeningen. Volgens Oudkerk en Van der Ploeg is het voor sommigen in Den Haag moeilijk om een inhoudelijke discussie te voeren over de organisatie en financiering van de zorg en het garanderen van adequate zorg. De vraag "Wie wordt waar beter van?" wordt te weinig gesteld. Omdat verwacht wordt dat minister Borst er niet in zal slagen de financiële opbrengsten die worden aangekondigd te realiseren, voorzien beiden dat nog meer mensen in de knel zullen komen. Immers, de gekozen systematiek brengt met zich mee dat burgers achteraf moeten boeten als de bezuinigingen niet worden gehaald. Als voorbeeld van een optische maatregel noemen ze de die voor de tandheelkunde, waardoor weliswaar de omvang van het FOZ is gedaald maar waarvan de werkelijke kosten voor alle burgers samen zijn gestegen. Ze vinden dat het kabinet te weinig doet om de doelmatigheid van de zorg te vergroten en daarover met de verzekeraars afspraken te maken.

Oudkerk en Van der Ploeg vinden dat eigen bijdragen pas mogen worden ingevoerd nadat de gezondheidszorg zo efficiënt en zo goedkoop mogelijk is georganiseerd. Hun voorstellen berusten op vier pijlers: vergroting van samenhang en doelmatigheid, verlaging van een aantal specifieke kosten vanwege het karakter van de Ziekenfondswet, gepast gebruik van zorg en eenmalige aanwending van de reserves. Uit de eerste en derde pijler licht ik, zonder volledig te zijn, een aantal voorstellen.

Bepleit wordt landelijke overname van het

beleid dat is gevoerd door het Amsterdamse ZAO, dat de kosten voor farmaceutische hulpverlening aanzienlijk drukte door een bonus-malussysteem te introduceren waarin ten minste 65% van alle voorgeschreven medicijnen wordt verstrekt op stof- in plaats van op merknaam. Hierdoor kan f180 miljoen per jaar worden bespaard. Nog meer is mogelijk door de kortingen en bonussen voor apothekers aan te pakken en de werking van de stimulansregeling om op stofnaam voor te schrijven drastisch te beperken. De griepvacinatie kan naar schatting f15 miljoen goedkoper door het vaccin centraal in te kopen en direct aan de huisarts te verstrekken. Daarnaast bepleiten beiden de capaciteit aan bedden verder te reduceren en vervolgens de helft van de bezuiniging ad f168 miljoen te bestemmen voor nieuwe zorgvormen zoals transmurale zorg. Onder gepaste zorg, hun derde pijler, verstaan Oudkerk en Van der Ploeg zorg die niet te veel of te weinig, competent en humaan wordt verleend. In iets meer dan drie A4'tjes worden alle activiteiten en voorstellen gericht op doelmatigheidsactiviteiten van de afgelopen jaren van stal gehaald en wordt een doelmatigheidswinst van 5% ofte wel f1 miljard in het vooruitzicht gesteld. Waar minister Borst wordt verweten te afwachtend te zijn, is het merkwaardig dat zo ongenueanceerd wordt gedaan alsof doelmatigheidswinst gemakkelijk te bereiken is zonder dat de zorg wordt aangetast. Dit pleidooi bevestigt me in mijn vrees dat het contraproductief is als politici zich al verkneukelen in de resultaten van 'evidence-based medicine' voordat is bereikt dat de artsen als geheel daar beter door zijn gaan werken. Oudkerk en Van der Ploeg streven doeleinden na die onze sympathie verdienen. Ze verliezen echter uit het oog dat ze door tegelijk te veel overhoop te halen artsen argwanend maken. Misschien moeten we terug naar de vraag wat we onder 'gepaste' zorg verstaan. Daaraan hecht onze taal immers uiteenlopende betekenissen, namelijk:<sup>3</sup> 1. geschikt voor, berekend naar het doel; 2. betamelijk, voegzaam; 3. juist schikkend; niet overdreven; 4. precies afgepast; 5. op het juiste moment. De rapporten laten zien dat we moeten oppassen voor simpele opvattingen over 'gepast gebruik'. •

## Literatuur

1. Gepast betalen voor zorg. Rapport uitgebracht aan het Ministerie van VWS. Nieuwegein: VB Advies, 1995.
2. Oudkerk R, Ploeg R van der. Gepaste zorg. Den Haag: Tweede Kamerfractie van de PvdA, 1995.
3. Geerts G, Heestermans H, hoofdred. Groot Woordenboek der Nederlandse Taal. Twaalfde druk. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie, 1992.



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

## Huisartsen, verloskundigen en de verloskunde

**H**ET KAN U haast niet zijn ontgaan dat verloskunde door de huisarts weer in de belangstelling staat. De directe aanleiding hiervoor is een uitspraak van de rechtbank in Den Haag in een bodemprocedure die de LHV tegen de Staat der Nederlanden had aangespannen. De rechter bepaalde, dat het primaat van de verloskundigen op het begeleiden van zwangerschappen en bevallingen, zoals dat in de Ziekenswet is vermeld, op 1 januari 1999 moet zijn geschrapt. Dat betekent concreet, dat zorgverzekeraars op dat moment door de wetgever worden verplicht verloskundige hulp door de huisarts te vergoeden, ook als de verzekerde in een gebied woont waar een verloskundige gevestigd is. Dat is een wezenlijke verandering ten opzichte van de huidige situatie. Afgelopen weken heeft de gerechtelijke uitspraak nogal wat reacties opgevoerd, waarbij soms een karikatuur van de te verwachten werkelijkheid werd geschetst. Er werd gesuggereerd dat straks een strijd tussen onze beroepsgroep en de verloskundigen zal uitbarsten, waarbij het beeld negatief werd ingekleurd met kwalificaties als 'ouderwetse dorpsdokters' en 'onvoldoende kwaliteit'. Dat is allemaal niet aan de orde. Ik denk dat het goed is hier een paar zaken nog eens op een rij te zetten.

Ik verwacht niet dat alle huisartsen in ons land hun verlosstas weer van het stof zullen ontdoen en de verloskunde tot hun dagelijkse praktijk zullen gaan rekenen. Het blijkt dat een groot aantal collega's heel tevreden is met de wijze waarop deze hulpverlening door de verloskundigen in hun omgeving wordt ingevuld. Het begeleiden van bevallingen past ook niet meer bij hun praktijkvoering. Tegelijkertijd zijn er collega's voor wie de verloskunde nog wel een inte-

graal onderdeel uitmaakt van de wijze waarop zij het huisartsenvak uitoefenen. Zij willen dat graag zo houden, terwijl zij nu vaak de verloskunde moeten opgeven zodra zich in hun buurt een verloskundige vestigt. Immers, de ziekenfondsverzekerde krijgt dan de begeleiding door de huisarts niet meer vergoed, waardoor het aantal bevallingen dat de huisarts per jaar doet onder een kritische grens komt te liggen.

Ik kom dan meteen op het punt van de kwaliteit van de zorgverlening. Met de verloskundigen ben ik het helemaal eens dat de kwaliteit van de hulp ronduit goed moet zijn. Aan huisartsen die ver-

*J.F.M. Bergen*

loskunde uitoefenen, mogen en moeten kwaliteitseisen worden gesteld, zoals dat ook voor andere delen van ons werk geldt. Zonder me op een getal te willen vastpinnen, betekent dit onder meer dat ze per jaar minstens een bepaald aantal bevallingen zullen moeten doen. Ik verwerp echter de hier en daar gehoorde stelling dat de verloskundige betere hulpverlening zou bieden omdat de huisarts per jaar aan minder bevallingen toekomt. Dat zou betekenen dat in delen van het land waar geen verloskundigen werken de hulpverlening van mindere kwaliteit zou zijn. Dat is op geen enkele wijze hard te maken.

Ik kan me dan ook helemaal niets voorstellen bij de redenering die ik hoorde, dat verloskunde niet meer bij de moderne huisarts past omdat ook tandheelkunde een vak apart is. Dat valt onder het hoofdstuk 'appels en peren'. Juist als je de huisarts typeert als gezinsdokter die een langdurige relatie met de patiënt opbouwt, is het niet onlogisch daar naast het einde van het leven ook het begin van het leven bij te betrekken.

Hoewel de uitspraak van de rechter de verschillende belangen van huisartsen en verloskundigen accentueert, hebben

beide beroepsgroepen een belangrijk gemeenschappelijke uitgangspunt, namelijk dat zwangerschap geen ziekte is en dat we moeten voorkomen dat er medicalisering optreedt. Het grote goed van de thuisbevalling heeft in beide beroepsgroepen uitstekende ambassadeurs.

Daarmee kom ik op een laatste opmerking. De uitspraak van de rechter scherpt tegenstellingen aan, terwijl het juist in de toekomst om samenwerking moet gaan. In gebieden waar zowel huisartsen als verloskundigen hulp verlenen, is iedereen gediend bij een goede samenwerking. Helaas stond het primaat goede afspraken hierover tussen de organisaties van beide beroepsgroepen in de weg. Hopelijk komt daarin nu verandering. •

*J.F.M. Bergen,  
voorzitter LHV*

## Euthanasie

*“Geen zorgvuldigheid zonder volledigheid”*

In gesprek met twee bezorgde artsen

*Discussies over euthanasie worden gedomineerd door een beperkt aantal medische en juridische argumenten. De agogische en morele problemen rond de levensbeëindiging blijven onderbelicht. Twee bezorgde artsen in een openhartig gesprek met de hoofdredacteur van Medisch Contact.*

**O**NDANKS DAT de deelnemers vaak goed op de hoogte zijn, gaan discussies in de media over euthanasie vaak te snel en hebben ze te weinig diepgang, vinden de KNMG-leden A.J. Postmes en K. Zuidema. Dit leidt uiteindelijk, zonder dat men het beseft, tot propaganda voor een eenzijdige benadering van euthanasie. Redenen om euthanasie af te keuren komen zo te weinig aan bod, ook binnen de KNMG.

Postmes en Zuidema tonen zich in een gesprek met hoofdredacteur Spreeuwenberg uiterst bezorgd over deze gang van zaken. Ze zetten uiteen waarom euthanasie volgens hen moet worden afgekeurd en waar huns inziens zich de 'blinde vlekken' bevinden bij veel artsen: men laat zich te veel leiden door 'fearful thinking' en door 'wishful thinking'.

Wie zich rekenschap geeft van die blinde vlekken en alle zorgvuldigheidseisen volledig in acht neemt, zal niet meewerken aan levensbeëindiging, is hun stelling. Is wat zij vragen menselijkerwijs haalbaar?

**Optimale zorg**

Over één ding zijn de drie gesprekspartners het eens: euthanasie is geen goede zaak. Mensen hebben er geen recht op. Euthanasie mag ook geen uitweg zijn omdat we niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden in de pijnbestrijding. Zuidema: "Ons doel is optimale zorg voor mensen die oog in oog staan met de dood. Het levensbeëindigend handelen kan daar geen plaats in hebben."

Zuidema en Postmes vragen zich af of artsen wel genoeg kennis hebben van de ontwikkelingen in de palliatieve geneeskunde, een vraag die ook in het buitenland nog wel eens aan Nederlandse artsen wordt gesteld. Spreeuwenberg: "Binnen de KNMG is de afspraak gemaakt een nieuw boek te gaan schrijven over palliatieve zorg dat vollediger is dan het huidige boek. We gaan hierover een congres organiseren. Ik wil benadrukken dat het dus niet over euthanasie zal gaan, maar over optimale zorg."

Hoewel Postmes en Zuidema euthanasie moreel onjuist achten, vinden ze niet dat euthanasie dan ook strafbaar moet zijn. Een arts die zorgvuldig zijn taken volbrengt en daarbij zijn geweten volgt, verdient geen verwijten; het moet reden zijn om te seponeren. Postmes: "Hij mag dwalen en moet daarom van strafvervolgning worden gevrijwaard. Zelfs als de zorgvuldigheid achteraf onvoldoende blijkt te zijn

van de KNMG op een verkeerde premisse.

De beide artsen spreken in dit verband van 'fearful thinking'. Postmes: "Voorstanders van euthanasie gaan ervan uit dat euthanasie soms niet gemist kan worden; het is in bepaalde gevallen te rechtvaardig en er is dan ook niets tegen. Er zijn waarschijnlijk artsen die het meedogenloos zouden vinden als ze *niet* zouden meewerken aan euthanasie.

"De KNMG heeft er, zover ik weet, nog nooit tegen geprotesteerd dat artsen die niet willen meewerken aan euthanasie worden uitgemaakt voor harteloze artsen. Dat is toch te gek tegenover iemand die er met groot medelijden naar streeft om iemand bij te staan tot het eind van het leven."

"Het berust op een verkeerd respect voor van het menselijk bestaan", vervolgt Postmes. "Artsen, maar ook juristen die zo denken, zijn geneigd te kijken naar de mens als geïsoleerd individu zonder sociale rechten en verplichtingen. Ze vragen zich dan min of meer terecht af wat het laatste restje leven voor zin heeft voor een persoon met zo'n uitzichtloze toekomst. De dood is barmhartiger dan het leven. En als je het zo bekijkt klopt het: een mens in een volstrekt isolement heeft geen leven. "Maar je moet de zaak ook van de andere kant bekijken: van de kant van het leven en lijden."


*“Wat juridisch aanvaardbaar is, kan moreel onjuist zijn”*

geweest. Een arts moet onbevreesd zijn missers kunnen melden."

**'Fearful thinking'**

Grote zorgvuldigheid voert echter niet noodzakelijk tot juiste conclusies, menen Zuidema en Postmes. Ze staan op het standpunt dat wat juridisch (volgens de wetgever) en medisch (volgens de KNMG) aanvaardbaar is, moreel onjuist kan zijn. Volgens hen stoelen zowel de wetswijziging van 1994 als het standpunt

Zuidema: "Wij zijn niet in staat in balans te blijven met het lijden. We kennen er geen betekenis aan toe, in tegenstelling tot de joodse traditie. De spiegel die iemand die het lijden heeft geaccepteerd je voorhoudt, brengt je iets dat van toepassing is op je eigen lijden als het zover is. Die spiegel willen we in onze samenleving niet meer zien. Aan die ontkenning mag een arts niet meewerken!"

"Wij mensen dienen respect te hebben voor de hele mens, van A tot Z, met zijn 

voor hem te betekenen."

dus Postmes. "Iedereen die daar een stukje vanaf haalt, haalt de eerbied voor de mens omlaag. Wie ook maar het kleinste stukje afknijpt van de levensdraad, ziet iets over het hoofd.

"Wie zichzelf doodt, stelt zich op het standpunt dat het slot van het leven waardeeloos is en dat hij daarover kan en mag oordelen. Hij stelt ook dat hij geen sociale verplichtingen heeft en laat de anderen in de steek. Hij ontnemt ons de mogelijkheid om iets voor hem te betekenen."

Spreeuwenberg: "Toch kan ik meevóelen met mensen die zo ontzettend lijden, dat ze van mening zijn dat God niet van hen kan verlangen dat ze dat nog langer dragen.

"Dat heeft er ook mee te maken dat we in de moderne tijd heel andere doodsoorzaken kennen. Mensen gingen vroeger dood aan ongevallen en infectieziekten,

te verdiepen in de mogelijkheden van zijn patiënt om het leven zin te geven, zijn waardigheid hoog te houden door sociale interactie. Juist dát maakt het leven van een mens - met inbegrip van lijden en sterven - de moeite waard. Juist dát zijn de doelen van levens- en stervensbegeleiding."

Zuidema vult aan: "We zijn zo langzamerhand in de situatie beland waarin nu ook het levenseinde volledig wordt gemedicaliseerd. Dat is niet goed."

We zijn een essentieel deel van de eed van Hippocrates vergeten, aldus beide artsen: "Ik zal geen handelingen uitvoeren die niet tot mijn competentie behoren, maar zo nodig plaats maken voor hen die wel ter zake kundig zijn."

De arts kan de patiënt niet die opbeuring geven die hij in de laatste fase van zijn leven nodig heeft. Het is 'wishful thinking' om te denken dat dat wel zo is.

"Maar wie kan die bijstand dan wel ge-

ken. Die zijn niet volmaakt. In zulke gevallen maak je een keuze tussen twee kwaden. Je doet wat menselijkerwijs mogelijk is. Of dat goed is, weet ik niet."

Kan Postmes zich voorstellen dat er in zo'n 'schemergebied' ruimte is voor twijfel?

Postmes: "Nee, ik geloof dat als je de cruciale zorgvuldigheidseisen volledig tot hun recht laat komen er geen ruimte is voor twijfel: euthanasie is uitgesloten. Het is ook niet goed om naar de patiënt te gaan met de ontsnappingsclausule in je achterhoofd dat euthanasie wellicht in uitzonderingsgevallen toch mogelijk is. Dat doet afbreuk aan je totale inzet."

"Maar dat houdt niet in dat je niet een keer euthanasie zult plegen", waarschuwt Zuidema. "Je zult moeten toegeven dat je die hoge standaard in een moeilijke situatie misschien niet zal halen. Dat moet hier niet onder tafel verdwijnen."

"Je moet toegeven dat je in een patstelling kunt komen te zitten. Maar dat is niet niks. Je hebt dat dan tenminste toegegeven. Dat is een veel genuanceerder visie dan onder dekking van het standpunt van de KNMG je gang gaan."

Spreeuwenberg: "Het gevaar dat we denken dat het goed is als de arts maar aan de zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, zie ik ook wel. Strafrechtelijk gezien is dat juist, maar dat wil niet zeggen dat euthanasie dus ook goed is. Daar zijn we het over eens."

Postmes en Zuidema beamen dat. Iemand kan niet worden aangerekend dat hij blinde vlekken heeft, maar hem of haar kan wel worden verweten dat hij of zij geen moeite doet om die blinde vlekken te herkennen en het oordeel aan een ander overlaat. •

*"We zijn zo langzamerhand in een situatie beland waarin ook het levenseinde volledig wordt gemedicaliseerd"*

tegenwoordig speelt kanker (chronische ziekte) een grote rol. Dat brengt een heel andere manier van sterven met zich mee. In dat licht geloof ik niet dat de *kwantiteit* van het leven van doorslaggevende betekenis is."

Zuidema: "Het gaat inderdaad om de *kwaliteit* van het leven. Maar die is niet te kwantificeren. Het leven is oneindig als het heelal: een minuut is evenveel waard als een eeuw. Omdat wij mensen gerelateerd zijn aan die oneindigheid, hebben wij iets van die oneindigheid in ons. Daar mag je geen honderdste millimeter of seconde van afknippen. Euthanasie ontkent die zingeving van het leven."

"Maar die zingeving gaat tocht niet verloren als het leven een week wordt verkort?", vraagt Spreeuwenberg. "Zingeving vindt je ook in de manier waarop je geleefd hebt. Niet alleen in het sterven."

Postmes: "Daar ben ik het totaal mee oneens!" "Dat is nu juist het kardinale punt", aldus Zuidema.

### **'Wishful thinking'**

De nadruk op zingeving en de waarde van het lijden heeft volgens de beide artsen gevolgen voor de rol van de arts. Volgens hen is het sterven géén medische zaak. Postmes: "Artsen hebben als arts slechts vanuit een beperkte invalshoek verstand van de begeleiding van het levenseinde. De medicus heeft de opdracht mensen te helpen met hun kwalen, niet om zich

ven?", vraagt Spreeuwenberg zijn beide collega's.

Zuidema: "Het gaat ook om de fase voorafgaand aan die laatste wens van de patiënt om het leven tot een eind te brengen. Daar zou een team met charismatische mensen de patiënt kunnen begeleiden en hem zo kunnen sterken dat het lijden in de laatste fase van zijn leven zinvol en draaglijk wordt. Dan blijkt ook dat hij of zij niet meer tot een euthanasieverzoek komt."

Artsen moeten veel meer ruimte geven aan zorgverleners die veel beter in staat zijn mensen te begeleiden in de laatste fase van hun leven, aldus Postmes en Zuidema. Misschien hebben sommige artsen die kwaliteit wel, maar dan niet op basis van hun opleiding, maar op basis van persoonlijke eigenschappen.

### **Menselijkheid**

Maar nu de praktijk. Wat als een arts, in overeenstemming met de eerste zorgvuldigheidseis, geconfronteerd met ondraaglijk lijden, eventueel na hulp van een charismaticus, van mening is dat het lijden van zijn patiënt uitzichtloos ondraaglijk is? De patiënt heeft duidelijk uitgesproken een eind aan zijn leven te willen maken en roept daarbij de hulp in van zijn arts. Wat moet de arts doen?

Spreeuwenberg: "Dan kun je je patiënt niet in de steek laten. We moeten niet vergeten dat we over menselijke situaties spre-



# Integratie kwaliteits- en kostenbeheersing

Een project in het Oogziekenhuis Rotterdam

B.M. van Ineveld, N.S. Klazinga,  
A. Bandel, M.A. Grasveld-van Berckel  
en J.C.A. Sol

**Sinds september 1994 loopt in het Oogziekenhuis Rotterdam een project rond cataractoperaties in dagbehandeling met het doel een integratie tot stand te brengen tussen kwaliteitsmanagement en kostenbeheersing. De eerste bevindingen zijn bemoedigend te noemen.**

**I**N DE LAATSTE twee decennia valt in de gezondheidszorg een toenemende aandacht waar te nemen voor zowel kwaliteitsmanagement als kostenbeheersing.<sup>1</sup> In theorie vullen kwaliteitsmanagement en kostenbeheersing elkaar aan en vormt het begrip 'doelmatigheid' als het ware de schakel tussen de begrippen 'kwaliteit' en 'kosten'. In de praktijk van de bedrijfsvoering in de gezondheidszorg zijn kwaliteits- en kostenmanagement echter nog grotendeels gescheiden gebieden.

In dit artikel wordt verkend hoe beide benaderingen bij elkaar kunnen worden gebracht en wordt uiteengezet hoe momenteel in het concrete geval van de behandeling van cataractpatiënten in het Oogziekenhuis Rotterdam aan de ontwikkeling van een geïntegreerd beheersingssysteem voor kwaliteit en kosten wordt gewerkt.

## Kwaliteitssystemen

De aandacht voor kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg kreeg in 1989 een draagvlak in de 'Leidschendam-conferenties'. Centraal daarbij stond de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om zelf systemen te ontwerpen waarmee de kwaliteit van de zorg kon worden gewaarborgd.<sup>2</sup>

Intern zijn deze systemen bedoeld voor de waarborging van kwaliteit als onderdeel van de feitelijke bedrijfsvoering. In externe systemen staan controlemechanismen centraal waarmee een externe partij in staat is op systematische wijze de kwali-

teit van een groep professionals of een instelling te beoordelen. Hierbij kan worden gedacht aan begrippen als 'visitatie', 'accreditatie' en 'certificatie'. Het ontwikkelen van (interne) kwaliteitssystemen lijkt nu ook een wettelijke basis te krijgen met de voorstellen voor de Wet op de kwaliteit van in instellingen te verrichten zorg. Hoewel diverse (industriële) modellen voor kwaliteitssystemen in omloop zijn, zoals ISO en het Model van de Nederlandse Kwaliteit, zijn dit voor de meeste instellingen eerder referentiekaders dan bouwplannen. Veeleer lijken instellingen bezig met het gaandeweg systematiseren van reeds bestaande mechanismen voor evaluatie van de zorg. Werkprocessen worden dusdanig opnieuw ingericht dat het zorgproces ook feitelijk centraal komt te staan.

De pogingen tot het voeren van kwaliteitsbeleid sluiten aan bij de tendens tot decentralisatie van bevoegdheden binnen organisaties, het aansturen van de motivatie van medewerkers en het herontwerpen van de zorgprocessen naar het idee van onderscheiden produkten en diensten.<sup>3</sup>

## Kostprijsystemen

Analoog aan kwaliteitssystemen zijn kostprijsystemen globaal in te delen naar externe en interne doelen.

Bij externe doeleinden kan worden gedacht aan de onderhandelingen over het vaststellen van het externe budget. Een kostprijsysteem dat hiervoor wordt ontwikkeld is gebaseerd op 'diagnosis related groups-systems' (DRG's),<sup>4</sup> waarbij gemiddelde behandelprofielen worden gerelateerd aan kostenprofielen.

Onder interne doeleinden vallen interne budgettering en doelmatigheidsbevordering. Een voorbeeld hiervan is de 'Sturing op basis van Producteenheden' (SOP), ontwikkeld door het NZI.<sup>5</sup> Overigens zijn ook kostprijsystemen ontwikkeld die tussen beide doeleinden inzetten,<sup>6,7</sup> bijvoorbeeld voor 'medical technology assessment' (MTA)<sup>8</sup> en bepaalde investeringsbeslissingen, maar ook voor kosten die verband houden met het waarborgen van de kwaliteit van zorg.

## Relatie kwaliteit en kosten

Het is opvallend dat kwaliteitsmanagement en financieel management tot op heden in de gezondheidszorg vrij gescheiden disciplines zijn.<sup>9</sup> Onderzoek naar de invloed van het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de kosten dan wel de gevolgen van kostenreducties op het kwaliteitsniveau, noodzaakt echter tot het leggen van een relatie tussen beide. Aldus kan een afweging worden gemaakt tussen de inspanningen op kwaliteitsgebied en de daarmee verbonden kosten, analoog aan de werkwijze van kosten-effectiviteitsstudies elders in de gezondheidszorg.

In de commerciële productie- en dienstensector werd de noodzaak om aandacht te besteden aan de relatie tussen kwaliteit en kosten al eerder gevoeld. Beide begrippen spelen een cruciale rol in een sector die over het algemeen wordt gekenmerkt door sterke concurrentie, waarbij de klant steeds hogere eisen stelt.<sup>10</sup> Kwaliteit wordt hier bepaald door de mate waarin het product of de dienst voldoet aan de verwachtingen van de klant of deze zelfs overtreft. Nu is de klant voor kwalitatief goede producten of diensten wel vaak bereid te betalen, zij het niet meer dan hij of zij voor een gelijkwaardig product bij de concurrentie kwijt zou zijn. Om de markt te veroveren is het leveren van kwaliteit alleen dus niet voldoende, het is de verhouding tussen kwaliteit en prijs die de doorslag geeft. Dit besef heeft in het bedrijfsleven geleid tot nader onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en kosten.<sup>11</sup>

Kwaliteitskosten kunnen worden gedefinieerd als "de som van de kosten die moeten worden gemaakt als gevolg van kwaliteitsafwijkingen en de kosten die worden gemaakt om kwaliteitsafwijkingen te voorkomen". De volgende categorieën kwaliteitskosten kunnen worden onderscheiden:<sup>10</sup>

- preventiekosten: kosten gemaakt ten behoeve van het voorkomen van kwaliteitsafwijkingen en fouten;
- beoordelingskosten: kosten ten behoeve van het vaststellen van kwaliteitsafwijkingen en fouten, alsmede controle;
- interne faalkosten: kosten ten behoe-

ve van het herstellen van kwaliteitsafwijkingen en fouten, voordat het produkt de klant heeft bereikt;

- externe faalkosten: kosten ten behoeve van het herstellen van kwaliteitsafwijkingen, nadat het produkt de klant heeft bereikt.

Uit onderzoek met behulp van deze indeling is gebleken dat in veel bedrijven de interne en externe faalkosten bijzonder hoog kunnen oplopen, tot soms 25% van de arbeids- en activakosten in de productieondernemingen; in sommige dienstverlenende ondernemingen was dit percentage zelfs 40%.<sup>12</sup> Uit de VS is een voorbeeld uit de gezondheidszorg bekend, waarbij de kwaliteitskosten volgens de bovengenoemde indeling zijn gesplitst;<sup>13</sup> hieruit bleek dat meer dan 80% van de kwaliteitskosten betrekking had op de interne en externe faalkosten.

De *figuur* geeft de samenhang weer van de kwaliteitskosten met het kwaliteitsniveau. De preventie- en beoordelingskosten nemen progressief toe met de verbetering van de kwaliteit. Tegelijkertijd zullen de faalkosten verminderen. Indien slechts naar doelmatigheid zou worden gekeken, is het optimale kwaliteitsniveau het punt waar de totale kwaliteitskosten minimaal zijn ( $p_1$ ). Echter, in de gezondheidszorg gaat het om de afweging tussen de toename van (een eenheid) kwaliteit en de daarmee gepaard gaande toename van de kwaliteitskosten, bijvoorbeeld het vergroten van de kans op zekerheid bij meer diagnostisch onderzoek of

het maximaliseren van de kans op een therapeutisch effect onder gelijktijdige toename van de kans op bijwerkingen.

Aldus ontstaat een kosten-effectiviteitsverhouding, ofte wel een kosten-kwaliteitsverhouding. Deze ratio kan als onderbouwing in de besluitvorming dienen of het verstandig is additionele middelen te investeren in verdergaande kwaliteitsverbetering, dan wel deze middelen aan te wenden voor alternatieve activiteiten. Resultaat van deze besluitvorming kan bijvoorbeeld de keuze voor punt  $p^*$  zijn. Zeker in de gezondheidszorg zal door het stochastische karakter van het productieproces vrijwel nooit een kwaliteitsniveau van 100% gehaald worden. Zo is het praktisch gezien vrijwel nooit mogelijk het aantal complicaties tot nul te reduceren. De totale kwaliteitskosten richting deze 100% kunnen daardoor vrij sterk toenemen, waardoor deze afweging van groot belang wordt.

### Een project in Rotterdam

Om de relatie tussen kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg te concretiseren is in de tweede helft van 1994 een project gestart in het Oogziekenhuis Rotterdam (OZR) op het gebied van de dagbehandeling van het ziektebeeld 'cataract'. Getracht wordt een geïntegreerd beheersingssysteem te ontwerpen en te implementeren dat zich zowel richt op kwaliteit als kosten, ofte wel een systeem waarin doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid geïntegreerd zijn. Het

project moet een voorbeeldfunctie hebben; daarom wordt gestreefd naar generaliseerbaarheid.

Het Oogziekenhuis is begin 1993 gestart met de stimulering van het uitvoeren van ingrepen in dagverpleging. Het is van belang dat zorgverleners bij een dergelijk gecoprimeerd zorgproces onderling afspraken maken over de kwaliteit van de te verlenen zorg en dat een en ander ook systematisch wordt geëvalueerd. Daarnaast is van belang dat de kosten van dit nieuwe zorg'produkt' inzichtelijk zijn en dat veranderingen in het zorgproces met gevolgen voor de kosten tijdig worden signaleerd.

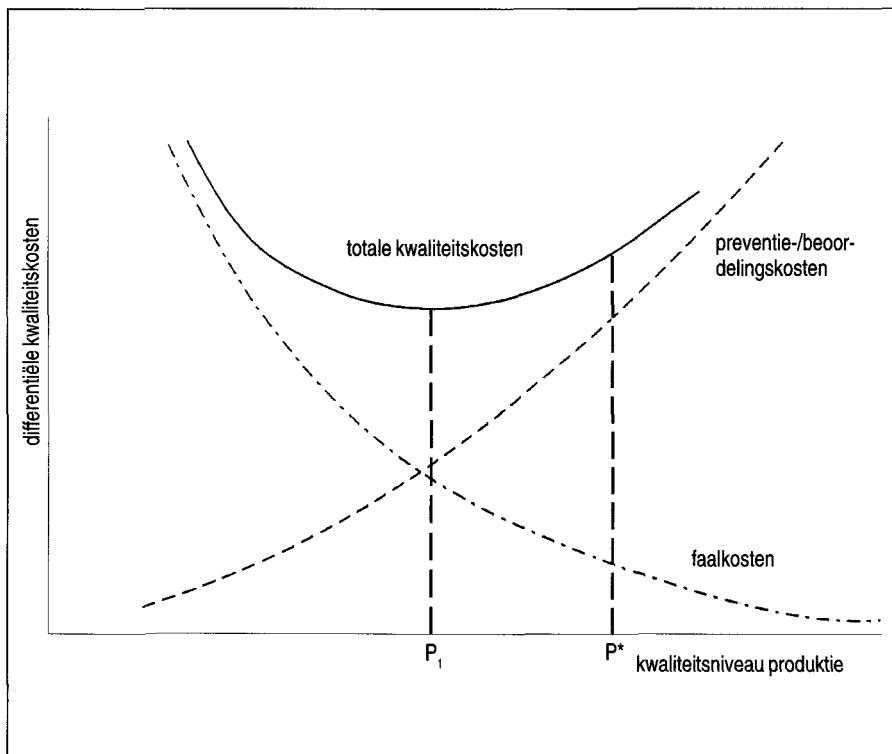
Het unieke van de situatie in het dagcentrum van het OZR is dat zowel de structuur als het proces van dagverpleging nieuw zijn opgezet, waarbij planning en protocollering vooropstaan. Dit lijkt een goede basis te vormen voor het ontwikkelen van een algemeen toepasbaar kwaliteitssysteem.

Door het expliciteren van het zorgproces rond cataractoperaties in dagverpleging en de hiermee gepaard gaande kwalitatieve en economische overwegingen, wordt de transparantie geboden die momenteel zowel door de overheid (Wet op de kwaliteit van in instellingen verleende zorg) als door de zorgverzekeraar wordt voorgestaan. Daarnaast sluit de aanpak, waarbij integratie van kwaliteits- en kostenbeheersing wordt nagestreefd op basis van een specifiek zorgproces, aan bij een algemene tendens rond de financiering en kwaliteitsborging van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen.

De situatie in het Oogziekenhuis Rotterdam lijkt ideaal om een 'experiment' rond deze in het beleidscircuit uitgedragen ideeën op hun realiseerbaarheid in de praktijk te toetsen. Uit de doelstelling van het onderzoek kan een viertal vragen worden afgeleid:

1. Hoe kan op basis van de theorie over kwaliteitszorg en met gebruikmaking van het instrument van de procesanalyse een procesbeschrijving van de in dagverpleging verrichte cataractoperaties worden gemaakt op een dusdanige wijze dat deze kan dienen als basis voor een te ontwikkelen kwaliteitssysteem, met inachtneming van de feitelijke mogelijkheden tot implementatie?
2. Hoe kan, op basis van bedrijfseconomische inzichten, een (integrale) kostprijs van cataractoperaties in dagbehandeling worden berekend, gebaseerd op de stap-voor-stapbeschrijving van het primaire proces?
3. Op welke wijze kunnen kwaliteitszorg en kosteninzicht in een gezamenlijk beheersingssysteem worden gecombineerd?
4. Hoe verloopt de ontwikkeling en in-

Figuur. De relatie tussen kwaliteit en kosten.



voering van een dergelijk systeem, geëvalueerd vanuit het theoretisch perspectief van kwaliteitsmanagement?

### Stap voor stap

Het totale project loopt tot eind 1996 en is verdeeld in een voorbereidings-, invoerings- en evaluatiefase. De voorbereidings- en invoeringsfase zijn nader gespecificeerd in een stappenplan (*sche-ma*).

Gestart wordt met het systematisch in kaart brengen van het zorgverleningsproces (stap 1). Met een stroomdiagram kunnen per stap in het proces de eerste kwaliteitsaspecten worden geïdentificeerd en kan een kwalitatief overzicht worden opgesteld van de bijbehorende produktiekosten. Vervolgens worden de kwaliteitsaspecten toegevoegd, verbijzonderd naar patiëntensatisfactie, medische effectiviteit en doelmatigheid (stap 2). Binnen deze drie dimensies kan een nadere onderverdeling worden gemaakt. Binnen de dimensie patiëntensatisfactie kunnen bijvoorbeeld worden onderscheiden de dimensies wachttijd, bejegening, pijn, angst, etc. Een selectie zal worden gemaakt van die aspecten die de grootste invloed hebben op de *kwaliteit van het gehele proces*.

Om een hiërarchie van kwaliteitsaspecten aan te kunnen brengen, zullen eerst de criteria moeten worden geformuleerd op grond waarvan die rangschikking kan plaatsvinden (stap 3). Om een rangorde op grond van de hoogte van de kosten aan te kunnen brengen, zullen die kosten globaal moeten worden berekend. Daarnaast wordt bekeken welke informatie voor het bewaken van deze aspecten wenselijk en op enigerlei wijze al beschikbaar is (stap 4). Het verzamelen van alle nog ontbrekende informatie is uit het oogpunt van tijd en kosten bekeken een onmogelijke zaak, zodat in deze fase een nieuwe afweging moet plaatsvinden (stap 5). Bepaald zal moeten worden hoeveel inspanning het verzamelen van de nog benodigde informatie met zich mee zal brengen en of deze inspanning opweegt tegen het nut van de informatie.

De rapportage voor extern gebruik dient de afnemers van zorg inzicht te geven in de relatie tussen de kwaliteit van het produkt en de daarvoor gemaakte kosten. Bij intern gebruik kan verder onderscheid worden gemaakt tussen de diverse niveaus in de organisatie, waarbij op de hoogste niveaus behoefte zal zijn aan een sterkere aggregatie van data, terwijl op de lagere niveaus meer detail noodzakelijk is (stap 6). De rapportage dient zoveel mogelijk te worden gesystematiseerd, zodat continuïteit en consistentie van de informatie gegarandeerd zijn (stap 7).

### Implementatie


Na het doorlopen van het stappenplan komt de implementatiefase op gang.

Naast het opzetten van een kwaliteits-beheerssysteem ligt het in de bedoeling te komen tot het berekenen van de integrale kostprijs van de cataractoperatie. De benodigde kosteninformatie betreft in eerste instantie vooral de beïnvloedbare kosten, omdat sturing en beheersing binnen een kwaliteitssysteem vooropstaan. Echter, bekeken vanuit het gezichtspunt van de externe financiers vormt het totale cataractproces het eindprodukt. Informatie over de kosten dient zich dus niet alleen te beperken tot de diverse onderdelen van het proces, maar zal ook een benadering moeten omvatten van de *integrale* kosten. Door voor het berekenen van kosten het gehele proces als uitgangspunt te nemen, kan ook inzichtelijk worden gemaakt hoe de kosten van kwaliteitszorg zich verhou-

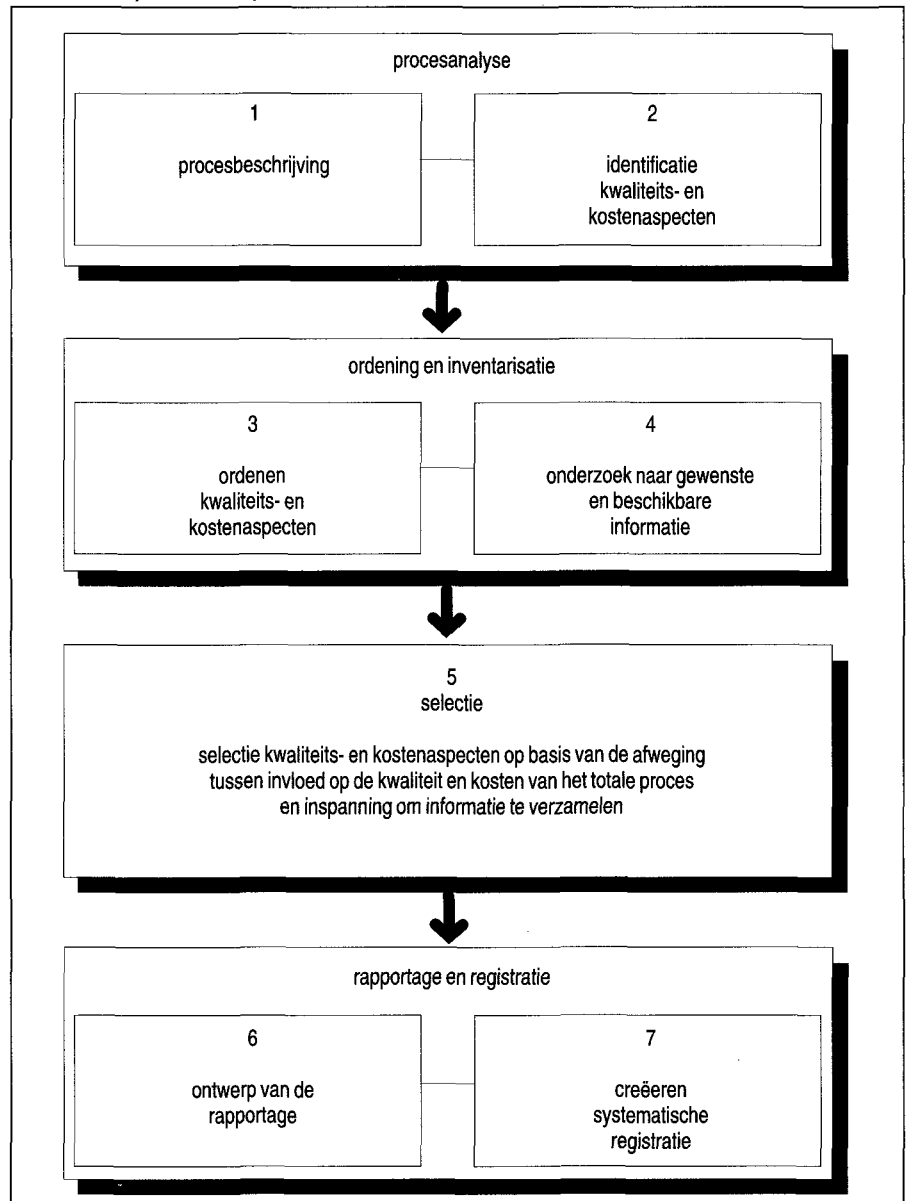
den tot de totale kosten van de cataractoperatie.

### Bepalende factoren

De ontwikkelingen rond kwaliteitssystemen en kostprijsystemen in de gezondheidszorg maken het anno 1995 mogelijk om de twee benaderingswijzen te integreren. De hier gepresenteerde casus van de cataractoperaties in dagbehandeling in het Oogziekenhuis Rotterdam lijkt zowel vanwege de externe noodzaak als vanwege de interne overzichtelijkheid van het proces een goed voorbeeld om een en ander nader uit te werken.

De generaliseerbaarheid van de in dit onderzoek gehanteerde methode zal nog moeten blijken, maar door een goede onderbouwing van het hele onderzoek en het documenteren van de ervaringen gedurende de diverse fasen van ontwikkeling wordt meerwaarde nagestreefd. Min- 

Schema. Het plan van aanpak.





stens zo belangrijk bij de voortgang van het project zijn de volgende zaken. Allereerst is de *organisatorische inbedding* van het systeem van belang. Zowel een kwaliteitssysteem als een systematiek voor kostprijsberekening en beheersing is slechts een hulpmiddel voor de verantwoordelijke professionals en managers. Het is daarom noodzakelijk dat taken en verantwoordelijkheden rond het zorgproces dat door middel van het kwaliteits-kostensysteem wordt beheerst, duidelijk zijn toebedeeld. Kortom: wie gaat met welk gezag de in het systeem beschikbare informatie gebruiken? Bij de verdere ontwikkeling van het systeem zal dan ook kritisch worden bekeken in hoeverre het systeem een 'match' vertoont met de organisatiestructuur waarbinnen de uitvoering van cataractoperaties in dagbehandeling is vormgegeven en de eventuele voorgenomen veranderingen daarin. Daarnaast zal het systeem pas gaan leven als de betrokken zorgverleners en managers het zich ook eigen hebben kunnen maken. Daartoe zal gedurende de implementatiefase actief met betrokkenen worden overlegd.

Tot slot zal het systeem bij aanvang gericht moeten zijn op *concrete toepasbaarheid*, waarbij het criterium moet zijn 'van belang om te weten' en niet 'aardig om te weten'.<sup>14</sup>

### Eerste bevindingen

In het project zijn inmiddels de stappen 1 tot 4 van het stappenplan doorlopen. Op dit moment wordt in samenspraak tussen medewerkers en directie en de onderzoekers invulling gegeven aan de implemen-

tatie. Bij de implementatie zal blijken hoe de theorie van de tekentafel en de praktijk van de werkvloer zich met elkaar verhouden. De eerste bevindingen zijn bevestigend, maar pas medio 1996 zal kunnen worden gerapporteerd of het gelukt is in het Oogziekenhuis Rotterdam een geïntegreerd beheerssysteem voor kwaliteit en kosten voor een professioneel zorgproces ook daadwerkelijk te laten functioneren. Daarbij heeft niet alleen het OZR baat: de opgedane ervaringen kunnen ook andere zorginstellingen een handreiking bieden om de begrippen 'kwaliteit' en 'kosten' om te zetten in concrete samenhangende managementactiviteiten. •

### KWALITEITSMANAGEMENT/ KOSTENBEHEERSING

#### drs B.M. van Ineveld,

senior wetenschappelijk onderzoeker,  
instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en instituut voor Medische Technology Assessment

#### N.S. Klazinga, arts,

senior wetenschappelijk onderzoeker,  
projectleider instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

#### drs A. Bandel,

wetenschappelijk onderzoeker, instituut  
Beleid en Management Gezondheidszorg,  
instituut voor Medische Technology Assessment

drs M.A. Grasveld-van Berckel,  
wetenschappelijk onderzoeker, Centraal  
Beleidsorgaan voor de Intercollegiale  
Toetsing (CBO)

#### drs J.C.A. Sol,

adjunct-directeur Oogziekenhuis Rotterdam

### Literatuur

1. Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1991.
2. Sluys E, Bakker D de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Utrecht: Nivel, 1992.
3. Klazinga NS, Donker MCH. De kern van kwaliteitssystemen, managementontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg. TSG 1995; 73: 186-92.
4. Idenburg P. Nederland ontwikkelt eigen DRG-variant. Het Ziekenhuis 1994; 22: 908-10.
5. Handboek sturing op basis van Productie-eenheden. Utrecht: NZi, 1994.
6. Sol JCA, Jansen GHM, Buren CJH, Jansen-Schoonhoven JA. Kostprijs berekenen, veel werk? Het Ziekenhuis 1992; 13/14: 650-55, 686-92.
7. Blox JThM. Kostencalculatie in het St. Anna Ziekenhuis. Utrecht: NZi, 1992.
8. Rutten FFF, Ineveld BM van, Ommen F van, Hout BA van, Huijsman R. Kostenberekening bij gezondheidszorgonderzoek. Utrecht: STG/Arkel, 1993.
9. Rooze E, Klazinga NS, Casparie AF. Linking quality management and financial management in European hospitals: paper based on an International Workshop November 4-5 1994. Department of Health Policy and Management. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.
10. Feigenbaum AW. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.
11. Atkinson JH Jr, Hohner G, Mundt B, Troxel RB, Winchell W. Current Trends in Cost of Quality: Linking the Cost of Quality and Continuous Improvement. Montvale: National Association of Accountants, 1991.
12. Peters T. Thriving on Chaos. New York: Alfred A Knopf, 1987.
13. Warens BJ, Pasternak DP, Smith HL. Determining costs associated with quality in health care delivery. Health Care Management Review 1994; 19(3): 52-63.
14. Dale BG, Plunkett JJ. Quality Costing. London: Chapman & Hall, 1995.

## H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

### Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe,  
psychotherapeute

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland,  
Klompeweg 175, 6741 PH Lunteren,  
tel. 0318-572141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'  
Endegeesterstraatweg 27,  
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-5170661

H. van Berkestijn, psychiater  
Van Ketwich Verschuurlaan 7  
9721 SB Groningen, tel. 0517-398818/398832  
(overdag)/050-274963 ('s avonds)

J.J.C. Marlet, zenuwarts  
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 0478-581610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut  
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,  
tel. 035-6918361

dr J. Pols  
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,  
tel. 0592-314731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz  
Postbus 88, 6200 AB Maastricht,  
tel. 043-3685330

prof. dr W.J. Schudel  
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater  
Terbregsealaan 18, 3055 RG Rotterdam,  
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater  
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,  
gem. Loon op Zand, tel. 013-5159550

J.M. Komen, huisarts  
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),  
tel. 074-2439046 / 074-2912131

W.Chr.F. de Vries  
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 0546-  
833110/833333 (overdag), 0546-574774  
(s avonds).

### Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 035-6914097/  
078-6912292

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3479979/  
070-3559547

# Beleidspsychiatrie in Nederland

## De ontwikkeling van een hulpwetenschap

D.P. Ravelli

**De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kent al geruime tijd zogeheten secties: georganiseerde verbanden van psychiaters die in het ruime werkgebied van de psychiatrie een vergelijkbare taak of belangstelling hebben. Eén daarvan, de sectie Beleidspsychiatrie, bestaat nu tien jaar. De ontwikkeling van deze sectie staat voor een aantal grote veranderingen in de psychiatrie en weerspiegelt haar plaats in de geestelijke gezondheidszorg. Inmiddels neemt in het geheel van activiteiten van de sectie de bij- en nascholing een belangrijke plaats in.**

**B**ELEIDSPSYCHIATRIE wordt gedefinieerd als: *een hulpwetenschap in de psychiatrie die zich in de eerste plaats richt op onderzoek naar en onderwijs in het beleidsmatig functioneren van psychiaters in samenwerkingsverbanden.*

De sectie Beleidspsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) bestaat nu tien jaar. In die tijd ontstond er een omvangrijke en nog steeds groeiende groep geïnteresseerde psychiaters: inmiddels staan er 600 leden en belangstellenden van de sectie geregistreerd, van wie circa 500 psychiaters. De sectie heeft in die tien jaar een gevarieerd na- en bijscholingsprogramma ontwikkeld. Ze heeft daarbij vooral aansluiting gezocht bij de behoefte van de leden, doch tevens rekening gehouden met de te verwachten verplichte nascholing voor psychiaters in het kader van de herregistratieregeling voor medisch specialisten. In dit stuk zal allereerst de ontwikkeling van de beleidspsychiatrie worden geschetst. Vervolgens wordt nagegaan hoe de sectie beleidspsychiatrie in die tien jaar heeft bijgedragen aan de ontwikkelingen in de psychiatrie. Ten slotte zal een beeld van de toekomst worden geschetst.

### 'Administrative psychiatry'

In de Verenigde Staten bestaat sinds ongeveer 1935 de 'Administrative Psychia-

try'. Het gaat hier om een voornamelijk bestuurlijk geöriënteerd begrippenkader, gericht op organisatorische aspecten in de geestelijke gezondheidszorg en de rol van de bestuurder daarin. Die bestuurder zal meestal niet 'van huis uit' psychiater of medicus zijn.

Aandachtsgebieden van de 'administrative psychiatry' zijn: kennis van organisatorische structuren, leiderschap en leiding geven, budget en bedrijfskunde, arbeidsrecht en personeelszaken, publiek bestuur, en de invloed van de samenleving. De 'administrative psychiatry' heeft als vertrekpunt dus vooral de bestuurder van de organisatie te midden van het sociaal-politieke krachtenveld van en rond de psychiatrie.

Dat de 'administrative psychiatry' in de Verenigde Staten springlevend is, blijkt wel uit het recentelijk door de Amerikaanse vereniging voor psychiatrie (APA) uitgebrachte leerboek onder redactie van John Talbott, zelf destijds voorzitter van de APA. In de Verenigde Staten bestaat bij de psychiaters in opleiding grote belangstelling voor de beleidspsychiatrie. Men beraadt zich thans op de meest geschikte vorm daarvoor.

### De Nederlandse beleidspsychiatrie

In 1960 definieerde Doff, geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis Dennenoord te Zuidlaren, beleidspsychiatrie als volgt: "Een systematische toepassing van planmatige bedrijfsvoering in een psychiatrisch ziekenhuis, waarbij het doel enerzijds gericht is op het bieden van steun en veiligheid aan de patiënten, anderzijds op gedragsbeïnvloeding van de medewerkers van het ziekenhuis." Zijn definitie richt zich daarmee uitsluitend op het milieu interne van het ziekenhuis.

Van Andel, die aanvankelijk Doff volgt, breidt het begrip 'beleidspsychiatrie' uit. In zijn publikaties onderscheidt hij verschillende beleidsniveaus: het niveau van de patiënt, dat van de afdeling, dat van de directie, en zo verder: regionaal, provinciaal, landelijk.

Beide auteurs hebben als uitgangspunt van hun denken dat de kwaliteit van de patiëntenzorg niet uitsluitend gebaat is bij

een goede, directe arts-patiëntrelatie, doch dat deze samenhangt met de organisatorische niveaus 'boven' de werkvloer en de keuzes die op die niveaus impliciet worden gemaakt.

Het werk van Van Andel is beslist een reactie op de maatschappelijke ontwikkelingen in de jaren zeventig en begin tachtig: het gelijkwaardigheidsprincipe, alsmede het autonomiedenken; daarnaast de toenemende welvaart en een grotere invloed van de overheid. Het medisch model in de psychiatrie maakt in dat tijdsgewricht plaats voor een sociaal of interactioneel kader, waardoor het aandachtsveld van de psychiatrie zich verplaatst: chronische patiënten mogen niet meer in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, de behandelduur moet kort zijn, differentiatie en specialisatie van behandelmethoden worden gepropageerd. Zeer belangrijk in deze periode is natuurlijk het naar de psychiatrie toe stromen van psychologen, maatschappelijk werkers en andere deeldeskundigen, in samenhang met een andere werkwijze en een taakverdeling in behandelteams; dit overigens mede door het gebrek aan voldoende psychiaters. Ook de doelstellingen van de psychiatrische ziekenhuizen volgen de veranderende maatschappelijke visie op de psychiatrie; het aantal opnames respectievelijk ontslagen stijgt fors.

Deze veranderingen in de psychiatrische ziekenhuizen en daarnaast de opkomst van de RIAGG's hebben tot gevolg dat de patiëntenzorg - en daarmee het werk van de psychiater - in grotere organisatorische en samenwerkingsverbanden plaatsvindt. Zowel de inhoud van het werk als het werkverband van de psychiater gaf aanleiding tot een verschuiving en vervaging van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de psychiater.

### Van workshops tot keuzejaar

Het gemis aan een begrippenkader om aan deze veranderingen in de psychiatrie op adequate wijze het hoofd te kunnen bieden, was in 1984 voor een groot aantal leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie reden om een voorstel te doen: zou de vereniging geen *workshops Beleidspsychiatrie* kunnen organise- ■

ren? Dat kon ze. De opkomst was overstelpend.

Uit de preambule voor de workshops Beleidspsychiatrie wordt vooral duidelijk dat de psychiater grote moeite heeft met zijn plaats en zich onmachtig voelt het hoofd te bieden aan invloeden boven het niveau van de directe patiëntenzorg. De titels van deze workshop spreken voor zich: 'Ontdek je plekje' en 'De psychiater en zijn relaties in het kader van zijn beroepsuitoefening'. Tegenwoordig zouden wij in plaats van 'relaties' spreken van 'netwerk'. In het verlengde van deze ontwikkelingen en gezien de belangstelling die er voor de beleidspsychiatrie blijkt te zijn, beslist de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in januari 1985 tot de oprichting van een sectie Beleidspsychiatrie. De formele oprichting vindt plaats tijdens het voorjaarscongres van de vereniging op 26 april 1985.

In het najaar vindt de eerste wetenschappelijke vergadering plaats over een actueel onderwerp: het behandelplan in de psychiatrie. Vervolgens wordt tijdens deze tweejaarlijkse *wetenschappelijke bijeenkomsten* steeds een ander thema behandeld uit één van de niveaus van de beleidspsychiatrie, zodat in de loop der tijd diverse belangstellingsvelden aan bod komen, bijvoorbeeld: klachtenbehandeling, delegeren en leiding geven.

Vanwege het ontbreken van een systematische vorm van deskundigheidsbevordering wordt in 1986 een werkgroep gevormd die zich als opdracht stelt een cursorische vorm van onderwijs in de beleidspsychiatrie te ontwikkelen. Er wordt samenwerking gezocht met het Nationaal Ziekenhuis Instituut.

In 1987 zijn de voorbereidingen voor deze *cursus Beleidspsychiatrie* voltooid. Een groep van twintig deelnemers start met het eerste blok van de zesdelige cursus, die totaal 15 dagen omvat. De cursusgroep bestaat uit psychiaters uit de diverse lagen van het werkveld. De thema's zijn gecentreerd rond drie niveaus: het afdelingsniveau, het instituutsniveau, en het regionaal en landelijk niveau. Theoretische onderdelen zijn onder andere het behandelplan, het afdelingsbeleid, conflicten, klachtenbehandeling, structuur en cultuur van organisaties, leiderschap, directie en stafstructuren. De vorming van multifunctionele eenheden en het verschijnsel fusie worden belicht. Daarnaast bevat de cursus praktische trainingen en oefeningen om de vaardigheden en het inzicht van de cursisten te vergroten.

De cursus wordt door de deelnemers hoog gewaardeerd en de belangstelling is groot: ook na acht jaar is de cursus ieder jaar ruim overtekend. Thans is de achtste leergang van deze cursus in gang. Inmiddels heb-

ben ruim 150 psychiaters deze cursus gevolgd!

Mede door de ervaringen van de cursisten bleek steeds duidelijker dat de beleidspsychiatrische theorie en praktijk beter in een eerder stadium in de beroepsmatige ontwikkeling had gepast. Theoretisch en praktisch onderwijs in de beleidspsychiatrie voor psychiaters in opleiding werd derhalve een punt van overweging. In november 1988 adviseert de sectie Beleidspsychiatrie aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie om de beleidspsychiatrie in te passen in de opleiding tot psychiater. Gezien het al overladen opleidingsprogramma blijkt dit echter niet mogelijk.

Hierdoor ontstond de tweede belangrijke bijscholingsactiviteit: de opzet van *workshops voor agio's psychiatrie*. Deze workshops zijn ontstaan op verzoek van de Subvereniging Assistenten Psychiatrie (SAP) van de vereniging voor psychiatrie; zij zijn door zowel de sectie als de SAP ontwikkeld. Onderwerpen van studie zijn: het maken van een behandelplan, het formuleren van behandelprogramma's en afdelingsbeleid, het onderhandelen met patiënten, het omgaan met teamconflicten, het voorzitten van een vergadering, etc.

Jaarlijks worden deze workshops op landelijk niveau georganiseerd. Hoewel er grote belangstelling en waardering voor bestaat, maken zij geen deel uit van de opleiding tot psychiater. De roep om integratie in de opleiding wordt echter steeds groter.

Binnen de sectie is tevens een opzet vervaardigd voor een *keuzejaar beleidspsychiatrie*. In de nieuwe opleidingseisen psychiatrie is de mogelijkheid gecreëerd om een dergelijk keuzejaar te volgen: de eerste stage beleidspsychiatrie in het kader van de opleiding tot psychiater beleefde onlangs haar primeur.

Door middel van de evaluatie van de cursussen, een beleidsplan, een Nieuwsbrief, enquêtes, direct-mail, een netwerk van contacten en goed bezochte studiedagen is er sprake van een intensieve uitwisseling tussen bestuur en leden van de sectie, waardoor het contact met de leden bepalend is voor de bijstelling van al bestaande activiteiten en het ontwikkelen van nieuwe initiatieven. Een recent voorbeeld daarvan is een korte cursus Beleidspsychiatrie die jaarlijks op het Voorjaarscongres voor psychiatrie voor een twintigtal deelnemers wordt gehouden.

### **Hedendaagse en toekomstige ontwikkelingen**

De ontwikkelingen in en om de psychiatrie zijn momenteel talrijk. Zij zijn te onderscheiden in ontwikkelingen die voor de

gehele geneeskunde opgeld doen en ontwikkelingen die specifiek zijn voor de psychiatrie.

Net als voor de geneeskunde in het algemeen geldt voor de psychiatrie dat er sprake is van een toenemende zorgbehoefte, hogere kwaliteitseisen, verbetering en standaardisering van diagnostiek, classificatie en behandeling, nieuwe behandelsettings (bijvoorbeeld thuiszorg), en nieuwe zorgorganisaties. Dit alles dient plaats te vinden met minder of gelijkblijvende middelen, hetgeen natuurlijk niet mogelijk is, zodat er steeds ingrijpende keuzes moeten worden gemaakt met betrekking tot toegang tot de zorg. De psychiater moet derhalve, net als andere medici, meer werk verrichten en hogere kwaliteit leveren. Hij doet dat met minder middelen, waardoor medisch-psychiatrische beslissingen in toenemende mate gaan over welke patiënt welke zorg voor welke periode en van welke aard krijgt toegewezen. Een directe reactie hierop is de borging van kwaliteit; een meer dan gewone aandacht voor consensus-, protocol- en richtlijnontwikkeling is dan ook waarnaembaar binnen de beroepsgroep.

Meer specifieke ontwikkelingen in de psychiatrie zijn de verschuiving van een psychosociale naar een meer biologisch-natuurwetenschappelijke oriëntatie. De psychiater, die zich in de loop van de geschiedenis niet altijd in de eerste plaats als medicus heeft geprofileerd, komt hierdoor onder druk te staan van zijn niet-medische teamtafelgenoten: dezen zullen immers niet vanzelfsprekend deze retour-reis richting medisch model accepteren. Bovendien bestaat de formatie van multidisciplinaire teams grotendeels uit gedragswetenschappers en sociaal werkers; dit overigens niet in de laatste plaats door het langdurige tekort aan psychiaters op de arbeidsmarkt, waardoor anderen (in het veld bekend onder de oneerbiedige bijnaam 'psychiatroïden') taken zijn gaan overnemen.

Een tweede specifieke ontwikkeling is de afbraak van de traditioneel in RIAGG's en algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ's) geïstitutionaliseerde uitoefening van de psychiatrie: integratie van deze instellingen met psychiatrische afdelingen van algemeen ziekenhuizen (PAAZ'en) en psychiatrische universiteitsklinieken (PUK's) krijgt in toenemende mate vorm in multifunctionele eenheden (MFE's) en gaat vaak gepaard met fusies. De consequenties voor de psychiaters (circa 80% van de beroepsgroep is in dienstverband werkzaam in APZ's en RIAGG's) zijn aanzienlijk: zo zal men veelal in of met andere teams en medewerkers gaan werken, waardoor tegenstellingen in opvattingen en teamculturen dienen te worden over- ■



brugd of overwonnen. Geen eenvoudige zaak, gezien de forse cultuurverschillen tussen de van oorsprong meer psychosociaal getinte RIAGG's en de meer medisch georiënteerde overige instellingen. Inhoudelijk zal veelal anders moeten worden gewerkt, met name in de thuiszorg of bij de opnamevervangende deeltijdbehandelingen en andere zorgvernieuwingsinitiatieven. Veelal wordt van psychiaters, individueel of in groepsverband, een bijdrage gevraagd bij beleidsplannen en organisatie- of projectontwikkeling. Naast structurele samenwerkingsvraagstukken is het van belang dat de psychiatrische eindverantwoordelijkheid overeind blijft of wordt hersteld en dat de psychiater door het management van zijn organisatie in staat wordt gesteld die eindverantwoordelijkheid te nemen c.q. waar te maken. Goede functiebeschrijvingen op dat punt zijn immers niet overal usance.

Een derde specifieke ontwikkeling is de grote vraag naar psychiaters, ook in de door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gesignaleerde 'achterstandsgebieden', zoals ouderenpsychiatrie en psychiatrie voor zwakzinnigen. Voor deze zorgsoorten geldt dat psychiaters nog op veel plaatsen de juiste mix aan inhoudelijke kennis en vaardigheden moeten ontwikkelen, maar ook nog hun plaats in de (afdelings)organisatie moeten vinden of verwerven.

### Tot slot

Voorzichtig kan worden gesteld dat de activiteiten van de sectie Beleidspsychiatrie in de afgelopen tien jaar enigszins lijken bij te dragen aan en te voorzien in de

vraag naar kennisvermeerdering en uitwisseling in het turbulente veld van de psychiatrie en haar omgeving, waardoor aan de rol, de positiebepaling en de daarbij behorende vaardigheden van de psychiater voortdurend nieuwe en andere eisen worden gesteld. De psychiatrie lijkt momenteel aan minstens zulke ingrijpende ontwikkelingen onderhevig te zijn als tien jaar geleden.

Het is zinvol gebleken de hulpwetenschap 'beleidspsychiatrie' te ontwikkelen naast de bekende, vakinhoudelijke 'scholen' en oriëntaties in de psychiatrie. Gezien de hedendaagse en toekomstige ontwikkelingen, is een verdere professionalisering van de beleidspsychiatrie en een uitbouw van haar wetenschappelijke fundament echter nodig. In de toekomst zullen daaraan moeten gaan bijdragen:

- de uitgave van een Nederlands leerboek Beleidspsychiatrie (dat thans bij de uitgever ligt);
  - integratie van de beleidspsychiatrie in de opleiding tot psychiater, alsmede
  - het creëren van mogelijkheden tot en het doen van wetenschappelijk onderzoek in de beleidspsychiatrie.
- De sectie Beleidspsychiatrie is klaar voor deze nieuwe reeks uitdagingen! •

PSYCHIATRIE/

BELEID

*D.P. Ravelli,*

psychiater, lid Raad van Bestuur van Psychiatrisch Centrum Welterhof te Heerlen, voorzitter sectie Beleidspsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

### Literatuur

- Andel H van. Beleidspsychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 1980; 80/6: 380-93.
- Andel H van. De psychiater als organisatiegenoot. Tijdschrift voor Psychiatrie 1983; 83/8: 640-53.
- Andel H van. Beleidspsychiatrie: "Wat is dat?" In: Verslag workshop Beleidspsychiatrie, uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1984.
- Andel H van, Berg GR van den, Smits H. Notitie: preambule voor workshop Beleidspsychiatrie. In: Nieuws en mededelingen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie juni 1984; 5 (40): 6-7.
- Andel H van. Jaarverslag 1990. Bijzondere Leerstoel Ziekenhuismanagement.
- Andel H van. Mondelinge mededeling aan de auteur, 1994.
- Beleidsplan sectie Beleidspsychiatrie 1993-1998. Sectie Beleidspsychiatrie van de NVvP, Utrecht, 1993.
- Doff J. Administrative Psychiatrie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1960; 15: 159-71.
- Greenblatt M. Administrative psychiatry. In: Comprehensive textbook of psychiatry, IVth edition, 1995: 2007-15.
- Nieuwsbrief sectie Beleidspsychiatrie, 1994/3.
- NRV-conceptadvies 'Inzet van psychiatrische deskundigheid'. NRV 1994; 4225-86.
- Opleidingseisen Psychiatrie. Medisch Contact 1994; 49 (8): 269-79.
- Profielschets psychiater. Rapport van de NVvP. Utrecht, 1994.
- Rapport Platform Curatieve Zorg (Plan commissie-Biesheuvel). Medisch Contact 1994; 49 (27/28): 897-906.
- Ravelli DP. Beleidspsychiatrie. In: Ontwikkelingen in de langdurige zorgverlening. Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- Ravelli DP. Groeiend tekort aan psychiaters. Medisch Contact 1991; 46 (23): 723-5.
- Ravelli DP, Molema J. Informatievoorziening GGZ moet zich richten op sturing zorgprocessen. Het Ziekenhuis 1993; 23: 818-21.
- Ravelli DP, Schrevel H. GGZ en de markt: bedreigd of uitgedaagd? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1993; 4: 388-94.
- Ravelli DP. Over Beleidspsychiatrie Tijdschrift voor Psychiatrie 1994; 36 boeken 1: 13-7.
- Smits H. Ontdek je plekje. In: Verslag workshop Beleidspsychiatrie. Uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 1984.
- Tallbott JA, Hales RE, Keill SL, red. Textbook of administrative psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992.

## P R A K T I J K P E R I K E L

# Opgelucht

**T** IJDENS EEN zondagavonddienst: "Of de dokter bij vader kan komen kijken. Hij stikt bijkans en heeft het aan z'n hart."

Ter plekke meende ik dat er, ondanks een indrukwekkende verscheidenheid aan sympaticomimetica, antihistaminica, beclometason-inhalers en cardiotonica, waarbij meer dan één dubbelmedicatie was, toch sprake was van een astmatische aanval.

De rothaler opnieuw gevuld en overhandigd: geen rotorgeluid! Ook de tweede rothaler weigerde. Bij opening bleek de 'kamer' volledig gevuld met gefixeerde,

halve capsules en poederklonters. Na reiniging en inhalatie van de inhoud van een nieuwe capsule was de ademnood snel opgeheven, waarop hij opgelucht naar het toilet rende, z'n bezorgde vrouw achter zich aan, de deur half open. Tijdens het napraten met de zoons ("Vader regelt alles zelf") werd al snel duidelijk dat ook de darmen onder obstructie te lijden hadden gehad.

"Zo vlug mogelijk hier weg", meende ik, maar werd in de deuropening vanaf het toilet teruggeroepen: "Bedankt, hoor! Ik ben helemaal opgelucht." Na vijf minuten vrieskou kon ik daarmee instemmen. •

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

## HUISARTS IN OPLEIDING IN ENGELAND

## Vergezicht

**A**NGEZIEN dr Kavanagh het laatst bij de maatschap was gekomen, had hij het minst populaire praktijkgebied toegewezen gekregen. Behalve de twee armste wijken van de stad was er ook nog een geniepig uitloperijtje naar het politiebureau, wat betekende dat dr K bij elke arrestant geroepen werd die zich in de opinie van de sterke arm een beetje merkwaardig gedroeg. Een enigszins gevreesd object in het gebied was ook huize 'Longview'. 'Longview' was een soort gezinsvervangend tehuis, dat was opgezet toen de regionale inrichting voor langdurig psychiatrisch zieken werd gesloten. Dit soort inrichtingen werd door het hele land opgeheven en het achterliggende idee was dat het beter was voor psychiatrische patiënten om niet afgescheiden te leven van de maatschappij, maar er middenin. (Het achterliggende idee dat het zou bezuinigen werd nooit hardop genoemd.) Er is een aantal patiënten uit de inrichtingen geweest dat het ideaalbeeld bevestigde en inderdaad in staat bleek met, of zelfs zonder, enige hulp zelfstandig te wonen. Voor anderen was de overgang naar de harde buitenwereld wat moeilijker, en voor hen was een tussenoplossing gevonden in de vorm van huizen als 'Longview', met dag en nacht aanwezige verzorging en verpleging. Verder waren het gewone huizen in gewone wijken. De gewone wijk waar 'Longview' gelegen was, was echter als je één van de landelijke dagbladen mocht geloven, de op één-na-crimineelste van heel het Verenigd Koninkrijk. Zou dat wel goed gaan? Nou, het ging redelijk, in het begin. Er was wat overlast van scheldende schooljongens, die 'Longview' hadden omgedoopt in 'Loonyview'. Vooral Ronald, die er met zijn tardieve dyskinesie voor de jongens natuurlijk uitzag als het prototype van een 'loony', was het mikpunt. Ron zelf leek het niet te raken. Hij leefde kalmpjes voort in zijn eigen wereld en bij zo weinig reactie hielden de scheldpartijen vrij snel op. Even vreesden wij voor een crisis, toen Rons medebewoner Jake inbrak in het huis van de burens. Maar toen Jake met één van de verzorgers de gestolen waar

(ter waarde van ongeveer tien pond) was wezen terugbrengen, werd alles weer rustig. Gek genoeg was het de stille, in zichzelf gekeerde Ron die de bui deed losbarsten. We kregen een paniektelefoontje uit 'Longview' of we alsjeblieft Ron wilden opnemen, want dan zouden ze mogelijk de ruiten nog heel kunnen houden. Een wat vreemde indicatie, maar ze zouden het straks wel uitleggen, konden ze Ron alsjeblieft komen afleveren? Dus kwam Ron bij ons. Hij was buitengewoon angstig en springerig, vooral voor zijn doen. Ook zijn verzorgers en zijn 'community psychiatric nurse', zeg maar de wijk-

## Corien Borst

B-verpleegkundige, waren zenuwachtig. Wat was er nu gebeurd? Klaarblijkelijk was Ron op zijn dagelijkse wandelingetje een meisje tegengekomen van een jaar of zeven. Hij had haar gevraagd of ze seks wilde. Het meisje had dit aan haar ouders verteld en dit had een buurtopstand veroorzaakt, die nog net bezworen had kunnen worden door Ron uit het huis weg te halen, en wel per ambulance, zodat de actie voor iedereen zichtbaar was.

Dr Kavanagh brulde na dit verhaal "Nonsense!", een kreet die mij doorgaans de rillingen bezorgde. Het betekende namelijk meestal dat hij een onoplosbaar probleem ontwaarde, dat direct de wereld uit geholpen diende te worden, en wel door mij. Dit keer was ik het echter met dr K eens: dit verhaal was nonsens, en de staf van 'Longview' vond dit eigenlijk ook.

Ron was slechts te verstaan door enkele ingewijden en hoewel ik hem al enkele maanden kende, behoorde ik nog steeds niet bij deze selecte groep. Hoe had een meisje, dat hem voor de eerste keer zag, hem kunnen begrijpen?

De ingewijden hadden trouwens bij Ron nooit enige belangstelling voor seks kunnen waarnemen. Wel voor chocola en sigaretten, wat één van de verzorgers deed oppeppen dat hij misschien over deze zaken tegen het meisje had gesproken. Met Rons articulatie konden inderdaad zowel "chocolates" als "cigarettes" verdacht veel als "sex" klin-

ken. Ron zelf gaf geen uitsluitel, zelfs niet voor de ingewijden. De gebeurtenissen hadden zijn gewoonlijk zo rustige humeur zodanig verstoord dat het bijna een week duurde voor hij überhaupt weer wat zei. De verklaring van de verzorger leek echter plausibel.

Hiermee was Ron echter nog niet terug in 'Longview'. Dit probleem was duidelijk te groot voor een assistentje als ik. Dus dr K trok persoonlijk, zij het onder enig gemopper, naar ettelijke bijeenkomsten met de buurt. Men was uiteindelijk wel weer verzoend met de locatie van 'Longview' in de buurt, maar over Ron bleven de bewoners bij hun standpunt: hij mocht niet terug. Met de moed der wanhoop vroegen we de ouders van het meisje een keer langs te komen op de afdeling, hopen op die manier te overtuigen. Want waar moest Ron anders heen? Tehuizen als 'Longview' waren dun gezaaid en allemaal ver weg van Rons familie, die hier in de stad woonde. En eigenlijk had hij het helemaal niet slecht gedaan op 'Longview'. Dat hij uit zichzelf een vreemd meisje had aangesproken, was nader beschouwd een goed teken, maar ja, leg die ouders dat maar eens uit.

Gelukkig stemden de ouders in met een ontmoeting. Ron werd al dagen van tevoren omzichtig voorbereid door de ingewijden. Toen hielden we allemaal onze adem in... en het ging goed! Ron was wonder boven wonder niet echt angstig en sprak zelfs een paar onverstaanbare, maar direct door iemand van de staf vertaalde zinnen. De ouders van het meisje bleken best vriendelijke mensen, die bereid bleken de zaak ook van onze en Rons kant te zien. "Oh, all right, then", zei Dad.

"Seems pretty 'armless, axually", stemde zijn vrouw in.

Twee dagen later was het geregeld met de andere buurtbewoners en was Ron terug in 'Longview', zij het dat hij alleen nog onder geleide van een verzorger mocht gaan wandelen.

Pfff... op naar de volgende crisis! •

## Corien Borst

bericht om de vier weken over haar opleiding tot huisarts in Engeland

# Klinische diagnoses door de huisarts bij 'simpele' huidafwijkingen

Is histologisch onderzoek hier overbodig?

Madeleine M.C. Bosch

**De kleine chirurgie uitgevoerd door huisartsen is de laatste jaren van diverse kanten belicht. Geconcludeerd werd reeds dat het verwijderen van huidtumoren door huisartsen verantwoord is. Maar hoe staat het met de discrepanties tussen klinische en histologische diagnoses? Om een indruk te krijgen van wat de consequentie kan zijn als bepaalde ogenschijnlijk simpele huidafwijkingen met een 'duidelijke' diagnose niet histologisch worden onderzocht, is een aantal huisartsen ondervraagd over hun inzendinggedrag met betrekking tot weefsel dat bij een kleine verrichting werd verwijderd. Drie categorieën diagnoses werden daarna nader onder de loep genomen: 'atheroomcysten', 'fibromen' en 'lipomen'.**

**A**NLEIDING VOOR het hier beschreven onderzoek waren de opmerkelijke bevindingen die naar voren kwamen tijdens een enquête onder huisartsen die weefselmateriaal insturen naar ons in de eerstelijnsdiagnostiek gespecialiseerd laboratorium. Onder de geënquêteerden werd bij 66 huisartsen doorgevraagd naar hun inzendinggedrag met betrekking tot weefsel dat bij een kleine verrichting werd verwijderd.

Tabel 1. Histologische diagnose van huidbiopten met de klinische (differentiële) diagnose 'atheroomcyste'.

cyste <sup>1</sup>	125	(45%)
dermatofibroom	45	(16%)
ontstekingsreactie <sup>2</sup>	43	(15%)
overige diagnoses <sup>3</sup>	65	(23%)
totaal	278	(100%) <sup>4</sup>

1. De epidermale, de trichilemmale en de inclusiecyste.
2. Suppuratieve, granulomateuze en vreemdlichaamsreuscel-ontstekingen.
3. Voor uitsplitsing hiervan: zie tabel 2.
4. Door afronding niet geheel 100%.

Bij deze open vraag bleek dat 14 huisartsen al het weefsel inzonden behalve atheroomcysten, 3 huisartsen alles behalve fibromen, en 1 huisarts alles behalve lipomen. Deze drie categorieën diagnoses werden nader onder de loep genomen om een indruk te krijgen van wat de consequentie kan zijn als dergelijke ogenschijnlijk simpele huidafwijkingen met een 'duidelijke' diagnose niet histologisch worden onderzocht.

## Onderzoek

### Methode

Het betreft een retrospectief onderzoek waarbij alle histologieverslagen van 1994 (5.000 stuks) uit de computer werden gelicht. In dit bestand werd geselecteerd op weefsel dat door huisartsen was ingezonden. Onder de klinische gegevens van het verslag werd gezocht op de diagnoses 'atheroomcyste', 'fibroom' en 'lipoom', waarna deze drie bestanden werden gezuiverd van irrelevante items. Voor de diagnose 'atheroomcyste' werd bijvoorbeeld gezocht op atheroom, cyste (waarmee ook de talgkliercyste en andere samenstellingen werden ingesloten), kyste en dermoïd, waarna onder andere de mammacysten werden verwijderd. Vervolgens werden de klinische diagnoses vergeleken met de pathologische diagnoses en werden deze bevindingen geanalyseerd.

### Resultaten

Er waren in het totaal 278 PA-aanvragen waarin klinisch een atheroomcyste in de (differentiële) diagnose werd overwogen, bij 331 huidexcisies werd verondersteld dat het om een fibroom zou kunnen gaan en 87 maal werd door de huisarts aan een lipoom gedacht. De bijbehorende histopathologische diagnoses zijn vermeld in de tabellen 1 t/m 4; bij de atheroomcysten was de categorie 'overige diagnoses' dermate omvangrijk dat ze in een aparte tabel (tabel 2) werd onderverdeeld. Bij het lipoom kwam de histologische diagnose het vaakst overeen met de klinische, namelijk in 61% van de gevallen. Bij de atheroomcyste was 45% histologisch

Tabel 2. Uitsplitsing van de 'overige' histologische diagnoses van huidbiopten met de klinische (differentiële) diagnose 'cyste' (zie tabel 1).

benigne mesenchymaal <sup>1</sup>	14
benigne epidermaal <sup>2</sup>	11
(pre)maligne <sup>3</sup>	7
benigne huidadnextumor <sup>4</sup>	7
melanocytair naevus <sup>5</sup>	7
benigne met 'holte'vorming <sup>6</sup>	6
pilomatixoma <sup>7</sup>	5
rest <sup>8</sup>	8
totaal	65

1. Fibroom, hamartoom, leiomyoom, lipoom, neurilemmoom, neurofibroom, xanthoom.
2. Verruca seborrhoica, lichen simplex, prurigo nodularis, haarfollikel, molluscum contagiosum.
3. Basaalcelcarcinoom (5x), kerato-acanthoom (2x).
4. Eccrien acrospiroom, cystadenoom, eccrien spiradenoom, mengtumor, hidradenoma papilliferum.
5. Dermale naevus, neuronaevus, blauwe naevus.
6. Getromboseerde vene, haemangioom, mucocoele.
7. = benigne tumor uitgaande van de haarmatrix.
8. o.a. geen afwijking, geen diagnose.

een cyste, maar vele van de ontstekingsreacties kunnen het gevolg zijn geweest van de ruptuur van een preëxistente cyste, waardoor 60% van de diagnoses 'atheroomcyste' als met elkaar overeenkomend kunnen worden beschouwd. Bij het fibroom bestond in slechts 28% van de gevallen complete overeenstemming, 33% als we het neurofibroom samenmenen met het fibroma pendulum. Uit de klinische gegevens op het aanvraagformulier is niet altijd goed op te maken hoe zeker de huisarts is van de klinisch aangegeven diagnose. Ter illustratie hiervan wordt de groep 'lipoom' onder de loep genomen. Men zou denken dat als gesteld wordt 'lipoom', zonder enig twijfel-uitdrukking epitheton, de diagnose ook 'lipoom' zal zijn; dit te meer daar een lipoom macroscopisch zeer goed te diagnosticeren valt. Van de 53 biopten die werkelijk lipomen waren, werd 32 maal onomwonden gesteld dat het om een lipoom ging; in de overige 21 gevallen werd een mate van onzekerheid kenbaar ge-



maakt: lipoom?, mogelijk/waarschijnlijk/vermoedelijk een lipoom, lipoomachtig, imponeert als een lipoom, of er werd een differentiële diagnose (DD) gegeven. In de 34 gevallen dat het biopt géén lipoom bevatte werd toch nog 6 maal pertinent de klinische diagnose 'lipoom' gegeven (hierbij dient te worden opgemerkt dat uit het aanvraagformulier niet op te maken is of dit bijvoorbeeld voor de ingreep werd ingevuld en men na afloop vergat gewijzigde inzichten ook op het formulier te vermelden). Bij de niet-lipomen werd in 15 gevallen een differentiële diagnose opgesteld. Alleen bij de 14 epitheelcysten werd 6 keer naast het lipoom ook de juiste diagnose 'cyste' in de differentiële diagnose opgenomen; bij de overige huidbiopten kwam de uiteindelijke diagnose niet in de klinische differentiële diagnose voor.

*De discrepantie tussen kliniek en histopathologie is met name van belang als het (pre)maligne laesies betreft.* Als maligniteiten werden zes basaalcelcarcinomen en één maligne melanoom gevonden. Onder premaligne werden die afwijkingen gerekend die klinische controle behoeven. Naast een actinische keratose ging het om een pseudo-lymfoom (hiervoor geldt dat alleen na klinische follow-up zal blijken of de afwijking inderdaad benigne was)<sup>1</sup> en

histologisch maligne melanoom gevraagd: "Lipoom?" Het betrof overigens een huidbiopt waarbij klinisch de diagnose 'melanoom' vrijwel niet te stellen was. Ook histologisch was het een uitzonderlijke laesie: er werd uiteindelijk aan een metastase van een maligne melanoom gedacht, omdat de afwijking (evenals dat overigens het geval is bij een lipoom) diep in de dermis lag en geen relatie met de epidermis had. Bij het pseudo-lymfoom werd vermeld: "Imponerend als atheroomcyste, na excisie meer lipoomachtig."

### Beschouwing

De kleine chirurgie, uitgevoerd door huisartsen, is de laatste jaren van diverse kanten belicht geweest. Het financiële aspect daarvan - met eventuele repercussies op de kwaliteit - was vooral in het Verenigd Koninkrijk aanleiding voor diverse artikelen over dit onderwerp, omdat in 1990 een nieuw contract met de National Health Service tot stand was gekomen.<sup>3-5</sup> Hoewel ook in Nederland onlangs op kleine schaal - in de regio Leiden-Alphen - het effect van extra honorering voor de kleine verrichting werd bestudeerd,<sup>6</sup> stond in ons land vooral de competentie van de huisarts centraal tijdens een heftige discussie die in 1992 plaatsvond in het

### *Op discrepanties werd wel gerekend, dat er echter ook (pre)maligniteiten zouden voorkomen kwam als een verrassing*

twee kerato-acanthomen (deze afwijking wordt door diverse dermatopathologen als een plaveiselcelcarcinoom beschouwd).<sup>2</sup> (Pre)maligniteiten werden vooral in de veronderstelde atheroomcysten aangetroffen, namelijk bij 2,5% (zie tabel 1 en 2). Onder de lipomen (tabel 4) was 2% (pre)maligne. De (pre)maligniteiten waren bij de fibromen met 0,5% het minst omvang (tabel 3).

*Wat werd er klinisch gedacht bij de biopten die uiteindelijk (pre)maligne bleken te zijn?* In de groep atheroomcysten (tabel 2) werd slechts bij één basaalcelcarcinoom ook klinisch een differentiële diagnose met daarin 'basaloom' gegeven (de differentiële diagnose 'cyste/basaloom' werd overigens ook eenmaal gegeven voor een biopt dat histologisch een epidermale cyste bevatte); bij de overige zes (pre)maligniteiten werd alleen een (eventueel ontstoken) cyste vermoed.

In de groep fibromen (tabel 3) werden de twee (pre)maligne laesies ook klinisch niet vertrouwd. Bij beide werd vermeld: "Lijkt een fibroom, DD basaloom."

In de groep lipomen (tabel 4) werd bij het

Medisch Contact (zie voor verwijzingen referentie 7).

Een en ander werd recentelijk weer eens geobjectiveerd. Zoals eerder Dutrieux,<sup>7</sup> kwam Eulerink in zijn onderzoek tot de conclusie dat de huidige praktijk van verwijderden van huidtumoren door huisartsen verantwoord is.<sup>8</sup> Wel vond hij (maar dat gold evenzeer voor de snijdende specialisten) discrepanties tussen klinische en histologische diagnoses. Eerder bestudeerde men dergelijke discrepanties met het maligne melanoom als uitgangspunt.<sup>9,10</sup> Alleen Stern onderzocht ook een benigne huidafwijking,<sup>11</sup> namelijk de verruca seborrhoica. Van de 527 verrucae werd 49% juist gediagnostiseerd, waarbij de dermatologen (bij 289 verrucae) met 61% het duidelijk beter deden dan de overige specialisten (35%); huisartsen werden in dit Amerikaanse onderzoek niet apart vermeld).

Uit het huidige onderzoek blijkt dat ook voor benigne huidafwijkingen de discrepanties groot kunnen zijn. Dat bij het 'fibroom' tweederde van de biopten histologisch een geheel andere diagnose bleek

Tabel 3. Histologische diagnose waarvan de klinische (differentiële) diagnose 'fibroom' was.

naevus naevocellularis	149	(45%)
fibroma pendulum	93	(28%)
dermatofibroom	27	(8%)
verruca seborrhoica	18	(5%)
neurofibroom	16	(5%)
overige diagnoses <sup>1</sup>	28	(8%)
totaal	331	(100%) <sup>2</sup>

1. Ontstekingsinfiltraat (5x), lipoom (4x), molluscum contagiosum (4x), haemangioom (3x), granuloma teleangiectaticum (3x), verruca vulgaris (2x); de volgende diagnoses ieder eenmaal: actinische keratose, basaalcelcarcinoom, chondrodermatitis nodularis helices, eccrien spiradenoom, epidermale cyste, haarschachtacanthoom, juveniel xanthogranuloom, litteken, neurilemmoom.

2. Door afronding niet geheel 100%.

Tabel 4. Histologische diagnose waarvan de klinische (differentiële) diagnose 'lipoom' was.

lipoom	53	(61%)
cyste (epidermaal, trichilemmaal)	14	(16%)
ontstekingsinfiltraat	4	(5%)
dermatofibroom	3	(3%)
haemangioom	2	(2%)
neurofibroom	2	(2%)
pilomatrixoma <sup>1</sup>	2	(2%)
(pre)maligne <sup>2</sup>	2	(2%)
overige diagnoses <sup>3</sup>	5	(6%)
totaal	87	(100%) <sup>4</sup>

1. = benigne tumor uitgaande van de haarmatrix.

2. Maligne melanoom, pseudo-lymfoom.

3. De volgende diagnoses kwamen ieder eenmaal voor: bindweefselnaevus, eccrien poroom, leiomyoom, geen afwijking, geen diagnose.

4. Door afronding niet geheel 100%.

te hebben, moet vooral geweten worden aan een nogal los taalgebruik. Het woord 'fibroom' blijkt regelmatig gebezigd te worden als een algemene term, waarbij 'fibroom' wat medisch-technischer klinkt dan bijvoorbeeld 'pukkel'.

Voor een goed gedefinieerde entiteit als de atheroomcyste lijkt het daarom opmerkelijker dat er zoveel niet-cysten werden aangetroffen. Toch geldt voor diverse diagnoses onder 'overige' (tabel 2) dat het voorstelbaar is dat zij voor een atheroomcyste werden aangezien: zij zijn, net als de cyste, ofwel bolvormig, met deels ook centrale holtevorming, ofwel vast aanvoelend. Zo zijn een leiomyoom of zweetkliertumortjes als het spiradenoom en het acrospiroom meestal mooi afgerond en stevig aanvoelend, waarbij de zweetkliertumoren vaak cysteus zijn. Zelfs een soli-de basaalcelcarcinoom kan als een

cyste aanvoelen, als het goed begrensd en rondvormig is.

Op discrepanties werd bij het opzetten van dit onderzoek wel gerekend, maar dat er ook (pre)maligniteiten zouden voorkomen kwam als een verrassing. In de afgelopen jaren was het aandeel (pre)maligniteiten in de door huisartsen ingezonden huidbiopten gemiddeld 4,5%.<sup>12</sup> Elf (pre)maligniteiten op een totaal van 696 'makkelijk te diagnostiseren benigne' laesies (1,6%) is een niet te verwaarlozen aantal.

Vaak wordt het 'ontaarden' opgegeven als een belangrijke reden om ook elke atheroomcyste histologisch te laten verifiëren. Volgens de literatuur zou dit in 1% van de gevallen voorkomen.<sup>1</sup> Dit hoge percentage is waarschijnlijk gebaseerd op een ziekenhuis (= geselecteerde) populatie. In onze op de eerste lijn gerichte praktijk is het een zeldzaamheid. In 1994 troffen wij eenmaal een maligniteit in een cystewand aan. Deze viel niet onder de hier onderzochte 278 huidbiopten, aangezien de laesie klinisch verdacht werd voor een basaliom. Een deel van de betreffende cystewand bleek een goed gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom te bevatten. Het was de eerste maligniteit in een atheroomcyste in vijf jaar tijd, tegen 906 benigne atheroomcysten in dezelfde periode.<sup>12</sup> Voor de huisartspraktijk moet men derhalve eerder denken in de orde van één promille als het om maligne ontaarding van een atheroomcyste gaat.

### Conclusie

Concluderend kan worden gesteld, dat het uitgangspunt "Ieder weefseldeel waarvoor de huisarts geen zekere diagnose kan stellen, dient te worden onderzocht"<sup>13</sup> te smal bemeten is en dat het adagium "Al-

les wat waard is om te worden weggesneden, is waard om nader te worden onderzocht" nog steeds van kracht blijft.<sup>7,14</sup> De belangrijkste reden om elk huidbiopt histopathologisch te laten onderzoeken schuilt niet zozeer in eventuele ontaarding, maar vooral in het feit dat een bepaalde klinisch diagnose niet met 100% zekerheid te stellen is. Voor bijvoorbeeld de als simpel ervaren atheroomcyste was in 40% van de gevallen de histologie afwijkend; in 2,5% van de gevallen betrof het zelfs een (pre)maligniteit. Ook voor de ogenschijnlijk onschuldige laesies waar ons onderzoek zich op richtte, geldt dat het verbranden van het corpus delicti ("Seek the truth or burn the evidence"<sup>15</sup>) tot droevige situaties zou kunnen leiden ("Diep bevroren, diep betreurd"<sup>16</sup>). Het is geruststellend dat het maligne melanoom niet als lipoom in de prullenbak is terechtgekomen.

Kortom, histologisch onderzoek is in alle gevallen zinvol: bij een maligne diagnose zou men zonder dat onderzoek de patiënt te kort doen, bij een discrepantie doet men zichzelf te kort (leereffect van de terugkoppeling) en bij een juiste diagnose kan men het als een kwaliteitscontrole beschouwen. •

*Zonder de huisartsenenquêtegegevens van M.H. Beijer, zonder collega S. Beck als computervraagbaak, en zonder de stimulans en kritische opmerkingen van dr M.E. Boon had dit artikel niet zijn huidige vorm gekregen.*

HUISARTSGENEESKUNDE/  
DIAGNOSTIEK

M.M.C. Bosch, arts,

Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium

### Literatuur

1. Farmer ER, Hood AF. Pathology of the skin. East Norwalk: Appleton & Lange, East Norwalk, 1990.
2. Controversies in dermatopathology (diverse auteurs). Am J Dermatopathol 1993; 15: 332-52.
3. Hillan KJ, Johnson CP, Morton R. Effect of general practitioner contract on referral of specimens for histological examination. BMJ 1991; 303: 1180.
4. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991; 303: 1177-9.
5. Williams RB, Burdge AH, Jones SL. Skin biopsy in general practice. BMJ 1991; 303: 1179-80.
6. Du Moulin MFMT, Heijningen JM van, Mulder JD. Het verrichtingenproject. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 1733.
7. Dutrieux RP, Boon ME. Biopsie van huidafwijkingen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1990; 33: 312-5.
8. Eulderink F. Hoe juist is de klinische diagnose bij huidtumoren verwijderd door huisarts, chirurg en dermatoloog? Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 1618-22.
9. Cassileth BR, Clark WH, Lusk EJ, Fredrick BE, Thompson CJ, Walsh WP. How well do physicians

recognize melanoma and other problem lesions? J Am Acad Dermatol 1986; 14: 555-60.

10. Curley RK, Cook MG, Fallowfield ME, Marsden RA. Accuracy in clinically evaluating pigmented lesions. BMJ 1989; 299: 16-8.

11. Stern RS, Bordeaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care of seborrheic keratoses. A pilot study of an approach to quality assurance for cutaneous surgery. JAMA 1991; 265: 74-7.

12. Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium. Jaarverslagen 1990, 1991, 1992, 1993. Leiden: Coulomb Press Leyden, 1991, 1992, 1993, 1994.

13. Bosch W van den, Voorn T. Kleine chirurgie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 243-7.

14. Giard RWM. De veranderde plaats van de patholoog in de medische zorg. II. Wat moet wel en wat moet niet naar de patholoog? Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 110-3.

15. Stephenson T. Excised human tissues: seek the truth or burn the evidence? Br J Hosp Med 1992; 48: 10-2.

16. Marck KW, Vogel PL de. Diep bevroren, diep betreurd. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 2025-6.

## B E R I C H T E N

### Wereldcongres bio-ethiek

De International Association of Bioethics houdt haar derde wereldcongres van 22-24 november in Park Hotel 55 in San Fransisco. Vooraf, de 20ste en 21ste, worden deel'verzamelingen' gehouden. Zo is er een als topconferentie aangeduide bijeenkomst van leden van medisch-ethische commissies all over the world, houdt de American Association of Bioethics haar jaarvergadering en is er een symposium over feminisme en bio-ethiek. Na het hoofdcongres wordt in een met hulp van de Human Genome Organization opgezette vergadering gesproken over het 'human genome diversity project' en over

het patenteren van menselijke genen.

Contactpersonen namens de organisatoren zijn prof. Alex Capron, The Law Center, University of Southern California, University Park, Los Angeles CA 9008-0071/fax + 1 213 740 5502/email: acapron@law.usc.edu, en Kay Boyle, Centre for Human Bioethics, Monash University, Australia 3168/fax + 61 3 9905 3279/email: kboyle@arts.cc.monash.edu.au. •

### Ouderenzorgprijs

'Zorgvernieuwing is de moeite waard.' Dit is het motto waaronder de gezamenlijke zorgverzekeraars jaarlijks de Prima Vera Prijs uitloven. Ging in 1995 de prijs - een plastiek en vijftienduizend gulden -

naar het beste voorbeeld van vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg, dit jaar staat de modernisering van de ouderenzorg centraal.

Het te bekronen initiatief moet zorgvernieuwend zijn: geen uitbreiding van bestaand aanbod, maar zorg op een andere, doelmatiger manier. Het moet getuigen van creativiteit en originaliteit, als voorbeeld kunnen dienen voor de rest van de ouderenzorg en zorg op maat bieden. De cliënten moeten duidelijk tevreden zijn en het initiatief moet gunstig uit een kosten-batenanalyse komen.

De prijs wordt eind mei uitgereikt. Inzendingen moeten uiterlijk 1 maart binnen zijn bij het lid van de jury (J.H. Teunissen, Postbus 142, 3990 DC Houten) dat desgewenst ook nadere informatie verstrekt: tel. 030 - 69 88 477/fax 030 - 69 88 333. •

# Een modelinstructie voor verpleeghuisartsen in opleiding

H. Baatenburg de Jong en J.A. Mulder

**De Stichting Zorg Zaanland ontwierp een protocol voor verpleeghuisartsen in opleiding dat wellicht ook van belang kan zijn voor andere verpleeghuizen in Nederland die artsen in opleiding hebben.**

**S**INDS SEPTEMBER 1989 bestaat de mogelijkheid om na het basisartsexamen een tweejarige specifieke beroepsopleiding te volgen tot verpleeghuisarts, waarna inschrijving volgt in het register van erkende verpleeghuisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst.<sup>1</sup>

Verpleeghuisgeneeskunde wordt wel gezien als de probleemgeoriënteerde medische zorg in multidisciplinair verband voor gehandicapte, in meerderheid bejaarde patiënten met chronische en intercurrente gezondheidsproblemen.<sup>2</sup> Zij onderscheidt zich volgens de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) van andere zorgverleners door:<sup>3</sup>

- het behandelen van en adviseren over de behandeling van patiënten die samengestelde, complexe zorg behoeven;
- het doen van medische verrichtingen met een probleemgeoriënteerde aanpak in een overwegend cyclisch-diagnostisch proces;
- een multidisciplinaire setting waarin de verpleeghuisarts de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling en begeleiding heeft;
- een concentratie van patiënten die het mogelijk maakt diepgaande en brede ervaring op dit terrein op te doen;
- het uitvoeren van management-taken ten behoeve van deze werkzaamheden.

De opleiding tot verpleeghuisarts bestaat uit een theoretisch en een praktisch gedeelte.

Het theoretisch deel vindt plaats aan de verpleeghuisartsopleiding van de Vakgroep Huisarts-Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te

Amsterdam of bij de Vervolgopleiding tot Verpleeghuisarts van de Vakgroep Huisarts-Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Inhoudelijk vormen vijf aandachtsgebieden of pijlers de basis: zorgverlening, gericht en systematisch werken, communicatie, management en onderzoek.<sup>4-6</sup>

Het praktisch deel dient plaats te vinden in een door de Huisarts- en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) erkend verpleeghuis voor opleiding (vo), waarmee de verpleeghuisarts in opleiding (vaio) gedurende de duur van de opleiding een dienstverband heeft.

Het verpleeghuis voor opleiding dient te beschikken over een verpleeghuisartsopleider (vao) die is ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen en ten minste de laatste vijf jaren praktisch werkzaam is in de verpleeghuisgeneeskunde, waarvan het laatste jaar in het desbetreffende verpleeghuis voor opleiding.<sup>7</sup>

In de ruim vijf jaar dat de verpleeghuisartsopleiding nu bestaat, wordt in toenemende mate de noodzaak gevoeld tot het hebben van een protocol waarin bevoegdheden en verantwoordelijkheden van vo, vao, vaio zijn vastgelegd. Dat het ontbreken van een dergelijk protocol vervelende consequenties kan hebben voor belanghebbenden, inclusief directieleden, blijkt uit een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle.<sup>8</sup> In de uitspraak kreeg de medisch directeur van een ziekenhuis een waarschuwing omdat er binnen het ziekenhuis geen modelinstructie, geen protocol aangaande bevoegdheden en verantwoordelijkheden en geen duidelijke functieomschrijving van arts-assistenten aanwezig was. En waarom zou wat geldt voor directies van ziekenhuizen en voor (in dit geval) chirurgen en arts-assistenten, mutatis mutandis niet gelden voor directies van verpleeghuizen, verpleeghuisartsopleiders en verpleeghuisartsen in opleiding?


Naar aanleiding van deze uitspraak ontwikkelde de commissie Protocol AGIO-AGNIO van de Nederlandse Vereniging

voor Heelkunde (leden: D.A. van Driel, A.R. Koomen, R.K.J. Siemermacher en Chr. van der Werken) een landelijk protocol,<sup>9</sup> dat naar haar en onze mening uitstekend geschikt lijkt als blauwdruk voor een soortgelijk protocol ten behoeve van de verpleeghuizen die een verpleeghuisarts in opleiding hebben.

Omdat er bij de Stichting Zorg Zaanland tot op heden geen modelinstructie aanwezig is waarin bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de directie, de verpleeghuisartsopleider en de op te leiden verpleeghuisarts zijn vastgelegd, hebben ondergetekenden getracht het genoemde model van de chirurgen tot een binnen de verpleeghuizen bruikbare versie 'om te bouwen'. Die zou er naar onze mening kunnen uitzien als in de *bijlage* is weergegeven.

## Beschouwing

Niet alleen binnen de ziekenhuiswereld bestaat er behoefte aan een modelinstructie waarin medische bevoegdheden en verantwoordelijkheden van op te leiden artsen en opleiders worden omschreven. In de verpleeghuizen wordt sinds de start van de opleiding tot verpleeghuisarts en de erkenning van het specialisme verpleeghuisgeneeskunde het aanwezig zijn van een modelinstructie als een conditio sine qua non gezien, niet alleen door directies die de eindverantwoordelijkheid dragen, maar ook door verpleeghuisartsen in opleiding en verpleeghuisartsopleiders. Een modelinstructie mag naar onze mening echter niet louter voortkomen uit vrees voor eventuele negatieve uitspraken van een medisch tuchtcollege. Een meer positieve benadering ligt in het feit dat een opleidingsprotocol kan worden gebruikt als kwaliteitstoetsingsinstrument en dat het alle betrokkenen een basis biedt waarop zij kunnen teruggevalen.

Van de suggestie de modelinstructie van de commissie Protocol AGIO-AGNIO van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 'aan te passen voor gebruik elders' is door ons dankbaar gebruik gemaakt. Immers, een wiel uitvinden dat al draait, is verspilling van tijd en energie. 

Over artsen in opleiding, de opleiders en de plaats van opleiding is in het verleden al geschreven.<sup>10,11</sup> Dat het hierbij niet gaat over verpleeghuisgeneeskundige situaties, is evident, gezien het feit dat de opleiding tot verpleeghuisarts nog maar vijf jaar bestaat.

Echter, is de positie van alle betrokkenen in het verpleeghuis een wezenlijk andere dan die welke in het Tilburgse model wordt beschreven? Arbeidsrechtelijk zal er hier en daar een verschil zijn. Ons model is gericht op de CAO-Ziekenhuiswezen die binnen de Stichting Zorg Zaanland van toepassing is. Daar waar een andere rechtspositie met bijbehorende CAO van toepassing is, bijvoorbeeld in (semi-)overheidsinstellingen, kan de modelinstructie naar onze mening eenvoudig worden aangepast. Ook het feit dat de opleiding tot specialist in een ziekenhuis zeker in onderwijskundig opzicht niet te vergelijken is met de opleiding tot verpleeghuisarts, hoeft geen wezenlijke veranderingen in de modelinstructie tot gevolg te hebben.

Naast geregistreerde en erkende verpleeghuisartsen en verpleeghuisartsopleiders zijn in het verpleeghuis vaak ook basisartsen, (ex-)huisartsen, etc. werkzaam. In de toekomst zal de geneeskundige zorg van de in een verpleeghuis opgenomen patiënt evenwel uitsluitend in handen worden gegeven van erkende verpleeghuisartsen of van artsen in opleiding voor dit specialisme, conform het besluit van de staatssecretaris van Volksgezondheid, verwoord in de Staatscourant van 6 maart 1990.<sup>12</sup> Voor de artsen niet in opleiding en werkzaam in het verpleeghuis geldt dat zij eigenlijk qua begeleiding in een vergelijkbare situatie verkeren als verpleeghuisartsen in opleiding. Voor hen is tot nu toe helemaal niets geregeld. De modelinstructie zou met aanpassingen daar waar nodig, ook voor hen van toepassing kunnen zijn.

Ook in het verpleeghuis geldt dat de arts in opleiding bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en bekwaam tot het zelfstandig verrichten van bepaalde handelingen. De bekwaamheid tot het verrichten van andere handelingen dient hij of zij in en door de opleiding te verwerven. Voor de zelfstandig te verrichten handelingen is de arts in opleiding volledig tuchtrechtelijk verantwoordelijk, evenals voor de handelingen die hij of zij ten onrechte zonder (bege)leiding van de verpleeghuisartsopleider verricht. Voor de onder (bege)leiding te verrichten handelingen is de opleider tuchtrechtelijk aansprakelijk.<sup>13</sup> Het is aan de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen om een nadere en preciezere omschrijving te geven van bovengenoemde - al dan niet zelfstandig uit te voeren - handelingen. Haar eerder aan-

gehaalde nota 'Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts' kan hierbij als uitgangspunt dienen. Het lijkt dan ook zinvol dat vanuit de NVVA en de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, in samenwerking met verpleeghuizen voor opleiding en verpleeghuisartsen in opleiding, het initiatief wordt genomen de modelinstructie verder uit te werken tot een volwaardige functieomschrijving van de verpleeghuisarts in opleiding. •

*Wij danken R. Helle, verpleeghuisarts-jurist, J.F. Hoek, verpleeghuisarts en hoofd verpleeghuisartsopleiding Vrije Universiteit, N.F. de Pijper, verpleeghuisarts en secretaris HVRC, en J.A. Stoop, verpleeghuisarts, voor hun commentaar en kritische opmerkingen.*

*Tevens danken wij de leden van de commissie Protocollen AGIO-AGNIO van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde voor het vervullen van de voorbeeldfunctie.*

VERPLEEGHUISGENEESKUNDE/  
ONDERWIJS

*H. Baatenburg de Jong,*  
verpleeghuisartsopleider

*J.A. Mulder,*  
beleidsmedewerker

Stichting Zorg Zaanland te Zaandam

#### Literatuur

1. Pijper NF de, Stoop JA. De beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. I: Ontstaan en organisatie. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 2438-40.
2. Ribbe MW. Wegen in de verpleeghuisgeneeskunde. Inaugurele rede Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: VU-uitgeverij, 1992.
3. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts. Utrecht: NVVA, 1992.
4. Ribbe MW, Stoop JA, Deerenberg-Kessler W, Hertogh CMPM. De beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. II: Uitgangspunten en inhoud. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 2440-2.
5. Hoek JF. Leerplan Beroepsopleiding tot Verpleeghuisarts, versie 2.1. Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, 1992.
6. Het blauwe boekje voor verpleeghuisartsopleiders. Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde. Augustus 1994.
7. CHVG. Eisen voor de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Medisch Contact 1989; 44: 1267-70.
8. Uitspraak Medisch Tuchtcollege Zwolle 3 november 1990. Medisch Contact 1991; 46: 318-9.
9. Heynen PJGM, Werken Chr van der, Verkuyl I, Driel BA van. Modelinstructie voor arts-assistenten. Medisch Contact 1993; 50: 14-7.
10. Geldrop J van, Aalderen HJ van. Verantwoordelijkheid huisartsopleider en arts-assistent. Medisch Contact 1982; 37: 95-8.
11. Herten JHS van. Verantwoordelijkheid arts-assistent. Medisch Contact 1983; 38: 473-5.
12. Ministerie van WVC. Verstrekkingsbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. Wijziging besluiten verpleging en dagbehandeling in verpleeginrichtingen. Staatscourant 6 maart 1990: 4-5.
13. Akveld J, Otten A. Een beschouwing over de rechtspositie van de huisartsopleider en de assistent arts. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1983: 287-99.

#### BIJLAGE

## Modelinstructie voor verpleeghuis- artsen in opleiding

### Considerans

Overwegende, dat

- de vaio die op grond van een arbeidsovereenkomst is aangesteld, op grond van artikel 6 van de CAO Ziekenhuiswezen (die van toepassing is) verplicht is de overeengekomen werkzaamheden naar beste vermogen te verrichten en zich daarbij te gedragen naar de door of vanwege de directie gegeven aanwijzingen;

- aanwijzingen met betrekking tot werkzaamheden in het kader van de patiëntenzorg - al dan niet in verband met de opleiding tot verpleeghuisarts - gegeven worden door de verpleeghuisartsen in dienst van het verpleeghuis;

- de verantwoordelijkheid tot supervisie bij de patiëntenzorg niet alleen gedragen wordt door de verpleeghuisartsopleider, maar door in principe alle verpleeghuisartsen;

- de verpleeghuisarts in opleiding als arts bevoegd is tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en als zodanig een eigen medische en juridische verantwoordelijkheid heeft;

- het uit een oogpunt van rechtszekerheid voor zowel verpleeghuisarts in opleiding, verpleeghuisarts, verpleeghuis voor opleiding als patiënt gewenst is te beschikken over een instructie voor het verrichten van handelingen op het gebied van de verpleeghuisgeneeskunde;

is door de directie met instemming van de verpleeghuisartsen aan wie een verpleeghuisarts in opleiding wordt toegevoegd de volgende instructie vastgesteld:

### 1. Begripsbepalingen

In deze instructie wordt verstaan onder:

- a. directie: degene die of het orgaan dat met de leiding, bestuur van de instelling is belast;
- b. verpleeghuisarts: de in het register van erkende verpleeghuisartsen van de KNMG ingeschreven arts;
- c. afdeling Verpleeghuisartsopleiding (vho): afdeling Verpleeghuisartsopleiding bij een universiteit in Nederland, onder meer belast met het theoretisch onderwijs en de begeleiding van het praktische deel van de opleiding tot verpleeghuisarts aan de vaio's;
- d. verpleeghuisartsopleider: een door de HVRC voor de opleiding erkende en met een afdeling verpleeghuisartsopleiding samenwerkende verpleeghuisarts welke werkzaam is in het verpleeghuis waarin het praktisch deel van de opleiding plaatsvindt;
- e. verpleeghuisarts in opleiding: een arts in opleiding tot verpleeghuisarts;
- f. verpleeghuis voor opleiding: een ver-



pleeghuis dat door de HVRC voor de opleiding erkend is en waar in nauwe samenwerking met de verpleeghuisartsopleiding het praktisch gedeelte van de opleiding tot uitvoering wordt gebracht.

## 2. Algemene bepalingen

2.1. De verpleeghuisarts in opleiding is verplicht, onverlet zijn of haar eigen medische en juridische verantwoordelijkheid, alle hem of haar opgedragen werkzaamheden in het kader van de patiëntenzorg en/of de opleiding tot verpleeghuisarts nauwgezet en naar beste kunnen te verrichten, met inachtneming van:

- geldend recht;
- door of vanwege de directie vastgestelde reglementen en voorschriften;
- de vigerende medische protocollen;
- de eventueel bij de opdracht gegeven aanwijzingen.

2.2. De verpleeghuisartsopleider is verantwoordelijk voor de begeleiding van de vaio en houdt toezicht op de verrichte werkzaamheden van de vaio. Gedurende de opleiding zal de vaio in toenemende mate in staat moeten zijn zelfstandig te werken. De begeleidings-taak van de verpleeghuisartsopleider zal in overeenstemming hiermee dan ook geleidelijk veranderen van een intensief controlerende naar een meer op afstand begeleiden-de. Aan het eind van de opleiding dient de vaio in staat te zijn als zelfstandig verpleeghuisarts te functioneren.

2.3. De vaio is verplicht alleen opdrachten te aanvaarden indien hij/zij redelijkerwijs mag aannemen dat hij/zij beschikt over de bekwaamheid die is vereist voor het behoorlijk uitoefenen van die opdracht.

2.4. De vaio heeft ten opzichte van een patiënt het recht op grond van ernstige gewetensbezwaren te weigeren een bepaalde handeling te verrichten. Hieronder kunnen ook zwaarwegende morele bezwaren vallen. Hij/Zij dient de zorg voor de patiënt dan over te dragen aan een andere verpleeghuisarts.

2.5. De vaio is verantwoordelijk voor de taken die hem of haar door de verpleeghuisartsopleider en conform de taak-/functieomschrijving zijn opgedragen.

2.6. Ingeval van stages buiten het verpleeghuis blijft de verpleeghuisartsopleider verantwoordelijk voor de begeleiding.

2.7. De vaio verricht geen bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst op de avond en/of nacht voor de terugkomdag.

2.8. De vaio heeft niet vaker dan éénmaal per vier weken een weekenddienst.

2.9. Bij bereikbaarheids-/beschikbaarheidsdiensten van de vaio fungeert een geregistreerd verpleeghuisarts als achterwacht.

2.10. De werktijden van de vaio in het verpleeghuis voor opleiding zijn schriftelijk vastgelegd conform de bepalingen in de geldende CAO.

## 3. Werkverdeling

3.1. De verpleeghuisartsen stellen een periodiek rooster op, aan de hand waarvan de werkzaamheden in het kader van de patiëntenzorg intra-, semi- en extramuraal worden verdeeld onder de verpleeghuisartsen en

worden opgedragen aan de vaio.

Voor de vaio geldt tevens dat de werkzaamheden en taken zijn vastgelegd in het opleidingsplan.<sup>1</sup>

De te verrichten werkzaamheden richten zich op de vier hoofdfuncties van verpleeghuiszorg:

1. zorgplandefiniëring (onderzoek/observatie/diagnostiek);
  2. reactivering/revalidatie;
  3. chronische zorg;
  4. bijzondere zorg;
- en kunnen intra-, semi- en extramuraal plaatsvinden.<sup>2</sup>

3.2. Het diensthoofd maakt (of laat maken) een dienstrooster voor de vaio dat tijdig aan hem of haar wordt kenbaar gemaakt.

3.3. Regelmatig vinden leergesprekken, begeleidingsgesprekken c.q. besprekingen plaats tussen de vaio en de vao.

## 4. Verpleeghuisgeneeskundige handelingen

4.1. De vaio verricht verpleeghuisgeneeskundige handelingen intra-, semi- en extramuraal, uitsluitend in opdracht van, na vooraf verkregen toestemming van dan wel onder leiding van de vao.

4.2. De vaio treedt in beginsel zelfstandig op in het kader van de zorgverlening aan de patiënten op de verpleegafdeling, waar het gaat om de bevoegdheden als basisarts.

## 5. Handelingen buiten de reguliere werktijd

5.1. De vaio verricht in beginsel dezelfde handelingen zelfstandig c.q. onder leiding van de vao als binnen de reguliere werktijd.

## 6. Overleg en meldingen

6.1. Handelingen waarvoor geen overleg met de vao is vereist betreffen:

- eenvoudige handelingen die volgens de vigerende medische protocollen worden uitgevoerd.

6.2. Voor de zorg aan patiënten op de verpleegafdeling geldt dat de vaio in principe overlegt met de vao over elke patiënt wiens (verandering van de) toestand daartoe aanleiding geeft. Met name vindt overleg plaats over:

- vastgestelde (dreigende) complicaties en de eventuele behandeling hiervan;
- het in consult roepen van de specialisten die nog niet bij de zorgverlening aan de patiënt in kwestie betrokken zijn;
- overplaatsing van de patiënt zowel intern als extern.

6.3. De vaio is verplicht overleg te voeren met de vao in geval van twijfel en meer in het bijzonder indien de toestand van de patiënt daartoe aanleiding geeft.

6.4. De vaio meldt bij de vao:

- een verstoorde relatie met een patiënt, familie of medewerkende van het verpleeghuis;
- alle belangrijke (voorgenomen) beslissingen die gevolgen kunnen hebben voor derden (ontslagbeslissingen, euthanasie, werkafspraken met functionarissen binnen en buiten het verpleeghuis, afwijken van bestaande protocollen).

## 7. Verslaglegging

De vao houdt het medisch dossier bij met betrekking tot de behandeling van de patiënt, zowel intra-, semi- en extramuraal. Dit wil zeggen dat hij/zij aantekeningen maakt van de gegevens omtrent de gezondheidstoestand van de patiënt en de ten diens aanzien uitgevoerde verrichtingen. Hij/Zij neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede medische zorg van de patiënt noodzakelijk is.

## 8. Slotbepaling

In alle gevallen met betrekking tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst voor wat betreft het specialisme verpleeghuisgeneeskundige zorg door een vaio, waarin deze instructie niet voorziet, beslist de verpleeghuisartsopleider.

## Opmerkingen

1. Ten behoeve van de medewerkers in het verpleeghuis is een collectieve aansprakelijkheidsverzekering gerealiseerd die ook voor de vaio van toepassing is. Voor een beroepsrechtshijstandsverzekering dient de vaio zelf zorg te dragen.

2. De vao houdt zich redelijkerwijs op de hoogte van de toestand van de patiënten die zijn toegewezen aan de vaio. Hij/Zij is verplicht zich op de hoogte te houden van de vorderingen van de vaio.

3. De vao is verplicht zich te laten bijscholen als opleider door de afdeling Verpleeghuisartsopleiding van de universiteit.

4. Geregistreerde verpleeghuisartsen die niet als vao erkend zijn, dienen op verzoek van het hoofd behandelen zaken in overleg met de vao in staat te zijn in het kader van de opleiding begeleidingstaken uit te voeren. De vraag dient te worden gesteld of elke verpleeghuisarts (zonder extra scholing) als begeleider kan/wil optreden.

5. Tussen de vier (vo, vao, vaio en vho) bij de opleiding betrokken partijen wordt een opleidingsovereenkomst gesloten. •

## Literatuur

1. Hoek JF. Richtlijnen voor het maken van een opleidingsplan voor het verpleeghuis voor opleiding. Vox Hospitalii 1994; 1: 14-5.

2. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz). Verpleeghuizen op de zorgmarkt. Utrecht: NVVz, 1992.

# Vermoeidheid: een chronisch probleem

Jozien Bensing, Robert Hulsman en  
Karlein Schreurs

**Over een chronisch probleem dat te weinig aandacht van de dokter krijgt.**

**I**RONISCH GENOEG krijgen de problemen waar chronisch zieken het meest last van hebben vaak het minst de aandacht in de patiëntenzorg. Vermoeidheid is zo'n probleem. Chronisch zieken klagen vaak over vermoeidheid; voor velen is dit het meest belastende aspect van hun ziekte. Toch komt moeheid zelden in de spreekkamer ter sprake. Artsen hechten ook veel minder belang aan het symptoom moeheid dan de patiënten zelf.<sup>1</sup> Er lijkt een kloof te bestaan tussen de ervaringswereld van chronisch zieken en de aandacht van artsen voor het verschijnsel moeheid: die kloof is er zowel wetenschappelijk als in het medisch consult.

## Epidemiologie

Van sommige ziektebeelden is inmiddels uit epidemiologisch onderzoek heel goed bekend met welke moeheidsklachten ze gepaard gaan. Zo klaagt meer dan 80% van de kankerpatiënten over moeheid, die bij hen vaak een rechtstreeks gevolg is van de behandeling met chemo- of radiotherapie, maar ook lange tijd daarna kan voortduren.<sup>2,3</sup> Ook patiënten die lijden aan multiple sclerose klagen vaak over moeheid: ruim 79% MS-patiënten zijn sneller, frequenter en intenser vermoeid dan gezonde mensen.<sup>4</sup> Bovendien worden andere MS-symptomen door moeheid versterkt.<sup>5</sup> Van reumapatiënten is uit onderzoek bekend dat 57% van hen moeheid beschouwt als het meest problematische symptoom van hun ziekte.<sup>6</sup> Ook hartklachten gaan gepaard met moeheidsklachten, die vaak tot 6 maanden na een hartoperatie kunnen aanhouden.<sup>7</sup> Bij veel andere chronische aandoeningen is over het verschijnsel 'moeheid' nauwelijks iets bekend. Dit komt onder meer doordat moeheid niet wordt beschouwd als een centraal element van gezondheid of kwaliteit van leven. Weinig Kwaliteit van

Leven-lijsten bevatten een expliciete moeheidsschaal. Uitzonderingen zijn de Nottingham Health Profile<sup>8</sup> en de Rand-36,<sup>9</sup> maar ook in onderzoek dat van deze lijsten gebruik maakt wordt zelden afzonderlijk over moeheid gerapporteerd.

In de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is aan een random steekproef van dertienduizend mensen gevraagd van welke klachten zij last hadden gehad in de twee weken voor het interview.<sup>10</sup> In de geprecedeerde lijst van symptomen was ook de klacht 'moeheid' opgenomen. Dit bleek, samen met de klacht 'hoofdpijn', de meest genoemde klacht te zijn.<sup>11</sup>

Bij analyse van de personen van 15 tot 64 jaar (N = 9.379) werd gevonden dat vrouwen meer over moeheid klagen dan mannen.<sup>12</sup> Bij vrouwen bleek de klacht moeheid vooral samen te hangen met de combinatie van werk buitenshuis en de zorg voor kleine kinderen. Bij mannen bleek moeheid vooral te worden verklaard door het uitoefenen van hoofdarbeid. Bovendien bleek moeheid vooral veel voor te komen bij mensen die ook aan allerlei andere gezondheidsproblemen lijden, zowel acute klachten als chronische aandoeningen. Daarom is een aparte analyse gemaakt van de co-morbiditeit van moeheid bij allerlei chronische aandoeningen over alle personen van 15 jaar en ouder (N = 10.683).

*Figuur 1* laat zien dat moeheid meer voorkomt naarmate mensen meer chronische aandoeningen hebben. Bij mensen die geen enkele chronische aandoening rapporteren is er een kans van 23% dat er moeheidsklachten worden gemeld. Wanneer mensen wel chronische aandoeningen hebben, loopt die kans uiteen van 30% bij één aandoening tot 66% procent bij vier of meer aandoeningen. In *figuur 2* is bij achttien chronische ziekten te zien hoeveel procent van de patiënten rapporteren last te hebben van moeheid. Het percentage varieert van 35% (bij hooikoorts of prostaatklaarten) tot 56% (bij kanker of schildklieraandoeningen). Uit deze cijfers mag de conclusie worden getrokken dat moeheid een duidelijk probleem is voor veel verschillende chronisch zieken. Bo-

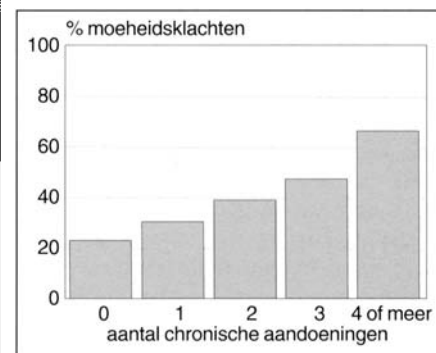
vendien wordt het probleem groter naarmate een patiënt aan meerdere chronische aandoeningen lijdt.

## Moeheid: oorzaak of gevolg

Over de etiologie van moeheid komt uit de literatuur geen eenduidig beeld naar voren. Bij laboratoriumonderzoek wordt zelden een duidelijke oorzaak gevonden.<sup>13-15</sup> Moeheid blijft meestal als symptoomdiagnose bestaan. Wel worden in de literatuur diverse mogelijke oorzaken genoemd, al is bij sommige ervan een oorzakelijk verband nooit echt goed vastgesteld; genoemd worden infecties, verkeerde voeding, verhoogde spiegel van afbraakproducten en toxische metabolieten, anemie, bijwerking van geneesmiddelen, gewichtsverlies (bij kanker), slaapstoornissen, gebrek aan beweging (immobilisatie), psychologische distress en/of depressiviteit, en pijn.<sup>2,16-19</sup>

Moeheid moet vaak begrepen worden in de hele context waarin de patiënt verkeert, waarbij biomedische aspecten (de oorspronkelijke chronische ziekte), psychologische aspecten en sociale aspecten elkaar voortdurend beurtelings beïnvloeden.<sup>6</sup> Vaak spelen circulaire, zichzelf versterkende processen een rol. Zo kan het vermijden van lichamelijke activiteit gemakkelijk leiden tot een vicieuze cirkel, die de moeheidsklachten steeds vaker en intenser laat terugkeren.<sup>17</sup> Datzelfde kan worden gezegd van ketenreacties waarbij patiënten vanwege hun vermoeidheid de neiging krijgen sociale activiteiten te

*Figuur 1. Percentage moeheidsklachten per aantal chronische aandoeningen.*



vermijden. Vaak stuit dit op onbegrip: men vindt iemand asociaal of lui, wat leidt tot negatieve of terugtrekkingsreacties van de omgeving.<sup>5</sup> Vervolgens kunnen bij de patiënt allerlei affectieve reacties ontstaan (piekeren, tobben, irritatie, zelfverwijt, depressiviteit), die het gevoel van moeheid op hun beurt weer verder kunnen versterken.

Zeker is dat moeheid vaak gepaard gaat met allerlei andere gezondheidsproblemen. Naast de reeds genoemde diverse chronische aandoeningen zijn dat vooral: pijn, slaapproblemen, stress, depressiviteit en andere vormen van psychische problematiek.<sup>16 17 20</sup> En ook hier zijn allerlei vicieuze cirkels te ontdekken. Zo leidt pijn gemakkelijk tot slaapproblemen, hetgeen moeheid tot gevolg kan hebben. Pijn kost ook energie, evenals het vermijden van pijn. Pijn kan ten slotte ook leiden tot het vermijden van lichamelijke activiteit, waardoor de reeds eerder gememoreerde vicieuze cirkel in werking kan treden.<sup>16</sup> Ongeacht of moeheid nu oorzaak of gevolg is van andere problemen, het is duidelijk dat moeheid de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt: vermoeide mensen ondernemen minder, zij verliezen hun mobiliteit, vermijden sociale contacten, zorgen vaak slecht voor zichzelf en hebben naast eerder genoemde affectieve reacties ook allerlei cognitieve problemen: het concentratievermogen raakt aangetast, zij verliezen hun besluitvaardigheid, krijgen problemen met hun geheugen en klagen over desoriëntatie en een verminderd denkvermogen.<sup>5 19</sup>

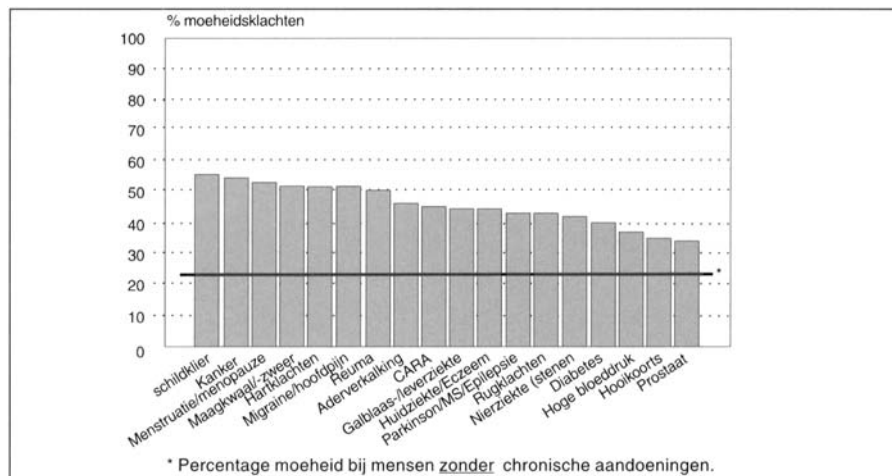
### Interventies

Tegen deze achtergrond is het op het eerste gezicht opmerkelijk dat in de spreekkamer zo weinig aandacht aan moeheid wordt geschonken. Toch is dat ook wel begrijpelijk. Er zijn immers op een enkele uitzondering na weinig medicijnen die helpen tegen moeheid. Moeheid wordt vaak beschouwd als een lastig, maar onvermijdelijk bijverschijnsel van de primaire aandoening.

Jammer is dat wel, want uit de literatuur blijkt dat er wel degelijk interventies werkzaam zijn. Deze liggen vooral op het vlak van de voorlichting en educatie: patiënten aan wie van tevoren wordt uitgelegd dat zij kunnen verwachten door een bepaalde behandeling (radiotherapie, chemotherapie) sneller vermoeid te raken, zullen beter in staat zijn met hun moeheid om te gaan.<sup>5 17</sup>

Het is in ieder geval *niet* verstandig om patiënten uitsluitend te adviseren vooral rustiger aan te gaan doen. Daardoor kan namelijk gemakkelijk de reeds eerder genoemde negatieve spiraal ontstaan. Beter is het om patiënten te stimuleren hun

Figuur 2. Percentage moeheidsklachten bij verschillende chronische aandoeningen.



activiteiten te doseren en een goede balans te zoeken tussen inspanning en ontspanning, bijvoorbeeld door een programma van lichamelijke activiteiten te ontwikkelen waarin ook niet-inspannende activiteiten zijn opgenomen.<sup>3 16</sup> Ook een goede planning van de dagelijkse activiteiten en onderscheid maken tussen belangrijke en minder belangrijke taken is effectief voor het vinden van een betere energiebalans.<sup>7</sup> Het kan helpen als de patiënt een tijd lang in een dagboek zowel zijn of haar dagelijkse activiteiten als de moeheidsklachten bijhoudt. Er blijken namelijk grote individuele verschillen te zijn in de mate waarin bepaalde activiteiten tot moeheid leiden. Algemene adviezen zijn daarom zelden afdoende. Wel is het vrijwel altijd belangrijk om, gelet op de hoge co-morbiditeit op deze terreinen, apart

aandacht te besteden aan slaaphygiëne en aan pijnbestrijding.<sup>16</sup> Ten slotte is het van belang om aandacht te besteden aan de rol van de sociale omgeving bij de totstandkoming (overstimulatie) of instandhouding (overmatige bescherming, ziekte winst) van de moeheidsklachten. •

CHRONISCH ZIEKEN/VERMOEDIGHEID

Jozien Bensing,

Robert Hulsman,

Karlein Schreurs,

Nivel, Utrecht

Over 'Vermoeidheid: een chronisch probleem?' wordt op 10 februari in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht een congres gehouden, georganiseerd door de Nederlandse Federatie van Behavioral Medicine in samenwerking met de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht.

### Literatuur

- Lewis G, Wessely S. The Epidemiology of Fatigue: More Questions than Answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-7.
- Irvine DM, Vincent L, Bubela N, Thompson L, Graydon J. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14(4): 188-99.
- Graydon JE, Bubela N, Irvine D, Vincent L. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18(1): 23-8.
- Packer TL, Sauriol A, Brouwer B. Fatigue secondary to chronic illness: postpolio syndrome, chronic fatigue syndrome, and multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75(10): 1122-6.
- Hubsy EP, Sears JH. Fatigue in multiple sclerosis: guidelines for nursing care. *Rehabil Nurs* 1992; 17(4): 176-80.
- Tack BB. Self-reported fatigue in rheumatoid arthritis. A pilot study. *Arthritis Care Res* 1990; 3(3): 154-7.
- Schaefer KM, Shober-Potlycky MJ. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 260-8.
- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile, subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-30.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36-item Short-form Health Status Survey (SF-36): 1. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
- Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden.

Huisarts en Wetenschap 1991; 34(2): 51-61.

- Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- Bensing JM, Schreurs K. Sexverschillen bij moeheid. *Huisarts en Wetenschap* 1995; 38: 412-21.
- Zaat JOM, Schellevis FG, Kluijff I, et al. Laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1992; 35: 183-7.
- Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JWW van, Sijstermans AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte; een onderzoek vanuit de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.
- Knottnerus JA, Knipschild PG, Wersch JWW van, Sijstermans AHJ. De betekenis van de ferritinebepaling in serum van gezonden en van patiënten met onverklaarde moeheid in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2085-6.
- Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, Gilliss CL. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res* 1993; 42(2): 93-9.
- Smets EM, Garssen B, Schuster-Uitterhoeve AL, Haes JC de. Fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 1993; 68(2): 220-4.
- Feyen L, Foucart L, Meyere M de, Maeseneer J de, Leeuw A de, Dokter, ik ben zo moe. Een klinische discussie rond moeheid. *Huisarts Nu* 1994; (2): 53-7.
- Richardson A. Fatigue in cancer patients: a review of the literature. *Eur J Cancer Care Engl* 1995; 4(1): 20-32.
- Crosby LJ. Factors which contribute to fatigue associated with rheumatoid arthritis. *J Adv Nurs* 1991; 16(8): 974-81.

# Kraamvrouwenkoorts komt nog steeds voor!

**B**IJGAANDE UITSPRAAK van het Medisch Tuchtcollege te Groningen over een verloskundige verdient het in Medisch Contact te worden gepubliceerd vanwege de procedurele en inhoudelijke aspecten.

Het betreft een casus waarin post partum niet adequaat is gereageerd op de door de kraamverzorgster geconstateerde verhoging van de temperatuur en versnelling van de pols van een kraamvrouw. De betrokken patiënte is na een snel verlopen sepsis met orgaanfalen en intravasale stolling overleden. Triest is dat de huisarts, die niet op de hoogte was van de proble-

men, de temperatuurlijst niet heeft ingezien toen hij de patiënte de dag voor overlijden had bezocht vanwege een hoofdwond.

Procedureel wordt opgemerkt, dat niet alleen moet worden afgegaan op de eigen waarneming van de temperatuur, maar ook op de waarnemingen van de kraamverzorgster.

Daarnaast is het college van oordeel dat de verloskundige te lang heeft gewacht met het inschakelen van de huisarts. In Nederland kan de bevalling onder leiding van en controle door een verloskundige alleszins verantwoord thuis plaatsvinden,

mits er duidelijke afspraken zijn over de gang van zaken indien er afwijkingen worden geconstateerd.

Inhoudelijk vraagt het college er aandacht voor dat ziekten die op zichzelf arm zijn aan symptomen, ernstige gevolgen kunnen hebben. De snelheid waarmee in het kraambed intravasale stolling ten gevolge van sepsis haar verwoestende invloed kan hebben, maakt dat artsen en verloskundigen nog steeds alert moeten zijn op de aanwezigheid van kraamvrouwenkoorts.

prof.dr C. Spreeuwenberg

## Verloskundige wacht te lang met inschakelen huisarts: waarschuwing

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Groningen d.d. 1 maart 1995

HET MEDISCH Tuchtcollege te Groningen heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door A, wonende te Z, gericht tegen de verloskundige B, thans wonende te Y, voorheen te Z.

### Procesgang

Op 14 juni 1994 heeft mr C, advocaat en procureur te Z, namens de klager A aldaar een klacht ingediend tegen de verloskundige mevrouw B, wonende te Y, die in januari 1992 als verloskundige werkzaam was te Z. Op 16 augustus 1994 heeft mr D, advocaat en procureur te X, namens de aangeklaagde verloskundige een verweerschrift ingediend. Hierop heeft mr C op 29 september 1994 schriftelijk gerepliceerd, waarna mr D op 28 november 1994 schriftelijk dupliceerde.

Het Medisch Tuchtcollege heeft de klacht behandeld ter zitting van 23 januari 1995, waar beide partijen en hun raadslieden waren verschenen. Vóór de behandeling was aan het college nog een schriftelijke verklaring d.d. 2 augustus 1992 van de huisarts E te Z overgelegd. Ter zitting hebben beide raadslieden de standpunten van hun cliënten toegelicht, waarbij mr C een pleitnota heeft overgelegd. Voorts is ter zitting, op verzoek van de aangeklaagde, als getuige gehoord mevrouw F, verloskundige te Z.

Bij de door partijen overgelegde stukken bevinden zich de status van de betrokken patiënte,

een rapport van de patholoog-anatoom en een door de aangeklaagde verloskundige opgesteld rapport van haar bevindingen.

### De klacht

Kort samengevat komt de klacht op het volgende neer.


Klagers echtgenote is op woensdag 8 januari 1992 thuis bevallen van haar derde kind. Daarbij is de aangeklaagde als verloskundige opgetreden, dat wil zeggen zij werd te 6.10 uur gealarmeerd en verscheen te 6.30 uur toen het kind inmiddels was geboren. Op elk der volgende dagen is zij voor controle teruggeweest, waarbij zij de kraamvrouw onderzocht en de kraamverzorgster instrueerde. Op vrijdag 10 januari 1992 werd bij klagers echtgenote een verhoging van temperatuur en pols geconstateerd, hetgeen niet tot een speciaal onderzoek en/of maatregelen heeft geleid, hoewel over de mogelijkheid van griep is gesproken. Op zaterdag 11 januari 1992 bleek de temperatuur opgelopen te zijn tot 40 graden, hetgeen ook toen niet tot nader onderzoek en/of maatregelen leidde, maar slechts tot de aansporing de temperatuur in de gaten te houden. Op zondag 12 januari 1992 is klagers echtgenote 's morgens in de badkamer gevallen, waarbij zij een kleine hoofdwond bekwam. Toen korte tijd later de aangeklaagde kwam, werd haar medegedeeld dat de temperatuur in de loop van de zaterdag tot 40,7 graden was gestegen. In de loop van

de zondag is de vervangend huisarts E door de kraamverzorgster gewaarschuwd. Deze heeft de kraamvrouw oppervlakkig onderzocht, maar geen verdere maatregelen genomen. In de loop van de zondagavond is de kraamvrouw verward geraakt. Genoemde huisarts is toen weer gekomen; hij heeft onmiddellijke opname in het ziekenhuis geregeld, waar klagers echtgenote in de loop van maandag 13 januari 1992 is overleden. De doodsoorzaak was een snel verlopende sepsis met orgaanfalen en intravasale stolling (kraamvrouwenkoorts).

De klacht is, dat de aangeklaagde verloskundige noch op 10 januari 1992, noch op een van de volgende dagen de huisarts heeft gewaarschuwd ondanks de geconstateerde verhoging van temperatuur en pols, waarbij extreem hoge temperaturen waren gemeten.

### Het verweer

Kort samengevat komt het verweer op het volgende neer.

Na de bevalling heeft de aangeklaagde verloskundige al het nodige gedaan, de nodige controles verricht en met de inmiddels verschenen kraamverzorgster alles doorgesproken. Op 9 januari 1992 waren er geen bijzonderheden; de temperatuur was toen 36,8 graden. Op 10 januari 1992 zei de kraamvrouw zich niet optimaal te voelen. Zij wilde het rustig aan doen, omdat er toen griep heerste. De kraamverzorgster had een temperatuur van 37,6 gra- 



den gemeten. De aangeklaagde heeft voor haar vertrek aan de kraamverzorgster, aan klager en aan de kraamvrouw gezegd contact op te nemen als de temperatuur tot boven de 38,5 graden zou komen.

Op 11 januari 1992 's morgens zei de kraamvrouw zich goed te voelen. Op de temperatuurlijst stond een temperatuur vermeld van 40 graden. Dat gaf de aangeklaagde aanleiding zelf de temperatuur op te nemen. Deze bleek 38 graden te zijn. Aangeklaagde heeft toen uitdrukkelijk kraamvrouw en kraamverzorgster geïnstrueerd de temperatuur 's middags weer te meten en bij verhoging tot boven 38,5 graden contact op te nemen. Op 12 januari 1992 vernam de aangeklaagde bij haar controlebezoek, dat de kraamvrouw in de badkamer was gevallen en een kleine hoofdwond had opgelopen, die al door klager was verzorgd. Wel maakte de kraamvrouw een opmerking over het felle licht aan haar ogen. Aangeklaagde mat de temperatuur: 38 graden. Aangeklaagde adviseerde de huisarts te bellen indien de klachten over spierpijn door de val na verloop van een uur nog zouden blijven. Eerst 's avonds omstreeks 22.30 uur vernam zij van klager, dat de huisarts 's middags was geweest en niets bijzonders had gevonden, maar dat de koorts in de loop van de dag tot 39 graden was gestegen. Zij adviseerde toen direct de huisarts te bellen. Later hoorde zij dat de kraamvrouw in shock-toestand in het ziekenhuis was opgenomen en dat zij in de loop van 13 januari 1992 daar was overleden.

De aangeklaagde meent dat zij alle controles naar behoren heeft uitgevoerd, geen bijzonderheden of afwijkingen heeft kunnen constateren en alle betrokkenen heeft geïnstrueerd om bij bepaalde ontwikkelingen - hogere koorts dan 38,5 graden - haar op de hoogte te stellen. Zij is niet geconfronteerd met afwijkingen die het invoeren van de hulp van de huisarts indiceren. Zij heeft op 10 januari 1992 de diagnose 'griep' niet gesteld, maar alleen bevestigd dat in die tijd in Z griep heerste. De lichte verhoging van de temperatuur tot 38 graden op 11 januari 1992 kon zij duiden als gevolg van stuwings van de borsten. Op 12 januari 1992 was een temperatuur van 38 graden gemeten en toen is haar niets medegedeeld over de hoge temperatuur van 40,7 graden op de middag daarvoor.

Aangeklaagde meent dat, ondanks haar instructies, haar niet tijdig is doorgegeven de hoge koorts respectievelijk de geringe eetlust van de kraamvrouw. Zij meent dat haar in tuchtrechtelijke zin geen verwijt kan worden gemaakt.

### Beoordeling

1. Het college heeft kennis genomen van de overgelegde status van klagers echtgenote. Daaraan kan het volgende omtrent de temperatuur en de polsslag worden ontleend:

09-01-1992 morgen temperatuur 36,6, polsslag 68

09-01-1992 middag temperatuur 36,9, polsslag 74

10-01-1992 morgen temperatuur 37,6, polsslag 80

10-01-1992 middag temperatuur 37,5, polsslag 88

11-01-1992 morgen temperatuur 40,0, polsslag 120

11-01-1992 middag temperatuur 40,7, polsslag 110

12-01-1992 morgen temperatuur 38,0, polsslag 100

12-01-1992 middag temperatuur 39,1, polsslag 120

Uit dit overzicht blijkt dat reeds op 10 januari 1992 hogere temperaturen werden gemeten, welke tot behoedzaamheid aanleiding moesten geven, en voorts, dat op 11 januari 1992 zeer verontrustende temperaturen en polsslagen werden gemeten. Weliswaar heeft de aangeklaagde op laatstgenoemde datum zelf een lagere temperatuur gemeten dan de kraamverzorgster klaarblijkelijk had gedaan, maar toch had van deze bevindingen een signaalerwerking moeten uitgaan. Dat was zeker het geval toen de aangeklaagde op 12 januari 1992 op de temperatuurstaat in de status een temperatuur van 40,7 graden van de vorige middag had kunnen waarnemen, ook al zou op de morgen van 12 januari 1992 de temperatuur weer tot 38 graden zijn gedaald.

2. Het college is van oordeel, dat de geconstateerde temperatuurwisselingen aanleiding tot ongerustheid behoorden te geven en daarom de aangeklaagde verloskundige ertoe hadden moeten brengen de huisarts te waarschuwen. Daartoe was ook aanleiding, omdat er griep heerste; ook al zou de aangeklaagde niet zelf bij de kraamvrouw de diagnose 'griep' hebben vastgesteld - de lezingen van partijen verschillen daarover -, toch kon ook daarin reden worden gevonden de huisarts te raadplegen.

3. Op zichzelf is wel begrijpelijk het standpunt van de aangeklaagde verloskundige, dat zij duidelijke instructies had achtergelaten om bij temperatuurstijgingen tot boven 38,5 graden contact op te nemen, respectievelijk de huisarts in te schakelen, en dat aanvankelijk de meest gereede partij (klager of de kraamverzorgster) deze instructie niet zou hebben opgevolgd, maar dat neemt niet weg dat de aangeklaagde verloskundige ook haar eigen verantwoordelijkheid heeft en ook zelf het initiatief had kunnen nemen. De op zichzelf hoge temperaturen op 10, 11 en 12 januari 1992 hadden toch een verklaring nodig, waar nog bij kwam dat de kraamvrouw zelf ook signalen gaf zich niet optimaal te voelen. De verklaring voor de door de aangeklaagde zelf op 11 januari 1992 geconstateerde temperatuur van 38 graden als zijnde een gevolg van stuwings van de borsten was gezien de genoteerde, zij het niet door de aangeklaagde vastgestelde, temperatuur van 40 graden niet als afdoende te beschouwen.

4. Het college constateert verder, dat de op zondag 12 januari 1992 geraadpleegde huisarts bij diens visite 's middags zich blijkens de overgelegde verklaring d.d. 2 augustus 1992 heeft beperkt tot de behandeling van de hoofdwond en zich over de verdere toestand van de kraamvrouw geen oordeel heeft gevormd. Het college kan hieruit geen andere conclusie trekken dan deze, dat toen klaarblijkelijk aan deze huisarts geen verontrustende verschijnselen bij de kraamvrouw zijn opgevallen.

5. Alles samengevoegd is het college van oordeel, dat de aangeklaagde verloskundige te

lang heeft gewacht met het (laten) inschakelen van de huisarts. Weliswaar waren niet alle symptomen even duidelijk, maar het sterk wisselende temperatuurverloop, gevoegd bij de zeer hoge polsslag, vormde voldoende aanleiding om eerder de huisarts bij de toestand van de kraamvrouw te betrekken. Temperatuurverhoging op de eerste dagen na de bevalling is een alarmsignaal, dat tot nadere diagnostiek en eventueel behandeling noopt. Een gerichte antibiotische therapie in een klinische behandeling is bij de sepsis (welke hier achteraf is geconstateerd, en welke ziekte in de huidige tijd zeldzaam is) noodzakelijk, gezien het hevige verloop van deze ziekte.

6. In het algemeen wil het college hier nog het volgende aan toevoegen:

De gezondheidszorg in het algemeen en de zorg rond kraamvrouwen in het bijzonder staat in Nederland op een zodanig peil dat een bevalling onder leiding van en controle door een verloskundige alleszins verantwoord thuis kan plaatsvinden. Gewaarborgd dient te zijn, dat eventueel optredende ziekten tijdig kunnen worden onderkend, ook al zijn daarbij ziekten die op zichzelf arm zijn aan symptomen. Duidelijke afspraken tussen alle betrokkenen (verloskundige, kraamvrouw, kraamverzorgster, kraamheer en eventuele andere familieleden) zijn noodzakelijk om afwijkingen van welke aard dan ook tijdig door te geven.

7. Het college is op grond van het voorgaande, in onderling verband en samenhang beschouwd, van oordeel dat de klacht tegen de aangeklaagde verloskundige wel gegrond is, al tekent het college daarbij aan dat de communicatie tussen alle betrokkenen wellicht niet zodanig is geweest als wenselijk was en dat de aangeklaagde verloskundige van haar kant gemeend heeft duidelijk te hebben aangegeven wanneer er op symptomen moest worden gereageerd. Daarom acht het college een verdergaande maatregel dan een waarschuwing niet nodig, nu het college de klacht gegrond acht.

### Beslissing

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen, Rechtdoende:

Acht de ingediende klacht gegrond;

*legt de maatregel op van een waarschuwing.*

Bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van artikel 13B lid 1 Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt door publikatie in de Nederlandse Staatscourant en door aanbieding met het verzoek tot publikatie aan de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Aldus gegeven door mr R.J.C. Wessels, plaatsvervangend voorzitter, prof. dr J.N. Homan van der Heide, lid-geneeskundige, dr T.D. Ypma, plaatsvervangend lid-geneeskundige, mw W. Donker-Ewald, lid-verloskundige, mw A. Bunschoten, plaatsvervangend lid-verloskundige, bijgestaan door mr H.F. Wolgen, plaatsvervangend secretaris, en uitgesproken op 1 maart 1995 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. •

## ZIEKTE TUSSEN VERBEELDING EN WERKELIJKHEID

## De legpuzzel als metafoor

**I**N ZIJN AUTOBIOGRAFIE zoekt Georges Perec naar sporen van zijn geschiedenis en raadpleegt kaarten, gidsen en archiefstukken. Hij ziet in zijn kindertijd "een verschiep, een uitgangspunt, coördinaten met behulp waarvan de assen van mijn bestaan hun betekenis kunnen vinden".<sup>1</sup> De twee pijlers van zijn schrijverschap liggen daarmee vast: het zoeken naar betekenis en de noodzaak tot documenteren. Zijn werk is één grote reactie op de stelling van Lady Macbeth dat de menselijke geschiedenis een verhaal is zonder enige betekenis, verteld door een idioot.

Is hij in zijn autobiografie deels zelf onderwerp van onderzoek, in zijn roman 'Het leven een gebruiksaanwijzing' zijn dat tientallen mensen. Of beter gezegd: een huizenblok. In de schitterend uitgegeven roman beschrijft Perec de levens van de bewoners van een appartementencomplex in Parijs. Het huis is het brandpunt van een universum dat niet alleen de ruimte maar ook de tijd in zich opneemt. Perec plaatst het vergrootglas op iedere ruimte en toont telkens een aparte wereld. Ieder leven lijkt plotseling grotesk en de moeite van het beschrijven waard. Dat is de boodschap, nee: de wijsheid, van dit boek. Omdat de mens nu eenmaal een dier is dat verhalen vertelt. Het boek heeft derhalve, behalve een personenregister, ook een index op verhalen. Wat gedoemd leek tot een kwijnend bestaan of vergetelheid is een verhaal waard. Bijna honderd verhalen zelfs, als een honderdvoudig 'je me souviens'.

Ieder mens wijdt zijn leven aan iets: een werk, een wens, een verlangen, een droom of succes. In Perecs gedetailleerde beschrijvingen zien wij de tragiek en de 'betekenisvolheid' van ieder leven uitvergroot. Dat maakt het boek - zo verraderlijk laconiek en schijnbaar emotioneel geschreven - aangrijpend.

Neem bijvoorbeeld Bartlebooth. Hij neemt tien jaar les in aquarellen. Vervolgens gaat hij twintig jaar op reis. Onderweg maakt hij aquarellen. Iedere veertien dagen stuurt hij een aquarel naar Parijs, vijfhonderd in totaal. Gaspard Winckler, een huisgenoot, bewerkt ze tot legpuzzels van 750 stukjes, in een steeds ander

systeem. Naderhand wil Bartlebooth nog eens twintig jaar besteden aan het leggen van de puzzels, ook nu met de regelmaat van één puzzel per veertien dagen. Daarna is hij van plan de aquarelpuzzels naar hun plaats van oorsprong terug te brengen om er vervolgens het geschilderde weer af te wassen. "Zo zou er geen enkel spoor overblijven van deze operatie die de bedenker ervan vijftig jaar lang volledig in beslag genomen zou hebben." Hij sterft met het laatste stukje van de 439ste puzzel in zijn hand. Daarmee is zijn levensproject afgebroken en mislukt.

Met de legpuzzel is de centrale metafoor gegeven. In zijn preambule zegt Perec: "Het enige dat telt is de mogelijkheid dat stukje met andere stukjes samen te voegen, en in

*Frans Meulenbergh*

dat opzicht bestaat er een overeenkomst tussen de kunst van de legpuzzel en de kunst van het go-spel: alleen bijeengelegde stukjes krijgen een interpreteerbaar karakter, een betekenis." Perec brengt samenhang in de fragmenten van ieder individueel leven en laat vervolgens deze levens elkaar schampen, raken, botsen of zich vermengen door ze in de mal van een appartementencomplex te gieten. Maar de tragiek van de puzzelmetafoor is ook duidelijk: alle varianten, elke oplossing is vooraf door de puzzelmaker bedacht. In de roman is dat Gaspard Winckler, van de roman is dat Georges Perec.

Een andere bewoner nu. Op de zesde verdieping, links, woont dokter Dinteville. Ooit was hij huisarts op het platteland, "iemand die alleen al door tegen zijn patiënten 'zeg eens a' te zeggen hen zou weten te kalmeren." Hij zou dat tot zijn eigen tevredenheid zijn gebleven als hij geen ontdekking had gedaan. Hij vindt op zolder het boekje 'De structura renum' van Rigaud de Dinteville, één van zijn voorvaders. Gedreven wijdt hij zich aan zijn verborgen roeping als onderzoeker. Hij wil van het boekje een tekstkritische uitgave bezorgen en hoopt hierop te promoveren. Een "speciaal uit Toulouse gekomen typiste" (een voorbeeld van Perecs detaillering) typt het 300 pagina's dikke manuscript uit. Maar zijn pro-

motor wijst het resultaat van Dintevilles jarenlange geploeter van de hand, waarbij hij diens inspanningen afdoet als "kleine vondsten". Dinteville moet zijn idee laten varen en verhuist naar Parijs "vastbesloten om niet meer dan een huisarts te worden wiens onschuldige dromen zich niet meer aan de luisterrijke maar gevaarlijke wereld van erudieten en geleerden zouden wagen, maar zich tot de huiselijke genoegens van solfège en kookkunst zouden beperken". In de daaropvolgende jaren publiceert zijn beoogd promotor vier artikelen over Rigaud de Dinteville en diens 'De structura renum' en plaatst het werk in de medisch-filosofische traditie. De tekstkritische editie is tot op de komma nauwkeurig overgenomen van de voormalige plattelandsdokter Dinteville, die nu in Parijs zit, patiënten onderzoekt en opnieuw bekendheid nastreeft. Echter, nu niet als arts, maar als bedenker van een uniek recept voor een krabsalade. Hij aarzelt nog over de naam: 'Krabsalade à la Dinteville', 'Krabsalade Dinteville' of, raadselachtiger, 'Salade Dinteville'. De mens wijdt zijn leven aan een verlangen. Zelfs het uitblijven van vervulling ervan betekent niet de teloorgang van het vermogen tot verlangen. Elke wens wordt ingeruild voor een nieuwe. Elke droom maakt plaats voor een andere droom. En er is nu eenmaal geen hiërarchie in dromen. Geen leven is ooit 'af'. Dat is de ontroerende boodschap van 'Het leven een gebruiksaanwijzing'. Want leven is volgens Perec: beleven, vastleggen, reconstrueren, vergeten. Het appartementencomplex fungeert als een soort mikrokosmos. Het zal ongetwijfeld in één van de vertrekken zijn, misschien in de kelder, dat een glimp van de aleph zichtbaar is, één van de punten van de ruimte waarin alle punten samenkomen - een kleine bol waarin het onvoorstelbare heelal te zien is.<sup>3</sup>

#### Literatuur

1. Perec G. W of de jeugtherinnering. Vertaling: Edu Borger. Amsterdam: Arbeiderspers, 1995.
2. Perec G. Het leven een gebruiksaanwijzing. Vertaling: Edu Borger. Amsterdam: Arbeiderspers, 1995.
3. Borges JL. De aleph. Vertaling: Annie Sillevius. Amsterdam: De Bezige Bij, 1986.

**A.N. de Wolf en J.M.A. Mens. Aandoeningen van het bewegingsapparaat. In de algemene praktijk.**

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1995.  
ISBN 90 313 1572 9. 144 blz. Prijs f 56,--.

**D**E ERVAREN docenten De Wolf en Mens weten waar ze het over hebben: gedurende vele jaren hebben ze een gestroomlijnde routine opgebouwd in het overbrengen van praktische kennis aan werkers in de eerste lijn. Het boek begint met een korte samenvatting van een eerder gepubliceerd boek 'Onderzoek van het bewegingsapparaat: fysische diagnostiek in de algemene praktijk'.

Nú hebben ze de nadruk gelegd op veel voorkomende aandoeningen, vroege diagnostiek, preventie en het tijdig onderkennen van alarmsymptomen (pluis of niet-pluis). De eerste hoofdstukken gaan dan ook over artritis, artrose en aandoeningen van de weke delen. Hierna volgen algemene therapeutische richtlijnen. De laatste twee hoofdstukken gaan uitgebreid in op één speciale therapeutisch aanpak. Eigenlijk kom je hier in een 'tweede boek' terecht, waarin op duidelijke wijze de achtergronden en technieken van intra- en peri-artculaire injecties worden besproken. De sobere illustraties zijn zeer instructief.

De goed doordachte en consequent doorgevoerde lay-out van dit boekje doet zeer prettig aan. De onderwerpen worden systematisch besproken, waarna een korte lijst met aandachtspunten volgt. Vaak wordt dan aan de lezer nog een belangrijke statement meegegeven dat in een wat zwaarder aangezet kader wordt neergezet. Bij het lezen zie je de docenten voor je staan.

Het is dan ook meer een 'cursusboek bewegingsapparaat' dan een leerboek. Literatuurreferenties en verantwoording van de statements ontbreken. De kwaliteit van de documenten moet borg staan voor de kwaliteit van het gebodene. Dit houdt wel in dat de eigen specifieke inzichten van deze docenten, die niet door iedereen worden gedeeld, veel aandacht krijgen. Met name geldt dit voor het tweede deel van het boek.

Daarnaast is het ook een goed naslagboek: de systematische behandeling van de onderwerpen en de prettige presentatie maken het mogelijk om snel een lacune in parate kennis op te vullen. Wat mij betreft een aanrader voor de in

het voorwoord besproken personen, met name huisartsen en verzekeringsartsen. •

dr P. Höppener

**H. Rigter, A.P. Meyler, J. Scholma, J. Mc Donnell, A. Breeman. Ducat (Dutch inventory of invasive Coronary Atherosclerosis Treatments). Passend de indicaties voor behandeling van patiënten met coronairlijden.**

Instituut voor Medische Technology Assessment, Erasmus Universiteit, Rotterdam. ISBN 90-72245-63-6. 119 blz. Prijs f 50,--.

**A**AN HET BEGRIP 'passend gebruik' wordt in de gezondheidszorg in toenemende mate aandacht besteed, met name in beleidsstukken. Empirisch onderzoek naar methoden om passend gebruik te kunnen meten en onderzoek dat resultaten van dergelijke metingen vermeld, zijn echter nog schaars, zeker in ons land. In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de behandeling van patiënten met coronaire lijden waarin de mate van passend gebruik van coronaire chirurgie (CABG) en PTCA centraal stond. Het betreft patiënten die in de periode tussen februari en september 1992 in tien van de dertien hartcentra in Nederland zijn besproken. Van deze groep werden 1.610 patiënten met CABG behandeld, 1.651 ondergingen PTCA en bij 475 werd besloten tot voortzetting van de medicamenteuze behandeling.

Bij de beoordeling van het passend gebruik werd de panel-methode van de Rand Corporation toegepast. Een panel van deskundigen (in deze studie twaalf, één uit ieder hartcentrum) stelt voor een groot aantal klinische situaties de mate van de indicatie van de betreffende interventie vast, in een schaal van 1 (niet-geïndiceerd) tot 9 (uiterst passend). In deze studie werden dat 1.658 modelpatiënten, die ieder een eigen combinatie van karakteristieken hadden. Vervolgens wordt aan de hand van een uittreksel van het patiëntendossier nagegaan in hoeverre de verrichte ingreep bij de betrokken patiënt volgens deze expliciete criteria van het panel geïndiceerd was.

Enkele gegevens uit deze studie: Van de CABG's was 3,8% op niet-passende indicaties verricht en bij 12,1% was de indicatie als onzeker aan te duiden. Hier

mogen we niet ontevreden over zijn. Voor de PTCA's lagen deze getallen ongunstiger: 17,4% werd als niet-passend beoordeeld en 33,9% als onzeker. De resultaten van de PTCA's moeten met enige reserve worden beschouwd, gezien de snelle ontwikkelingen in het indicatiegebied van deze verrichting.

Wat zijn nu de consequenties van het toepassen van een niet-passende ingreep? Is die ingreep inderdaad ten onrechte verricht? Hoe valide is de beoordeling met de expliciete criteria? De onderzoekers hebben deze vraag proberen te beantwoorden door de patiënten een jaar te volgen. Zij presenteren de voorlopige cijfers. Het percentage niet-passend gebruik van CABG (3,8%) was te klein om verdere analyses op te kunnen verrichten. Bij de patiënten die een PTCA op onjuiste indicatie hadden ondergaan, leken tijdens de follow-up minder cardiale gebeurtenissen op te treden dan in de groep met passend gebruik. Dit past bij de aanname dat die eerste groep inderdaad ten onrechte de PTCA heeft ondergaan; het verschil tussen de groepen was echter niet significant.

Enkele andere resultaten: bij de patiëntenbesprekingen blijken chirurgen meer voorkeur te hebben voor CABG, terwijl de interventie-cardiologen eerder kiezen voor PTCA. De anatomische afwijkingen bepalen echter vooral de beslissing. De kwaliteit van leven is na CABG beter dan na PTCA of medicamenteuze behandeling. De duur van de wachttijd wordt vooral bepaald door de mate van urgentie. Het complicatiepercentage komt overeen met dat uit internationale literatuur.

Tot slot komen de onderzoekers met een aantal aanbevelingen. Met twee ervan kan ik zeker volledig instemmen: er moet vergelijkend onderzoek komen met andere vormen van beoordeling, bijvoorbeeld met methoden die impliciete criteria hantieren, en: om de praktijkvoering van artsen te beïnvloeden zou regelmatige feed-back van de beoordelingsresultaten gewenst zijn.

Dit rapport verschaft een groot aantal gegevens over de behandeling van een grote patiëntengroep en alleen al met die invalshoek is lezing van harte aanbevolen. Daarnaast levert het een bijdrage aan onderzoek naar gepast gebruik in de geneeskunde: het laat uitvoerig de beperkingen en de valkuilen van dergelijk onderzoek zien. •

prof.dr A.F. Casparie

# Opleidingseisen anesthesiologie

Besluit no. 6-1995

C C

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van Besluit no. 6 - 1995 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten dat herziene opleidingseisen bevat voor het specialisme anesthesiologie. Het besluit treedt in werking op 29 januari 1996.

*mr J.C. de Hoog,*  
*secretaris*

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, in vergadering bijeen op 18 september 1995;  
*gezien* het voorstel van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme anesthesiologie;  
*in aanmerking nemende* dat de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie op 18 maart 1995 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidings-eisen;  
*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie;  
*gelet op* artikel 1007 lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; *heeft besloten* besluit no. 4 - 1988 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen.

## A. Eisen met betrekking tot de opleiding

### A.1. Duur

De duur van de opleiding voor het specialisme anesthesiologie bedraagt vijf jaar.

### A.2. Voltijd - deeltijd

a. De werkzaamheden van de assistent-geneeskundige in het kader van de opleiding dienen in het algemeen een volle dagtaak te omvatten.

b. Indien de opleider(s) en de assistent-geneeskundige daartoe een gezamenlijk verzoek indienen bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC) kan een deel van de opleiding in deeltijd worden gevolgd en wel onder de volgende voorwaarden:

- het eerste jaar van de opleiding zal steeds in volle dagtaak dienen te worden gevolgd;
- het laatste jaar van de opleiding zal in het algemeen eveneens in volle dagtaak dienen te worden gevolgd. In afwijking hiervan kan de SRC de assistent-geneeskundige toestemming verlenen het laatste jaar van de opleiding in deeltijd te volgen indien deze ten minste de helft van de totale opleidingsduur in volle dagtaak heeft gevolgd;
- de werkzaamheden van de assistent-geneeskundige dienen tijdens de periode van deeltijddopleiding ten minste overeen te komen met een 50% dagtaak. De opleiding dient naar rato te worden verlengd en er dienen voldoende waarborgen te worden aangegeven met betrekking tot de continuïteitsaspecten van de opleiding zelf en van de patiëntenzorg.

### A.3. Salarisering

De assistent-geneeskundige dient voor zijn\* werkzaamheden tijdens de opleiding volgens de gangbare salarissenormen te worden gehonoreerd. Op hem dient tevens de rechtspositieregeling van de opleidingsinrichting van toepassing te zijn.

### A.4. Indeling opleidingsduur

De opleiding dient hier te lande te worden gevolgd bij (een) voor het specialisme anesthesiologie erkende opleider(s) in (een) daarvoor erkende opleidingsinrichting(en).

### A.5. Gedeeltelijke opleiding in het buitenland

In afwijking van artikel A.4. kan, met inachtneming van de bepalingen van Besluit CC no. 1 - 1989, een deel van de opleiding buiten Nederland worden gevolgd.

\* Waar in dit besluit staat 'hij, hem', etc. dient tevens te worden gelezen 'zij, haar', etc.

### A.6. Ononderbroken opleiding

De opleiding dient ononderbroken te worden gevolgd. In bijzondere gevallen kan de SRC daarvan ontheffing verlenen en daaraan voorwaarden verbinden.

## Beoordelingen

### A.7.

Aan het einde van het eerste opleidingsjaar beoordeelt de opleider of de assistent-geneeskundige al dan niet geschikt en in staat is de opleiding voor het specialisme anesthesiologie voort te zetten. De opleider zendt zijn beoordeling door middel van een daartoe vastgesteld formulier aan de SRC.

### A.8.

a. Met het oog op de in A.7. bedoelde beoordeling dient in het eerste jaar van de opleiding eenmaal per kwartaal een voortgangsgesprek plaats te vinden tussen de opleider en de assistent-geneeskundige. De conclusies van deze gesprekken dienen - voor gezien mede ondertekend door de assistent-geneeskundige - schriftelijk te worden vastgelegd.  
b. De in A.7. bedoelde beoordeling aan het einde van het eerste opleidingsjaar wordt gegeven gehoord de overige leden van het opleidingsteam.  
c. Bij gecombineerde opleidingen dient de opleider de beoordeling behalve aan de SRC tevens ter kennis te brengen aan de volgende opleider(s).

### A.9.

Behalve de beoordeling bedoeld in A.7. brengt de opleider aan het einde van elk volgend opleidingsjaar, met uitzondering van het laatste jaar, een beoordeling van de assistent-geneeskundige ter kennis van de SRC door middel van een daartoe vastgesteld formulier.

### A.10.

a. De in A.7. en A.9. bedoelde beoordelingen zijn vertrouwelijk. Zij dienen steeds tijdig en behoorlijk toegelicht met de assistent-geneeskundige te worden besproken.  
b. De verslaglegging van de voortgangsen beoordelingsgesprekken dient ter



inzage aan de visitatiecommissie ter beschikking te staan.

#### A.11.

Tegen het einde van de opleiding deelt de opleider door middel van een daartoe vastgesteld formulier de assistent-geneeskundige mede of deze naar zijn oordeel al dan niet geschikt en in staat moet worden geacht het specialisme anesthesiologie zelfstandig naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd. De opleider zal dit formulier niet eerder dan drie en uiterlijk twee maanden voor het formele einde van de opleiding afgeven.

### B. Eisen met betrekking tot de opleider

#### ERKENNING VAN DE OPLEIDER

##### B.1.

Voor de erkenning als opleider in de anesthesiologie is vereist, dat de specialist ten minste vijf jaar in het register van erkende specialisten is ingeschreven en in zijn vakgebied werkzaam is geweest.

##### B.2.

De specialist moet na een open sollicitatie of daarmee gelijk te stellen procedure zijn aangesteld in of zijn toegelaten tot de opleidingsinrichting en aldaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam zijn op een zodanige wijze dat hij zijn taak als opleider daadwerkelijk en naar behoren kan vervullen.

##### B.3.

De SRC kan, gehoord het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, een specialist die niet aan bovengenoemde eisen voldoet als opleider erkennen op grond van bijzondere kwaliteiten en/of bijzondere omstandigheden.

##### B.4.

De erkenning als opleider voor de anesthesiologie kan slechts worden gegeven indien tevens de inrichting wordt erkend als opleidingsinrichting voor de anesthesiologie. Daartoe dienen de specialist en het bestuur en/of de directie van de inrichting de aanvraag gezamenlijk bij de SRC in.

##### B.5.

De erkenning als opleider wordt verleend voor een periode van telkens ten hoogste vijf jaar en uiterlijk tot de datum waarop de opleider de 65-jarige leeftijd bereikt.

##### B.6.

Naast de opleider dienen op de opleidingsafdeling nog ten minste negen specialisten die voor het specialisme anesthesiologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam en daadwerkelijk bij de opleiding betrokken te zijn.

##### B.7.

De SRC kan tussentijds de erkenning intrekken indien zij, op grond van een door de visitatiecommissie ingevolge artikel 1029 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG uitgebracht rapport, van oordeel is dat de opleider niet meer aan de gestelde eisen voldoet.

##### B.8.

Indien de SRC, gezien het visitatierapport, besluit de erkenning niet opnieuw te verlenen of deze tussentijds in te trekken, deelt zij deze beslissing schriftelijk mede aan de opleider, het bestuur en/of de directie van de opleidingsinrichting en de betrokken assistent-geneeskundige(n). De erkenning vervalt dan zowel voor de opleider als voor de opleidingsinrichting een jaar na dagtekening van deze mededeling. Het is de opleider niet toegestaan in deze periode nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding te nemen. Tegen deze beslissing van de SRC is binnen drie maanden beroep mogelijk bij de Commissie van Beroep.

##### B.9.

De erkenning van de opleider respectievelijk opleidingsinrichting vervalt eveneens een jaar na de datum waarop aan de werkzaamheden van de opleider een einde is gekomen. In deze periode mogen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden genomen.<sup>1</sup>

##### B.10.

Bij beëindiging van de erkenning van de opleider respectievelijk opleidingsinrichting op grond van het bepaalde in B.8. of B.9. zal de SRC, voor zover nodig in overleg met de in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen, nader bepalen op welke wijze zij hun opleiding kunnen voortzetten. De SRC kan hierbij in bijzondere gevallen van de voor de opleiding gestelde bepalingen afwijken.

##### B.11.

Indien de opleider gedurende twee achtereenvolgende jaren geen assistent-

geneeskundige meer heeft opgeleid, vervallen de erkenningen van de opleider en de opleidingsinrichting, tenzij de opleider vóór het verstrijken van deze periode de SRC met redenen omkleed verzoekt de erkenning te handhaven en de SRC daarmee akkoord gaat.<sup>2</sup>

##### B.12.

De erkenning als opleider wordt in het algemeen met betrekking tot één opleidingsinrichting gegeven. In bijzondere gevallen kan de SRC hiervan afwijken.

##### B.13.

- a. Het patiëntenbestand dient patiënten te omvatten van alle leeftijdsgroepen, beide geslachten, alle risicoklassen en een voldoende aantal acute en ongevalspatiënten.
- b. Het is noodzakelijk dat er faciliteiten voor pre-operatief onderzoek, zowel klinisch als poliklinisch, ter beschikking van de opleider staan.
- c. In de opleidingsinrichting dienen operaties in dagbehandeling plaats te vinden met inachtneming van de door de wetenschappelijke vereniging terzake gestelde eisen.
- d. De opleider moet gedurende 24 uur per dag kunnen beschikken over een aantal onder zijn verantwoordelijkheid vallende verkoeverplaatsen, dat in een juiste verhouding staat tot het aantal gelijktijdig in gebruik zijnde operatietafels.
- e. Het aantal anesthesiëen dat in de opleidingsinrichting wordt toegediend dient ten minste 8.000 per jaar te bedragen, waarbij sprake is van een evenredige differentiatie, een en ander ter beoordeling van de plenaire visitatiecommissie anesthesiologie.
- f. In de opleidingsinrichting dient ten minste één afdeling voor intensieve patiëntenbehandeling aanwezig te zijn en ten behoeve van de patiëntenzorg mede ter beschikking van de opleider te staan.

#### VERPLICHTINGEN VAN DE OPLEIDER

##### B.14.

De opleider dient:

- a. voldoende tijd aan de opleiding te geven en het daarmee samenhangende werk op zich te nemen;
- b. blijk te hebben gegeven en te geven van organisatorische kwaliteiten;
- c. blijk te hebben gegeven en te geven van wetenschappelijke activiteiten (het schrijven van een dissertatie of wetenschappelijke artikelen, het houden van voordrachten) en interesse (het volgen van

wetenschappelijke vergaderingen en congressen) in het specialisme; d. lid te zijn van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie;<sup>3</sup> e. met de assistent-geneeskundige regelmatig patiëntenbesprekingen, klinische conferenties en refereerbijeenkomsten te houden;

f. er zorg voor te dragen dat er tussen de assistent-geneeskundigen en andere specialisten voldoende contact is; g. te voldoen aan de geldende ethische normen op medisch gebied; h. erop toe te zien dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de anesthesiologie betreffend een voordracht houdt op een wetenschappelijke vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, waarbij beoordeling van deze voordracht conform de vigerende richtlijnen plaatsvindt;

i. er zorg voor te dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding als eerste of als tweede auteur een wetenschappelijk artikel publiceert in een erkend wetenschappelijk tijdschrift, dit laatste ter beoordeling door de plenaire visitatiecommissie anesthesiologie; j. te bevorderen dat de assistent-geneeskundige behalve de wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie zo mogelijk een internationaal congres bijwoont; k. ervoor te zorgen dat de assistent-geneeskundige de plaatselijke, dat wil zeggen de in de opleiding geïntegreerde cursussen, alsmede de landelijke Centrale Cursus Anesthesiologie zoals deze onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie wordt verzorgd, kan bijwonen;

l. de assistent-geneeskundige in de gelegenheid te stellen aan de theoretische examens deel te nemen; m. erop toe te zien dat de assistent-geneeskundige in kennis wordt gesteld van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen.

#### B.15.

De opleider moet bereid zijn medewerking te verlenen aan het onderwijs aan co-assistenten, zulks in overeenstemming met de opleidingsinrichting.

#### B.16.

De opleider dient elk jaar, vóór 1 maart, volgens een daartoe vastgesteld formulier,

aan de SRC gegevens te verstrekken met betrekking tot zijn opleidingsafdeling. Deze gegevens dienen door de SRC als vertrouwelijk te worden beschouwd.

#### DE PLAATSERVANGENDE OPLEIDER

##### B.17.

De SRC kan een specialist die eveneens is ingeschreven voor het specialisme anesthesiologie, op dezelfde opleidingsafdeling evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam is en daadwerkelijk bij de opleiding is betrokken, erkennen als plaatsvervangend opleider.

##### B.18.

De erkenning als plaatsvervangend opleider geschiedt op dezelfde wijze als die van de erkenning van de opleider en onder dezelfde voorwaarden. De aanvraag tot erkenning dient vergezeld te gaan van de schriftelijke instemming van de opleider.

##### B.19.

De plaatsvervangend opleider treedt in de rechten en plichten van de opleider, indien deze gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden of langer zijn werkzaamheden niet zal kunnen verrichten en tevens indien de functie van opleider vacant komt, doch dan voor ten hoogste de in B.20. genoemde termijn. De erkenning van de opleidingsinrichting blijft voor dezelfde periode gehandhaafd. Uiterlijk binnen één maand na het vacant komen van de functie van opleider dient hiervan schriftelijk mededeling aan de SRC te worden gedaan.

##### B.20.

Met inachtneming van het bepaalde in B.19. vervalt de erkenning van de plaatsvervangend opleider respectievelijk van de opleidingsinrichting uiterlijk twee jaar na de datum waarop de plaatsvervangend opleider de taak van de opleider heeft overgenomen. In het tweede jaar van deze periode mogen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden aangesteld.

##### B.21.

Indien geen plaatsvervangend opleider door de SRC is erkend en de opleider zijn werkzaamheden als opleider gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden niet kan of heeft kunnen verrichten, dienen de opleider en de directie

van de opleidingsinrichting zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen één maand na het verstrijken van genoemde periode, schriftelijk aan de SRC mee te delen door wie de functie van opleider wordt waargenomen. Is de opleider hiertoe niet in staat, dan zal de directie van de opleidingsinrichting zorg dragen voor deze berichtgeving aan de SRC. De SRC kan aan de waarneming voorwaarden verbinden. Gedurende de periode van waarneming kunnen geen nieuwe assistent-geneeskundigen in opleiding worden aangesteld.

#### B.22. Visitatievoorschriften

Ter uitvoering van hetgeen betreft de erkenning van opleiders en plaatsvervangend opleiders zijn van toepassing de 'Voorschriften voor visitaties, visitatiecommissies en erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen' van de SRC (1993).

### C. Eisen met betrekking tot de opleidingsinrichting

#### ERKENNING VAN DE OPLEIDINGSINRICHTING

##### C.1.

Voor de erkenning van een inrichting als opleidingsinrichting voor het specialisme anesthesiologie is vereist:

- dat in de inrichting werkzaam is een specialist die als opleider voor het specialisme heelkunde is erkend, alsmede een specialist die als opleider voor het specialisme inwendige geneeskunde is erkend;
- dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen cardiologie, cardiopulmonale chirurgie, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, neurologie, oogheelkunde, orthopedie, pathologie, plastische chirurgie, radio-diagnostiek c.q. radiologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven, alsmede een specialist die voor het specialisme mondziekten en kaakchirurgie in het register van de NMT is ingeschreven;
- dat in de inrichting werkzaam zijn dan wel als consultant aan de inrichting verbonden zijn specialisten die voor de specialismen psychiatrie, radiotherapie en revalidatiegeneeskunde in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;

d. dat in de inrichting gebruik kan worden gemaakt van de diensten van een pathologisch, een klinisch-chemisch en een bacteriologisch-serologisch laboratorium, alsmede een apotheek. De hoofden van deze diensten dienen bereid te zijn de assistent-geneeskundigen voor te lichten over de onderzoeksmethodieken welke ten behoeve van hun patiënten worden toegepast;

e. dat het aantal op de opleidingsafdeling werkzame assistent-geneeskundigen in opleiding niet groter is dan het aantal specialisten dat aldaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam is en bij de opleiding betrokken.

De SRC kan hiervan, gehoord het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, voor een beperkte tijd en onder bepaalde voorwaarden ontheffing verlenen;

f. dat in de inrichting een centrale opleidingscommissie functioneert;<sup>4</sup>

g. dat in de inrichting een afdeling voor intensieve patiëntenbehandeling is met inachtneming van het gestelde onder D.16. sub c. van deze opleidingseisen;

h. dat aan de opleider faciliteiten ter beschikking staan voor de behandeling van patiënten met chronische en acute pijn.

## C.2.

De erkenning als opleidingsinrichting voor de anesthesiologie kan slechts worden gegeven indien tevens de specialist wordt erkend als opleider. Daartoe dienen het bestuur en/of de directie van de inrichting en de specialist gezamenlijk de aanvraag bij de SRC in.

## C.3.

De erkenning wordt telkens verleend voor een periode van ten hoogste vijf jaar.

## C.4.

De SRC kan tussentijds de erkenning intrekken indien zij, op grond van een door de visitatiecommissie ingevolge artikel 1029 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG uitgebracht rapport, van oordeel is dat de inrichting niet meer aan de gestelde eisen voldoet.

## C.5.

Indien de SRC, gezien het visitatierapport, besluit de erkenning niet opnieuw te verlenen of tussentijds in te trekken, deelt zij haar beslissing schriftelijk mede aan het bestuur en/of de directie van de inrichting, de opleider en de betrokken assistent-geneeskundigen. De erkenning

vervalt dan, zowel voor de opleidingsinrichting als voor de opleider, een jaar na dagtekening van deze mededeling. Het is de inrichting niet toegestaan in deze periode nieuwe assistent-geneeskundigen voor opleiding in het betreffende specialisme toe te laten. Tegen deze beslissing van de SRC is binnen drie maanden beroep mogelijk bij de Commissie van Beroep.

## C.6.

Voor het geval de erkenning van een inrichting als opleidingsinrichting niet is verlengd dan wel is ingetrokken zal de SRC, voor zover nodig, in overleg met degenen die in de inrichting in opleiding zijn nader bepalen op welke wijze zij hun opleiding kunnen voortzetten. De SRC zal hierbij in bijzondere gevallen van de voor de opleiding gestelde bepalingen kunnen afwijken.

## C.7.

Indien zich tijdens de periode van erkenning belangrijke wijzigingen voordoen in de organisatie of structuur van de opleidingsinrichting, dient de SRC hiervan onverwijld in kennis te worden gesteld en dient conform C.2. opnieuw een visitatie te worden aangevraagd.<sup>5</sup>

## C.8.

Indien in een erkende opleidingsinrichting gedurende twee jaar geen opleiding heeft plaatsgevonden, vervalt de erkenning met inachtneming van het bepaalde in B.11.

## VERPLICHTINGEN VAN DE OPLEIDINGSINRICHTING

## C.9.

De opleidingsinrichting moet:

a. in de toelatings- en/of aanstellingscontracten met de specialisten hun samenwerking ten behoeve van de opleiding vastleggen;

b. een goede, bij voorkeur centrale medische registratie bezitten, welke voldoet aan de moderne eisen op dit gebied;

c. over een bibliotheek beschikken waarin de belangrijkste boeken en periodieken op het gebied van de anesthesiologie, de randgebieden en de basisvakken aanwezig zijn. Voorts dient op de afdeling anesthesiologie een kleine bibliotheek aanwezig te zijn voor directe raadpleging, die ten minste de voor de Centrale Cursus Anesthesiologie aanbevolen literatuur bevat, zoals omschreven in het cursus- en

examenreglement, dat als addendum deel uitmaakt van deze opleidingseisen; d. het instrumentarium moet voldoende gevarieerd en geschikt zijn om de gebruikelijke anesthesietechnieken naar behoren uit te voeren. De meet- en bewaarsapparatuur moet van dien aard zijn, dat de assistent-geneeskundige voldoende inzicht kan krijgen in de invloeden van de anesthesie en de operatie op de vitale orgaansystemen van de patiënt. De apparatuur moet voldoen aan de moderne eisen;<sup>6</sup>

e. bevorderen dat de assistent-geneeskundigen tijdens de opleiding deelnemen aan wetenschappelijke activiteiten in het vakgebied, zoals het bijwonen van wetenschappelijke vergaderingen en van een internationaal congres.

## C.10.

De opleidingsinrichting moet bereid zijn co-assistenten toe te laten, zulks in overeenstemming met de opleider.

## C.11.

Voor de erkenning als opleidingsinrichting is vereist dat de modelregeling betreffende de relaties tussen de assistent-geneeskundige in opleiding, de opleider en de opleidingsinrichting in het kader van de opleiding, zoals door de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nederlandse Zorgfederatie is vastgesteld, wordt toegepast.<sup>7</sup>

## C.12. Visitatievoorschriften

Ter uitvoering van hetgeen betreft de erkenning van opleidingsinrichtingen zijn van toepassing de 'Voorschriften voor visitaties, visitatiecommissies en erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen' van de SRC (1993).

## D. Eisen te stellen aan de assistent-geneeskundige in opleiding

### D.1. Bevoegdheid

De assistent-geneeskundige moet bevoegd zijn in Nederland de geneeskunst uit te oefenen.<sup>8</sup>

### VERPLICHTINGEN VAN DE ASSISTENT-GENEESKUNDIGE

### D.2. - aan de SRC

Bij de aanvang van de opleiding dient de assistent-geneeskundige het opleidings-schema, zoals dat in overleg met de opleider(s) is opgesteld, ter goedkeuring

aan de SRC voor te leggen. Eventuele wijzigingen in dit schema dienen door de assistent-geneeskundige ter goedkeuring aan de SRC te worden voorgelegd. Wijzigingen van administratieve aard dienen terstond te worden gemeld.<sup>9</sup>

Alvorens in het opleidingsregister te kunnen worden ingeschreven, dient de assistent-geneeskundige het inschrijfgeld te hebben voldaan, overeenkomstig hetgeen daaromtrent jaarlijks door de KNMG wordt vastgesteld.

#### *D.3. - met betrekking tot de opleiding in algemene zin*

De assistent-geneeskundige dient alle werkzaamheden die verband houden met de opleiding naar behoren te verrichten en de aanwijzingen te volgen die door de opleider c.q. het hoofd van de afdeling waar hij werkzaam is, in het belang van de opleiding worden gegeven, een en ander met inachtneming van de opleidingsovereenkomst.

#### *D.4. - met betrekking tot het onderbreken van de opleiding*

Indien de assistent-geneeskundige gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden door ziekte of andere omstandigheden de opleiding niet kan of heeft kunnen volgen, dient hij dit aan de SRC mee te delen. De SRC is bevoegd na overleg met de opleider te bepalen of, en zo ja op welke wijze, compensatie dient plaats te vinden. Zij doet van haar beslissing mededeling aan de assistent-geneeskundige en aan de opleider. Indien de assistent-geneeskundige de opleiding nogmaals gedurende een aaneengesloten periode van drie maanden of langer moet onderbreken, zal deze periode steeds in zijn geheel dienen te worden gecompenseerd.

#### *D.5. - aan andere specialisten*

De assistent-geneeskundige dient zoveel mogelijk aanwezig te zijn bij klinische consulten die door andere specialisten worden gegeven, voor zover het patiënten betreft die onder zijn directe verantwoordelijkheid vallen.

#### *D.6. Voordrachten en publikaties*

a. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp de anesthesiologie betreffende, een voordracht te houden op een wetenschappelijke vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, waarbij

beoordeling van deze voordracht conform de vigerende richtlijnen plaatsvindt. b. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding als eerste of als tweede auteur een artikel de anesthesiologie betreffende te publiceren in een erkend wetenschappelijk tijdschrift, dit laatste ter beoordeling door de plenaire visitatiecommissie anesthesiologie.

#### *D.7. Administratie*

Bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten dient de assistent-geneeskundige een overzicht van de door hem gevolgde cursussen en gehouden voordrachten en gepubliceerde artikelen aan de SRC over te leggen.

#### *D.8. Cursorisch onderwijs*

De assistent-geneeskundige dient de plaatselijke, dat wil zeggen de in de opleiding geïntegreerde cursussen, alsmede de landelijke Centrale Cursus Anesthesiologie zoals die onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie wordt verzorgd, bij te wonen.

#### *D.9. Examens*

Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige ingevolge de bepalingen als vastgesteld in het cursus- en examenreglement, dat als addendum deel uitmaakt van deze opleidingseisen, twee examens met voldoende resultaat af te leggen: een basisexamen en een vervollexamen, met als grondslag de stof als behandeld in de onder D.8. genoemde cursussen. Inschrijving in het specialistenregister is eerst mogelijk nadat de assistent-geneeskundige beide examens met voldoende resultaat heeft afgelegd. Indien de assistent-geneeskundige aan het einde van de vijfjarige opleiding het vervollexamen niet met voldoende resultaat heeft afgelegd, kan de Specialisten Registratie Commissie op verzoek van de opleider en gehoord het Concilium Anaesthesiologicum besluiten om de assistent-geneeskundige dispensatie te verlenen en hem alsnog in het specialistenregister in te schrijven.

#### *D.10. Deelname aan besprekingen en vergaderingen*

De assistent-geneeskundige dient aan patiëntenbesprekingen, klinische conferenties en refererbijeenkomsten deel te nemen. Voorts dient de assistent-geneeskundige de wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie te bezoeken en zo

mogelijk een internationaal congres bij te wonen.

#### *D.11. Jaarlijkse evaluatie SRC*

De assistent-geneeskundige dient jaarlijks een door de SRC uitgegeven evaluatieformulier in te vullen en dit, nadat het voor gezien is getekend door de opleider, aan de SRC toe te zenden; een en ander met dien verstande dat wanneer er meer dan één assistent-geneeskundige op de opleidingsafdeling werkzaam is door hen gezamenlijk één evaluatieformulier kan worden ingevuld en aan de SRC toegezonden.

#### *D.12. Ioniserende stralen*

De assistent-geneeskundige dient kennis te nemen van het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen.

#### *D.13. Onderzoeksmethodieken*

De assistent-geneeskundige dient zich voldoende te oriënteren in de fysische, biochemische en andere onderzoeksmethodieken welke ten behoeve van zijn patiënten worden toegepast.

#### *D.14. Taken als docent*

De assistent-geneeskundige dient desgevraagd onderwijs te geven aan co-assistenten, (leerling)verpleegkundigen en para-medisch personeel, een en ander in overleg met de opleider.

#### *D.15.*

Bij voltooiing van de opleiding kan de assistent-geneeskundige overeenkomstig de daartoe door de SRC gehanteerde uitvoeringsvoorschriften het verzoek indienen tot inschrijving als anesthesioloog in het register van erkende specialisten. De assistent-geneeskundige dient bij dit verzoek in elk geval de onder A.11. genoemde verklaring en het overzicht als bedoeld onder D.7., geparafeerd door de opleider, in te dienen en het voor de registratie verschuldigde bedrag, zoals dat jaarlijks door de KNMG wordt vastgesteld, te voldoen.

#### *D.16. Opleidingsschema*

a. De duur van de opleiding bedraagt vijf jaar. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige pre-, per- en post-operatieve anesthesiologische zorg te verlenen bij operatieve en diagnostische ingrepen. De assistent-geneeskundige dient voldoende ervaring op te doen in cardiopulmonale en cerebrale resuscitatie. Het aantal en de variatie in de anesthesiologische ingrepen dient voldoende te zijn om de assistent-geneeskundige in staat te stellen de patiënt te begeleiden door de anesthesiologische fase van de operatie.



siologische zorg en resuscitaties alsmede in de behandeling van patiënten met chronische en acute pijn en in de behandeling van patiënten op één of meer afdelingen voor intensieve zorg en één of meer afdelingen voor spoedeisende hulp moeten zodanig zijn, dat de assistent-geneeskundige, na beëindiging van de opleiding, de anesthesiologie in al haar facetten beheerst en in staat is zijn taak als anesthesioloog in de algemene praktijk op verantwoorde wijze zelfstandig en in volle omvang uit te oefenen. Daartoe dient de assistent-geneeskundige de gangbare technieken in theorie en praktijk te beheersen.

b. In het tweede deel van de opleiding dient de assistent-geneeskundige door middel van een stage van drie maanden kennis te nemen van de behandeling van en de gebruikte behandelingsmethoden bij patiënten met chronische en acute pijn.

c. De assistent-geneeskundige dient gedurende de opleiding een jaar door te brengen op één of meer afdelingen voor intensieve patiëntenbehandeling met dien verstande, dat deze periode niet mag plaatsvinden gedurende het eerste of het laatste jaar van de opleiding. Op deze afdeling(en) dient een anesthesioloog deel uit te maken van het dagelijks behandelteam.

d. Tijdens de stages zoals beschreven onder b. en c. van dit hoofdstuk dient de assistent-geneeskundige te zijn vrijgesteld van het verrichten van wachtdiensten ten behoeve van de overige taken van de afdeling anesthesiologie.

e. Gedurende de opleiding dient de assistent-geneeskundige deel te nemen aan de werkzaamheden voor pre-operatief onderzoek, zowel voor klinische als dagbehandeling.

f. Tijdens het vierde jaar van de opleiding bestaat de mogelijkheid om, behoudens toestemming van de opleider, een stage van ten hoogste zes maanden te volgen in een in clusterverband aangesloten perifeer ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de opleider dan wel in een andere voor het specialisme anesthesiologie erkende opleidingsinrichting.

g. Tijdens het tweede deel van de opleiding bestaat de mogelijkheid om, behoudens toestemming van de opleider, een wetenschappelijke stage van ten hoogste zes maanden te volgen.

## E. Geschillen

a. MET BETREKKING TOT DE BEOORDELING AAN HET EINDE VAN HET EERSTE OPLEIDINGSJAAR - A.7.

### E.a.1.

In geval de opleider in de in A.7. bedoelde beoordeling te kennen heeft gegeven de assistent-geneeskundige niet geschikt en in staat te achten de opleiding voort te zetten en in aansluiting daaraan meedeelt hem niet verder te willen opleiden, kan de assistent-geneeskundige die van mening is dat dit oordeel procedureel onjuist tot stand is gekomen en die zich hierbij niet neerlegt, hiervan schriftelijk in beroep gaan bij de Commissie van Uitvoering van de SRC (CvU).

De opleider dient zijn beoordeling schriftelijk, met redenen omkleed en met vermelding van de datum waarop de opleiding wordt beëindigd, aan de assistent-geneeskundige ter kennis te brengen en hiervan een afschrift te zenden aan de secretaris van de SRC.

De assistent-geneeskundige dient het beroep binnen twee weken na ontvangst van het bericht van de opleider, bij de secretaris van de SRC in te dienen. Bij overschrijding van deze termijn zal de CvU het beroep niet in behandeling nemen.

### E.a.2.

De CvU, waaraan toegevoegd de vertegenwoordiger van het betrokken specialisme in de SRC, onderzoekt zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen zes weken na ontvangst van het beroepsschrift of de voortgangsgesprekken op de voorgeschreven wijze hebben plaatsgevonden en voorts - zonodig - of de opleider op grond van deze gesprekken redelijkerwijze tot zijn oordeel is gekomen.

### E.a.3.

Indien de CvU tot de conclusie komt dat de voorgeschreven procedure op juiste wijze is gevolgd en dat de opleider derhalve tot een beoordeling over het voortzetten van de opleiding kon komen, zal de secretaris van de SRC dit schriftelijk meedelen aan de assistent-geneeskundige en de betrokken opleider. De opleiding van de assistent-geneeskundige wordt alsdan als beëindigd beschouwd.

### E.a.4.

Indien de CvU tot de conclusie komt dat de voorgeschreven procedure niet juist of onvolledig is gevolgd dan wel dat uit de schriftelijk vastgelegde voortgangsgesprekken niet blijkt dat de opleider redelijkerwijze tot een negatieve beoordeling kon komen met betrekking tot het voortzetten van de opleiding, dan zal de secre-

taris van de SRC dit schriftelijk meedelen aan de assistent-geneeskundige en de betrokken opleider. De opleider zal in dat geval alsnog dienen te voldoen aan de voorschriften met betrekking tot de voortgangsgesprekken, alvorens tot een definitief oordeel over het voortzetten door de assistent-geneeskundige van de opleiding te kunnen komen. De opleiding van de assistent-geneeskundige wordt alsdan voortgezet voor een zodanige periode dat wel de vereiste voortgangsgesprekken, die de basis vormen voor de beoordeling over het voortzetten van de opleiding, kunnen plaatsvinden.

b. MET BETREKKING TOT DE EINDBEOORDELING - A.11.

### E.b.1.

De opleider dient de in A.11. bedoelde beoordeling niet eerder dan drie en uiterlijk twee maanden voor het formele einde van de opleiding ter kennis te brengen van de assistent-geneeskundige.

### E.b.2.

De assistent-geneeskundige dient zijn eventuele bezwaren tegen de beoordeling als bedoeld in E.b.1. binnen twee weken nadien schriftelijk ter kennis te brengen van de SRC.

### E.b.3.

Ingeval de opleider in de in A.11. bedoelde beoordeling te kennen heeft gegeven de assistent-geneeskundige nog niet geschikt en in staat te achten het specialisme waarin deze is opgeleid zelfstandig naar behoren uit te oefenen en de assistent-geneeskundige zich hierbij niet neerlegt, stelt de SRC een Commissie van Onderzoek in.

### E.b.4.

De Commissie van Onderzoek heeft tot taak het aan haar voorgelegde geschil te onderzoeken door de betrokken opleider(s), de assistent-geneeskundige en naar haar mening daarvoor in aanmerking komende andere personen en instanties te horen en haar bevindingen en conclusies in de vorm van een zwaarwegend advies aan de SRC mede te delen.

### E.b.5.

De Commissie van Onderzoek bestaat uit vijf personen, geen leden van de SRC, van wie er twee worden aangewezen door de wetenschappelijke vereniging

van het betreffende specialisme en twee door de SRC, alsmede een voormalig lid van de SRC als voorzitter.

#### E.b.6.

De Commissie van Onderzoek brengt haar zwaarwegend advies aan de SRC uit binnen twee maanden nadat de assistent-geneeskundige zijn bezwaren tegen de beoordeling aan de SRC heeft meegedeeld.

#### E.b.7.

Na ontvangst van het zwaarwegende advies als bedoeld in E.b.4. beslist de SRC of, en zo ja onder welke voorwaarden, de assistent-geneeskundige de opleiding moet voortzetten alvorens in het register van erkende specialisten te kunnen worden ingeschreven.

#### E.b.8.

Indien de SRC, gelet op het zwaarwegend advies van de Commissie van

Onderzoek, weigert de assistent-geneeskundige in het register van erkende specialisten in te schrijven, dan kan deze binnen drie maanden nadat hem deze

beslissing schriftelijk is meegedeeld in beroep gaan bij de Commissie van Beroep ex artikel 1031 e.v. van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG.

#### Noten

1. Beëindiging van de werkzaamheden van de opleider kan het gevolg zijn van:
  - beëindiging van diens contract met de opleidingsinrichting;
  - blijvende arbeidsongeschiktheid;
  - pensionering;
  - verlies van de bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst;
  - overlijden.
2. Redenen kunnen zijn:
  - reeds gemaakte afspraken met assistent-geneeskundigen;
  - deelname in een opleidingscircuit;
  - binnenkort te realiseren uitbreiding van de opleidingscapaciteit.
3. De SRC kan hiervan ontheffing verlenen, indien de opleider voldoende zwaarwegende argumenten heeft om geen lid van de vereniging te zijn.
4. In de centrale opleidingscommissie dienen in elk geval de opleiders, een vertegenwoordiging van de assistent-geneeskundigen en de directie van het ziekenhuis zitting te hebben. De SRC kan nadere voorschriften

ten uitvaardigen met betrekking tot taak, werkwijze en samenstelling van de opleidingscommissie.

5. Te denken valt aan verhuizing van de inrichting of het instituut, fusies, e.d.
6. b., c. en d. zijn ter beoordeling van de visitatiecommissie.
7. Hieronder worden tevens begrepen regelingen, welke naar het oordeel van de SRC naar hun strekking met de modelregeling overeenkomen.
8. Deze bevoegdheid wordt verkregen:
  - a. door het behalen van het artsdiploma in Nederland;
  - b. voor onderdanen van een der lid-staten der EER: door het bezitten van een diploma van arts als omschreven in de EEG-richtlijn 93/16 respectievelijk het verdrag van Porto 1991.
- Behalve de bevoegdheid welke geldt voor de uitoefening van de geneeskunst in volle omvang, kan ook een zogeheten toelating voldoende zijn voor het volgen van een specialistenopleiding. De minister onder wie de volksgezondheid ressorteert kan aan buitenlandse artsen onder bepaalde voorwaarden en voor een bepaalde tijd toestemming verlenen in Nederland geneeskunst uit te oefenen.
9. De SRC kan hier nadere uitvoeringsvoorschriften vaststellen.

## ADDENDUM

# Cursus- en examenreglement

### Artikel 1. Begripsomschrijving

In dit reglement wordt bedoeld met: *Opleidingseisen*, de opleidingseisen voor het specialisme Anesthesiologie, als vastgesteld door het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten. Dit reglement maakt als addendum deel uit van deze opleidingseisen.

*Assistent-geneeskundige*, de man of vrouw ingeschreven bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC), als zijnde in opleiding voor het specialisme Anesthesiologie. Waar in dit reglement de mannelijke schrijfwijze is gebruikt, wordt ook de vrouwelijke bedoeld.

### Artikel 2. Commissies

1. Onder verantwoordelijkheid van het bestuur der Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) wordt door haar ledenvergadering een *organisatie- en cursuscommissie* en een *examencommissie* ingesteld.

2. De organisatie- en cursuscommissie wordt als volgt samengesteld:

- 3 opleiders dan wel leden van opleidingscommissies van opleidingsinrichtingen;
- 2 leden van het Concilium Anaesthesiologicum, van wie één anesthesioloog, niet afkomstig uit een opleidingskliniek;
- 2 leden van de Commissie Assistent-Geneskundigen Anesthesiologie;
- twee bestuursleden der NVA.

De organisatie- en cursuscommissie benoemt uit haar midden een voorzitter en een secretaris.

3. De organisatie- en cursuscommissie heeft tot taak het vaststellen, realiseren en evalueren van de Centrale Cursus Anesthesiologie, zoals in dit reglement nader omschreven.

4. De examencommissie bestaat uit zeven leden en wordt als volgt samengesteld:

- een bestuurslid van de NVA;
- een lid van het Concilium Anaesthesiologicum;
- vijf opleiders dan wel leden van opleidingscommissies van opleidingsinrichtingen.

5. De examencommissie kiest uit haar midden een voorzitter en een secretaris.

6. Verantwoordelijk voor de goede gang van zaken rond de examens, zoals de voorbereiding, de vaststelling, het feitelijke afnemen, de beoordeling en de evaluatie van de examens, is de examencommissie.

7. De leden van de in dit artikel genoemde commissies worden voor een periode van 4 jaar benoemd. Ze zijn eenmaal terstond herkiesbaar.

### Artikel 3. De cursus

1. Het theoretisch gedeelte van de opleiding tot anesthesioloog behelst enerzijds het onderwijs in de opleidingsklinieken (hierna ook te noemen: het curriculumpakket) en anderzijds de Centrale Cursus Anesthesiologie (hierna ook te noemen: het cursuspakket). Het bestaat uit 4 delen A t/m D, onder te verdelen in anesthesiegerichte basiswetenschap (A/B), en de specifieke anesthesie (C/D) en duurt 4 jaar.

Daarnaast wordt een E-cursus georganiseerd

welke betrekking heeft op de financiële, juridische en maatschappelijke aspecten van de anesthesiologische praktijkvoering. Over deze cursus zal niet worden geëxamineerd.

2. De inhoud van het curriculumpakket van zowel de delen A/B, als de delen C/D, de minimaal verplichte kennis en de aanbevolen literatuur worden telkens voor een periode van 4 jaar door de examencommissie en de organisatie- en cursuscommissie in overleg vastgesteld. De organisatie- en cursuscommissie doet hiervan gedetailleerd opgaaf aan de assistent-geneeskundigen en de opleiders, uiterlijk in de maand februari van het eerste kalenderjaar van genoemde periode.

3. Jaarlijks in de maand november wordt onder verantwoordelijkheid van de organisatie- en cursuscommissie de Centrale Cursus Anesthesiologie georganiseerd, met dien verstande dat jaarlijks afwisselend een deel van de cursus A/B en een deel van de cursus C/D wordt gegeven. Daarnaast wordt ieder jaar een E-cursus georganiseerd.

4. Het programma van het cursuspakket wordt voor zowel de cursus A/B als de cursus C/D jaarlijks vastgesteld door de organisatie- en cursuscommissie in overleg met de examencommissie, daarbij dient een integratie tot stand te worden gebracht tussen de verschillende onderwerpen van het curriculumpakket. Het programma voor de E-cursus wordt eens per 4 jaar vastgesteld. De organisatie- en cursuscommissie doet van het cursusprogramma en de

cursusdata jaarlijks gedetailleerd opgaaf aan de assistent-geneeskundigen en de opleiders, uiterlijk in de maand februari.

5. De assistent-geneeskundigen zijn verplicht aan de in dit artikel genoemde cursussen deel te nemen en zich tijdig voor de cursussen in te schrijven. Men is eerst gerechtigd aan de cursus C/D deel te nemen, nadat de cursus A/B is gevolgd en nadat men het basisexamen met goed gevolg heeft afgelegd.

De E-cursus wordt in het laatste jaar van de opleiding gevolgd.

6. De assistent-geneeskundige wordt eerst tot de cursus toegelaten, indien:

- a. hij daadwerkelijk in opleiding is tot anesthesioloog en als zodanig is aangemeld bij de Speciale Registratie Commissie (SRC), en
  - b. hij is toegelaten tot c.q. aangemeld voor het aspirant/assistent-lidmaatschap van de NVA.
7. De organisatie- en cursuscommissie verstrekt de assistent-geneeskundige telkenjare een bewijs van deelname aan de cursus.

#### Artikel 4. Het examen

1. De assistent-geneeskundige dient twee examens af te leggen: het basisexamen en daarna het vervolexamen. Voor beide examens zijn er bij onverhoopt onvoldoende resultaat herkansingsmogelijkheden.

2. Het basisexamen *moet* worden afgelegd de eerstvolgende examengelegenheid na het begin van de opleiding, maar niet eerder dan nadat de assistent-geneeskundige zowel deel A, als deel B van de Centrale Cursus Anesthesiologie heeft gevolgd.

3. Het vervolexamen *moet* worden afgelegd de eerstvolgende examengelegenheid, nadat de assistent-geneeskundige het basisexamen met goed gevolg heeft afgelegd, maar niet eerder dan nadat hij zowel deel C als deel D van de Centrale Cursus Anesthesiologie heeft gevolgd.

4.a. De leerstof wordt telkens voor een periode van 4 jaar door de gecombineerde vergadering van de organisatie- en cursuscommissie/examencommissie vastgesteld.

b. De grondslag voor het examen is het curriculum- en cursuspakket A/B voor het basisexamen en het cursus- en curriculumpakket C/D voor het vervolexamen, zoals omschreven in artikel 3 van dit reglement.

5. Het basisexamen wordt schriftelijk afgenomen. Het wordt door de examencommissie jaarlijks vastgesteld. Het vervolexamen wordt tweemaal per jaar afgenomen en bestaat uit een mondeling examen in 3 elkaar op dezelfde dag volgende onderdelen. De herkansing-basisexamen wordt overeenkomstig een daartoe door de examencommissie te nemen besluit schriftelijk dan wel mondeling afgenomen.

6.a. Het basisexamen wordt afgenomen in de maand december op een nader door de examencommissie te bepalen centrale plaats in Nederland, in aanwezigheid van ten minste twee door de Examencommissie CCA aan te wijzen gecommitteerden.

b. Het vervolexamen wordt afgenomen in de maand december en in de maand mei op een nader door de examencommissie te bepalen centrale plaats in Nederland.

De examens zullen worden afgenomen door een door de Examencommissie CCA te benoemen examencommissie ad hoc. De Examencommissie CCA benoemt daarenboven een voorzitter ad

hoc die als gecommitteerde functioneert.

7. De opleider draagt er zorg voor, dat de assistent-geneeskundige de avond/nacht voorafgaande aan het (herkansings)examen vrijgesteld is van het doen van dienst.

8. Van elk examen wordt een kort schriftelijk verslag gemaakt dat wordt ondertekend door de examencommissie ad hoc.

#### Artikel 5. De beoordeling en de uitslag van de examens

1. Het doel van de examens is het toetsen van minimaal noodzakelijk kennis om het specialisme Anesthesiologie naar behoren zelfstandig te kunnen uitoefenen.

2. Telkenmale wordt voorafgaand aan een schriftelijke examen door de examencommissie vanuit de leerstof de grens geslaagd/gezakt, hierna te noemen: de cesuur, voor dat examen vastgesteld.

3. Bepaling van de cesuur zal nimmer geschieden op grond van een extern criterium, zoals bijvoorbeeld de gewenste in- of uitstroom van assistent-geneeskundigen c.q. anesthesiologen.

4. Indien de examenuitslag daartoe aanleiding geeft kan de examencommissie besluiten vragen buiten beschouwing te laten en de cesuur achteraf te verlagen.

5. De Examencommissie CCA stelt de uitslag van het examen vast.

6. De uitslag van een schriftelijk examen wordt binnen 2 weken aan de geëxamineerde en zijn opleider schriftelijk bekend gemaakt.

7. De uitslag van een mondeling examen wordt binnen 2 weken schriftelijk aan de geëxamineerde en zijn opleider bekend gemaakt.

8. Van een onherroepelijk onvoldoende uitslag van een examen, geeft de examencommissie bovendien kennis aan de Speciale Registratie Commissie.

#### Artikel 6. Toegang tot het examen

1. Alvorens tot een examen te worden toegelaten dient de assistent-geneeskundige zich uiterlijk 2 maanden voor de examendatum schriftelijk in te schrijven bij de examencommissie p/a secretariaat NVA, onder vermelding van de data van de door hem gevolgde c.q. te volgen cursussen.

2. Voor herkansingsexamens wordt de kandidaat schriftelijk door de examencommissie opgeroepen.

#### Artikel 7. Herkansingsexamens

1. Indien de assistent-geneeskundige na eerste deelname aan het basisexamen een onvoldoende resultaat behaalt, heeft hij recht op een herkansing. Wordt opnieuw een onvoldoende resultaat behaald, dan volgt een laatste herkansing. Behoudens de mogelijkheden tot bezwaar en beroep, als omschreven in artikel 9 en 10 van dit reglement, is de uitslag van het laatste herkansingsexamen onherroepelijk. Indien de laatste herkansing voor het basisexamen met onherroepelijk onvoldoende resultaat is afgelegd, wordt de opleiding voor de desbetreffende assistent-geneeskundige geacht te zijn beëindigd.

2. De herkansingen voor het basisexamen worden afgenomen in de maanden maart respectievelijk mei. Deze herkansingen vinden plaats op een door de examencommissie nader te bepalen plaats en datum, waarvan zij de kandidaat en zijn opleider uiterlijk 1 maand tevoren schriftelijk opgaaf doet.

3. Indien de assistent-geneeskundige voor het vervolexamen een onvoldoende resultaat behaalt, moet hij bij de eerstvolgende gelegenheid het vervolexamen opnieuw afleggen.

4. Een herkansingsexamen wordt afgenomen door een door de Examencommissie CCA te benoemen examencommissie ad hoc. De Examencommissie CCA benoemt daarenboven een voorzitter ad hoc, die als gecommitteerde functioneert. De opleider of diens vertegenwoordiger is gerechtigd dit examen als toehoorder bij te wonen, tenzij de geëxamineerde hiertegen bezwaar maakt.

#### Artikel 8. Inzagerecht

1. Binnen 14 dagen nadat de uitslag van het schriftelijk examen te zijner kennis is gebracht, kan de geëxamineerde de examencommissie schriftelijk verzoeken hem in de gelegenheid te stellen de door hem beantwoorde examenvragen te vergelijken met de juiste antwoorden.

2. De examencommissie dient binnen 14 dagen aan dit verzoek te voldoen op een nader door haar te bepalen plaats en tijdstip.

#### Artikel 9. Bezwaar tegen examenuitslag

1. Indien de geëxamineerde bezwaar maakt tegen de uitslag van een examen, wendt hij zich door middel van een bezwaarschrift tot de voorzitter van de examencommissie, p/a secretariaat der NVA en wel binnen 14 dagen nadat de uitslag van het examen schriftelijk te zijner kennis is gebracht.

2. Indien de geëxamineerde blijkt een verzoek daartoe aan de examencommissie gebruik wenst te maken van het inzage-recht, wordt de in vorig lid vermelde termijn verlengd tot 5 dagen na de datum waarop de geëxamineerde door de examencommissie is uitgenodigd van dit recht gebruik te maken.

3. Bezwaarschriften die na de in lid 1 c.q. 2 bedoelde termijn door de examencommissie worden ontvangen, worden door de voorzitter van de examencommissie niet-ontvankelijk verklaard.

4. De examencommissie behandelt het bezwaar van de geëxamineerde binnen 1 maand nadat het door haar is ontvangen, met dien verstande dat het bezwaar slechts kan worden behandeld in een vergadering, waar ten minste 5 van haar leden aanwezig zijn.

5. Zij hoort de geëxamineerde, die zich desgewenst kan doen bijstaan door een raadsman, eventueel naar haar mening daarvoor in aanmerking komende andere personen en instanties en neemt kennis van het door de geëxamineerde gemaakte schriftelijke examen dan wel het verslag van het mondeling examen, zoals bedoeld in artikel 4.8 van dit reglement.

6. De examencommissie onderzoekt naar redelijkheid en billijkheid de bezwaren van de geëxamineerde en beslist bij eenvoudige meerderheid van stemmen. Zij heeft de mogelijkheid de uitslag van het examen te herzien, indien zij de bezwaren van de geëxamineerde geheel of gedeeltelijk toewijst.

7. Indien bij een stemming betreffende de herziening van de beoordeling van het examen de stemmen staken, dan wordt geacht beslist te zijn in het voordeel van de geëxamineerde.

8. Van haar gemotiveerde beslissing geeft de examencommissie binnen 14 dagen schriftelijk bericht aan de assistent-geneeskundige en zijn opleider.

### Artikel 10. Beroep

1. Indien beroep tegen de vaststelling van de examenuitslag wordt ingesteld, benoemt het bestuur der NVA een Commissie van Beroep, bestaande uit 6 leden; voor ieder lid wordt een plaatsvervanger aangewezen. De commissie wordt samengesteld als volgt:

- een bestuurslid van de NVA;
- een lid van het Concilium Anesthesiologicum;
- een opleider;
- een lid van de SRC, niet zijnde anesthesioloog;
- een lid van de Commissie Assistent-Geneeskundigen Anesthesiologie.

Voorts wordt voor ieder beroep door het bestuur der NVA een jurist benoemd, bij voorkeur afkomstig uit de rechterlijke macht, die de commissie zal voorzitten.

2. De Commissie van Beroep wordt voor enig beroep zo samengesteld, dat personen afkomstig uit de opleidingsinrichting van degene die het beroep instelt, alsmede die eerder over degene die beroep aantekent hebben geoordeeld, daarin geen zitting hebben.

3. Indien de geëxamineerde zich niet kan verenigen met de uitspraak op zijn bezwaarschrift bij de examencommissie, en er resten hem geen herkansingsexamens meer, dan kan hij binnen 14 dagen nadat de uitspraak op het bezwaarschrift te zijner kennis is gebracht schriftelijk beroep aantekenen bij de Commissie van Beroep, p/a secretaris der NVA, onder overlegging van een afschrift van zijn bezwaarschriften en de uitspraak van de examencommissie.

4. Het bestuur van de NVA verklaart het beroep niet ontvankelijk, indien het beroepschrift na de gestelde termijn wordt ingediend.

5. De Commissie van Beroep wijst uit haar midden een secretaris aan. Zij hoort de geëxamineerde, die zich desgewenst kan doen bijstaan door een raadsman, de voorzitter van de commissie die het laatste herkansingsexamen heeft afgenomen, eventueel daarvoor in aanmerking komende andere personen en instanties en neemt kennis van het verslag van het examen zoals bedoeld in artikel 4.8 van dit reglement.

6. De Commissie van Beroep beoordeelt naar redelijkheid en billijkheid of de procedures rondom de examens juist zijn geweest. Zij beslist bij eenvoudige meerderheid van stemmen in aanwezigheid van ten minste vijf van haar leden. Indien de stemmen staken, wordt geacht beslist te zijn in het voordeel van degene die beroep aantekent.

7. Zij doet uiterlijk 6 weken na haar instelling een gemotiveerde schriftelijke uitspraak, die kan bestaan uit het gegrond dan wel ongegrond verklaren van het beroep. De uitspraak wordt schriftelijk ter kennis gebracht van de geëxamineerde, zijn opleider, het bestuur der NVA, de examencommissie en de Specialisten Registratie Commissie (SRC).

8. In geval van gegrondverklaring van het beroep wordt de geëxamineerde door de examencommissie opgeroepen voor een extra mondelinge herkansing, te houden ten minste 2 maanden nadat de uitspraak van de commissie van beroep te zijner kennis is gebracht en voorts ingericht en vastgesteld conform artikel 7.4 van dit reglement, met dien verstande dat de leden van de commissie, die het mondeling examen waartegen beroep is aangetekend hebben afge-

nomen, thans in die commissie geen zitting meer kunnen hebben.

9. Tegen de uitslag van het examen als bedoeld in sub 8 van dit artikel is geen beroep of bezwaar meer mogelijk.

### Artikel 11. Verzuim van de cursus

1. De assistent-geneeskundige die zonder geldige reden wegblijft van de Centrale Cursus Anesthesiologie, waaronder tevens wordt begrepen het niet of niet tijdig inschrijven voor een cursus wordt - behoudens toestemming door de voorzitter van de Examencommissie CCA - uitgesloten van de eerstvolgende examengelegenheid. De assistent-geneeskundige mag wel deelnemen aan de daarop volgende herkansingsexamens.

In de beoordeling wordt het eerste examen geacht als te zijn afgelegd met onvoldoende resultaat.

2. De assistent-geneeskundige die door overmacht is verhinderd deel te nemen aan de Centrale Cursus Anesthesiologie geeft hiervan met opgaaf van redenen zo spoedig mogelijk kennis aan zijn opleider of diens plaatsvervanger.

3. De opleider of diens plaatsvervanger meldt het geval van overmacht zo spoedig mogelijk aan de fungerend voorzitter van de Examencommissie CCA, die de overmacht kan erkennen dan wel afwijzen.

4. Voor het geval de overmacht niet wordt erkend, wordt de assistent-geneeskundige geacht zonder geldige reden niet aan de cursus te hebben deelgenomen en is sub 1 van overeenkomstige toepassing.

5. Voor het geval de overmacht wordt erkend, wordt de assistent-geneeskundige geacht geoorloofd bij de cursus afwezig te zijn (geweest). Hij dient gewoon aan het eerstvolgende examen deel te nemen.

6. De fungerend voorzitter van de Examencommissie CCA geeft binnen 14 dagen schriftelijk bericht van zijn beslissing aan de assistent-geneeskundige, diens opleider en de examencommissie. Indien hij de overmacht niet erkent, motiveert hij zijn beslissing.

### Artikel 12. Verzuim van het examen

1. De assistent-geneeskundige die zonder geldige reden wegblijft van een examen, c.q. herkansingsexamen, waaronder tevens wordt begrepen het niet of niet tijdig inschrijven of uitgesloten zijn voor een examen, wordt geacht aan dat examen met onvoldoende resultaat te hebben deelgenomen.

2. De assistent-geneeskundige die voor een (herkansings)examen heeft ingeschreven dan wel is opgeroepen en door overmacht is verhinderd aan dit examen deel te nemen, geeft hiervan met opgaaf van redenen zo spoedig mogelijk kennis aan zijn opleider of diens plaatsvervanger.

3. De opleider of diens plaatsvervanger meldt het geval van overmacht zo spoedig mogelijk aan de fungerend voorzitter van de Examencommissie CCA, die de overmacht kan erkennen dan wel afwijzen.

4. Voor het geval de overmacht wordt erkend, wordt de kandidaat geacht geoorloofd bij het examen afwezig te zijn (geweest) en behoudt hij de mogelijkheid van een examen met herkansingsmogelijkheden op een wijze nader door de examencommissie te bepalen.

5. Voor het geval de overmacht niet wordt erkend, wordt de kandidaat geacht zonder geldige reden niet aan het examen te hebben deelgenomen en is sub 1 van overeenkomstige toepassing.

6. De fungerend voorzitter van de Examencommissie CCA geeft binnen 14 dagen schriftelijk bericht van zijn beslissing aan de assistent-geneeskundige, diens opleider en de examencommissie. Indien hij de overmacht niet erkent, motiveert hij zijn beslissing.

### Artikel 13. De orde tijdens de examens

1. De examinandus is verplicht zich op verzoek van degene(n) die met de leiding bij de afname van het examen is/ zijn belast te legitimeren.

2. De examinandus is verplicht tot ten minste 45 minuten na aanvang van het examen in de ruimte waar het examen wordt afgenomen te blijven.

3. De examinandus die later dan 45 minuten na aanvang van het examen verschijnt, is van deelname aan het examen die dag uitgesloten, behoudens in geval van overmacht, zulks ter beoordeling van degene(n) die belast is/zijn met het toezicht bij het examen.

4. De examinandus dient de aanwijzingen, die door degene(n) die belast is/ zijn met de leiding bij het afnemen van het examen, direct voor, tijdens, of onmiddellijk na het examen worden gegeven, op te volgen.

5. Degene(n) die belast is/zijn met de leiding tijdens het examen maakt/maken een protocol betreffende de gang van zaken tijdens het examen, onder meer inhoudende een presentielijst van de examinandi.

6. Ingeval van (vermeende) fraude maken degene(n) die belast is/zijn met de leiding bij de afname van het examen, hiervan een notitie in het in het vorig lid bedoelde protocol. De examencommissie beslist achteraf over het al dan niet geldig verklaren van het examen, gehoord de examinandus en degene(n) die belast is/zijn met de leiding bij de afname van het examen.

### Artikel 14. Onvoorzien

1. In alle gevallen waarin dit reglement niet voorziet dan wel waarin het tegenstrijdige bepalingen bevat, alsmede in geval van geschillen over de uitleg van dit reglement, beslist het bestuur der NVA gehoord de partijen. •

## Voorzitter en ondervoorzitter Centraal College

Voor het jaar 1996 is tot voorzitter van het Centraal College gekozen dr M.B. Lagaaij te 's-Gravenhage en tot ondervoorzitter prof.dr J.J. de Lange te Amsterdam.



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

## Convocatie extra Ledenvergadering d.d. 15 februari 1996

L S V

Convocatie voor de extra Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, te houden op donderdag 15 februari 1996 om 20.30 uur in Domus Medica, Lomanlaan 103 in Utrecht.

### Agenda

1. Opening en mededelingen
2. Goedkeuring notulen Ledenvergadering 16 november 1995
3. Discussie en besluitvorming om te komen tot één organisatie van medisch specialisten

4. Mededelingen vanuit het Centraal Bestuur
5. Wat verder ter tafel komt
6. Rondvraag
7. Sluiting

N.B. Let op gewijzigd aanvangstijdstip!

## Convocatie Ledenvergadering d.d. 22 februari 1996

L H V

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering op donderdag 22 februari 1996 aanvang 19.00 uur.

De vergadering zal worden gehouden in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030 - 2823 911.

### Agenda

1. Opening
2. Uitreiking Jan van der Feen-prijs 1995
3. Mededelingen
4. Goedkeuring van de notulen van de

vergadering van 14 december 1995 (besluitvormend)

5. Benoemingen (besluitvormend)  
Raad van Commissarissen Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen  
- M.J.A. de Wit, huisarts te Kaatsheuvel (herbenoeming)  
- R.W.M. van Velzen, huisarts te Leiderdorp (benoeming, als opvolger van J.M. Witmer)
6. CAO voor doktersassistenten 1996 (opiniërend)
7. Relatie huisarts-verpleeghuisarts (opiniërend eventueel besluitvormend)
8. Tarief- en fondsvorming geïdentifi-

ceerde achterstandsgebieden (besluitvormend)

9. Verplichtstelling beroepspensioenregeling (besluitvormend)
10. Stand van zaken beroepsopleiding (informatief)
11. Wat verder ter tafel komt
12. Afscheid van Centraal Bestuurslid A.L. Rutgers
13. Rondvraag
14. Sluiting

B.R. Schudel, huisarts,  
secretaris

## Ooproep tot bijwoning

Buitengewone Algemene Ledenvergadering OLMA d.d. 15 februari 1996

De Buitengewone Algemene Ledenvergadering van de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen U.A., OLMA, wordt gehouden op 15 februari 1996, aanvang 19.00 uur in het Park Plaza Hotel, Westplein 50 te Utrecht.

De leden worden opgeroepen deze vergadering bij te wonen. Teneinde stemrecht te kunnen uitoefenen moet het lid - volgens artikel 15 van de statuten van Olma - uiterlijk op de vijfde werkdag, voorafgaande aan die der vergadering, zijn voor-nemen om in persoon of bij schriftelijk gemachtigde aan de vergadering deel te nemen, ter kennis van de directie hebben gebracht.

Indien het lid vragen heeft, verzoekt de directie hem/haar deze bij voorkeur schriftelijk vooraf in te dienen.

### Agenda

1. Opening.
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Behandeling van de beoogde samenwerking met het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen als aangekondigd aan de leden bij schrijven d.d. 15 januari 1996.
4. Besluitvorming ter zake van de uitwerking van het vorige agendapunt, waaronder begrepen de oprichting van een naamloze vennootschap en een stichting. De bindende voordracht van de Raad van Commissarissen tot het voeren van onderhandelingen met het oogmerk te komen tot een samenwerkingsverband met het PGGM en de besluitvorming ter zake van een samenwerkingsverband,

ligt, evenals de overige bescheiden betreffende dit agendapunt ter inzage ten kantore van de maatschappij.

5. Rondvraag.
6. Sluiting.

Aangezien over het punt bedoeld onder 4 van deze agenda alleen rechtsgeldig kan worden besloten indien tenminste twee derde van alle leden tegenwoordig of vertegenwoordigd zijn, zal, indien niet voldoende leden tegenwoordig of vertegenwoordigd zijn, overeenkomstig artikel 20 lid 3 van de statuten een tweede vergadering worden bijeengeroepen.

Namens de Raad van Commissarissen:  
A.B.M. van Berkel, voorzitter  
Th.W.J. Derksen, vice-voorzitter •



• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

KNMG • COLOFON

# Salarisrichtlijn doktersassistenten per 1 januari 1996

## KNMG

De salarissen van de doktersassistenten, die werkzaam zijn in een huisartspraktijk en vallen onder de cao worden per 1 januari 1996 verhoogd met 0,5%.

Tussen haakjes staan de salarissen per 1 juli 1995.

De overhevelingstoelage bedraagt voor 1996 10%.

Het maandsalaris exclusief overhevelingstoelage bedraagt:

	schaal I niet-gediplomeerde doktersassistenten		schaal II gediplomeerde doktersassistenten	
1e dienstjaar	f. 1.392,--	(f. 1.385,--)	f. 2.340,--	(f. 2.328,--)
2e dienstjaar	f. 1.640,--	(f. 1.632,--)	f. 2.472,--	(f. 2.460,--)
3e dienstjaar	f. 1.924,--	(f. 1.914,--)	f. 2.605,--	(f. 2.592,--)
4e dienstjaar	f. 2.263,--	(f. 2.252,--)	f. 2.754,--	(f. 2.740,--)
5e dienstjaar	f. 2.377,--	(f. 2.365,--)	f. 2.918,--	(f. 2.903,--)
6e dienstjaar	f. 2.495,--	(f. 2.483,--)	f. 3.114,--	(f. 3.099,--)
7e dienstjaar	f. 2.619,--	(f. 2.606,--)	f. 3.252,--	(f. 3.236,--)
8e dienstjaar			f. 3.394,--	(f. 3.377,--)
9e dienstjaar			f. 3.663,--	(f. 3.645,--)
10e dienstjaar e.v.			f. 3.892,--	(f. 3.874,--)

Zie voor de voorwaarden de CAO voor doktersassistenten van de LHV.

## Congresbundel 'Medici en Media'

Naar aanleiding van het congres, gehouden op vrijdag 24 en zaterdag 25 november jl. te Utrecht, is onlangs een congresbundel verschenen. In deze bundel zijn alle artikelen opgenomen die in de diverse media over het thema 'Medici en Media; Wat verbeeldt de dokter' zijn gepubliceerd. Dit geldt voor de artikelen die voorafgaand, tijdens en na het congres zijn gepubliceerd. Daarnaast zijn in de bundel de teksten opgenomen die tijdens de officiële opening op vrijdag 24 november zijn uitgesproken, alsmede de plenair verzorgde lezingen tijdens het wetenschappelijk programma en een aantal 'handouts' van workshops en van de mediamarkt.

De bundel kost voor leden van de KNMG f 12,50. Niet-leden betalen f 17,50. Deze bedragen zijn inclusief verzendkosten. Bestelling kan door overmaking van het voor u relevante bedrag op postgiro 58083 t.n.v. KNMG onder vermelding van 'Congresbundel 1995'.



## KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst  
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht  
tel. 030 - 2823911

### Postadres

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

### Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

### KNMG-informatielijn

030-2823339

### KNMG-antwoordapparaat

030-2823201

### Telefax

030-2823326

### Dagelijks bestuur

mw J.M.G. Lanphen, voorzitter  
prof. dr J.M. Minderhoud, ondervoorzitter  
J.F.M. Bergen  
dr J.H. Kingma  
dr G.M.H. Tanke  
mw H.A. Bouwman

### 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, informaticus

### LSV

Landelijke Specialisten Vereniging  
drs F.W.M. Hol, directeur  
J.H. v. Doorn-Knui, 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-Geneskundigen  
A.L.J.E. Martens, directeur  
mw P.C.Th. Walstijn, secretaresse  
mw L. Vromans, secretaresse

### CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van  
medische specialisten  
mr J.C. de Hoog, secretaris  
mw C.S. de Jong, secretaresse

### CSG

College voor Sociale Geneeskunde  
mr J.C. de Hoog, 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, bureauhoofd  
mw J.M. Koornneef, hoofd sector visitatie, wnd bureauhoofd

### SGRC

Sociaal-Geneskundigen  
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 Piper, secretaris  
mw drs E.T. Wismeyer, chef de bureau

### Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris  
Industrierondweg 16,  
8321 EB Urk, fax 0527-686019

### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter  
bureau-adres Lomanlaan 103,  
3526 XD Utrecht, telefoon 030-2823911.

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

## A M B U L A N T

- 29 JANUARI -

MA.

Provinciehuis te 's-Hertogenbosch:  
**symposium 'Is er leven na de dood? Wel of niet reanimeren'**, georganiseerd door de afdeling KNMG 's-Hertogenbosch en Omstreken.  
*Inlichtingen: dr E. W. van der Hoek, tel. 073-6486095.*

- 6 FEBRUARI -

DI.

De Eenhoorn te Amersfoort:  
**congres 'Vrouwengezondheidszorg in de praktijk. Wie kan er nog omheen?'**  
 Doelgroep: beroepsbeoefenaren uit de zorgsector, politici en bestuurders, beleidsmakers, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties.  
*Inlichtingen: Aletta, Centrum voor Vrouwengezondheidszorg, tel. 030-2332304.*

- 7 FEBRUARI -

WO.

't Lange Land ziekenhuis te Zoetermeer:  
**nascholingscursus over CVA's en TIA's**, bestemd voor huisartsen.  
*Inlichtingen: AMC, afdeling Neurologie, tel. 020-5663411/2679.*

- 8 EN 9 FEBRUARI -

DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:  
**Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Medisch management en ziekenhuisorganisatie'**.  
 Doelgroep: medisch specialisten.  
*Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-2823290.*

- 10 FEBRUARI -

ZA.

Academisch Ziekenhuis Utrecht:  
**congres 'Vermoeidheid: een chronisch probleem?'**  
 Doelgroep: hulpverleners, wetenschappelijk onderzoekers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.  
*Inlichtingen: FBU Congresbureau, mw M. Buma, tel. 030-2532728.*

- 14 FEBRUARI -

WO.

Streekziekenhuis Midden Twente te Hengelo:  
**nascholingscursus over CVA's en TIA's**, bestemd voor huisartsen.  
*Inlichtingen: AMC, afdeling Neurologie, tel. 020-5663411/2679.*

- 15 FEBRUARI -

DO.

Vrije Universiteit te Amsterdam:  
**congres 'Bewegen als beleid'**, georganiseerd door de jubilerende Vereniging voor Gezondheidszorg en Wetenschap (V&W) en de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg (NVAG).  
*Inlichtingen: EMGO-instituut, J. van Duin, tel. 020-4448189.*

- 16 FEBRUARI -

VR.

Vrije Universiteit te Amsterdam:  
**Dertiende Gezondheidsonderzoekdag ('GZO-dag')**.  
*Inlichtingen: EMGO-instituut, J. van Duin, tel. 020-4448189.*

- 27 FEBRUARI -

DI.

Academisch Ziekenhuis Maastricht:  
**PAOG-refereeravonden jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar 'Gedragstoornissen en gezinsproblematiek'**.  
 Doelgroep: consultatiebureau-artsen, school/jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, kinderen jeugdpsychiaters.  
*Inlichtingen: PAOG Jeugdgezondheidszorg Limburg, mw M. Wanders, tel. 043-3690690.*

- 28 FEBRUARI -

WO.

de Balie te Amsterdam:  
**openbaar debat 'Taak en toekomst van de A&O-deskundige'**, georganiseerd door de Postdoctorale Beroepsopleiding Veiligheid, Gezondheid en Welzijn in de Arbeid van de Universiteit van Amsterdam.  
*Inlichtingen: PDO-VGWA, tel. 020-5664949.*

- 7 EN 8 MAART -

DO./VR.

De Doelen te Rotterdam:  
**congres 'Gynaecologische zorg en vrouwenhulpverlening'**.  
 Doelgroep: gynaecologen en vrouwenhulpverleners.  
*Inlichtingen: Hoboken Congress Organization, mw R. Schrijver, tel. 010-4087879.*

- 14 EN 15 MAART -

DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:  
**Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Practicum onderhandelen en conflicthantering'**.  
 Doelgroep: medisch specialisten.  
*Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-2823290.*

- 15 MAART -

VR.

Onderwijscentrum Academisch Ziekenhuis Utrecht:  
**studiedag 'Steunen en stimuleren van de centrale verzorger van de kankerpatiënt'**.  
 Doelgroep: artsen, verpleegkundigen, psychologen en andere professionele zorgverleners.  
*Inlichtingen: Postacademisch Onderwijs Algemene Gezondheidszorg, mw L. Boonekamp, tel. 030-2538111.*

- 21 EN 22 MAART -

DO./VR.

Golden Tulip Barbizon Hotel te Maastricht:  
**PHO-cursus 'Beroepenwetgeving in ontwikkeling'**.  
 Doelgroep: artsen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, etc.  
*Inlichtingen: RL, vakgroep Gezondheidsrecht, mw L. Erven-Amory, tel. 043-3881714.*

- 26 MAART -

DI.

Academisch Ziekenhuis Maastricht:  
**PAOG-refereeravonden jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar 'Gender-identiteit'**.  
 Doelgroep: consultatiebureau-artsen, school/jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, kinderen jeugdpsychiaters.  
*Inlichtingen: PAOG Jeugdgezondheidszorg Limburg, mw M. Wanders, tel. 043-3690690.*

- 27 MAART -

WO.

Congrescentrum 'De Nieuwe Buitensociëteit' te Zwolle:

**symposium 'Oorlogskinderen - toen en nu; begeleiding en behandeling van door oorlog of vervolging getraumatiseerde kinderen'**.  
 Doelgroep: hulpverleners uit de algemene sector (eerste, tweede en derde lijn) en uit de specifieke hulpverlening.  
*Inlichtingen: Stichting ICODO, W. Visser, tel. 030-2343436.*

- 28 MAART -

DO.

Academisch Ziekenhuis Leiden:  
**symposium 'Van informatie naar kennis; van kennis naar informatie'**.  
 Doelgroep: artsen, medisch specialisten, wetenschappelijk onderzoekers en andere geïnteresseerden.  
*Inlichtingen: Bureau Boerhaave Commissie, tel. 071-5275294.*

- 29 MAART -

VR.

De Eenhoorn te Amersfoort:  
**voorjaarssymposium 'Vaccinaties bij kinderen in perspectief'**.  
 Doelgroep: artsen, verpleegkundigen en artsen die te maken hebben met het vaccineren van kinderen.  
*Inlichtingen: Congresbureau IIT, tel. 0592-315361.*

- 29 MAART -

VR.

Onderwijscentrum Academisch Ziekenhuis Utrecht:  
**symposium 'Besparen op overheadkosten: een goudmijn voor de gezondheidszorg?'**  
 Doelgroep: leidinggevende zorgverleners, managers van instellingen en andere geïnteresseerden.  
*Inlichtingen: Postacademisch Onderwijs Algemene Gezondheidszorg, mw L. Boonekamp, tel. 030-2538111.*

- 18 EN 19 APRIL -

DO./VR.

Hotel Heidepark te Bilthoven:  
**Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Strategische beleidsontwikkeling (waaronder medisch beleidsplan)'**.  
 Doelgroep: specialisten die op maatschaps- of ziekenhuisniveau deelnemen aan de formulering en uitvoering van het medisch beleidsplan.  
*Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-2823290.*

- 19 APRIL -

VR.

Orangerie te 's-Hertogenbosch:  
**symposium 'Seks tussen genot en gevaar'**, georganiseerd door het Tijdschrift voor Seksuologie ter ere van zijn 20-jarig jubileum.  
*Inlichtingen: drs M. Moors-Mommers, tel. 073-5213456.*

- 23 APRIL -

DI.

Academisch Ziekenhuis Maastricht:  
**PAOG-refereeravonden jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar 'Pesten'**.  
 Doelgroep: consultatiebureau-artsen, school/jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen, kinderen jeugdpsychiaters.  
*Inlichtingen: PAOG Jeugdgezondheidszorg Limburg, mw M. Wanders, tel. 043-3690690.*