

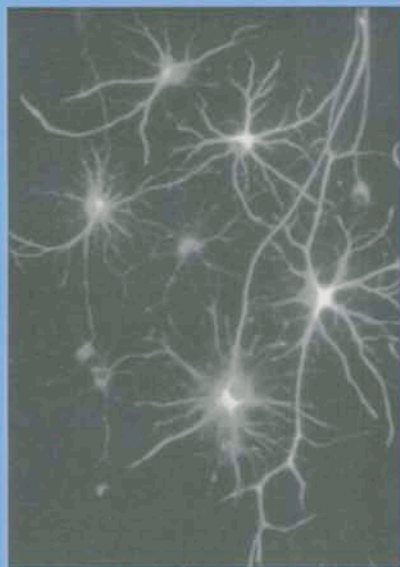
Medisch Contact

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

RUBRIEKEN

- 74 MediSeln
- 76 Brieven
- 77 Hoofddredactioneel
- 80 Mij een zorg
- 81 Verkiezingskoorts
- 87 Praktijkperikel
- 98 Arts en Recht
- 99 Veldwerk
- 100 Uitspraak
- 103 Officieel
- 104 Agenda

Bij de voorplaat:
Microscopische opname hersenen.
Bron: Benelux Press/Photo
Researchers inc.



78 Ben V.M. Crul in gesprek met A.A.W. Kalis

Nieuwe LAD-voorzitter: 'We zijn altijd pleitbezorgers geweest voor een professioneel statuut'

Of: hoe het in de belangenbehartigingswereld toegaat.

82 P.E. Postmus

Second opinion geregeld?

Ongewild negatieve effecten

De recente 'Groningse' richtlijnen voor second opinion laten een paar aspecten onbelicht.

83 A.W.J.M. van Bolderen en H.J.T. Vermeulen

Valse start voor specialistenregeling

Orde en LAD verontrust over de inhoud van de voorstellen

De vertegenwoordigers van de specialisten in Nederland zijn uiterst kritisch over de 'Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband' van de NVZ vereniging van ziekenhuizen.

85 J. Lucieer

De Wet BIG

1 december 1997: mag iedereen nu alles?

Naast dertien voorbehouden handelingen mag nog een aantal activiteiten slechts door aangewezen beroepsbeoefenaren worden verricht.

88 A.F. Casparie c.s.

Ontwikkeling en implementatie van kosteneffectieve richtlijnen

Onderzoeksprogramma 'Bevordering Doelmatig Handelen' van start

Leidschendam ingevuld.

91 P. Pop en C. Spreeuwenberg

Transmurale zorg in de regio Maastricht

Van Diagnostisch Coördinerend naar Transmuraal & Diagnostisch Centrum

Naar continuïteit in de zorgverlening.

95 A.A. de la Fuente en A.M. van de Pol

Landelijke perinatale pathologieregistratie

Een bijdrage aan het verkrijgen van goede gegevens over de oorzaken van perinatale en zuigelingensterfte en perinatale morbiditeit in ons land.


Volgende week in Medisch Contact:

- Meer aandacht voor werk; een antwoord op de dreigende tweedeling in de zorg
- Kwaliteit in de oncologie; een multidisciplinair visitatieproject
- Sportmedisch handelen; de richtlijnen van de Vereniging voor Sportgeneeskunde



Verzorgd door: Roel Otten en Sabine Wildevuur

KLONENDE CLOWN?


 De Amerikaanse arts Richard G. Seed heeft op een congres over de ethiek van het klonen aangekondigd te willen beginnen met het klonen van mensen. Hij herhaalde zijn plannen in kranten- en radio-interviews. 'Ik ga mijn eigen kliniek opzetten met als doel de eerste menselijke kloon te maken. Het is een interessante technologie die de mensheid verder brengt.' Seeds poging gaat in tegen een verklaring van federale overheden, wetenschappers en ethici waarin zij afstand nemen van het op korte termijn klonen van mensen.

Ook President Clinton en de Nationale Adviesraad voor Bio-ethiek vinden het klonen van mensen onethisch. Verschillende Amerikaanse wetenschappelijke groeperingen, waaronder de American Society for Reproductive Medicine, hebben een moratorium van vijf jaar afgekondigd op het klonen van mensen.

Als hij zijn plannen niet in Amerika kan realiseren, wijkt Seed uit naar Mexico. Hij claimt dat vier echtparen aan zijn kloonproject willen meedoen. De arts heeft 2 miljoen dollar nodig om de kliniek op te zetten. De eerste 'behandeling' gaat circa 1 miljoen dollar kosten. 'Uiteindelijk zal voor een behandeling tussen de 4.000 en 15.000 dollar worden betaald.'

De Amerikaanse ethicus Arthur Caplan denkt dat Seed eerder praktische dan ethische problemen zal ondervinden: 'Hij kan wel plannen maken, maar het opzetten van een geschikte infrastructuur is heel iets anders. Denk alleen al aan de torenhoge juridische kosten, als een kloon afwijkingen blijkt te hebben.' •

NIEUW BLOED

 Sinds kort is één organisatie in Nederland verantwoordelijk voor het inzamelen, bewerken en leveren van bloed van vrijwillige donoren. De Stichting Sanquin Bloedvoorziening is het gevolg van een fusie van negentien regionale bloedbanken en het Centraal Laboratorium van de

Bloedtransfusiedienst (CLB) van het Nederlandse Rode Kruis. De 700.000 bloeddonors zullen van de verandering niets merken; zij kunnen hun bloed blijven geven op de ongeveer 600 afnamepunten in het land.

De werknemers van de CLB en van de bloedbanken komen na de fusie in dienst van de nieuwe stichting. •

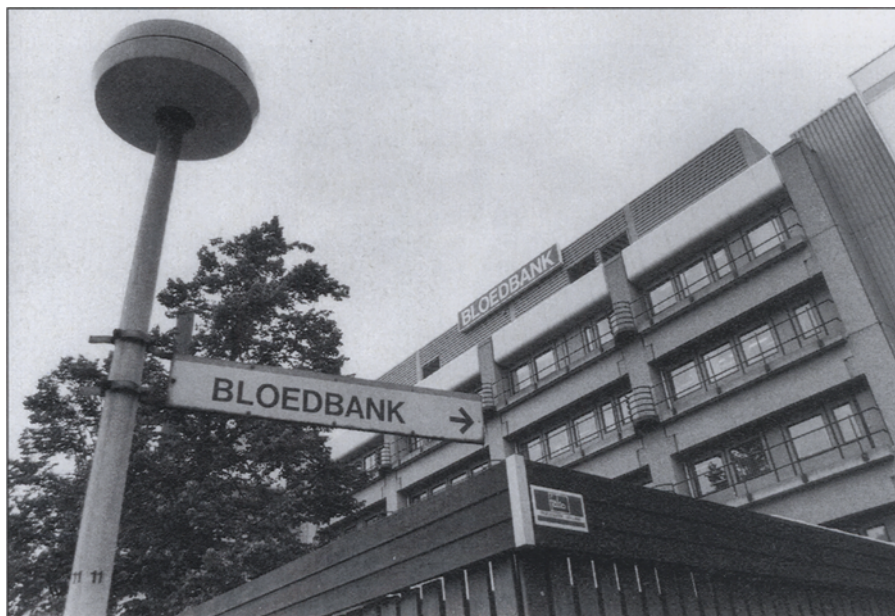




Foto: Loek Zuyderduin

DNA-TEST VOORSPELT SUCCES MEDICIJN

 Tienduizenden Nederlanders die een cholesterolverlagend middel slikken, doen dat waarschijnlijk tevergeefs. Zij hebben een specifieke vorm van het gen dat codeert voor CETP, een enzym dat bij de cholesterolstofwisseling betrokken is. Patiënten die deze CETP-variant van beide ouders hebben geërfd, hebben nauwelijks baat bij het cholesterolverlagende middel pravastatine. Met een eenvoudige DNA-test kan nu worden bepaald of het middel zal aanslaan. Dit blijkt uit een onderzoek dat is uitgevoerd door de afdeling Vasculaire Geneeskunde van het AMC in samenwerking met onderzoekers van het Academisch Ziekenhuis Leiden en het Ottawa Heart Institute in Ontario, Canada. De resultaten werden gepubliceerd in The New England Journal of Medicine van 8 januari. In Nederland komen naar schatting een half miljoen mensen in aanmerking voor cholesterolverlagende middelen vanwege een verhoogd risico op

atherosclerose. Het met de DNA-test opsporen van mensen die met dergelijke middelen niet geholpen zijn, kan een besparing van miljoenen opleveren. •

ZWAARGEWONDEN TE SNEL IN DE WAO

 Van de zwaargewonde verkeersslachtoffers knapt zo'n 70 procent zo goed op dat hij zijn werk normaal kan hervatten. Het aantal herstelde patiënten is in verhouding bijna net zo groot als het aantal mensen dat na een lichte verwonding weer aan het werk of naar school kan. Ook de aard van de latere lichamelijke en psychische klachten komt bij licht- en zwaargewonde patiënten sterk overeen. Voor zowel jongere als oudere slachtoffers geldt dat ze hun oude leven later weer kunnen oppakken. De somberheid over het herstel van zwaargewonden is ongegrond, stelt revalidatiearts C.K. van der Sluis in haar

STOPPEN OP MAAT

 Stoppen met roken: hét goede voornemen voor het nieuwe jaar. Een miljoen mensen probeert het ieder jaar weer. Slechts tien procent houdt het minstens een jaar vol. De Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro) meent dat dit percentage flink omhoog kan. De campagne 'Stoppen? Als je echt wilt, dan lukt het' moet daar een aanzet toe geven.


Aan de Universiteit Maastricht is een methode ontwikkeld om het stoppen te vergemakkelijken. Mensen die willen stoppen, kunnen bij Stivoro (tel. 0900-5002022) een vragenlijst opvragen. Op geleide van de antwoorden kan een stopadvies op maat worden gegeven. Directeur B. Blij van Stivoro: 'De een heeft het moeilijk tijdens het werk, de ander 's ochtends. Wij zien de vragenlijst als een nieuw hulpmiddel bij het stoppen.' •



Nieuw advies

Foto: Loek Zuyderduin

NIEUWE HOOFDINSPECTEUR CURATIEVE ZORG

 De functie van hoofdinspecteur voor de Curatieve Gezondheidszorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in Rijswijk wordt vanaf 1 januari 1998 vervuld door mr. H. Plokker. Plokker (1942) studeerde geneeskunde en rechten in Leiden. Van 1972 tot 1985 was hij huisarts in Velp, van 1985 tot 1989 directeur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Friesland. Sinds 1989 is Plokker in

dienst bij de IGZ, onder meer als regionaal inspecteur en senior inspecteur voor de Gezondheidszorg in de regio Noord-Brabant en Zeeland. •

VRAGEN OVER REUMA

 Het Nationaal Reumafonds opent op 16 februari de deuren van het landelijk Reuma Infor-

matie Centrum (RIC). Iedereen kan daar terecht, persoonlijk of telefonisch, met vragen over reuma en reumabestrijding. Het centrum wordt gevestigd in het centrum voor reuma en revalidatie, het Jan van Breemen Instituut, in Amsterdam.

Het informatiecentrum is op werkdagen geopend van 9.00 tot 17.00 uur en is telefonisch te bereiken van 10.00 tot 16.00 uur (tel. 0900-2025110). •

proefschrift 'Outcomes of major trauma'. Zij promoveerde op 14 januari aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Sterfte door een ongeval is doodsoorzaak nummer 1 onder Nederlandse jongeren. Jaarlijks worden er 120.000 gewonden opgenomen in het ziekenhuis, onder wie 20.000 verkeersslachtoffers. Fietzers en inzittenden van auto's lopen het grootste risico ernstig gewond te raken. De mortaliteit bij alle zware ongevallen is hoog: een kwart van de zwaargewonden komt te overlijden, meestal door zwaar hersenletsel. De helft van de patiënten die een ongeval overleven, herstelt verder thuis; de rest gaat naar een revalidatiecentrum of een verpleeghuis; na twee jaar is 70% goed hersteld,

20% heeft lichte beperkingen overgehouden en 10% blijft ernstig gehandicapt. Van der Sluis concludeert dat na die periode de kans op verder herstel nihil is. Werkgevers starten de WAO-procedure vaak al na een half jaar en rondan die af na een jaar. De door Van der Sluis onderzochte patiënten zijn gemiddeld 13 maanden arbeidsongeschikt. Sommige patiënten worden mogelijk te vroeg en ten onrechte afgekeurd.

Jonge volwassenen die als kind een zwaar ongeval hebben gehad, hadden daar vooral kort na het ongeval hinder van. Zij moesten bijvoorbeeld een klas overdoen. Van der Sluis interviewde kinderen negen jaar na hun ongeval. Zij meenden dat zij net zo'n goed leven leid-

den als hun leeftijdgenoten, zelfs met een blijvende handicap. Bij zwaargewonde kinderen kan vaak na zo'n zes weken worden voorspeld hoe het verder herstel zal verlopen.

Ouderen sterven sneller na een zwaar ongeval dan jongeren. De ouderen die overleven, zijn echter net zo goed als jongeren in staat hun vroegere leven weer op te pakken. Een ouder iemand met een relatief lichte verwonding als een heupfractuur heeft kans daaraan te overlijden als hij of zij voor het ongeluk niet zo kwiek meer was. Niet de leeftijd of de ernst van het letsel is de beste voorspeller van herstel, maar de fysieke staat van de patiënt voordat deze de verwonding opliep. •

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, *hoofdredacteur*
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw. drs. W.G. Juffermans, *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
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Raad van Advies Medisch Contact

dr. C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr. R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
J.F.M. Bergen
H.J.A.M. van den Bergh
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners
Secretariaat
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
mw. U. Roschar-Pel
mr. W.P. Rijkse

Ontwerp & prepress:

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 209,50 (inclusief BTW); België Bfr. 3864,- (incl. BTW); buitenland f 340,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 82,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv
Planetenbaan 1, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon: 0346-577238
fax: 0346-577370
mw. A. van de Meent

Advertenties

- Elsevier bedrijfsinformatie bv
Planetenbaan 1, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon: 0346-577240
fax: 0346-577372
advertenties: J. W. Heus
- Verkoopnabewerking: mw. M. Nadorp
telefoon: 0346-577245
fax: 0346-577372
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie bestelt over de inhoud van het redactionele gedeelte. De Raad van Advies is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk verschuuldigd aan de Algemene 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 Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1998, KNMG



Lid Nederlandse organisatie van
Tijschrift-Uitgevers (NOTU)
ISSN 0025-8245

BRIEVEN

Plaatsing van een bijdrage in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de erin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Probeer de omvang van uw ingezonden brief te beperken tot 300 woorden.

Leeftijdscriminatie

IN HET ARTIKEL 'Cholesterolverlaging als testcase voor macro-economische keuzes in de gezondheidszorg' (MC nr. 50/1997, blz. 1573) bespreekt collega Van Everdingen de herziene CBO-consensusrichtlijn Cholesterol. De werkgroep die de consensusrichtlijn heeft opgesteld, hanteert levensverwachting en bijkomende ziekten als bepalende factoren bij de keuze welke personen wel of niet voor behandeling in aanmerking komen. Deze factoren zijn begrijpelijk en ze zijn toepasbaar op alle personen, ongeacht de leeftijd.

De werkgroep stelt vervolgens, dat mannen ouder dan 70 jaar en vrouwen ouder dan 75 jaar niet voor behandeling in aanmerking komen, aangezien hun levensverwachting korter is dan 5-10 jaar. Naar onze mening is deze redenering onjuist. Een groot aantal personen zou op grond van enkel en alleen een dubieus gekozen leeftijdsgrens van behandeling worden uitgesloten. Wanneer deze leeftijdscriminatie in 1992 in Nederland zou zijn toegepast, zouden bij een gekozen levensverwachting van vijf jaar 645.000 mensen ten onrechte van een eventuele behandeling zijn uitgesloten, omdat zij in 1997 nog in leven zijn. Bij een gekozen levensverwachting van tien jaar zou het 250.000 ouderen betreffen. Op het ogenblik is de *gemiddelde* levensverwachting van een man die 70 jaar oud is 11 jaar en van een vrouw die 75 jaar oud is 10 jaar. Bij keuzen in de zorg is het slechts aanvaardbaar de levensverwachting als factor mee te laten wegen om al dan niet een behandeling in te stellen, als deze wordt bepaald door ziekten. Dat betekent dat wanneer de keus van zorg louter wordt bepaald door de leeftijd, zonder dat de gezondheid van een individu daarbij wordt betrokken, ouderen ten onrechte van behandeling worden uitgesloten. •

Utrecht, december 1997
P.A.F. Jansen, *klinisch geriater,*
klinisch farmacoloog
S.A. Duursma, *klinisch geriater,*
hoogleraar
afdeling Geriatrie, Academisch
Ziekenhuis Utrecht

Selecteren van een nieuwe maat is maatwerk

IN HET PROCES van het uitzoeken van een nieuwe maat binnen een maatschap (MC nr. 48/1997, blz. 1524) is het ook van wezenlijk belang de huidige cultuur en de gewenste cultuur van het ziekenhuis erbij te betrekken. Hierbij is het mede van belang te bedenken wat de regionale adherente bevolking nu voor een beeld heeft van het ziekenhuis en wat dit in de toekomst zou moeten zijn. De specialisten bepalen in zeer belangrijke mate ook het gezicht van het ziekenhuis naar buiten toe.

Bovendien is het van belang te beseffen dat een ziekenhuis niet alleen staat in de gezondheidsregio, maar veel te maken heeft met andere instellingen, zoals verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingshuizen. Nu zoekt de medische staf regelmatig contact met de huisartsen in de regio, die immers in belangrijke mate de verwijzingen bepalen. In de komende tijd met de toenemende vergrijzing is het ook veel meer van belang de contacten met de instellingen in het ouderenzorgcircuit te verbeteren.

Ik pleit er dan ook voor dat de toekomstige medisch specialist veel meer dan tot nu toe gerichte ervaring met oudere patiënten moet hebben en bereid is ook als consulent in het verpleeghuis te werken. Omgekeerd zal de medische staf van het ziekenhuis minder moeten worden geïsoleerd en zich meer moeten openstellen voor intercollegiale invloeden van buitenaf, zodat de medische zorg voor de oudere patiënt binnen en buiten het ziekenhuis vloeiender kan verlopen en meer als een continuïteit kan worden ervaren.

De consulterende specialist extramuraal heeft een belangrijke toekomst en in het verleden is mij ook persoonlijk gebleken dat deze vorm zeer gunstige effecten heeft, zeker voor de oudere patiënt. •

Hillegom, december 1997

R. Kamerling,
verpleeghuisarts

Rechtzetting

Twee aanvullingen op het Kerstnummer:

- De bronvermelding bij de foto op de omslag van MC 51/52 was niet volledig. Bron: Medische Foto & Illustratiedienst (MFI) AMC.
- Het artikel 'Grenzen aan fertiliteitsbehandelingen; men vraagt en wij draaien?' (blz. 1624-5) van mw. dr. D.D.M. Braat was de bewerking van een voordracht op het laatste KNMG-congres.

Transmuraal verkeer(d)

TIEN DAGEN geleden kwam hij thuis. Op een warme en winderige dag in januari. Vijftig jaar en bijna nooit een dokter gezien, totdat hij begin november werd ingestuurd met snel verergerende hoofdpijnaanvallen. De polikliniek werd spoedig verruild voor de kliniek. Alleen dexamethason in ruime dosering was nog in staat zijn hoofdpijn te doven. Tijdelijk dan. Daarna werden de ruimte-innemende processen binnen zijn schedel geattaqueerd door de radiotherapeut. Ook tijdelijk, werd hem verteld. De dexamethason had inmiddels de te verwachten diabetes mellitus veroorzaakt en zijn glucosespiegel liet zich slechts moeizaam tussen de hypo's en hypers manoeuvreren. De in consult geroepen internist had er de insulinepomp voor nodig.

Volledig op de hoogte van zijn infauste prognose had hij het begin januari in het ziekenhuis wel gezien. 'Ze konden toch niets voor mij doen en ik wilde gewoon snel naar huis', legde hij mij later uit. De daad bij het woord voegend werd op de afdeling het ontslag voortvarend geregeld. Vraaggestuurde zorg in optima forma. De dag vóór zijn vertrek nam de behandelend neuroloog telefonisch contact op met mijn plaatsvervangster. Een afbouwschema voor de dexamethason werd gemeld, naast gegevens over de recente informatie aan de patiënt, diens partner en hun reactie daarop. De 'suiker' was door de internist allemaal geregeld. Een transferverpleegkundige had de rest, zoals het gebruikelijke hoog-laagbed en de po-stoel, voor haar rekening genomen. Tijdens een druk middagspreekuur antwoord je als huisarts na deze informatie al gauw met een: 'Bedankt voor de inlichtingen collega en laat maar komen.' Voor zover je in dit stadium daar nog enige invloed op zou kunnen hebben.

De volgende middag kwam er een paniektelefoontje: echtgenote en wijkverpleegster vroegen zich af hoe ze in

hemelsnaam vier keer per dag glucose moesten meten en insuline moesten spuiten. En hoeveel? En of de huisarts dat niet even kon doen. De zuster had namelijk nog geen door de arts ondertekend uitvoeringsbesluit en volgens het ziekenhuis moest het beslist zo. Het acuut terugsturen van zo'n onvoldoende overgedragen patiënt naar het ziekenhuis is een verleidelijke optie. Maar niet voor de patiënt. Dus een navisite. De normale planning was morgen. Weg andere plannen.

In zijn bovenhuis en vanuit zijn hoog-laagbed werd ik bezorgd welkom geheten. Het dikke zorgdossier bleek door de transferverpleegkundige al tot op de zorgminuut voorgeprogrammeerd te zijn ingevuld. De informatie over zijn diabetes ging niet verder dan de niet-nuchtere glucosewaarde van die ochtend op het verpleegkundig overdrachtsformulier - het voor

Ben V.M. Crul

huisartsen meest actuele en waardevolle formulier na ontslag uit het ziekenhuis. Slechts met telefonische hulp van een bereidwillige verpleegster van zijn ex-afdeling, die met veel moeite zijn in de computer reeds afgezonderde gegevens kon achterhalen, kreeg ik de noodzakelijke medische informatie: sterk wisselende glucose- en insulinewaardes de afgelopen dagen en pas twee dagen van de insulinepomp af. Geen wonder dus dat er om frequente controles was gevraagd. Mijn meegebrachte glucosemeterje wees richting hypo. Anderhalf uur later en met achterlating van schema's, uitvoeringsbesluiten, aanvragen voor meters en recepten voor verpleegartikelen kon ik (buiten) mopperend huiswaarts.

Herkenbaar? Voor de meeste huisartsen wel. Maar ook voor specialisten die met onvoldoende informatie aan de slag moeten met door huisartsen ingestuurde patiënten. Frustrerend en tijdrovend ook,

voor iedereen. Geen zorg op maat. Of dat in Maastricht nu beter gaat, kunt u in dit nummer lezen. Het transmuraal bruikbare elektronisch medisch dossier bestaat daar echter ook nog niet. Voor mij blijft het belangrijkste aandachtspunt dat men zich als arts verplaatst in de rol van die andere collega. Een medische as die ondanks alle transfer- en andere verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden haar verantwoordelijkheden blijft houden en daar de tijd voor kan nemen. Zou ik in de schoenen van mijn collega in het ziekenhuis of thuis met de door mij geleverde informatie verantwoord medisch verder kunnen? Daar heb je geen duimdikke beleidsnotities voor nodig. Wél een vermogen je te verplaatsen en een consequent faciliterend beleid.

Hoe dat beleid er na de verkiezingen zou moeten uitzien heeft de KNMG reeds in augustus in vijftien stellingen uit de doeken gedaan. Als geheugensteuntje voor de politiek. Naar haar mening moet de overheid zich de komende vier jaar, duur gezegd, vooral richten op het creëren van randvoorwaarden die de relatie arts-patiënt/cliënt optimaal faciliteren. Randvoorwaarden die zowel van maatschappelijke, organisatorische, kwalitatieve en financiële als van juridische aard moeten zijn. Belangrijk uitgangspunten daarbij zijn de professionele verantwoordelijkheid van de arts, een op de patiënt/cliënt georiënteerde zorgverlening en een kwalitatief goede en toegankelijke zorg. De kernpunten werden al eerder samengevat in vijftien stellingen.¹ Vanaf dit nummer gaan onze journalisten er in de rubriek 'Verkiezingskoorts' wekelijks de boer mee op. U bent gewaarschuwd. Ook in uw mogelijke rol als geïnterviewde. •

Referentie:

1. Medisch Contact 1997; 52 (31/32): 985-7.

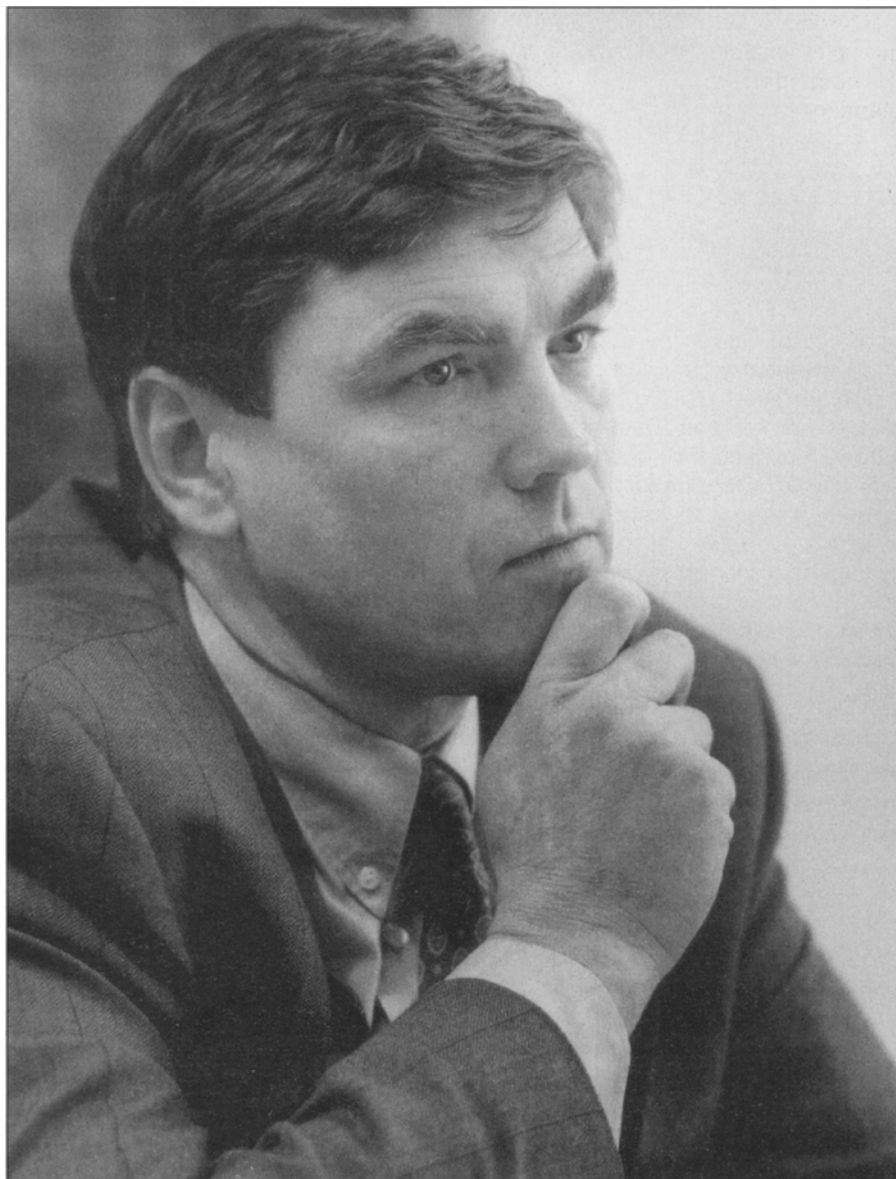


Foto: Fotobureau 't Sticht

'Wie niet communiceert is dood.' Een uitspraak die niet zou misstaan bij een transplantatiecoördinator, al zullen de criteria voor orgaanuitname iets stringenter liggen. Ook een uitspraak voor een praktiserend arts. Zeker een moderne uitspraak voor een beësculaapte manager in de farmaceutische industrie of de zorgverzekeringswereld. Maar bovenal een uitspraak voor een voorzitter van een vakbeweging van artsen, al noemt hij die zelf liever een werknemersorganisatie. Hij vervult of vervulde al deze rollen: Aginus Kalis, 44 jaar, en per 1 januari het nieuwe boegbeeld van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. In alle stilte trad hij aan en volgde na vijf jaar Gerard Tanke op; die werd directeur van de Nederlandse Zorgfederatie.

K ON ER GEEN symposiumje of receptie af bij de LAD? Stof genoeg nu jouw voorganger ook nog 'aan de andere kant van de tafel is gaan werken'. 'Dat is niet des LAD's. Ik wil mijn voorgan-

ger natuurlijk hartelijk danken voor zijn inzet, maar wij zijn primair gericht op dienstverlening en willen daarbij voorzichtig en kostenbewust te werk gaan. En wat mijn voorganger betreft: hij wordt inderdaad

Nieuwe LAD-voorzitter
A.A.W. Kalis:

'We zijn altijd pleitbezorgers geweest voor een professioneel statuut'

Ben V.M. Crul

vertegenwoordiger van de werkgevers in de gezondheidszorg en krijgt als zodanig andere belangen te verdedigen. Maar het wisselen van petten is ook in de gezondheidszorg niet ongewoon en heeft vaak een verfrissende uitwerking.'

Dat dienstverband speelt een cruciale rol bij de LAD. Is het een ander type arts, die dienstverbander?

'Nee, zeker niet. Ik werk zelf mijn hele artsenleven al in dienstverband en het bevalt mij prima. Het zijn artsen die dezelfde kwaliteit leveren als hun vrijevestigde collega's. Kijk naar de academische ziekenhuizen. Je kan toch niet beweren dat daar mindere dokters werkzaam zijn? Zij verrichten hoogstaand werk. Zo ook de verzekeringsgeneeskundigen. Maar de buitenwereld heeft soms wel het beeld van een soort 'tweederangs dokters'. Als bewijs toont hij een knipsel uit de, in oplage, grootste krant van Nederland. Zijn geïnterviewde collega-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten, Floris Sanders, grijnst ons daarop per foto toe. 'Terwijl ik het in zijn interview nergens tegenkom, bevestigt de koppenmaker van deze krant wel de beeldvorming door zogenaamd te citeren: "Patiënt grote verliezer met arts in loondienst." Dat is grote onzin en ik weet dat Floris Sanders dat ook vindt. De positieve kanten van het dienstverband zou ik meer willen belichten.'

En de angst voor directies van ziekenhuizen, arbodiensten en kruisverenigin- **■**

gen. Dat zij wel even zullen uitmaken hoe hun artsen moeten handelen?

'Dat moet je wel nuanceren, maar in de gelukkig weinig voorkomende gevallen, ja. Daarom is het zo belangrijk dat er een professioneel statuut is of komt, als onderdeel van de arbeidsovereenkomst. Daar is de LAD altijd een warm pleitbezorger voor geweest. Als dokters door hun werkgever in het nauw worden gedreven, kunnen zij zich hieraan vasthouden. Zo hebben wij in de CAO-onderhandelingen met de Vereniging van Academische Ziekenhuizen hier onenigheid over. Zij vinden het onbespreekbaar, wij hangen eraan.'

Al pratend neemt hij MC 1/1998 voor zich. Wijzend naar een geel gemarkeerd interview met minister Borst gaat hij verder: 'Wat betreft de voor de werknemer beschermende professionele houding van de arbo-artsen, die zij als positief aanhaalt, ben ik het met haar eens. Die professionaliteit is recent verankerd in een professioneel statuut waaraan de LAD heeft bijgedragen. Eerder in het interview zegt Borst dat ze lid is van de LVSG en de KNMG, maar volgens mij ook van de LAD.'

De Orde en de LAD trekken ook samen ten strijde, of is dat geen echte strijd?

'Als je daarmee bedoelt onze gezamenlijke afkeurende reactie op de Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), dan klopt dat. En strijd, ach, het is in onze ogen een onderhandelingstechnische zet. De NVZ snapt ook wel dat we nooit met minder genoegen zullen nemen dan we voor de kinderartsen hebben afgesproken. Dat is niet te verkopen aan onze achterban. Maar we hebben goede hoop dat we eruit komen en zijn benieuwd naar de uitleg die ze ons op 4 februari komen geven. Officieel is de regeling ons namelijk nog niet aangeboden.'

Toch blijft het in mijn ogen een beetje dubbel: de Orde heeft een Kamer Dienstverband, terwijl jullie, vallend onder dezelfde federatieve KNMG-paraplu, deze groep ook vertegenwoordigen.

'Het onderscheid zit hem in een functionele dan wel materiële belangenbehartiging. Met een goede taakafbakening hoeft er geen onderlinge concurrentie te zijn. Daarbij is de LAD binnen de federatie als grootste werknemersorganisatie voor artsen als enige erkend om deel te nemen aan CAO-onderhandelingen en besprekingen over rechtspositieregelingen. Van arbodiensten tot gezondheidscentra en van ziekenhuizen tot de sportsector. Niet elke arts in dienstverband beseft dat we ook voor hem of haar inten-

sief bezig zijn. Dat gaat niet vanzelf. Zo heeft de totstandkoming van de regeling voor kinderartsen behalve de twee jaar ook letterlijk veel gekost. En dat betalen de leden dus voor de niet-leden, de 60% voor die andere 40%. Ik bedoel maar.'

De LAD bestaat dit jaar 50 jaar. Gaan jullie wat doen in de richting van de potentiële achterban?

'Onze achterban bestaat ruwweg uit twee delen: de groep die altijd lid was en blijft, en de groep die maar heel tijdelijk lid is, bijvoorbeeld artsen in opleiding die zich daarna zelfstandig vestigen, maar ook degenen die afhaken omdat ze met onze hulp hebben geregeld wat ze wilden regelen. Onlangs hebben we in het Centraal Bestuur besloten ons nog meer op ledenwerving en ledenbehoud te richten. We gaan 'het land in', de leden opzoeken voor hoor en wederhoor, maar we gaan ook themagesprekken organiseren.'

Waarover?

'Over onderwerpen waarvan de titels en de daaruit gedestilleerde thema's onze achterban en haar dilemma's al verraden. Onder het thema 'De emancipatie van het dienstverband' wordt de overgang van de vrije vestiging naar het dienstverband besproken. De vraag of vrouwen het beroep veranderen, wordt toegespitst op de specifieke barrières voor vrouwelijke artsen. Onder 'Wat heeft de co-assistent te kiezen?' komen de rechten en plichten van co's (zie Veldwerk, BC) naar voren. Of de CAO een keurslijf is, wordt behandeld naar aanleiding van het flexibiliseren van het dienstverband, en de vraag 'Maakt de manager-arts vuile handen?' wordt toegespitst op de vraag of er een discrepantie is tussen financiële mogelijkheden en de kwaliteit van zorg. Als laatste het actuele thema 'Is een carrière het enige dat telt?', met de nadruk op het carrièreperspectief van agio en agnio.'

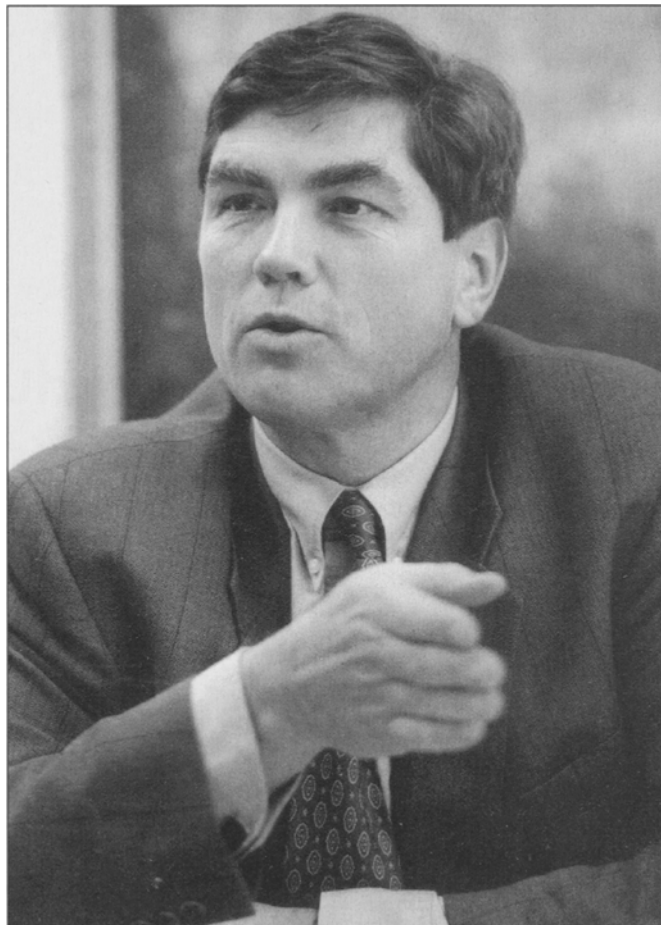


Foto: Fotobureau 't Sticht

Ik wil jullie feest niet verstoren, maar wat moet ik met de woorden van de directeur van de LHV, Christiaan Laffr e, in het liber amicorum ter gelegenheid van het afscheid van Theo van Berkestijn? Hij schrijft: "En dan kom ik nu te spreken over de plaats van de LAD in de KNMG-federatie. Ik doe dat met de nodige schroom. Door haar aard kan de LAD niet op één lijn gezet worden met de drie andere federatiepartners. Zij is geen beroepsvereniging, maar een vakbond. Pratend over een toekomst met mogelijk steeds meer dienstverbanders, moet je nadenken over de positie van de LAD. De vereniging ontpopt zich vanuit haar taakopvatting de ene keer als partner en de andere keer als tegenstander. De vraag is nu: hoe moet deze belangenbehartigende functie invulling krijgen zonder de eenheid binnen de federatie onder druk te zetten? (...) Zou de individuele belangenbehartiging van de LAD niet beter ondergebracht kunnen worden bij de KNMG, terwijl de collectieve belangenbehartiging elders wordt ondergebracht?"

Aginus Kalis, die deze passage voor het eerst hoort, reageert voor zijn doen ongevoel: 'Dan weet Laffr e niet waarover het gaat. Hoe het in de belangenbehartigingswereld toegaat. Je kan nu eenmaal niet   n de werkgeversbelangen   n de   

werknemersbelangen behartigen. Dus én de huisartsen én de huisartsen in opleiding (haio's) en de huisartsen in dienst van een huisarts (hidha's). Bovendien is dit een opvatting waarvan ik weet dat het bestuur van de LHV deze niet onderschrijft. We zullen elkaar trouwens over de maatschappelijke en sociaal-economische belangen van de huisartsen in dienst van een huisarts nog spreken. Toch is het naar mijn mening, na de strubbelingen rond onze bemoeienis met de haio's het vorig jaar, onderling goed gegaan. Statutair is onze taakafbakening nu eenmaal al vijftig jaar vastgelegd. En daar zullen we de komende vijftig jaar misschien niet op dezelfde manier, maar wel met dezelfde doelstelling, aan werken. Samen met onze federatiepartners, zeker niet alleen. Want al vissen we na de ontkoppeling soms in dezelfde vijver, we zouden verkeerd bezig zijn als we binnen de federatie tegen elkaar knokken om leden. Bij een goede taakafbakening moet er geen onderlinge concurrentie zijn. Ik wens dan ook iedereen een sterke toekomst. Daarbij hebben we een gezamenlijk belang om de artsen die nu aan de kant staan en wél mee profiteren, over te halen binnen hun representatieve vereniging(en) te komen meepraten. Solidair en actief.'

Over welke zaken zullen die leden zich met het bestuur de komende jaren moeten buigen?

'De problemen die de komende jaren om een antwoord vragen, hebben alles te maken met de toegenomen flexibilisering: het parttime werken, de parttime opleiding en de lossere contracten. Kijk naar het kruiswerk, dan zie je wat er gebeurt met het niet-CAO-gebonden werk. Dit heeft allemaal gevolgen voor de salariëring, maar ook voor de arbeidsvoorwaarden. Daarnaast zal de positie van de medisch specialist en diens eventuele overgang naar een dienstverband veel aandacht vergen. Door binnen de LAD veel kennis hierover te integreren, kunnen we onze leden op maat bijstaan.'

Voelt de nieuwe LAD-voorzitter zich als bestuurder aangesproken door Borsts kwalificatie van de klassieke bestuurder, die met een soort van conservatisme van huis uit in zijn krijtstreepjespak tegenover haar zit?

'Ik snap wat ze bedoelt en zie ook wel in dat we naar een verjongend imago toe moeten. Maar laten de jongeren zich dan ook aanmelden bijvoorbeeld als afgevaardigde en laten de ouderen hun daarbij een kans geven. Een streepjespak heb ik trouwens niet, maar ik ben wel bereid er een aan te schaffen om ook dat vooroordeel weg te nemen.'

M I J E E N Z O R G



Hulp bij de verwerking van verlies

TOEN WE de afgelopen zomer verwaaid in een haven aan de Waddenzee lagen, raakten we in gesprek met een vrouw die met haar dochter van twaalf over de kade aan het wandelen was. Al gauw praatten we over wat we zoal buiten de vakantie deden en mijn vrouw noemde haar onderzoeksonderwerp: de psychische verwerking door ouders van het verlies van een baby met een aangeboren afwijking. Abrupt viel het gesprek stil, tot de dochter haar moeder aanspoorde: 'Zeg nou maar dat jij het ook hebt meegemaakt, mam!' Haar moeder vertelde daarop dat zij na dertien jaar nog steeds aan haar verloren zoontje terugdacht, elke dag weer, en het verlies bij tijden ondraaglijk vond.

Onderzoek laat zien dat haar lange rouwperiode geen uitzondering is. Het gaat niet alleen om het verlies van een dierbare; wat het zo gecompliceerd maakt, is dat de ouders geen kans hebben gehad hun kind goed te leren kennen. Buitenstaanders hebben dikwijls weinig begrip voor de lange duur van de verwerking waarmee een dergelijk verlies gepaard gaat.

Toen de afdeling Kinderheeskunde van ons ziekenhuis voorstelde met ons een support-programma op te zetten om de ouders bij te staan in de eerste periode na het verlies, reageerde een aantal collegae van elders afwijzend op dit plan. De kritische opmerkingen varieerden van 'Vroeger was zo'n verlies eerder regel dan uitzondering' en 'Dit hoort nu eenmaal bij het leven' tot 'Zo medicaliseer je het menselijk bestaan'.

Deze reacties staan haaks op de houding tegenover de somatische aandoeningen welke de mensheid eeuwenlang op even natuurlijke wijze hebben geplaagd. Waar het binnen de geneeskunde vanzelfsprekend is de 'lichamelijke' pijn te verminderen, geldt dit slechts in beperkte mate voor de 'psychische' pijn. Volgens deze opvatting moeten wij ons op onze eigen mentale kracht boven ons verdriet uit leren werken. Toegestaan is daarbij gebruik te maken van onze natuurlijke hulpbronnen: de directe familie en goede vrienden. In geval van hoge nood bieden de huisarts en de Riagg nog enig soelaas. Meer hulp bieden is 'soft' en maakt de patiënt afhankelijk.

Het is jammer dat die mening nog vaak wordt gehoord. Want evenals sommige lichamelijke symptomen niet weggenomen maar wel verminderd kunnen worden, kunnen angst en verdriet ten gevolge van een ingrijpende gebeurtenis niet verholpen maar wel leefbaar worden gemaakt. Een ondersteuningsprogramma na de traumatische gebeurtenis waarbij een medisch deskundige naast het opnieuw bespreken van de medische informatie de patiënt ook de mogelijkheid biedt over emoties te praten, kan aan de verwerking een belangrijke bijdrage leveren. Ook dertien jaar na dato nog.

J. Passchier

Prof. dr. J. Passchier is hoofd van het instituut Medische Psychologie en Psychotherapie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Hij geeft de pen door aan: prof. dr. D. Tibboel, kinderarts-intensivist.

MAANDELIJKE DOORGEFFCOLUMN



Stelling KNMG:

‘Er moeten voldoende middelen worden vrijgemaakt voor normalisering van werktijden van artsen’

Mw. drs. J.H. Stegeman, voorzitter van het voormalig Emancipatieproject van de KNMG: ‘De instroom van jonge artsen heeft financiële gevolgen voor de zittende artsen. Wie gaat dat betalen? De ene groep specialisten, bijvoorbeeld de kinderartsen, kan dat niet zelf opbrengen. Dan moet de overheid bijspringen. Voor andere groepen, zoals die van de cardiochirurgen, ligt dat misschien anders. De stelling is dus te algemeen. Over de continuïteit van zorg ben ik laconiek: de samenleving en dus ook de patiënt wil dit. De logische consequentie is dat er per dag méér artsen aan zijn bed staan. De overdracht van patiënten is een organisatorisch probleem.’

Maurice van den Bosch, student en voorzitter van het KNMG-Studentenplatform: ‘Eerst moet worden bepaald wat een normale werkweek is. Meestal is dat 38 uur, maar als arts kom je eerder uit op 60 uur. Een simpel rekensommetje leert dat voor het terugbrengen van een werkweek van 60 naar 38 uur meer artsen nodig zijn. Daar is extra geld voor nodig. Het is essentieel om als artsenorganisatie in te spelen op de maatschappelijke ontwikkeling: de nieuwe generatie artsen, onder wie een toenemend aantal vrouwen, wil meer in deeltijd gaan werken. Bij dit alles moet de kwaliteit van de medische zorg gewaarborgd blijven: een chirurg moet niet om 6 uur zijn mes laten vallen omdat de werkdag erop zit. Nu moet actie worden ondernomen: geen mosterd na de maaltijd.’

Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA): ‘U luistert naar het antwoordapparaat van de VNVA. Het kantoor is tot en met 15 januari gesloten. Voor spoedgevallen ...’

A.A.W. Kalis, nieuwe voorzitter LAD: ‘Mijn primaire reactie is: vanzelfsprekend. Ik weet niet wat ik daar meer over moet zeggen. Uit onderzoek is gebleken dat de werkbelasting voor artsen bovenmatig hoog is. Dat wordt voornamelijk bepaald door de inspanning tijdens diensten. Deze werkdruk past niet in de ontwikkelingen,

De jongere artsengeneratie, waaronder een grote groep vrouwen, heeft behoefte aan een werkweek die vergelijkbaar is met die van andere beroepsgroepen. Ook willen in de toekomst meer artsen in deeltijd gaan werken. Bij het vaststellen van de capaciteit van de medische beroepsopleiding zal met deze wensen terdege rekening moeten worden gehouden.



Foto: Loek Zuyderduin

zoals de Europese wetgeving voor werktijden en de wensen van de jonge instromende artsen. Het terugdringen van de werktijden is ook in het belang van de patiënt.’

P.A.W. Edgar, arts, MBA, directeur Orde van Medisch Specialististen: ‘Dat is volkomen terecht. Die stelling en de toelichting zijn in overleg met ons ontwikkeld. Deze stelling vergt nu reeds actie, omdat het opleiden van medisch specialisten een

langdurige kwestie is. Een VWO-leerling is minimaal 12 jaar bezig voordat hij medisch specialist is, minimaal. Nu moet het aantal studenten geneeskunde worden verhoogd en ook het aantal assistenten in opleiding. Het is verbazingwekkend dat in het jaar dat in het ziekenhuis een 36-urige werkweek wordt ingevoerd, de normatieve werkweek voor medisch specialisten 52 uur is. Dat vinden wij volstrekt onterecht. Ook medisch specialisten moeten een werkweek hebben met normale werktijden; wij denken aan 40 uur.’

Dr. H.J. Scheider, directeur-generaal ministerie van VWS in Medisch Contact 48/1997: ‘Het ministerie van VWS acht zich medeverantwoordelijk voor voldoende gekwalificeerde artsen, waarbij het evenwicht tussen vraag en aanbod voorop staat. De instroom van eerstejaarsstudenten is toegenomen van 1.485 in 1993, via 1.686 in 1994 tot 1.750 in 1996. Volgens planning zal dit aantal in 1998 toenemen tot 1.875 studenten.’

De **secretaresse** van prof. dr. G.H. Blijham, opleider interne geneeskunde in het AZU: ‘Geldt dat ook voor secretaresses van artsen? Ik vraag of hij u terugbelt.’

Blijham: ‘Normalisering doet zo vakbondsachtig aan. Ik weet niet wat normaal is. Dat maakt iedereen maar voor zichzelf uit. Op basis van een uurloon kan iedereen voor zichzelf bepalen hoeveel hij werkt. Advocaten doen dat ook. Of dat duurder uitpakt? Ik denk het wel: de arbeidsproductiviteit van de gezamenlijke Nederlandse artsen is hoog in vergelijking met hun totale inkomen; als je dat per uur moet afrekenen ... Als de samenleving wil dat er meer artsen worden opgeleid, kan dat. Maar iedere deeltijdwerker heeft een fulltime opleiding nodig. Dat is dus een investering met een relatief laag rendement. Wie betaalt dat? Je kan het in het uurtarief versleutelen. Wordt deeltijdwerken minder interessant door. Voor mij is vier dagen per week de ondergrens: een mooi compromis tussen continuïteit van zorg, extra kosten en het belang voor de patiënt.’ •

Second opinion geregeld?

Ongewild negatieve effecten

P.E. Postmus

De recente 'Groningse' richtlijnen voor second opinion laten een paar aspecten onbelicht.

IN MEDISCH CONTACT nr. 48/1997, blz. 1509 beschrijft M.H. Conradi hoe een door RGZ Zorgverzekeraar financieel gesteunde werkgroep 'richtlijnen voor en door huisartsen, specialisten en patiënten in de provincie Groningen' heeft geformuleerd. Veertien duidelijke richtlijnen zijn de uitkomst. Al met al een zeer lovenswaardig initiatief met een helder resultaat. Helaas zijn veel onduidelijkheden over second opinions daarmee niet weggenomen.

Negatieve effecten voor academische ziekenhuizen

Wat betekent een second opinion voor een academisch ziekenhuis?

Veel second opinions worden uitgevoerd door specialisten in academische ziekenhuizen: begrijpelijk gezien de aanwezigheid van zeer specialistische kennis. Academische specialisten zijn daartoe vanzelfsprekend bereid, maar krijgen ook te maken met de negatieve aspecten voor hun afdelingen. Wat zijn deze negatieve aspecten?

Alle academische ziekenhuizen zijn gebudgetteerd, waarbij een van de parameters is: het aantal nieuwe patiënten op de polikliniek. Moet een second opinion worden beschouwd als een nieuwe patiënt voor het academisch ziekenhuis en daardoor meetellen in het met de ziektekostenverzekeraars en directie afgesproken aantal? Als dat gebeurt, en ik neem aan dat er in alle academische ziekenhuizen op deze manier wordt geteld, dan betekent dit dat bij veel van de nieuwe patiënten die volgens het afgesproken budget kunnen worden gezien, dit wordt gedaan door een betrekkelijk klein aantal topspecialisten. De consequentie van een second opinion binnen dit vaste budget is groot: een groot aantal nieuwe patiënten wordt niet door andere artsen en co-

assistenten gezien en zo onttrokken aan een belangrijke taak van de academische ziekenhuizen: de opleiding tot basisarts en medisch specialist. Bovendien wordt een andere belangrijke functie van een academisch ziekenhuis nadelig beïnvloed: er zijn minder nieuwe patiënten die kunnen participeren in klinisch-wetenschappelijk onderzoek.

Negatieve effecten voor (financiering van de) zorg

Wat betekent een second opinion voor de zorg en de financiering van de zorg?

Een second opinion zorgt voor toename van de wachttijden.

Het aantal nieuwe patiënten is gebudgetteerd, een second opinion telt (in de huidige systematiek) als een eerste consult in het ziekenhuis waar de second opinion wordt gegeven. De ultieme consequentie is, dat als elke patiënt een second opinion vraagt uiteindelijk slechts de helft van het aantal nieuwe patiënten kan worden gezien. Natuurlijk zal het nooit zo worden dat elke patiënt een second opinion vraagt, maar zelfs één procent heeft al grote effecten! Dit zal ongetwijfeld gevolgen hebben voor de wachttijden en de toegankelijkheid van spreekuren in vooral de academische ziekenhuizen.

Een second opinion is potentieel zeer winstgevend voor de verzekeraars.

Een second-opinionpatiënt is doorgaans al uitgebreid onderzocht en er zijn meestal weinig tot geen extra onderzoeken nodig om tot een gewogen oordeel over de problematiek van deze 'nieuwe' patiënt te komen. De consequentie daarvan is: weinig tot geen extra kosten en dus een relatief goedkoop consult voor een (in de huidige systematiek) nieuwe patiënt in vergelijking met een echte nieuwe patiënt!

De vraag moet worden gesteld waar dit financiële voordeel blijft. Komt het ergens ten goede aan de zorg of blijft het in de al ruim gevulde verzekeringskas zitten?

Een second opinion is te goedkoop.

De tijd die nodig is voor een second-opinionpatiënt is in verhouding tot die voor een 'gewone' nieuwe patiënt lang, zonder dat hier een overeenkomstige vergoeding voor arts en ziekenhuis tegenover staat die recht doet aan deze extra tijdsinvestering. In de huidige systematiek kan er zeer waarschijnlijk niet meer worden gedeclareerd dan het tarief van een eerste consult en dat moet dan ook nog binnen het afgesproken budget. Daarnaast is vaak revisie nodig van reeds verricht beeldvormend onderzoek en van histologisch en cytologisch materiaal. Hiervoor een nota sturen is schier onmogelijk door de huidige wijze van financiering van de zorg.

Conclusie

De hier beschreven problemen vragen om een nadere discussie tussen specialisten, ziektekostenverzekeraars, patiëntenorganisaties en beleidsmakers om alle ongewild negatieve aspecten van de, overigens om andere redenen zeer toe te juichen, second opinions weg te nemen. Het wordt hoog tijd dat ziektekostenverzekeraars duidelijkheid verschaffen over de budgettaire en financiële consequenties van de door hen zo sterk in reclamecampagnes gestimuleerde second opinions. Het doel kan toch niet alleen toename van hun winst zijn, ten koste van opleiding en onderzoek, en van de first-opinionpatiënt? •

prof. dr. P.E. Postmus,
longarts, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit,
voorzitter Kamer Academische Specialisten van de Orde van Medisch Specialist

Valse start voor specialistenregeling

Orde en LAD verontrust over de inhoud van de voorstellen

A.W.J.M. van Bolderen en H.J.T. Vermeulen

Op 26 november presenteerde de NVZ vereniging van ziekenhuizen de 'Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband' (RMSD). Een professioneel statuut maakt daarvan deel uit. De specialistenregeling is volgens de NVZ bedoeld als volwaardige mogelijkheid voor de medisch specialist om te kiezen tussen vrije vestiging of een dienstverband met een ziekenhuis. De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband en de Orde van Medisch Specialisten als vertegenwoordigers van de specialisten in Nederland zijn uiterst kritisch over de regeling, waarover niet met hen was overlegd.

DE ORDE en de LAD zijn zeer verontrust over de Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband; niet omdat de RMSD als integrale arbeidsvoorwaardenregeling voor de medisch specialist in dienstverband werd voorgesteld, maar vanwege de inhoud van de voorstellen. Het oordeel van de LAD en de Orde was klip en klaar: de regeling verwacht van de medisch specialist maximale flexibiliteit in ruil voor een minimale rechtspositie en rechtsbescherming. LAD en Orde eindigden een persbericht terzake met de boodschap dat de bereidheid bestaat om te onderhandelen over een integrale arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten, maar dat in die onderhandelingen wel veel moet worden rechtgezet. In deze bijdrage staan wij stil bij de samenhang tussen de positie van de medisch specialist als vrijgevestigd ondernemer en zijn collega in dienstverband, alsmede bij de noodzaak voor een goede rechtspositie die recht doet aan de gelijkwaardigheid van deze groepen.

Op weg naar beleid

Voorjaar 1997 presenteerde de NVZ de beleidsnota 'Op weg naar een arbeidsvoorwaardenmodel voor medisch specialisten in dienstverband'. In augustus werd hierover een symposium gehouden. Voordien was er vanuit specialistenkringen al gereageerd op de uitgangspunten van de NVZ in deze nota. Met name werd er forse kritiek geleverd op de positionering van de specialist in dienstverband ten opzichte van het management van het zie-

kenhuis. Dat werd de NVZ tijdens het symposium ook uitgebreid onder de aandacht gebracht.

De reactie van de bestuurlijk verantwoordelijken van de NVZ en ook van veel ziekenhuisdirecteuren in de gespreksgroepen leek geruststellend. Geen directie zou zich in het hoofd halen de specialisten, die binnen de ziekenhuisorganisatie zo'n belangrijke rol spelen, te knechten. Beharigenswaardige woorden, die nog eens werden bevestigd in het overigens moeizaam totstandgekomen en ook door de NVZ ondertekende *Convenant medisch-specialistische zorg*. Hierin wordt de relatie medisch specialist-ziekenhuis als volgt geformuleerd:

'Medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor het primaire proces, de directie voor de leiding en continuïteit van de complexe organisatie. Zij geven samen vorm aan het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Daartoe maken zij onderling contractuele afspraken over de inhoud en de wijze van totstandkoming van productieafspraken tussen hen beiden en daarbij behorende budgetten en honoreringsregelingen voor medisch specialisten. De afspraken over productie, budgetten en honorering volgen voor de korte termijn de systematiek van de huidige lokale initiatieven, maar worden zo snel mogelijk vervangen door een systeem van producttypering en een daarop aansluitend systeem van honorering op basis van tijdsbeslag van medisch specialisten. Tevens worden afspraken gemaakt over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan

het organisatie- en kwaliteitsbeleid, prioritering noodzakelijke zorg, informatievoorziening, etc. Ziekenhuizen en medische staven bevorderen met inachtneming van lokale omstandigheden en mogelijkheden de keuzevrijheid van medisch specialisten hun praktijk te voeren in een volwaardig vrij beroep dan wel in een volwaardig dienstverband.'

Gelijkwaardige positie vrijgevestigd specialist en specialist in dienstverband

Uit deze relatiebeschrijving kan worden vastgesteld dat medisch specialisten en de directie een rolverdeling hebben:

- De medisch specialisten zijn primair verantwoordelijk voor de patiëntenbehandeling en zijn daarin ook autonoom;
- De directie is verantwoordelijk voor de complexe ziekenhuisorganisatie en zorgt dat de continuïteit niet in gevaar komt.

Er is geen reden om de positie van de medisch specialist in dienstverband ten opzichte van de directie anders te formuleren dan hier is aangegeven, hetgeen moet worden vastgelegd in een professioneel statuut. In tegenstelling tot het professioneel statuut dat onlangs is overeengekomen voor de kinderartsen, voldoet het in de 'Regeling Medisch Specialisten in Dienstverband' voorgestelde professioneel statuut hieraan niet. Enige synchronisatie van de positie van medisch specialisten in dienstverband met die van specialisten vrije beroepsbeoefenaren is van vitaal belang voor het functioneren van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, nu ook de NVZ stelt dat de voorgestelde regeling niet beoogt alle medisch specialisten op korte termijn in dienstverband te doen instromen.

Alleen al de geïsoleerde benadering van de specialistenregeling ten opzichte van de uitgangspunten die ook in het al genoemde Convenant zijn geformuleerd, betekent dat het voorstel moet worden bijgesteld. Het is dan ook opmerkelijk dat de regeling, indachtig de discussies en uitlatingen in augustus, door de besloten ledenvergadering van de NVZ unaniem werd aanvaard. ■

Naast deze 'weeffout' in de uitgangsstelling, dat wil zeggen: de rolverdeling tussen medisch specialisten en directies, wordt ook ten aanzien van de rechtspositie een breuk geconstateerd met het nabije verleden.

Vereiste rechtspositie

Voor de specialisten die al in dienst zijn van particuliere instellingen is de CAO-Ziekenhuiswezen van toepassing. Deze CAO geeft in diverse uitvoeringsregelingen inhoud aan de rechtspositie en rechtsbescherming van werknemers. Ook de medisch specialisten in dienstverband achten deze in de CAO verankerde rechtsbescherming evident. De CAO geeft daarbij uiting aan maatschappelijke ontwikkelingen en is ook na vele jaren van bijstelling nog steeds een afgewogen geheel van rechten en plichten, ook voor de medisch specialist.

In het nabije verleden hebben LAD, Orde en NVZ al vaker geconstateerd dat er moet worden nagedacht over de posi-

noemde honoreringsregeling voor de kinderartsen tussen de NVK, in samenwerking met de LAD, en NVZ in 1997 tot stand. Deze kinderartsenregeling werd aan de kaderregeling getoetst en na goedkeuring ingevoerd.

Vanwege de lijn die was ingezet met de kinderartsenregeling en de daarin opgenomen hoofdlijnen, lag het in de verwachting dat de RMSD hierop zou voortborduren. Het tegendeel is echter waar.

Maximaal flexibel, minimaal recht

In z'n algemeenheid kan worden geconstateerd dat in de RMSD-regeling van medisch specialisten maximale flexibiliteit wordt verwacht tegen een minimale rechtspositie. De directie van de ziekenhuizen kan in persoon maar ook via het lijnmanagement, zonder dat overleg dient plaats te vinden, allerlei regelingen vaststellen en uitvoeren op het gebied van productie, beloning, beoordeling, continuïteit en waarneming. Op een aantal

salaris. Het binnen de sector gebruikelijke salaris voor medisch specialisten wordt met ruim 10% verlaagd, en zelfs met ruim 50% als dat wordt afgezet tegen uitbreiding van de werkweek tot 52 uur.

De salarissen kunnen vervolgens via toeslagen die veelal productiegerelateerd zijn, hoger worden. Hierbij kan de vraag worden gesteld hoe een dergelijke invalshoek valt te rijmen met de ook door de NVZ uitgesproken vooronderstelling dat een verrichtingsstelsel in de vrije-beroepsituatie de kosten in de zorg opjaagt, nu men in dienstverband een productiegerelateerde incentive inbouwt.

De verlaging van de salarissen staat ook haaks op constatering in het nabije verleden dat de salarisregeling in de CAO-Ziekenhuiswezen niet passend was en in elk geval niet uitnodigend is voor de vrijgevestigd medisch specialisten die een dienstverband overwegen. De ruimte die zich in de SOZ-regeling en in de kinderartsenregeling leek af te tekenen, is afwezig in de rigide en minimale RMSD-regeling. Genoemde toeslagen zijn zelfs geen onderdeel van de pensioengrondslag.

Arbeidsrechtelijk impliceert de voorgestelde regeling een toenemende invloed van de werkgever.

Conclusies

De RMSD-regeling zoals voorgesteld door de NVZ is een breuk met de tendens die tot voor kort kon rekenen op een breed draagvlak:

- een breuk ten opzichte van de positionering, zoals overeengekomen in het onlangs totstandgebrachte convenant;
- een breuk ten opzichte van de rechtspositie en rechtsbescherming, zoals ingezet door de kinderartsenregeling en de SOZ-regeling als vastgelegd door CAO-partijen, waarbij de LAD betrokken is;
- een breuk ten opzichte van de maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de omvang van de werkweek, seniorenregelingen en verlaging van het basissalaris.

De RMSD verenigt in haar huidige vorm de lasten van het vrije beroep met de nadelen van het dienstverband. Zo worden de onderhandelingen over een integrale regeling voor arbeidsvoorwaarden onnodig belast en worden zij voorzien van een valse start. •

mr. A.W.J.M. van Bolderen,
directeur Landelijke vereniging van Artsen
in Dienstverband

H.J.T. Vermeulen,
secretaris Kamer Dienstverband, Orde van
Medisch Specialist

De specialistenregeling verenigt in haar huidige vorm de lasten van het vrije beroep met de nadelen van het dienstverband

tionering van de medisch specialist in het ziekenhuis. Deze ontwikkeling kwam in een stroomversnelling door het rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg (commissie-Biesheuvel) en vervolgens het Platform Curatieve Zorg, waarin naast de overheid onder meer de LAD en de toenmalige LSV participeerden. Dit rapport ging in op de (toekomstige) positionering, het inkomensniveau en - in het verlengde - de rechtspositie van de medisch specialist.

Gerelateerd aan specifieke positie

Om aan deze ontwikkeling invulling te geven, ontwikkelde de LAD het *Model voor een dienstverband voor medisch specialisten 'buiten CAO'*. Op grond hiervan werden in de CAO-Ziekenhuiswezen mogelijkheden opgenomen om bepalingen van de CAO uit te sluiten, voorzover gerelateerd aan de specifieke positie van de medisch specialist. Ook werd een kaderregeling (de SOZ-regeling) ontworpen waaraan regelingen moeten voldoen die bepalingen willen uitzonderden van de CAO, inclusief salarisparagraaf. Mede in dit licht kwam ook de eerder ge-

punten gaat de regeling daarnaast volstrekt voorbij aan de in de CAO-Ziekenhuiswezen neergelegde en algemeen maatschappelijk aanvaarde afspraken:

- In de CAO-Ziekenhuiswezen wordt uitgegaan van een 36-urige werkweek; in de RMSD van een 52-urige werkweek.
- In de CAO-Ziekenhuiswezen gaat de seniorenregeling in op 55-jarige leeftijd; in de RMSD op 57,5-jarige leeftijd.
- In de CAO-Ziekenhuiswezen is er sprake van minimaal 24 dagen vakantie; in de RMSD: 20 dagen.
- Ten opzichte van de CAO-Ziekenhuiswezen worden de aanspraken inzake arbeidsongeschiktheid verlaagd.
- Ten opzichte van de CAO-Ziekenhuiswezen worden van de medisch specialist extra bijdragen verlangd in verband met herverezekering voor arbeidsongeschiktheid.

Deze, niet-limitatieve, opsomming van verslechteringen van de arbeidsvoorwaarden ten opzichte van de huidige gangbare CAO-regelingen moet ook worden geplaatst tegen de achtergrond van een verslechtering van de primaire arbeidsvoorwaarden: het zogeheten basis-

De Wet BIG

1 december 1997: mag iedereen nu alles?

J. Lucieer

Na het invoeren van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg is er, naast de dertien voorbehouden handelingen, nog een aantal activiteiten dat slechts door aangewezen beroepsbeoefenaren, met name artsen, mag worden verricht.

OP 1 DECEMBER 1997 is de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van kracht geworden en zijn er tegelijkertijd circa tien wetten die betrekking hebben op de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg, ingetrokken. Dit betrof onder meer de Wet op de uitoefening van de geneeskunst (WUG), waarin de uitoefening van de geneeskunst aan strenge wettelijke banden werd gelegd en waarin het anderen dan de door de wet daartoe bevoegd verklaarden (artsen en verloskundigen) verboden was zich op het terrein van de geneeskunst te begeven.

Onderwerp en doel van de BIG

Het doel van de Wet BIG is de kwaliteit van de zorg door individuele beroepsbeoefenaren te bevorderen en de patiënt bij de keuze van zijn behandelaar de mogelijkheid te bieden zich vooraf te vergewissen van de bevoegdheid van de beroepsbeoefenaar (titelbescherming) en zich zodoende te beschermen tegen ondeskundigheid en onzorgvuldig handelen van niet- of onvoldoende opgeleiden. De wetgever richt zich in de Wet BIG dan ook primair op de vraag wie op grond van zijn opleiding en ervaring bekwaam en daardoor bevoegd zijn tot de diverse handelingen in de gezondheidszorg, en heeft daartoe een stelsel van titelbescherming ontwikkeld en aangegeven op welk deskundigheidsgebied de diverse beroepsbeoefenaren wettelijk erkende deskundigen zijn. De wet kent daartoe een aantal globale regelingen. Deze regelingen zullen in de loop van de tijd verder worden aangevuld met uitvoeringsbesluiten, waarin bijvoorbeeld de opleidingseisen en de deskundigheidsgebieden van de verschillende categorieën beroepsbeoefenaren nader worden vastgesteld.

De regeling van beroepen

Omdat de overheid terughoudend wil zijn met wetgeving, regelt de Wet BIG alleen die beroepen waarvoor een wettelijke regeling van belang is en waartoe de burger zich zelfstandig kan richten. Dit betreft met name de beroepen die vallen onder de 'zware regeling': artsen, verpleegkundigen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen en psychothera-

Het uitgangspunt van de nieuwe wet is: iedereen mag vrijelijk geneeskundige handelingen verrichten

peuten. Op deze categorieën beroepsbeoefenaren wordt dan ook het tuchtrecht van kracht en zij kunnen door een uitspraak van het College van medisch toezicht in de bevoegdheid tot de uitoefening van het beroep worden beperkt, of dit recht kan hun door dit College worden ontnomen wegens lichamelijke of psychische ongeschiktheid.

De 'lichtere' regeling is onder meer van toepassing op het beroep van logopedist, diëtist, apothekersassistent, podotherapeut, en radiodiagnostisch en -therapeutisch laborant. Hun titel is wel beschermd en hun opleiding dient aan wettelijk geregelde eisen te voldoen, maar voor deze beroepsgroepen is geen tuchtrecht ingesteld noch een toetsing en

maatregel door het College van medisch toezicht mogelijk.

Naast de beroepsbeoefenaren die onder deze twee wettelijke regelingen vallen, zijn er in de gezondheidszorg veel beroepsbeoefenaren werkzaam van wie het beroep niet wettelijk geregeld is en die niet kunnen bogen op titelbescherming, bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, activiteitentherapeuten en verpleeghulpverleners. De Wet BIG is verder wel op hen van toepassing - zoals op elke burger - waar het betreft het verbod op het onbevoegd uitoefenen van voorbehouden handelingen en de strafbaarstelling van het veroorzaken van schade aan de gezondheid van de patiënt.

De voorbehouden handelingen

Vóór de invoering van de Wet BIG had de bevoegdheidsregeling zoals die wettelijk was geregeld, betrekking op *alle* geneeskundige handelingen, ongeacht de vraag of de handeling risicovol was of niet. Deze regeling had tot bezwaar dat zij onnodig streng was, onvoldoende werd nageleefd en dat zij gericht was op een te beperkt aantal beroepsbeoefenaren, waardoor de verlengde-armconstructie werd geïntroduceerd. Dit fenomeen heeft geleid tot veel onduidelijkheden en misverstanden rond vragen naar de persoonlijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Dit onderdeel van de wet bleek niet-handhaafbaar te zijn.

Het uitgangspunt van de nieuwe wet is volstrekt anders: iedereen mag vrijelijk geneeskundige handelingen verrichten. Een aantal handelingen wordt echter van dit principe uitgezonderd. Dit betreft de dertien handelingen die de Wet BIG heeft aangemerkt als 'voorbehouden handelingen', waarbij de patiënt onverantwoord grote risico's zou lopen als zij door niet-deskundigen zouden worden verricht. De wetgever heeft als voorbehouden handelingen aangemerkt:

- heilkundige handelingen;
- verloskundige handelingen;
- het verrichten van endoscopieën;
- het verrichten van catheterisaties; ■

- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het onder narcose brengen;
- het toepassen van ioniserende straling;
- electieve cardioversie;
- defibrillatie;
- het toepassen van elektroconvulsieve therapie;
- steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden;
- handelingen met menselijke geslachts-cellen en embryo's gericht op het anders dan op natuurlijke wijze totstandbrengen van een zwangerschap.

Voor deze dertien handelingen voorziet de Wet BIG in een bevoegdheidsregeling en bij overtreding van deze regeling is er sprake van een strafbaar feit.

Mag iedereen nu verder alles?

Op het eerste gezicht zou men nu kunnen denken dat iedere beroepsbeoefenaar bevoegd is om verder alle voorkomende geneeskundige handelingen te verrichten. Dit is echter niet het geval, aangezien de wetgever in speciële wetgeving nadere richtlijnen heeft gegeven betreffende de vraag welke discipline waartoe bevoegd is. Onderstaand volgen enkele voorbeelden (deze lijst is niet uitputtend).

De Wet BOPZ


In de Nota van Toelichting bij het Besluit bij de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) houdende regels omtrent middelen en maatregelen is expliciet bepaald dat de toepassing van middelen of maatregelen ter overbrugging van een noodsituatie behoort uit te gaan van de behandelend arts. Als deze afwezig is, beslist diens vervanger of tot toepassing moet worden overgegaan. Slechts indien een arts niet terstond aanwezig kan zijn om de vereiste beslissingen te nemen, is het verpleegkundig afdelingshoofd of diens vervanger de aangewezen persoon om die maatregelen te treffen die de noodsituaties beheersbaar maken. Op deze noodbevoegdheid vormt het geven van medicatie een uitzondering. Medicatie kan slechts worden gegeven op voorschrift van een arts.

Het is daarnaast zaak dat in alle gevallen waarin sprake is van een noodsituatie een arts zo snel mogelijk de verantwoordelijkheid voor de beslissing overneemt. Tevens bepaalt de wet dat de geneeskundige verklaring die gevoegd moet worden bij het verzoek op het verkrijgen van een voorlopige machtiging (art 5 Wet BOPZ),

moet zijn opgesteld door een psychiater of door de geneesheer-directeur (dan wel de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrische ziekenhuis) van het ziekenhuis waarin de betrokkene reeds verblijft.

Ook de last tot inbewaringstelling kan de burgemeester slechts afgeven nadat een psychiater (bij voorkeur een niet-behandelend psychiater) of een bij voorkeur niet-behandelend arts niet psychiater zijnde, een geneeskundige verklaring overeenkomstig de wettelijke voorschriften heeft overlegd.

De Wet op de lijkbezorging

In een recente wijziging van de Wet op de lijkbezorging (WLB) is het woord 'geneeskundige' vervangen door 'arts'. Daarmee is aangegeven dat men arts moet zijn om een lijk te schouwen teneinde een verklaring van overlijden vast te stellen. Expliciet is in deze wet zelfs aangegeven dat het de behandelend arts moet zijn. De wetgever gaat er namelijk van uit dat die de stervende heeft begeleid en de doodsoorzaak reeds kende, zodat hij zo goed mogelijk in staat is te beoordelen of de 

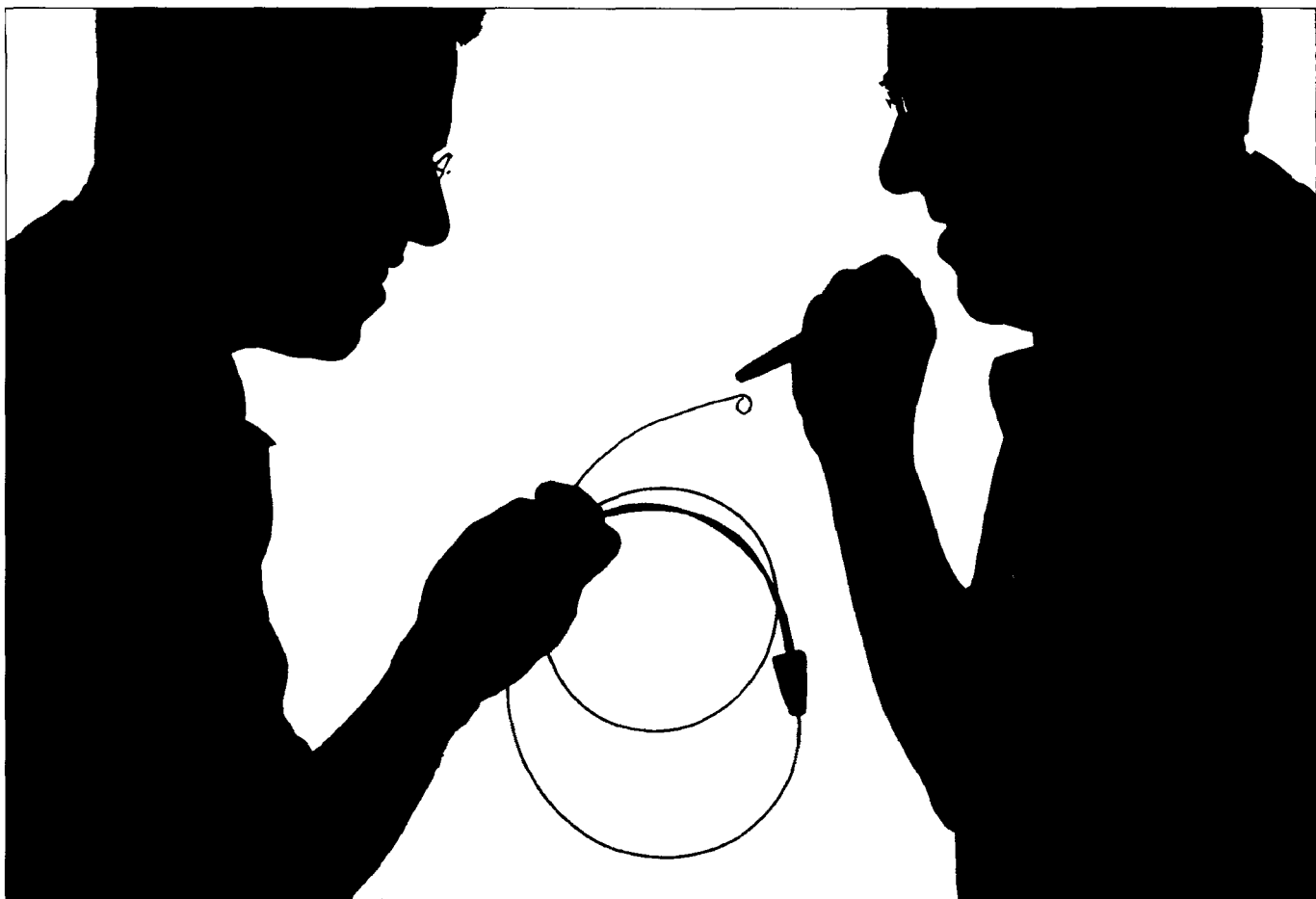


Foto: Loek Zuyderduin

doodsoorzaak een natuurlijke is. Elke andere arts die zich niet als 'behandelend' arts mag beschouwen, mag slechts de dood vaststellen. Hiertoe is echter elke burger bevoegd (zie ook MC nr. 42/1997, blz. 1318-21).

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn in het Wetboek van Strafrecht strafbaar gesteld. In goed overleg tussen de KNMG en het ministerie van Justitie zijn afspraken gemaakt over gedoogbeleid; daarbij zijn regels gesteld betreffende de meldingsprocedure en de beoordeling van deze handelingen op grond van een aan-

Een recept wordt in artikel 1 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) gedefinieerd als: "Een schriftelijke aanwijzing nopens de bereiding of de aflevering van een geneesmiddel, afgegeven door een geneeskundige, een tandarts of een verloskundige". De wet spreekt momenteel echter nog van 'geneeskundige', een term die niet aan titelbescherming onderhevig is. Wijziging van de terminologie in de zin van de Wet BIG, waarbij onder 'een geneeskundige' slechts een arts wordt verstaan, ligt in de rede. Voor de bereiding of aflevering van geneesmiddelen die onder het UR-regiem (uitsluitend recept) vallen, is een recept nodig. De UR-status wordt bij de registra-

rale toediening; er is dan sprake van een zodanig risico dat een voorschrift van een arts, tandarts of verloskundige vereist is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt zich nadrukkelijk op het standpunt dat andere beroepsbeoefenaren niet bevoegd zijn tot het voorschrijven van geneesmiddelen, ook niet tot het verstrekken van geneesmiddelen aan een patiënt uit een door de arts vastgestelde noodvoorraad (bijvoorbeeld de tas die de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen meekrijgen in de acute dienst van de Riagg's) zonder dat hier een voorschrift van een arts (op naam van de betreffende patiënt) aan ten grondslag ligt. Dit impliceert ook dat de arts de patiënt dient te kennen respectievelijk dient te hebben gezien alvorens hij tot het voorschrijven van geneesmiddelen overgaat. Het voorschrijven van geneesmiddelen op basis van informatie van andere disciplines (bijvoorbeeld tijdens papieren visites, of op geleide van telefonische mededelingen) is niet zonder risico en moet in het algemeen worden aangemerkt als een 'kunstfout'. Deze norm uit het tuchtrecht blijft voorslagnog onveranderd overeind en bij overtreding kan een tuchtaak volgen.

Het voorschrijven van geneesmiddelen op basis van informatie van andere disciplines is niet zonder risico en moet in het algemeen worden aangemerkt als een 'kunstfout'

tal zorgvuldigheidscriteria. Deze afspraken zijn vastgelegd in de wijziging van de Wet op de lijkbezorging van 2 december 1993, welke in 1994 in werking is getreden. Expliciet is toen vastgelegd dat vrijwaring van strafvervolgning in dergelijke hulpverleningssituaties slechts aan artsen kan zijn voorbehouden. Deze regeling is nu niet gewijzigd.

De Wet op de geneesmiddelenvoorziening

De vraag of anderen dan artsen, vroedvrouwen en tandartsen de bevoegdheid hebben om recepten uit te schrijven ten behoeve van hun patiënten wordt door de wetgever ondubbelzinnig beantwoord.

tie van het geneesmiddel door het College ter beoordeling van geneesmiddelen vastgesteld indien het geneesmiddel voldoet aan één van de volgende eisen:

- Ook bij normaal gebruik kan direct of indirect gevaar optreden wanneer het middel zonder medische begeleiding wordt gebruikt.
- Als het middel in ruime mate onder abnormale omstandigheden wordt gebruikt, kan de gezondheid direct of indirect in gevaar komen.
- Het middel bevat substanties of bereidingen die vanwege hun nieuwigheid nader moeten worden bestudeerd op hun werkzaamheid en/of bijwerkingen.
- Het middel is bestemd voor parente-

Tot slot

Beroepsbeoefenaren die zich willen gaan begeven op het terrein van handelingen waartoe zij tot op heden niet bevoegd noch bekwaam gehouden zijn, wordt op grond van bovenstaande voorbeelden dan ook aangeraden de gezondheidswetgeving te toetsen op dergelijke aanvullende regelgeving alvorens zij zich wagen aan handelingen waartoe zij tot op heden niet bevoegd noch bekwaam gehouden zijn. •

J. Lucieer,
psychiater, regionaal inspecteur voor de
Gezondheidszorg

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

Begeleiding

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

VAN EEN arbodienst ontving ik de volgende brief:

'Geachte Collega,
'In verband met de verzuimbegeleiding van Mevr. X, zou ik gaarne informatie betreffende haar medische voorgeschiedenis ontvangen.
'Een schriftelijke akkoordverklaring is bijgesloten.'

Mevrouw X heb ik al een jaar niet meer op spreekuur gezien en bij mijn weten (in een klein dorp is dat nog overzichtelijk) is zij niet ziek.

Geen wonder dat huisartsen niet zo gauw geneigd zijn op deze brieven te reageren. •

Ontwikkeling en implementatie van kosteneffectieve richtlijnen

Onderzoeksprogramma 'Bevordering Doelmatig Handelen' van start

A.F. Casparie c.s.

De bedoeling van het onderzoeksprogramma 'Bevordering Doelmatig Handelen' is, invulling te geven aan het landelijk kwaliteitsbeleid zoals dat op de Leidschendam-conferenties in 1990 en 1995 is afgesproken: het bevorderen van het doelmatig handelen. Onderzoekers en mensen uit de praktijk werken in dit programma nauw met elkaar samen. Het bevorderen van doelmatig handelen vindt zo plaats waar het thuis hoort: in het primaire proces in plaats van op macroniveau.

IN HAAR BRIEF aan de Tweede Kamer van 2 april 1997 over 'Medische Technology Assessment en doelmatigheid van zorg' heeft minister Borst een aantal maatregelen voorgesteld om de doelmatigheid in de zorg te bevorderen.¹ Centraal daarin staat de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen met een kosteneffectiviteitsonderdeel. Inmiddels zijn er als uitvloeisel van deze brief diverse projecten op dit terrein met subsidie van het ministerie van start gegaan. De meerwaarde van deze projecten ligt in de onderlinge samenhang. Ieder project richt zich op een bepaald onderdeel van het traject 'ontwikkeling en implementatie van richtlijnen', maar ook hier geldt dat het geheel meer is dan de som der delen. Het programma wordt uitgevoerd in nauwe samenhang met diverse beroepsorganisaties van artsen, verpleegkundigen en paramedici, en met de patiëntenorganisaties; de looptijd zal vier jaar zijn. In totaal gaat het om een bedrag van ongeveer f8 miljoen. Omdat het zo'n uitgebreid programma is waar veel organisaties bij zullen worden betrokken, wat naar verwachting belangrijke consequenties met zich zal meebrengen, leek het aangewezen om door middel van deze publicatie wat meer bekendheid te geven aan de doelstelling en de opzet van dit programma.

Richtlijnen en kwaliteitsbeleid

Richtlijnen nemen een belangrijke plaats in binnen het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Richtlijnen kunnen worden gedefinieerd als: systematisch ontwikkelde uitspraken die hulpverleners en patiënten moeten ondersteunen bij het

nemen van beslissingen over gepaste zorg in specifieke omstandigheden.² Richtlijnen zijn in deze betekenis, naast opleiding en nascholing, te beschouwen als belangrijke voorwaarden om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Daarnaast kunnen richtlijnen ook de basis vormen van criteria die worden gebruikt om de kwaliteit van de verleende zorg te toetsen en waar nodig te verbeteren.

Richtlijnen zijn geen nieuw fenomeen in de gezondheidszorg. Er is wel een ontwikkeling te herkennen in de wijze waarop zij worden opgesteld. Uitspraken van ervaren klinici, zoals die bijvoorbeeld in leerboeken kunnen worden gevonden, zijn in feite als richtlijnen avant la lettre te beschouwen. In Nederland werd in 1982 voor het eerst een formele methode gehanteerd om richtlijnen op te stellen: de consensusbijeenkomst volgens het CBO-model voor het medisch-specialistisch handelen. In 1987 volgden de huisartsen met de ontwikkeling van standaarden.³ Binnen deze methodische aanpak is een verschuiving waar te nemen van richtlijnen die in belangrijke mate op ervaring en mening waren gebaseerd (opinion-based), naar richtlijnen waarbij de wetenschappelijke bewijsvoering steeds belangrijker werd (evidence-based). In de afgelopen jaren is geleidelijk aan meer aandacht gekomen voor de bevordering van de doelmatigheid van de zorg door middel van richtlijnen. Als uitvloeisel daarvan dient dan bij het opstellen van richtlijnen een expliciete afweging plaats te vinden tussen de te bereiken effecten en de kosten die deze effecten met zich meebrengen: gesproken kan dan worden

van kosteneffectieve richtlijnen. Er is verschil tussen kosteneffectiviteit (analyse) van richtlijnen en richtlijnen voor kosteneffectieve zorg. In het eerste geval worden de te bereiken effecten tegen de gemaakte kosten afgezet: bij kosteneffectieve richtlijnen worden aanbevelingen tot interventies gedaan waarvan de kosten in een aanvaardbare verhouding staan tot de effecten. Het gaat er dus niet om bezuinigingen in de zorgverlening aan te brengen. De doelstelling is de gewenste medische effecten met een zo doelmatig mogelijk gebruik van de beschikbare middelen te bereiken. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen kosteneffectieve richtlijnen en beleidsaanbevelingen die voortvloeien uit medical technology assessment (MTA) van preventieve, diagnostische en therapeutische zorgvoor-

*... een verschuiving
van opinion-based
richtlijnen naar
evidence-based
richtlijnen ...*

zieningen waarvan een kosteneffectiviteitsanalyse onderdeel kan zijn. Met MTA worden beleidsbeslissingen genomen, bijvoorbeeld of een voorziening al dan niet in het ziekenfondspakket moet worden opgenomen, of dat een voorziening al dan niet in Nederland moet worden ingevoerd. Bij kosteneffectieve richtlijnen gaat het echter om ondersteuning in individuele situaties, waarbij de zorgverlener, evenals dat het geval is bij de huidige richtlijnen, kan afwijken van de uitspraken indien daar goede redenen voor zijn. In het berekenen van de kosteneffectiviteit van richtlijnen spelen methodieken uit de medical technology assessment uiteraard wel een rol.

Ondanks alle aandacht voor de bevordering van doelmatig handelen zijn er ook in de internationale literatuur nog wei- ■

nig voorbeelden van echte kosteneffectieve richtlijnen.⁴ In het consensusprogramma van het CBO zijn kosteneffectiviteitsanalyses verricht voor de richtlijnen voor screening en behandeling van diabetesche retinopathie en voor diagnostiek van longembolie.^{5,6} In de huidige herziening van de richtlijnen over behandeling van het cholesterolgehalte als risicofactor voor hart- en vaatziekten zal voor de eerste maal een formele kosteneffectiviteitsanalyse de basis vormen voor de richtlijnen met betrekking tot de indicatiestelling.

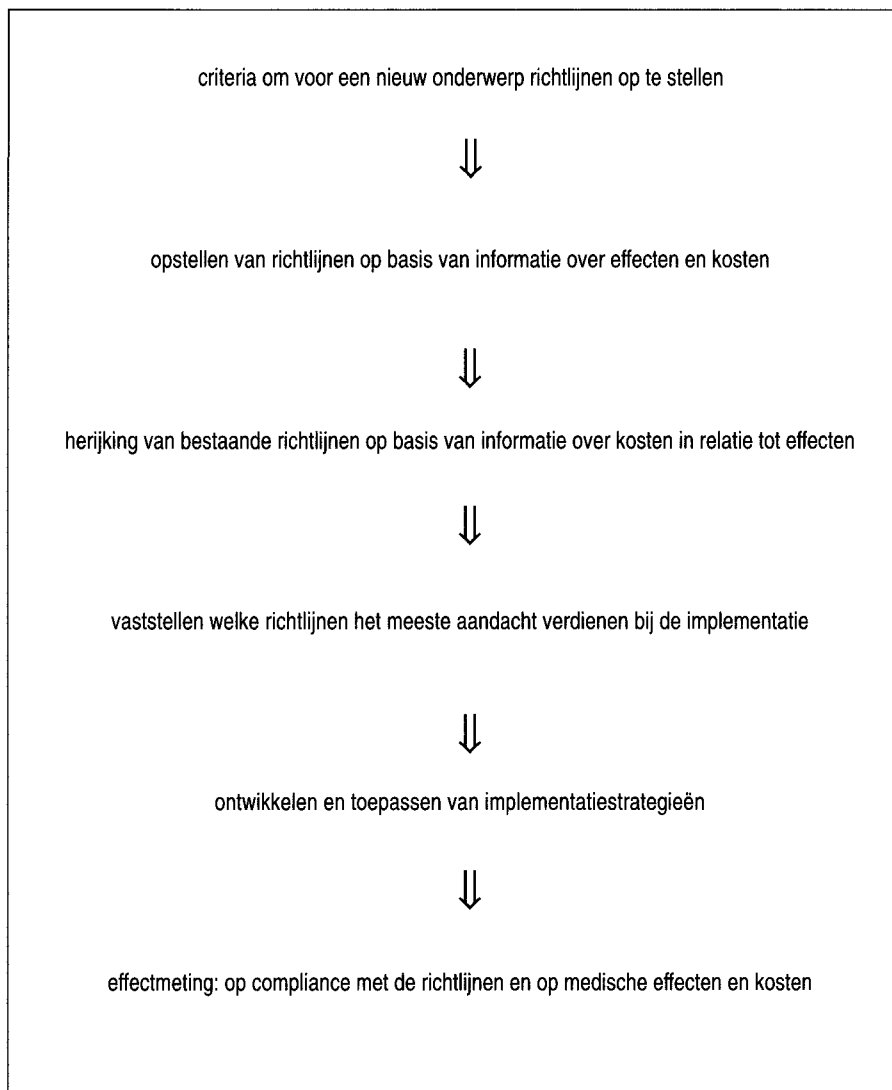
Doelstelling en opzet van het programma

In het programma gaat het om het opstellen en het invoeren van richtlijnen waarin op een expliciete wijze de effecten en de daarmee gepaard gaande kosten tegen elkaar worden afgewogen en met elkaar in overeenstemming moeten zijn. De doelstelling is niet bezuinigen, maar het bevorderen van een zo doelmatig mogelijk gebruik van de schaarse middelen. In feite wordt hiermee gevolg gegeven aan wat Mulder recent "de kanteling van Dunning" heeft genoemd.⁷ In de trechter van Dunning worden alle voorzieningen die op een van de filters blijven hangen, uit het basispakket verwijderd. Deze filtering bleek op macroniveau niet te werken. In plaats van het stellen van prioriteiten op macroniveau wordt het nu meer gezocht in maatregelen op microniveau: aanscherpen van het indicatiegebied en rekening houden met de kosten die in een aanvaardbare verhouding moeten staan met de te verwachten effecten.

Bij de keuze voor welke richtlijnen kosteneffectiviteitsanalyses zullen worden berekend, speelt natuurlijk de te verwachten 'winst' in termen van medische effecten en kosten een rol als hulpverleners volgens de nieuwe richtlijnen gaan werken in plaats van de gebruikelijke zorg te leveren. Bij deze keuze zullen in principe dezelfde criteria worden gehanteerd als bij het kiezen van onderwerpen voor consensusrichtlijnen en standaarden, waarbij het criterium dat de betreffende zorgverlening met veel kosten gepaard gaat, een aanvullende rol zal spelen. Als eerste onderwerpen zijn onder meer gekozen: CVA, diabetes mellitus, depressie, prostaathypertrofie en lage-rugklachten. Deze onderwerpen hebben betrekking op zowel de eerste als de tweede lijn en zijn interdisciplinair van aard.

In de afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor het bevorderen van het gebruik van richtlijnen. Het opstellen van richtlijnen is maar één stap, ze moeten ook worden opgevolgd. Het is duidelijk geworden dat het gebruik van richtlijnen in de dagelijkse praktijk niet vanzelf gaat: daar

Schema. De diverse stappen in het programma.



zijn krachtige interventiestrategieën voor nodig. Daarbij kan worden gedacht aan terugkoppeling van praktijkgegevens in relatie met de richtlijnen, bezoek van deskundigen en onderlinge bespreking. Vandaar dat in dit programma ook onderzoek zal plaatsvinden naar de effectiviteit van verschillende strategieën, met name wanneer het richtlijnen betreft waarin kosten een expliciete rol spelen.

In het *schema* wordt het conceptueel model van dit programma weergegeven. De kosteneffectiviteit kan worden berekend van richtlijnen die worden opgesteld; het kan echter ook gaan om het berekenen van de kosteneffectiviteit van reeds bestaande richtlijnen en deze richtlijnen op grond daarvan waar nodig aan te passen. In dat geval spreekt men van herijking van richtlijnen. Al tijdens het opstellen of het herijken zal rekening moeten worden gehouden met implementatiestrategieën om het gebruik van deze richtlijnen te bevorderen. Want juist die samenhang tussen opstellen en implementeren is van belang.

Immers, het heeft geen zin wetenschappelijk onderbouwde kosteneffectieve richtlijnen op te stellen indien bijvoorbeeld op voorhand al kan worden verwacht dat de huidige financieringsstructuur een drempel is om deze richtlijnen op te volgen. Bovendien brengen implementatiestrategieën ook kosten met zich mee en deze moeten in feite worden verdisconteerd in de kosteneffectiviteitsanalyse.

Deelnemende organisaties

In het programma werkt een aantal onderzoeksinstituten met elkaar samen die zich ieder op een bepaald onderdeel richten.

- Het CBO verzorgt het opstellen van de richtlijnen. Andere organisaties, zoals het NHG, het NPI en die van de paramedici zullen in dit onderdeel worden betrokken. Binnen het programma is er op een bepaald onderdeel, dat betrekking heeft op monodisciplinaire richtlijnen met inbreng van categoriale patiëntenorganisaties, samenwerking van het CBO met de Orde van Medisch Specialisten en de betref-

fende medisch-specialistische verenigingen.

- Het Cochrane Centrum in Amsterdam ondersteunt de zoekacties in de literatuur, indien mogelijk ook op het gebied van kosten.

- Het iMTA/iBMG voert de kosteneffectiviteitsanalyse uit en heeft de centrale regie van het project.

- De Rand Europe in Delft berekent via modellen welke richtlijnen de meeste aandacht verdienen bij de implementatie en wat de verwachte effecten zullen zijn en werkt daarbij samen met de Werkgroep onderzoek kwaliteit huisartsgeneeskunde (WOK), die onderzoek uitvoert naar de effectiviteit van diverse implementatiestrategieën. Zoals reeds aangegeven, zal in dit programma een beroep worden ge-

Het opstellen van richtlijnen is maar één stap, ze moeten ook worden opgevolgd

daan op diverse beroepsorganisaties van aanbieders en op patiëntenorganisaties om richtlijnen te ontwikkelen en deze te kunnen implementeren. Er is een begeleidingscommissie voor dit programma geformeerd onder voorzitterschap van prof. dr. J. Kievit, hoogleraar medische besiskunde aan de Universiteit Leiden, waarin zitting hebben vertegenwoordigers uit de kring van onder andere patiënten/consumentenorganisaties en paramedici.

Conclusie

Met dit programma wordt invulling gegeven aan het gezamenlijk landelijk kwaliteitsbeleid zoals dat op de Leidschen-dam-conferenties in 1990 en 1995 is afgesproken: bevordering van het doelmatig handelen. In het programma werken onderzoekers en mensen uit de praktijk (zorgverleners en patiënten) nauw met elkaar samen. Het bevorderen van doelmatig handelen vindt daarbij plaats waar het thuishoort: in het primaire proces in plaats van op macroniveau. In de afgelopen jaren zijn meer projecten gestart die vanuit het opstellen van richtlijnen de doelmatigheid van de zorg proberen te bevorderen. Een voorbeeld daarvan is het project 'Passende Medische Zorg' van de KNMG dat in samenwerking

met het Trimbos-instituut, het iMTA en het Instituut voor Gezondheidsethiek wordt uitgevoerd. Het zou wenselijk zijn dat op den duur tot één landelijk kaderprogramma zou worden gekomen waarin alle projecten met deze doelstelling zouden moeten worden opgenomen. Overleg daartoe onder leiding van de Raad van Gezondheidsonderzoek is gaande. •

A.F. Casparie,

Instituut voor Medical Technology Assessment/Instituut Beleid en Management, Gezondheidszorg (iMTA/iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam,

mede namens

J.J.E. van Everdingen,

Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), Utrecht

R.P.T.M. Grol,

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Universiteiten van Nijmegen en Maastricht

N.S. Klazinga,

Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), Utrecht

J. Kleijnen,

Dutch Cochrane Centre, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

M. van het Loo,

Rand Europe, European Centre for Policy Analysis, Delft

F.H.H. Rutten,

Instituut voor Medical Technology Assessment/Instituut Beleid en Management, Gezondheidszorg (iMTA/iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam

P.J. Theuvsenet,

Orde van Medisch Specialisten, Utrecht

Literatuur

1. Borst-Eilers E. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgangsrapportage Medische Technology Assessment (MTA) en doelmatigheid van zorg aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, 2 april 1997.
2. Field MJ, Lohr KN, eds. Institute of Medicine Clinical Practice Guidelines: Direction for a New Program. Washington DC: National Academy Press, 1990: 8.
3. Lombarts MJMH, Everdingen JJE van, Theuvsenet PJ, Casparie AF. Consensus over medisch-specialistische richtlijnen 1996. Utrecht: LSV/CBO.
4. Casparie AF. Cost Effectiveness of Health Care Guidelines. WHO-Report Meeting on Guidelines in Health Care Practice. Schloss Velen, Germany, 26-28 January 1997.
5. Crijns H, Casparie AF, Hendrikse F. Toekomstige behoefte aan oogzorg voor patiënten met diabetes mellitus, kosten en effectiviteit. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 1336-41.
6. Michel BC, Seerden RJ, Beek EJR van, Büller HR, Rutten FHH. Kosten van diagnostiek en behandeling wegens longembolie lager door toepassing van de consensusstrategie. Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 1864-8.
7. Mulder JH. Terug naar de zorg. Dunning gekanteld. Medisch Contact 1997; 52: 1219-20.

HULPVERLENING AAN ARTSEN

Landelijke contactpersonen

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

De Gelderse Roos, centrum voor Psychotherapie
Klumperweg 175, 6741 PH Luntenen,
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. 035-6923630

dr. J. Pols, psychiater
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

Transmurale zorg in de regio Maastricht

Van Diagnostisch Coördinerend naar Transmuraal & Diagnostisch Centrum

P. Pop en C. Spreeuwenberg

In 1994 verzocht de Raad van Bestuur van het academisch ziekenhuis Maastricht het aldaar functionerende Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC) de structurering en uitbouw van transmurale activiteiten op zich te nemen.

De primaire doelstelling van de hiertoe opgerichte Stuurgroep Transmurale Zorg is het stimuleren van en mee vormgeven aan (project)activiteiten op het gebied van de transmurale zorg, vooral betreffende de patiëntenzorg. De naam van het DCC werd in verband met deze ontwikkeling omgezet in Transmuraal & Diagnostisch Centrum (T&DC) Maastricht.

IN 1979 STARTTE op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in Maastricht in het ziekenhuis SintAnnadal het experiment 'Diagnostisch Centrum Maastricht' (DCM), met als doelstelling: kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg, bevordering van doelgericht en efficiënt gebruik van de diagnostische voorzieningen van het ziekenhuis door de huisarts, en verbeteren van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

Na een succesvol experiment vond op verzoek van de huisartsen continuering plaats in de vorm van de Stichting Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC). De zeggenschap van de huisarts in het beleid van het DCC wordt gegarandeerd door middel van vertegenwoordiging in bestuur en stafraad. Er vond uitbreiding plaats van doelstellingen (onderzoek en onderwijs) en activiteiten.

In 1994 verzocht de Raad van Bestuur van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) het DCC de structurering en uitbouw van transmurale activiteiten op zich te nemen. De primaire doelstelling van de Stuurgroep Transmurale Zorg (STZ) die vervolgens werd opgericht, is het stimuleren en mee vormgeven van (project)activiteiten op het gebied van de transmurale zorg, vooral betreffende de patiëntenzorg. Nieuw is dat een van de taken de onderbehandeling van het ziekenhuis/de medisch specialisten zijnde patiënten betreft. De naam van het DCC

werd in verband met deze ontwikkeling omgezet in Transmuraal & Diagnostisch Centrum (T&DC) Maastricht.

In dit artikel willen wij ingaan op de achtergronden en op basis van onze ervaringen enkele suggesties doen.

Doelstellingen

De achtergrond van de overgang van een centrum dat zich vooral richtte op het ondersteunen van de diagnostiek van de huisarts naar een centrum waarin tevens uitdrukkelijk aandacht wordt besteed aan transmurale zorg, was de door ons gevoelde noodzaak tot verandering van het zorgproces. Het probleem van de patiënt dient uitgangspunt te zijn voor de organisatie van de zorg en niet andersom. Er moet op worden gelet wanneer patiënten door de huisarts en wanneer ze door de specialist moeten worden behandeld en of de zorg ook kan worden geleverd door anderen, zoals een verpleegkundige.

Dit betekent dat er nieuwe zorgmodellen moeten worden ontwikkeld en dat daarmee via experimenten ervaring moet worden opgedaan.

Deze verandering heeft tot gevolg gehad dat de doelstellingen van het T&DC Maastricht op dit moment als volgt kunnen worden omschreven:

- het verzorgen en analyseren van door de huisartsen in het ziekenhuis aangevraagde diagnostische onderzoeken en consultatieve advisering, het opstellen van werkafspraken en protocollen;


- het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist;
- het bevorderen en mee uitvoeren van activiteiten gericht op de ontwikkeling van transmurale gezondheidszorg, alsmede het fungeren als centraal coördinatiepunt voor transmurale zorgactiviteiten;
- het stimuleren, initiëren en mee uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek gericht op vraagstellingen in de relatie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, alsmede transmurale zorg;
- het geven van onderwijs met behulp van gegevens die voortkomen uit analyses van diverse zorg- en onderzoeksactiviteiten van het T&DC.

Activiteiten

Uitgaande van genoemde doelstellingen en inspeliend op c.q. vormgevend aan veranderingen in de structuur en inhoud van de gezondheidszorg van de laatste jaren, verricht het T&DC een aantal innovatieve activiteiten.

Innovatie vergt (nieuwe) organisatie. Zo zal het ziekenhuis wanneer meer patiënten met vervroegd ontslag in de thuiszorg medisch worden behandeld, erop moeten toezien dat hierdoor vrijkomende plaatsen niet onterecht worden bezet door patiënten zonder strikte opname-indicatie. Een transferbureau dat toezicht houdt op ontslag en opname kan hierbij sturend optreden.

In werk- en projectgroepen, waarin huisarts, specialist, kruiswerk, regionale zorgverzekeraar en T&DC participeren, werd van gedachten gewisseld over deze thematiek. Men achtte het van belang dat nieuwe activiteiten in samenhang met elkaar worden ontwikkeld. Voor het volgende programma van te ontwikkelen activiteiten werd gekozen voor:

1. trainingen in technische vaardigheden van de huisarts met behulp van de specialist;
2. ter beschikking stellen van speciaal getrainde verpleegkundigen aan de huisarts;
3. de specialist in een meer consulterende rol voor de huisarts;
4. werkafspraken tussen huisarts en 

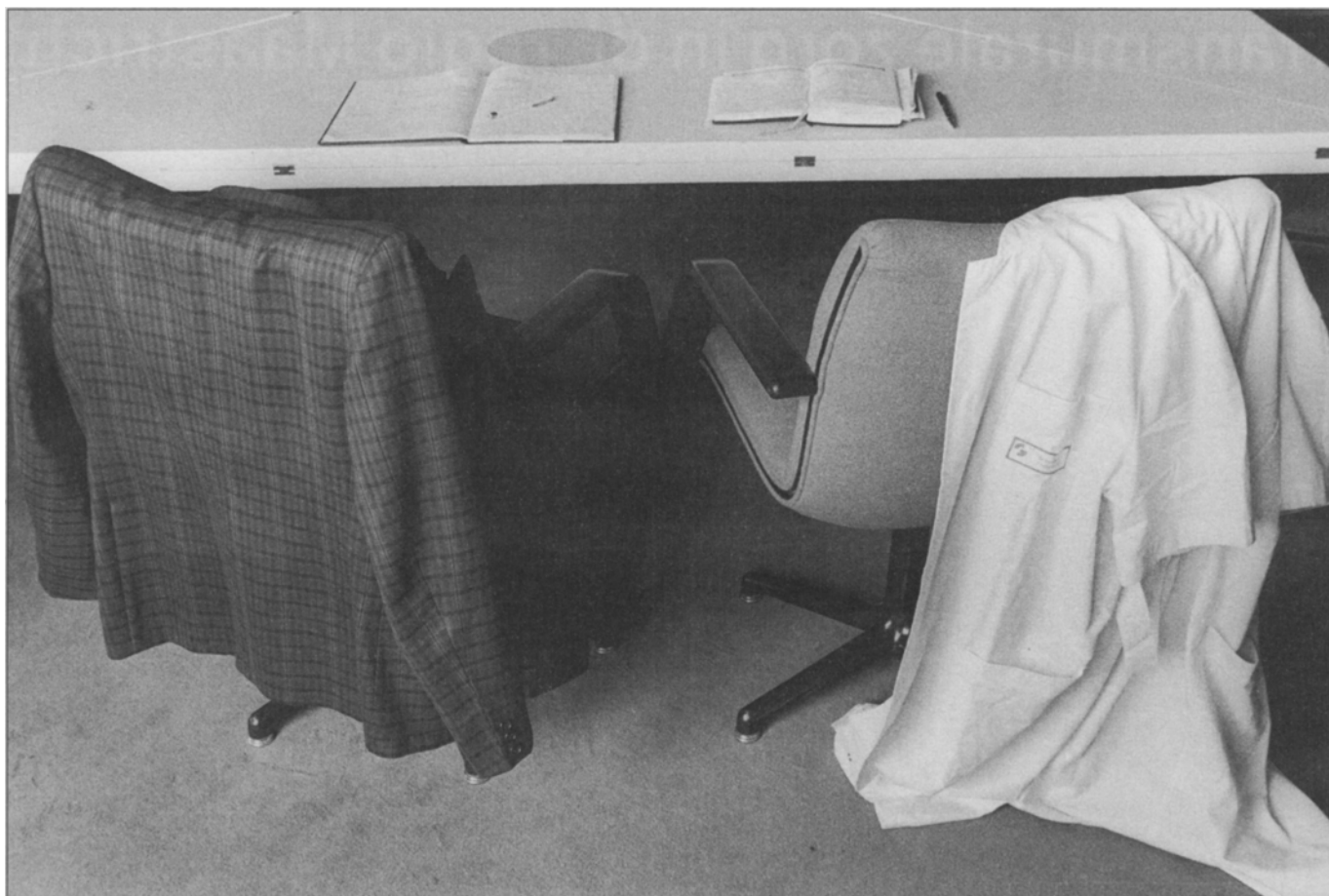


Foto: Loek Zuyderduin

specialist (organisatorisch en vakinhoudelijk);

5. computerprogrammatuur ter ondersteuning van de huisarts.

Wij zullen op ieder van deze activiteiten nader ingaan.

Technische vaardigheden huisarts


Tot de technische vaardigheden van de huisarts worden gerekend: enerzijds de vaardigheid om op rationele basis (via toepassing van principes van medische besliskunde) aanvullend diagnostisch onderzoek aan te vragen, anderzijds de vaardigheid in onderzoek van frequent in de huisartspraktijk voorkomende ziektebeelden (op het gebied van orthopedie, oogheelkunde, KNO-heelkunde, etc.). Om de diagnostiek te verbeteren vinden wij training in genoemde vaardigheden belangrijker dan het in de huisartspraktijk invoeren van technische apparatuur, waartoe een tendens lijkt te bestaan. In het ziekenhuis is deze apparatuur in meer geavanceerde vorm aanwezig, terwijl er tevens meer expertise is. De huisarts kan hiervan gebruikmaken. Sinds 1985 wordt aan de 86 huisartsen

van Maastricht en omstreken tweemaal per jaar persoonlijke feedback gegeven op hun diagnostisch aanvraagdgedrag via een gestructureerde rapportage. Deze feedback vindt telkens plaats over een periode van één maand en betreft chemisch/hematologisch/serologisch onderzoek, urine/faecesonderzoek, bacteriologisch onderzoek, ECG, beeldvormende diagnostiek (radiologisch onderzoek, echografie en endoscopie) en PA-onderzoek. De feedback vindt plaats aan de hand van - op een gestructureerd aanvraagformulier - vermelde gegevens over problemen en klachten van de patiënt, afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek, de diagnose of vraagstelling en de reden van aanvraag. Toetsing vindt plaats aan de hand van werkafspraken en principes van medische besliskunde. In dit kader geplaatste kanttekeningen worden telkens gemaakt over met naam en geboortedatum aangegeven patiënten. Als gevolg van deze feedback is het diagnostisch aanvraagdgedrag kwalitatief verbeterd en is het aantal aangevraagde tests (tot 35% minder diagnostische tests per jaar in vergelijking met 1984, het jaar voorafgaand aan start feedback) duidelijk gedaald.¹ De afname van de kosten

van onderzoek wordt geschat op circa f2.000.000 per jaar op basis van COTG-tarieven van de tests.

Speciaal getrainde verpleegkundigen

De huisarts kan in een aantal werkzaamheden worden ondersteund door hiervoor speciaal opgeleide medewerkers. Een tweetal projecten wordt uitgevoerd: 'In-fuusbehandeling thuis' en 'Zorgnetwerken voor chronisch zieken: een centrale rol voor de gespecialiseerde verpleegkundige'.

In het laatste project wordt een brug geslagen tussen de polikliniek en de huisartspraktijk. Als er sprake is van een stabiele conditie, wordt de totale dagelijkse zorg aan thans op de polikliniek behandelde chronische patiënten in de praktijk van de huisarts uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen op het gebied van diabetes mellitus, cara en reuma. We verwachten dat de laagdrempeligheid van dit contact voor de patiënt grote voordelen heeft voor de kwaliteit van zorg, zoals het beter verwerken van de gegeven informatie, een betere compliance en een betere klinische uitkomst. Taken van de verpleegkundigen hebben betrek- 

king op routineonderzoek, -behandeling en -controle in de stabiele fase van het ziekteproces. Via het protocol wordt afgesproken onder welke omstandigheden de verpleegkundige de arts moet inschakelen. Voorbeelden van taken van deze verpleegkundigen zijn:

- het fungeren als zorgmanager (maken, bewaken en coördineren van afspraken);
- het uitvoeren van de inhoudelijke medische zorg volgens een afgesproken protocol (voortgangsbewaking, eenvoudige controles, consultatie volgens afspraak);
- het onderhouden en bewaken van de contacten met de betrokken arts, paramedici en andere bij de behandeling betrokkenen;
- het verzorgen van informatie aan de patiënten en voorlichting over de ziekte;
- het bijhouden van het geïntegreerde patiëntendossier;
- het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek.

Specialist in consulterende rol voor huisarts

Als alternatief voor verwijzingen naar de polikliniek kunnen andere samenwerkingsvormen tussen huisarts en specialist worden gezien, zoals telefonische consultatie en het gezamenlijk consult in de spreekkamer van de huisarts. Door deze consulten gedurende een bepaalde periode gestructureerd te laten plaatsvinden, nemen de kennis en vaardigheden van de huisarts ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van omschreven ziektebeelden toe. Via gestructureerde consultaties aan het ziekbed van de patiënt in de thuissituatie kunnen opnames in het ziekenhuis worden voorkomen.

De resultaten van de gestructureerde telefonische consultatie (GTC) en het gezamenlijk consult huisarts-orthopedisch chirurg zijn geëvalueerd.

De *gestructureerde telefonische consultatie* kent de volgende karakteristieken:

- een - op verzoek van de huisarts - toestandgekomen overleg op een vastgesteld tijdstip, rekening houdend met het dagprogramma van huisarts en specialist;
- de aanwezigheid van voor het overleg relevante gegevens van de ziektegeschiedenis, laboratoriumuitslagen en documenten (EGC, röntgenfoto);
- een formulier voor verslaglegging voor de huisarts, voor de consultatiegevend specialist en voor evaluatiedoeleinden.

Uit analyse van 700 door de internist gegeven GTC's blijkt dat bij 85% van de patiënten behandeling en controle door de huisarts kan plaatsvinden. Bij 15% adviseert de specialist een verwijzing naar polikliniek of kliniek.

De vraagstellingen blijken in circa 25% van de gevallen de interpretatie van levertests tot onderwerp te hebben. In de nascholing van huisartsen kan meer aandacht aan dit onderwerp worden besteed. Behalve door de internist worden in Maastricht GTC's gegeven door de cardioloog, de kinderarts, de longarts, de neuroloog en de orthopedisch chirurg.

Met het *gezamenlijk consult*, in dit geval van huisarts en orthopedisch chirurg, in de huisartspraktijk is ervaring opgedaan door twaalf huisartsen, verdeeld in vier groepen.² Patiënten werden aselekt verdeeld: de interventiegroep waarvan de patiënten deelnamen aan het gezamenlijk consult, en de controlegroep waarvan de patiënten op de gebruikelijke manier door de huisarts werden behandeld en verwezen. Van beide groepen werden gegevens verzameld over welbevinden, gezondheidstoestand, verrichtingen en verwijzingen.

De volgende resultaten kwamen naar voren:

- Gezamenlijke consultspreekuren zijn voor huisartsen en orthopedisch chirurg organisatorisch goed uitvoerbaar.
- Het aantal verrichtingen en verwijzingen in de interventiegroep bedroeg circa de helft van die in de controlegroep.
- De lichamelijke conditie van de patiënten van de interventiegroep verschilde na één jaar nauwelijks van die van de controlegroep.
- Het patiëntenaanbod voor gezamenlijk consult daalde opvallend na anderhalf jaar, waarschijnlijk als gevolg van nascholingeffecten.
- De deelnemende huisartsen scoorden na afloop van het project hoger op vaardigheden dan de controlegroep.
- De kostendaling als gevolg van afname van het aantal verrichtingen en verwijzingen was groter dan de kosten op basis van de gezamenlijke consulten.

Voor de toekomst kan tevens worden gedacht aan een consulterende rol van de huisarts in het ziekenhuis. Zo kan door het vermijden van onnodige diagnostiek en door naast aan cure aandacht te geven aan care, de doelmatigheid van de zorg aan bejaarde patiënten worden verbeterd.

Werkafspraken huisarts-specialist

Op verschillende wijzen worden er afspraken gemaakt tussen huisartsen en specialisten.

In de door de Stuurgroep Eerste-Tweede Lijn georganiseerde meerdaagse Ardenbijeentkomsten worden op basis van gevoerde thematische discussies werkafspraken gemaakt. Aan de orde zijn onder andere geweest de thema's 'bericht-

geving huisarts-specialist' en 'toetsing huisarts-specialist'.

Vanuit de stafraad T&DC vindt jaarlijks een viertal bijeenkomsten plaats van vertegenwoordigers van huisartsengroepen en leden van telkens één specialistische vakgroep. Organisatorische problemen in het verkeer huisarts-specialist worden besproken op grond van een te voren gemaakte uitvoerige, schriftelijke inventarisatie van knelpunten. Deze bijeenkomsten hebben onder meer als resultaat opgeleverd:

- procedures voor een betere bereikbaarheid van huisarts en specialist;
- verbetering in de berichtgeving;
- richtlijnen voor intercollegiale specialistische verwijzingen;
- faciliteiten voor de huisarts bij bezoek aan het ziekenhuis;
- een gestructureerde brief bij poliklinische verwijzing van patiënten door de huisarts;
- een klapper Eerste-Tweede Lijn met onder andere werkafspraken.

Computerprogrammatuur voor de huisarts

Door gebruik te maken van computerprogrammatuur kunnen activiteiten zoals de aanvraag van diagnostisch onderzoek, medicatiebewaking, taken op het gebied van preventie en communicatie met de tweede lijn beter worden uitgevoerd. Op dit moment wordt in Maastricht een kennisstelsel ontwikkeld voor het geven van directe, persoonlijke feedback aan de huisarts bij de aanvraag van diagnostisch onderzoek. Gestreefd wordt naar een gebruikersvriendelijk en interactief stelsel, waarbij aan voorwaarden van toetsing en nascholing wordt voldaan.

Beschouwing

De gezondheidszorg in Nederland is de laatste jaren, mede door de budgettering, onderhevig aan vernieuwing en rationalisatie van het zorgproces. Tegelijk wordt verwacht dat aan doelstellingen als 'zorg op maat' wordt voldaan. De operationalisering hiervan in geslaagde medische activiteiten laat echter nog te wensen over. Ingewikkelde regelgeving, problemen bij implementatie van geslaagde projecten, onvoldoende samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, uiteenlopende belangen en onvoldoende kennis van veranderingsstrategieën zijn hier debet aan.

Vanaf de start van het Diagnostisch Centrum in 1978 is veel aandacht besteed aan het verbeteren van de coördinatie en samenwerking tussen huisarts en specialist. Er is eerst gewerkt aan een mentaliteitsverandering en het hanteerbaar maken van belangentegenstellingen. Onder- ■

steuning van de huisartsen met een beleidsmedewerker en een projectbureau, een keus voor enkele niet te complexe projecten met relatief korte looptijd en een hoge kans op positieve resultaten voor alle partijen bleken voorts noodzakelijke voorwaarden voor de slaagkans van de projecten.

Noodzakelijk is een goede coördinatie van alle initiatieven tussen ziekenhuis, medisch specialisten, huisartsen en thuiszorg. Daarom functioneert de breed samengestelde Stuurgroep Transmurale Zorg als centraal meld- en coördinatiepunt voor initiatieven, als toetsgroep voor zinvolheid en haalbaarheid, als begeleidingsgroep bij de uitvoering en implementatie van projecten en als adviesgroep voor het algemene beleid. Voorge-

plementatie van transmurale zorg. Knippen flexiegelden zijn slechts via omslachtige procedures bereikbaar. Een voorbeeld van een zo'n probleem vormt de mislukte implementatie van ons positief geëvalueerde project met een gezamenlijk consult tussen huisarts en orthopedisch chirurg. Hieruit hebben we geleerd dat vanaf het begin de toekomstige financier bij een project moet worden betrokken. Doordat we dit bij het project over infuusbehandeling thuis wel hebben gedaan, is de implementatie hiervan beter verlopen. Tevens is het werkzamer als ziekenhuizen hun aandeel in de kosten van substitutie naar extramuraal betalen vanuit een geoormerkte budget.

Om ziekenhuizen een volwaardige rol in de transmurale zorg te geven, is het nood-

zorg. Het voortbestaan van gescheiden circuits staat de continuïteit van zorgverlening in de weg. Instellingen van thuiszorg in eenzelfde regio dienen nauw samen te werken en op basis van goede onderlinge afspraken een volledig zorgpakket te leveren. Wanneer meerdere instellingen van thuiszorg met één of enkele ziekenhuizen samenwerken, zal toch moeten worden gestreefd naar uniformiteit van werkafspraken en protocollen. De ziektekostenverzekeraar zal als participant moeten worden betrokken bij de planning, uitvoering en evaluatie van projecten, bij voorkeur door deelname aan de stuurgroep.

Als laatste participant noemen we degene waar de zorg om draait: de *patiënt*. Wij betrekken patiëntenorganisaties bij het uitwerken van projecten. Veel aandacht dient te worden besteed aan de communicatie en aan het onderscheid tussen consumenten en patiënten. Bij consumenten is er nogal eens sprake van eisen die meer emotioneel dan rationeel gekleurd zijn. Algemene voorlichting aan patiënten en consumenten, en persoonlijke gesprekken met patiënten zijn noodzakelijk om wensen in overeenstemming te brengen met de eisen voor een doeltreffende en doelmatige zorg. Helaas wordt dit onvoldoende vertaald in de beschikbaar gestelde middelen.

Ten slotte: er wordt nogal eens gestart met transmurale activiteiten zonder dat men zich realiseert hoe deze passen in het ingewikkelde mechanisme van de zorg. Niet zelden leiden ze tot haperingen in de overige zorg. Frustraties van arts, verpleegkundige, andere projectuitvoerenden en patiënt zijn hiervan het gevolg. Het voortijdig starten van projecten op transmurale terrein, voordat is voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden voor een goede slaagkans, leidt gemakkelijk tot stagnatie en stilstand van een moeizaam op gang gebrachte trein en de ervaring leert dat daar dan nog lang geen beweging in te krijgen zal zijn. •

prof. dr. P. Pop,
internist, coördinator T&DC

prof. dr. C. Spreeuwenberg,
hoogleraar zorgwetenschappen,
Universiteit Maastricht

Literatuur

1. Winkens RAG, Pop P, Bugter-Maessen AMA, Grol RPTM, Kester ADM, Beusmans GHMI, Knotterus JA. Randomised controlled trial of routine individual feedback to improve rationality and reduce numbers of test requests. *Lancet* 1995; 345: 498-502.
2. Vierhout WPM, Knotterus JA, Ooij A van, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh-Megens AMK, Beusmans GHMI. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet* 1995; 346: 990-4.

Voor de toekomst kan worden gedacht aan een consulterende rol van de huisarts in het ziekenhuis

legde initiatieven worden getoetst op haalbaarheid en relevantie aan de hand van tevoren vastgestelde criteria.

De afgelopen tijd zijn er veel vernieuwende transmurale projecten van start gegaan.

Een project zoals dat waarbij verpleegkundigen medische zorg overnemen, vergt veel overleg en overtuigingskracht. Een dergelijke vernieuwing kan niet worden opgelegd. Gezocht wordt naar participanten die bereid zijn traditionele posities en taken op te geven en een zeker risico te lopen.

Bij de realisering van transmurale projecten stuiten we echter ook op een aantal lastige knelpunten. Samenwerking komt vaak moeizaam tot stand. Dit heeft te maken met de uiteenlopende structuren waarbinnen de actoren bij transmurale zorg - medisch specialisten, huisartsen en verpleegkundigen - werken. Overbelasting van huisartsen en specialisten is een reëel gevaar. Veel hangt af van mentaliteit, motivatie, persoonlijke contacten en het kennen en accepteren van elkaars mogelijkheden en beperkingen. In werkafspraken moeten functies, taken en verantwoordelijkheden goed worden vastgelegd. Transmurale projecten in een goed omschreven en een in grootte beperkte regio zijn te verkiezen boven projecten in grote regionen, waarbij meerdere ziekenhuizen en andere instellingen van zorg betrokken zijn.

Financiële problemen ten aanzien van de thuiszorg vormen nogal eens de belangrijkste bottleneck in de uitvoering en im-

plementatie van transmurale activiteiten deel uitmaken van een strategisch en medisch beleidsplan, dat er een transfercentrum is om ontslag en opname te coördineren en als standplaats voor transferverpleegkundige en transmuraal verpleegkundigen te dienen, dat de contacten met instellingen van thuiszorg en huisartsen regelt, en dat transmurale activiteiten evalueert.

De specialisten moeten transmurale zorg plannen op het niveau van de medische staf en de afdelingen. De specialist zal immers meer dan op dit moment als consultant aanspreekbaar moeten zijn. Vanzelfsprekend zullen de werkzaamheden tot uiting moeten komen in de taakomschrijving en het honorarium.

Voor de solistisch werkende huisarts is het moeilijk als volwaardig partner in de georganiseerde transmurale zorg te functioneren.

Helaas heeft de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg de transmurale zorg aangemerkt als een *aanvullend* aanbod: het maakt geen deel uit van het basisaanbod huisartsenzorg en kan derhalve niet van iedere huisarts individueel worden gevraagd. Wij menen dat de huisartsen hierdoor een kans missen. Er zal niet zijn te ontkomen aan de vorming van gezondheidscentra met differentiatie in de huisartsfunctie en aan de overdracht van medische werkzaamheden naar andere beroepsbeoefenaren. Transmurale zorg is geen afzonderlijk aanbod maar een manier van kijken naar zorgproblemen die consequenties heeft voor het aanbod aan

Landelijke perinatale pathologieregistratie

A.A. de la Fuente en A.M. van de Pol

Landelijke perinatale pathologieregistratie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verkrijgen van goede, relevante gegevens betreffende de oorzaken van perinatale en zuigelingensterfte en perinatale morbiditeit in ons land.

IN 1986 publiceerde Hoogendoorn een artikel over de in vergelijking met andere landen achterblijvende daling van de perinatale sterfte in Nederland.¹ Als een van de mogelijke verklaringen hiervoor werd het hoge percentage thuisbevallingen in Nederland genoemd. Uit de hierop volgende discussie kwam naar voren dat uit de registratie van doodsoorzaken door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geen duidelijk beeld kon worden gevormd over de aard van de perinatale sterfte en dat ook geen uitspraak kon worden gedaan over de reden van het achterblijven van de daling.² Op het moment functioneren er al twee protocollair opgezette landelijke registraties op het gebied van de perinatale en zuigelingen zorg: de Landelijke Verloskun-

dige Registratie voor de verloskundige zorg in zowel de eerste als de tweede lijn (LVR1 en LVR2) en de Landelijke Neonatale Registratie (LNR) voor de tweedelijns zorg voor pasgeborenen. Bij deze registraties ontbreken gegevens verkregen bij pathologisch onderzoek, die veelal diagnostisch van doorslaggevende betekenis kunnen zijn en in andere gevallen een aanvullend inzicht kunnen verschaffen in oorzaken en/of pathogenese van abortus en perinatale morbiditeit en mortaliteit.

Om bovengenoemde redenen heeft de Vereniging Werkgroep Kinder-Pathologie der Lage Landen (VWKPLL) in samenwerking met de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) besloten tot het opzetten van de Landelijke

Perinatale Pathologie Registratie (LPPR). Hierbij is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van het reeds bestaande systeem van het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA), waarbij alle pathologielaboratoria in Nederland zijn aangesloten.

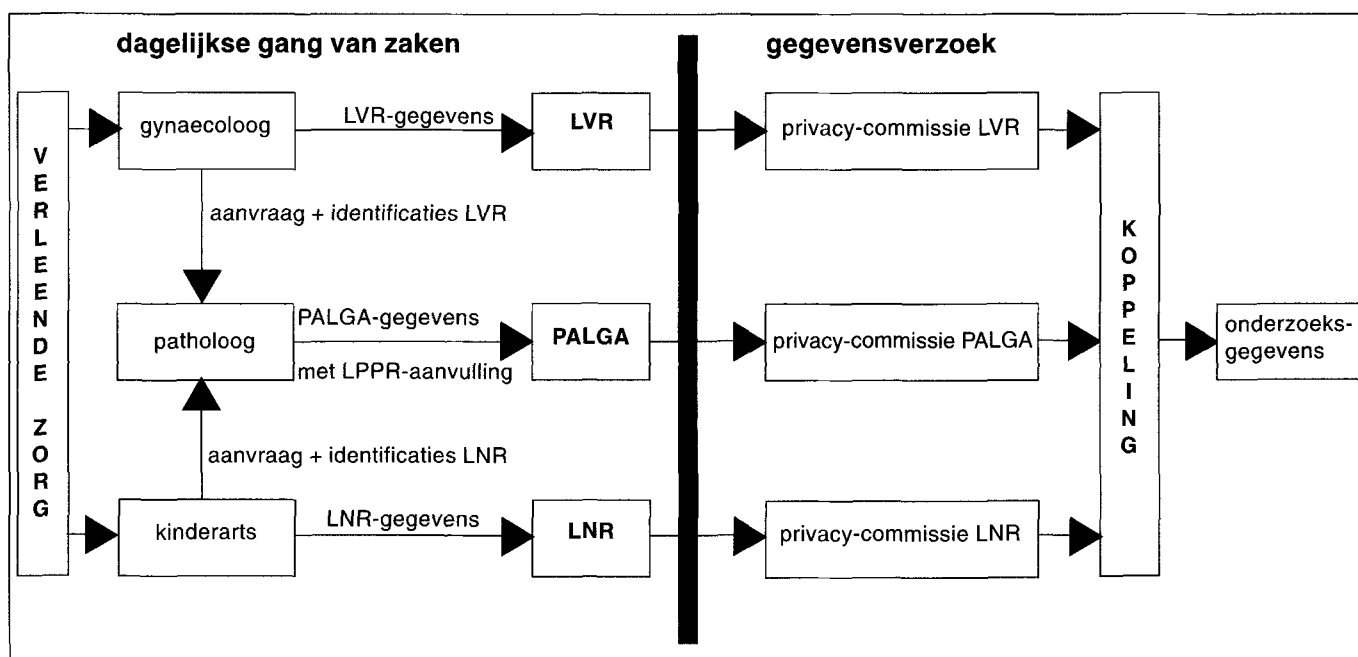
De registratie omvat de gehele zwangerschap en het eerste levensjaar. Ze bestaat uit drie onderdelen: 1. abortus, 2. placenta, 3. geobduceerde foetussen en kinderen.

Vanaf de opzet is rekening gehouden met de mogelijkheid LPPR-gegevens te koppelen met die van de LVR en LNR (met waarborging van de privacy van moeder, kind en berichtgever). Verschuivingen van perinatale en zuigelingensterfte naar sterfte in de vroege graviditeit door therapeutische abortus blijven op deze wijze binnen het bereik van registratie.

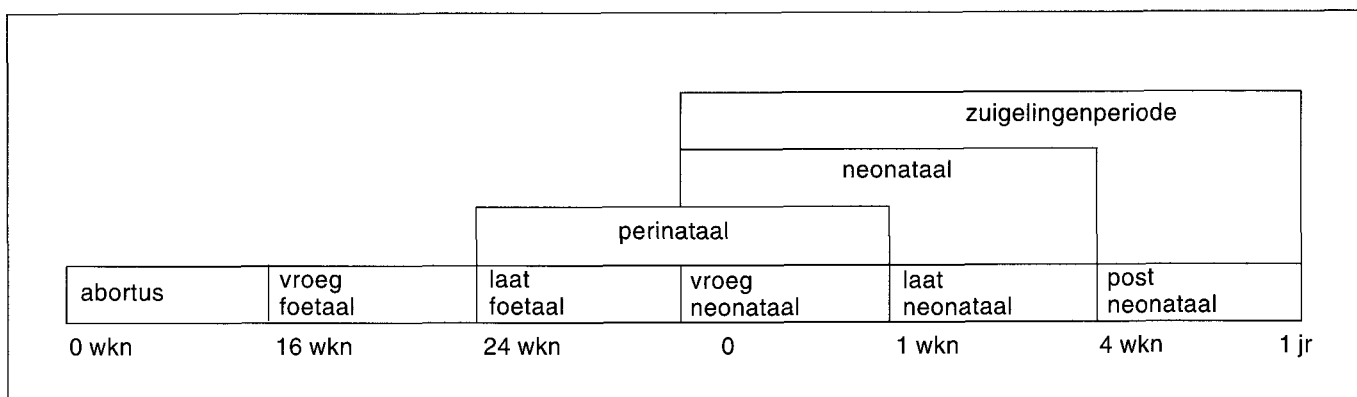
Als mogelijk andere toepassingen kunnen worden genoemd:

- gericht epidemiologisch onderzoek binnen de LPPR;
- door het verzamelen van gevallen is

Figuur 1. Gegevens en procesgang.



Figuur 2. Indeling zwangerschap en zuigelingenperiode.



het mogelijk om van bepaalde ziekten of syndromen (infectieziekten, congenitale anomalieën) een completer beeld te verkrijgen;

- ondersteuning van genetische counseling;
- mogelijkheid voor auditfuncties.

Opzet LPPR

Gekozen is voor een protocollaire benadering, waarbij de voor de LPPR essentiële gegevens worden vastgelegd tijdens het routine pathologisch onderzoek. De basis van de LPPR wordt gevormd door de pathologierapporten in de pathologische laboratoria. Deze rapporten worden opgeslagen in het in het laboratorium aanwezige Decentraal PALGA-Systeem (DPS), waarvan een deel tevens wordt opgeslagen in de landelijke Centrale Data Bank (CDB) van PALGA. De voor de LPPR extra te registreren gegevens worden op identieke wijze toegevoegd en opgeslagen. Op basis van deze gegevens worden de conclusietekst en de PALGA-diagnose programmatisch conform het LPPR-protocol afgeleid, waardoor landelijke standaardisatie in verslaglegging wordt bereikt. De patholoog kan hieraan naar believen nadere details toevoegen.

De uitgebreide set gegevens die verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen leveren aan de LVR en LNR, is voor de beoordeling van ingezonden materiaal voor de patholoog van groot belang. Daarom wordt gevraagd deze gegevens bij de inzending mee te sturen (figuur 1).

Privacybescherming

Privacybescherming heeft een centrale rol gespeeld bij het vormgeven van de LPPR. Er is gekozen voor afzonderlijke registratie, ingebed in het PALGA-systeem, waarbij wordt gewerkt met persoonsgebonden gegevens die op centraal niveau zijn versleuteld. Koppeling met de LVR en LNR wordt alleen tot stand gebracht nadat een aanvraag is goedge-

keurd door de betreffende privacycommissies. De drie registraties bezitten elk een privacyreglement dat voldoet aan de wettelijke eisen. Moeder, kind en berichtgever zijn vanuit centraal niveau alleen te herleiden via het laboratorium dat of de praktijk die de gegevens heeft verstrekt.

Definities

Binnen het veld van perinatale en zuigelingensterfte gerelateerd aan de zwangerschapsperiode, wordt binnen en buiten Nederland een scala aan definities gehanteerd.

Bij de producten van de vroegste periode spreekt men van abortus. In de literatuur wordt dit wisselend gedefinieerd als een zwangerschapsonderbreking bij een amenorrhoe (AD) van 12 tot 16 weken. In het daaropvolgende tijdperk spreekt men van 'late abortus' (late abortion) of 'vroeg foetale sterfte' (early fetal death). (In de WHO-classificatie worden hiertoe foetussen gerekend met een geboortegewicht van minder dan 500 gram.) Vroeger lag de bovengrens op 28 weken amenorrhoe, maar door een wetswijziging betreffende de aangifteplicht van doodgeborenen is de grens nu bij 24 weken komen te liggen. Van 24 weken tot 38 weken amenorrhoe, dat wil zeggen 37 voltooide weken, is er sprake van partus (foetus) prematurus en tussen 38 weken en 42 weken van partus à terme. Bij een amenorrhoe van meer dan 42 weken spreekt men van serotinitas.

Perinatale sterfte omvat alle doodgeborenen na een amenorrhoe van 24 weken en alle levendgeborenen overleden in de eerste 7 dagen. Dit wordt opgegeven per 1.000 levend- en doodgeborenen.

Onder neonatale sterfte verstaat men: sterfte van levendgeborenen in de eerste 28 dagen per 1.000 levend geboren. Er wordt ook nog een onderscheid gemaakt tussen vroeg-neonatale sterfte (in de eerste 7 dagen) en laat-neonatale sterfte (van 8 t/m 28 dagen). Kinderen, overleden lan-

ger dan 28 dagen tot een jaar na de geboorte, vallen onder postneonatale sterfte.

De zuigelingensterfte ten slotte is het aantal levendgeborenen dat in het eerste levensjaar (0 dagen tot één jaar) overlijdt, uitgedrukt per 1.000 levendgeborenen. Schematisch is dit weergegeven in figuur 2.

Binnen de LPPR is gekozen voor expliciete registratie van de opgegeven amenorrhoe of van de echografisch vastgestelde graviditeitsduur, alsmede van gewicht en tijdstip van overlijden, zodat elke definitie hanteerbaar is bij onderzoek.

Te registreren gegevens

Voor de drie onderdelen van de LPPR volgen hieronder in het kort de overwegingen die tot de keuze van de te registreren gegevens hebben geleid.

Om een minimale bruikbaarheid te garanderen, worden bij elke registratie de volgende obstetrische gegevens vastgelegd: amenorrhoe, aantal graviditeiten, pariteit, aantal abortussen/EUG/molagraviditeiten. Verder gegevens over het verloop van vorige zwangerschappen, geconstateerde afwijkingen bij eerdere kinderen/foetussen en het verrichten van obductie bij eerder overleden kinderen/foetussen. Overige (zwangerschaps)-gegevens worden als tekst vastgelegd; indien beschikbaar ook de identificatiegegevens van moeder en kind binnen de LVR en LNR.

Abortus

De LPPR heeft zich voor abortus geconformeerd aan de LVR en houdt een periode aan van 0-16 weken amenorrhoe. Bij de registratie wordt bij de LPPR gebruikgemaakt van een indeling in negen categorieën die berust op aanwezigheid, vorm en grootte van weefsels (decidua, placentaweefsel, embryo) zoals in het aangeboden materiaal aangetroffen en onderzocht. Uit een onderzoek bij negen pathologielaboratoria in Nederland is

gebleken dat de registratie en gegevensverwerking goed mogelijk is.⁴ Volgens een schatting zouden er per jaar in Nederland om en nabij 40.000 klinisch waarneembare spontane abortussen plaatsvinden,⁵ waarvan slechts een minderheid wordt onderzocht.

Geregistreerd worden: de hoeveelheid aangeboden materiaal, de kruin-stuitlengte van een eventueel aanwezige embryo en de conclusietekst en PALGA-diagnose minimaal volgens LPPR-protocol.

Placenta

Wanneer placenta's voor onderzoek worden aangeboden, zal er sprake zijn van pathologie in de zwangerschap of tijdens de baring. In een aantal gevallen zal er sprake zijn van perinatale sterfte en daarbij is het voor een volledig onderzoek noodzakelijk dat zowel de foetus of het kind als de placenta wordt onderzocht. Belangrijk is dat het resultaat van placentaonderzoek gekoppeld kan worden aan de obductieresultaten, aan onderzoek in vorige graviditeiten en aan eerder onderzocht abortusmateriaal. Binnen PALGA zijn de mogelijkheden hiertoe aanwezig indien bij elk onderzoek, dus ook van het kind, de identiteit van de moeder bekend is, ook bij overplaatsing van een ziek kind naar een andere kliniek of van een overplaatsing van de eerste naar de tweede lijn.

Bij 10% tot 15% van de bevallingen bestaat er een indicatie voor onderzoek van de placenta. Bij een aantal geboorten van 200.000 per jaar komt dat neer op 20.000 tot 30.000 placentaonderzoekingen jaarlijks.

Geregistreerd worden placentagewicht, lengte navelstreng en minimaal volgens LPPR-protocol: de macroscopische en microscopische bevindingen, de conclusietekst en de PALGA-diagnose.

Perinatale en zuigelingensterfte (obducties)

Dit deel van de registratie omvat de obductiegegevens van levendgeboren overleden kinderen of doodgeborenen. Obductie kan ook worden verricht op foetus-embryo's vanaf 16-24 weken AD. Van de ruim 4.000 gevallen van perinatale en zuigelingensterfte per jaar wordt bij (slechts!) plusminus 2.000 obductie verricht. Daarmee is deze groep de kleinste binnen de LPPR, maar wel de meest waardevolle en, wegens de veelheid aan mogelijke diagnoses, meest ingewikkelde groep, zowel wat betreft de bewerking als de registratie.

Het grote aantal aandoeningen dat in deze groep kan worden gevonden, kan binnen het PALGA-systeem zonder meer worden gecodeerd. Hiertoe is een clas-

sificatie ontwikkeld waarin de doodsoorzaken c.q. de belangrijkste pathologische bevindingen kunnen worden gerubriceerd in 11 onderscheiden categorieën naar voorbeeld van elders toegepaste indelingen volgens Wigglesworth,⁶ of de Schotse Aberdeen-classificatie.^{7,8} Zij omvat echter ook de zuigelingenleeftijd en kan gemakkelijk worden aangepast voor de gehele kinderleeftijd. Verder is een goede combinatie mogelijk met de CBS-classificatie. Op deze wijze kan indeling en onderlinge vergelijkbaarheid van perina-

... volle aandacht besteed aan de privacy ...

tale en postperinatale sterfte beter mogelijk worden gemaakt.

Het onderzoek van de placenta is bij perinatale obducties een onmisbaar onderdeel (zie paragraaf 'Placenta').

Geregistreerd worden: gewicht kind/foetus, kruin-hiellengte, kruin-stuitlengte, voetlengte, schedelomtrek, orgaangewichten van hersenen, lever, longen, hart, thymus, nieren, bijnielen, milt, tijdstip van overlijden, maceratiegraad, partusverloop, groeibeoordeling, één of meer doodsoorzaken conform de LPPR-classificatie. Uit deze gegevens komen gestandaardiseerd een conclusietekst en een PALGA-diagnose beschikbaar.

Beschouwing

Uit het voorgaande moge blijken dat de LPPR een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verkrijgen van goede, relevante gegevens betreffende oorzaken van perinatale en zuigelingensterfte en perinatale morbiditeit in ons land. Dit zal zeker het geval zijn bij gegevens over geobduceerde perinataal overledenen. Hierbij moet worden aangetekend dat het van groot belang is dat deze obducties optimaal worden uitgevoerd. Naarmate het aantal vragen vanuit het veld toeneemt, zal er een wisselwerking ontstaan met de pathologie en zullen én de kwaliteit én de frequentie van obducties toenemen. In pogingen om de verloskundige zorg te verbeteren zit immers een audit-functie ingesloten.

Hoe groot de bijdrage zal zijn van inbreng van gegevens over placentaonderzoek is op voorhand moeilijk precies aan te geven. Verwacht mag worden dat er wel een verfijning in de uiteindelijke diagnose kan worden verkregen. Een directe doodsoorzaak of een oorzaak voor morbiditeit zal slechts in een beperkt aantal gevallen in de placenta worden gevonden. Bij meerlingzwangerschappen is placentaonderzoek essentieel.

Registratie van abortusmateriaal kan bij aanwezigheid van een embryo of delen daarvan belangrijke gegevens opleveren, vooral over het voorkomen van misvormingen.⁹ Embryonale delen worden echter in een minderheid van de gevallen aangetroffen. Verder moet worden opgemerkt dat in lang niet alle gevallen van abortus materiaal wordt onderzocht, om niet te spreken van de gevallen die klinisch onopgemerkt blijven, waardoor het hoe dan ook zeer moeilijk zal zijn een inzicht te krijgen in de epidemiologie van abortus.

Zoals bij iedere registratie is volle aandacht besteed aan de privacy. In geval van een verzoek tot koppeling van gegevens van LVR, LNR en LPPR zijn het de betrokken privacycommissies die uiteindelijk hun goedkeuring moeten uitspreken. Daarbij moet de blik gericht blijven op het doel van de zorg, namelijk het dienen van het belang van ouders die de wens hebben gezonde kinderen te krijgen. *

dr. A.A. de la Fuente,
patholoog, Enschede

A.M. van de Pol MSc,
SIG/PALGA, Utrecht

Voor de totstandkoming van de registratie is onder andere een subsidie door de Ziekenfondsraad verstrekt en hebben in de loop van de tijd naast de auteurs de volgende personen binnen de werkgroep LPPR een bijdrage geleverd: M.M. van de Sandt, patholoog; dr. J.C. van der Linden, patholoog; W.G.M. Spliet, patholoog; prof. J. Huber, patholoog en initiatiefnemer; dr. D. van Velzen, patholoog; dr. J.W. Steffelaar, patholoog; prof. dr. P.W.J. Peters (RIVM); drs. F. Nauta (SIG/PALGA); ir. H. Schut (SIG/PALGA) en drs. L.P. Otto (SIG/PALGA).

Literatuur

1. Hoogendoorn D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de perinatale sterfte in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1436-40.
2. Ingezonden stukken *NedTijdschr Geneesk* 1986; 130: 2136-7.
3. Ingezonden stukken *NedTijdschr Geneesk* 1987; 131: 171-4.
4. Buitendijk SE, Treffers PE. De Landelijke Verloskundige Registratie: een veelbelovend begin. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1705-8.
5. FuenteAA de la, Otto LP. Landelijke Perinatale Pathologie Registratie. Abortusregistratie als een vinger-oefening hiervoor. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 393.
6. Lienschoten G van. Morphology and karyotype in early abortion. *Acadisch Proefschrift Maastricht*. Universiteit Pers Maastricht, 1993; 7. (ISBN 90-5278-113-3)
7. Wigglesworth JS. Perinatal Pathology. Major Problems in Pathology. Bennington JL ed. London: W.B. Saunders CO, 1984: 46.
8. Wigglesworth JS. Causes and classification of fetal and perinatal death. In: Wigglesworth JS and Singer DB ed. *Textbook of fetal and perinatal pathology*: 77-91. Oxford London: Blackwell Scientific publications, 1991.
9. Golding J. Epidemiology of fetal and neonatal death. In: Ketting JW, ed. *Fetal and neonatal pathology* 1993: 165-81. London: Springer Verlag.
10. Dimmick JE, Kalousek DK. Developmental pathology of the embryo and fetus 1992. Philadelphia: J.B. Lippincot Company.

Huisarts moet zijn diagnostisch gereedschap gebruiken

IN BIJGAAND vonnis beoordeelt het Medisch Tuchtcollege te Groningen het handelen van een huisarts die om 4.45 uur als dienstdoend waarnemer bij een 20-jarige jongen wordt geroepen die zou hallucineren.

Een collega-arts heeft eerder de diagnose 'bronchitis' gesteld. De aangeklaagde huisarts neemt een anamnese af en verricht uitgebreid onderzoek, waaronder controle van bloeddruk en pols, en in tweede instantie zelfs van urine. Ondanks een (symmetrisch) verscherpt ademgeruis percuteert hij de thorax niet. Hij stelt de diagnose op 'hyperventilatie',

mede vanwege spanningen in het gezin. Dezelfde dag 's avonds overlijdt patiënt, waarschijnlijk aan de gevolgen van een streptokokkenpneumonie en sepsis.

Het college verwijt de huisarts de thorax niet te hebben gepercuteerd en legt de maatregel van waarschuwing op.

De aangeklaagde huisarts is zelf van mening dat hij niet onjuist heeft gehandeld.

Inderdaad is de huisarts midden in de nacht zorgzaam opgetreden. Hij is zelfs naar de patiënt teruggekeerd, toen hij zich op weg naar huis een patiënt herinnerde

met een soortgelijk beeld ten gevolge van diabetes mellitus.

De huisarts moet het hebben van simpel gereedschap: een nauwkeurige anamnese, het observeren van de patiënt en het uitvoeren van lichamelijke onderzoek met behulp van de eigen zintuigen, daarbij geholpen door eenvoudige instrumenten. Het is jammer dat de huisarts heeft nagelaten met vingers en oren een mogelijke demping op te sporen.

*prof. dr. C. Spreeuwenberg
mr. W.P. Rijksen*

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Groningen d.d. 1 mei 1997

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht, ingediend door de heer A en mw. A-C, wonende te D, tegen drs. B, huisarts te E.

1. Verloop van de procedure

Bij brief van 10 juni 1996 hebben klagers een klacht ingediend tegen de aangeklaagde arts. Deze heeft bij brief van 20 september 1996 verweer gevoerd.

Het college heeft de klacht ter zitting van 24 maart 1997 behandeld in aanwezigheid van beide partijen en hun raadslieden mr. F, advocaat te G, en mr. H, advocaat te I.

De klacht is gevoegd behandeld met een klacht van klagers tegen een collega van de aangeklaagde arts.

2. De klacht

De klacht luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

Op 28 februari 1996 is de zoon van klagers, J, op 20-jarige leeftijd overleden. J was al een paar dagen ziek toen klagers op 26 februari 1996 de huisarts (een collega van de aangeklaagde arts) verzochten een visite af te leggen. Deze heeft J onderzocht en constateerde een bronchitis, waarvoor een medicijn werd voorgeschreven.

In de nacht van 27 op 28 februari 1996 ging de gezondheid van J zienderogen achteruit.

Om 4.45 uur hebben klagers de dienstdoende huisarts, aangeklaagde, telefonisch medegedeeld dat J hallucineerde en hem verzocht een visite af te leggen. Klaagster was bij het onderzoek aanwezig. Zij heeft aangeklaagde medegedeeld dat de waarnemer als diagnose 'bronchitis' had gesteld. Aangeklaagde heeft J onderzocht; hij heeft geluisterd en kwam, nadat hem desgevraagd was verteld dat er spanningen waren, tot de diagnose 'hyperventilatie'. Op dat moment had J geen hallucinaties meer, geen koorts en leek het hem beter te gaan. Klaagster weet niet of zij haar ongerustheid heeft medegedeeld.

Om ongeveer 11.00 uur heeft J een hartstilstand gehad, waarna hij is opgenomen in het academisch ziekenhuis te K. Daar is hij 's avonds overleden, waarschijnlijk aan een streptokokkenpneumonie en sepsis. Het obstructierapport vermeldt onder meer een lobaire pneumonie van Re. midden- en onderkwab.

In (overgelegde) brieven aan de medisch adviseur van hun advocaat hebben klagers geschreven dat J op 26 februari 1996 vervoerd was en klaagster niet herkende.

Beide artsen hebben J uitvoerig onderzocht, met klaagster gesproken en een verkeerde diagnose gesteld, namelijk 'bronchitis' respectievelijk 'hyperventilatie'. Klagers zijn van mening dat beide artsen niet alert genoeg

zijn geweest en dat ze waarschijnlijk niet voldoende onderzoek hebben verricht en J niet goed hebben behandeld.

3. Het verweer

Het verweer luidt - zakelijk weergegeven - als volgt:

Op 28 februari 1996 om ongeveer 4.50 uur vroeg klaagster om een visite voor J, die ziek was en hallucineerde.

Bij binnenkomst trof aangeklaagde J in bed aan. Bij onderzoek bleek dat J goed bij bewustzijn was en volledig adequaat reageerde. Er was sprake van cotrimoxazolgebruik vanaf 26 februari 1996, voorgeschreven vanwege een luchtweginfectie met koorts. Er was geen sprake van het gebruik van prednisolon, er was een blanco voorgeschiedenis.

Bij onderzoek waren zijn bevindingen: J was nerveus, bleek en er was sprake van lichte hyperventilatie, geen cyanose; de bloeddruk was 140/80, temperatuur 37,6, een rustige keel en geen opgezette klieren in de halsstreek.

Bij auscultatie van de longen was sprake van een symmetrisch verscherpt ademgeruis zonder rhonchi. Hij heeft geen percussie gedaan. Bij auscultatie van het hart was sprake van een regulair ritme zonder geruisen; frequentie 84/88.

Bij auscultatie van de buik was sprake van

een normale peristaltiek; bij palpatie werd een soepele buik gevoeld.

Als diagnose stelde aangeklaagde op dat moment 'voorbijgaande hallucinaties bij koortperiode', waarbij de koorts zich aan het normaliseren was, zodat hij aannam dat de luchtweginfectie op zijn retour was. Daarnaast een lichte hyperventilatie zonder aanwijzingen voor cardiale of pulmonale problemen bij een 20-jarige man met blanco medische voorgeschiedenis die overigens een nerveuze indruk maakte. Mogelijke oorzaak voor de nerveuze indruk zocht aangeklaagde in de sociale omstandigheden: er was sprake van echtscheidingsproblematiek bij klagers. Nadat aangeklaagde J in een zakje had laten blazen, leek deze rustiger te worden.

Op weg naar huis herinnerde hij zich een casus van een collega die geconfronteerd werd met een vrouw met hyperventilatie, waarbij er achteraf sprake bleek te zijn van diabetes mellitus. Hij is daarop teruggekeerd en heeft nog de urine van J onderzocht.

Door middel van een waarneembriefje bracht hij voor 8.00 uur de huisarts op de hoogte. Enige tijd later vernam hij dat J waarschijnlijk aan een sepsis was overleden.

Aangeklaagde is van mening dat hij in de gegeven omstandigheden niet onjuist heeft gehandeld, zodat de klacht ongegrond is.

4. Beoordeling van de klacht

Het college stelt vast dat aan aangeklaagde is medegedeeld dat de waarnemer de diagnose 'bronchitis' heeft gesteld en dat hem is gezegd dat J koorts had en hallucineerde. Het college is van oordeel dat aangeklaagde in de gegeven omstandigheden te snel tot de diagnose 'hyperventilatie' heeft besloten, welke diagnose hij bevestigd zag door de aanwezigheid van spanningen en het effect van blazen in een zakje. Aangeklaagde heeft geen percussie verricht, ter zitting verklaarde hij desgevraagd dat ook niet nodig te achten: de additionele waarde daarvan zou gezien zijn bevindingen bij auscultatie slechts gering zijn.

Het college is van oordeel dat - ongeacht de vraag of dit tot een andere afloop zou hebben geleid - bij het ontbreken van andere onderzoeksgegevens percussie als onderdeel van de standaardprocedure had moeten worden toegepast, zeker nu er sprake was van een verscherpt ademgeruis. In een geval als dit had percussie de arts, die overigens wel voldoende onderzoek verrichtte, juist op het goede spoor kunnen zetten, bij gebreke van andere informatie. Spanningen als causale factor waren 's morgens vroeg minder waarschijnlijk te achten.

Niet kan worden beweerd dat het stellen van de juiste diagnose door de arts J nog had kunnen redden.

Het college is van oordeel dat de klacht gegrond is nu de arts de beperkte middelen die hij had niet ten volle heeft benut. Het college besluit tot het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

5. Beslissing

Het Medisch Tuchtcollege te Groningen,

Verklaart de klacht gegrond en legt aan de aangeklaagde arts op de maatregel van waarschuwing,

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13B van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de Nederlandse Staatscourant, alsmede aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven door mr. T. Duursma, voorzitter, drs. F.G.H. de Noord, lid-geneeskundige, drs. W. Vochteloo, plaatsvervangend lid-geneeskundige, dr. D.L. Fontein, plaatsvervangend lid-geneeskundige, dr. T.D. Ypma, plaatsvervangend lid-geneeskundige, bijgestaan door mr. M.P. Dorhout, secretaris, en uitgesproken op 1 mei 1997 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

V E L D W E R K



Een klein roze BIGgetje

ZOALS U ALLEN bekend, is de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) op 1 december 1997 in werking getreden. Nu, anderhalve maand later, leek mij het hoog tijd deze wet wat nader onder de loep te nemen en na te gaan wat voor veranderingen dit alles met zich mee zal brengen, of reeds gebracht heeft. Uiteraard doe ik dit vanuit mijn huidige medische 'status', die van co-assistent. Wat schetst mijn verbazing tijdens nadere bestudering. Met geen woord wordt in de nieuwe wet over de co-assistent gerept. Is de co-assistent geen individu binnen de gezondheidszorg met zijn eigen (rechts)positie?

Sinds oktober 1996, de start van mijn co-schappen, heb ik mijzelf vaak de volgende vragen moeten stellen: wie ben ik, wat is mijn positie en wat zijn mijn taken alhier? U zult zich wellicht afvragen waar deze existentiële vragen vandaan komen. Laat ik dit met een voorbeeld duidelijk maken. 'Dat kan de co wel even doen', is een veel gehoorde kreet tijdens de visite. Ik word er nog steeds door verrast, en eigenlijk ook geschokt; niettemin voeg ik mij in de klagende kudde.

In het ziekenhuis word je van individu een instrument in handen van je toekomstige collega's. Dat 'co' rijmt op 'po', kan dan ook niet toevallig zijn.

Zaken die niet geregeld zijn en die ik zorgelijk acht, zijn bijvoorbeeld: welke verantwoordelijkheden heb je, hoe ver mag je daarin gaan en ben je wel bevoegd tot die handeling? Als er niets fout gaat, zijn er, zoals dat meestal het geval is in de maatschappij, geen problemen. Die ontstaan als het uit de hand loopt. Ik bepleit dan ook een versterking van de rechtspositie van de co-assistent door het vastleggen van zijn/haar rechten en plichten.

Conscientia

COLUMN

In medisch opzicht zeer tekortgeschoten: beroep verworpen

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 9 oktober 1997

BESLISSING in de zaak van D, huisarts, wonende te E, appellant, raadsman mr. F, advocaat te G, tegen H, wonende te I, geïntimeerde, raadsman mr. J, advocaat te K.

1. De procedure

Bij beslissing van 6 februari 1996 heeft het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam een klacht van geïntimeerde (verder: klaagster) tegen appellant (verder: de arts) gegrond verklaard en aan de arts terzake de maatregel van waarschuwing opgelegd.

De arts is van deze beslissing tijdig in beroep gekomen. Nadat hij bij een nadere schriftuur de gronden van zijn beroep had aangevuld, heeft klaagster een verweerschrift ingediend.

Nadat beide partijen nog enige stukken in het geding hadden gebracht, is de zaak behandeld ter zitting van 5 juni 1997. Partijen zijn daar beide in persoon verschenen en gehoord. Zij werden bijgestaan door hun raadslieden.

2. De vaststaande feiten

Op grond van de inhoud van de gedingstukken, zowel in eerste aanleg als in hoger beroep, zijn de volgende feiten en omstandigheden genoegzaam komen vast te staan.

a. Op 6 februari 1994 te omstreeks 17.00 uur heeft klaagsters echtgenoot de arts, die toen dienst deed als waarnemend huisarts, opgebeld met de mededeling dat klaagster bij het vegen van het tuinpad plotseling onwel was geworden en last had van kortademigheid, gevolgd door een knellende pijn in de borst, een bandgevoel om de borst en hevige transpiratie. De arts verzocht hem met zijn vrouw naar de praktijk te komen.

b. Te omstreeks 17.15 uur die dag arriveerden klaagster en haar echtgenoot op de praktijk van de arts.

De arts constateerde toen dat klaagster, een vrouw van 40 jaar, moeilijk liep. Toen hij klaagster vroeg naar de aard van haar klachten, heeft zij herhaald wat haar echtgenoot ook al door de telefoon had gemeld: benauwdheid en pijn om de borst alsmede een bandgevoel om de borst.

Verder deelde zij op desbetreffende vragen van de arts mee dat zij nog nooit soortgelijke klachten had gehad, dat zij die dag niets bijzonders had gedaan, maar dat zij wel een drukke tijd achter de rug had in verband met een verhuizing.

De arts constateerde dat klaagster geen zie-

ke indruk maakte en in een normale voedingstoestand verkeerde. Hij zag wel een snelle, oppervlakkige ademhaling en vond klaagster onrustig.

Denkend aan de mogelijkheid van longembolie, een klaplong of een myocardiinfarct, maar ook en vooral aan die van hyperventilatie heeft de arts met het oog op die laatste mogelijkheid klaagster tweemaal in een plastic zakje laten blazen. Haar ademhaling werd daarna rustiger en haar benauwdheid nam af.

Vervolgens heeft de arts klaagster lichamelijk onderzocht. Hij nam haar polsslag op en mat haar bloeddruk. De arts constateerde daarbij geen afwijkingen. Ook vond hij geen circumschripte drukpijn en geen pijn die vastzat aan de ademhaling.

Op grond van deze gegevens was de arts er toen van overtuigd dat er sprake was van hyperventilatie.

De arts heeft dit ziektebeeld toen aan klaagster uitgelegd en haar enkele tabletten oxazepam 10 mg voorgeschreven. Met de mededeling dat klaagster met hem of haar eigen huisarts contact moest opnemen als de klachten niet zouden overgaan, heeft de arts klaagster en haar echtgenoot weer naar huis laten gaan.

c. Diezelfde dag om omstreeks 20.00 uur heeft klaagsters echtgenoot de arts opnieuw gebeld. Hij deelde de arts mee dat het pijngevoel op de borst en het bandgevoel om de borst niet waren verminderd en dat zijn vrouw bovendien had gebraakt en daarbij wellicht het door haar ingenomen tablet oxazepam had uitgebraakt. De arts heeft toen geadviseerd opnieuw een tablet oxazepam in te nemen.

d. In de loop van de ochtend van 7 februari 1994 heeft klaagster haar eigen huisarts laten komen. Die heeft haar met spoed naar een longarts verwezen. Op de EHBO-afdeling van het ziekenhuis L te I is zij toen door een longarts onderzocht. Er zijn röntgenfoto's gemaakt en er is laboratoriumonderzoek verricht.

De longarts dacht na het bekijken van de röntgenfoto's aan een luchtweginfectie, mogelijk gepaard aan pneumonie. Hij gaf klaagster toestemming om weer naar huis te gaan. Toen kort daarna de uitslagen van het laboratoriumonderzoek wezen op de mogelijkheid van een myocardiinfarct heeft de longarts dat direct aan klaagsters huisarts medegedeeld. Door diens zorg is klaagster nog in de loop van 7 februari 1994 opgenomen

op de afdeling cardiologie van het ziekenhuis L. Daar wees een elektrocardiogram uit dat er sprake was van een waarschijnlijk al 24 uur bestaand groot voorwandinfarct.

Op 21 februari 1994 is klaagster uit het ziekenhuis ontslagen.

3. De oorspronkelijke klacht en het verweer

De oorspronkelijke klacht komt hierop neer dat de arts de diagnose 'myocardiinfarct' heeft gemist omdat hij klaagster op 6 februari 1994 onvoldoende heeft onderzocht. De arts heeft niet betwist dat hij de diagnose 'myocardiinfarct' heeft gemist, maar aangevoerd dat hem ter zake in de omstandigheden van het geval geen enkel verwijt treft.

4. De bestreden beslissing


Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft deze klacht gegrond verklaard en daartoe het volgende overwogen:

Voorop staat dat verweerder niet kan worden verweten dat hij de juiste diagnose heeft gemist.

Ten aanzien van de door hem gestelde diagnose 'hyperventilatie' is gebleken dat hij deze uitsluitend heeft gebaseerd op zijn klinische blik, de anamnese en mogelijk, maar dat wordt door klaagster betwist, het opnemen van de pols en het meten van de bloeddruk.

Het college is van oordeel dat verweerder zich daartoe niet had mogen beperken zonder eerst de differentiële diagnose, waaraan hij volgens zijn verklaring wel heeft gedacht, te hebben uitgesloten. Verweerder is er te snel van uitgegaan dat klaagster hyperventileerde, te meer nu zij duidelijk aangaf last van benauwdheid, zweten, en een bandgevoel om de borst te hebben. Tevens had verweerder nadien op grond van de telefonisch doorgegeven informatie over nieuwe verschijnselen gewaarschuwd moeten zijn dat er meer aan de hand zou kunnen zijn dan hyperventilatie en ook zelf meer informatie aan klaagster moeten vragen. In de gegeven omstandigheden had verweerder klaagster moeten doorsturen naar het ziekenhuis voor verder diagnostisch onderzoek. Door dit na te laten, is verweerder verwijtbaar tekortgeschoten.

5. De grieven van de arts

De arts heeft in beroep betoogd dat het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam de klacht ten onrechte gegrond heeft verklaard. 

Ter ondersteuning van dit betoog heeft hij het volgende aangevoerd.

"Het Medisch Tuchtcollege heeft overwogen dat zou zijn gebleken dat appellant zijn diagnose 'hyperventilatie' uitsluitend heeft gebaseerd op zijn klinische blik, de anamnese en mogelijk het opnemen van de pols en het meten van de bloeddruk. Het Medisch Tuchtcollege is van oordeel dat appellant zich daartoe niet had mogen beperken. Appellant had volgens het Medisch Tuchtcollege de differentiële diagnose moeten uitsluiten en is er te snel van uitgegaan dat klaagster hyperventileerde. Met deze overwegingen is appellant het niet eens.

"Appellant heeft, toen hij klaagster zag en sprak, gedacht aan vier mogelijke oorzaken voor de hyperventilatie: spanning, longembolie, klaplong of hartinfarct. Daarom heeft hij een uitgebreide anamnese afgenomen, waarin hij ook de risicofactoren voor een hartinfarct is nagelopen. Hij heeft gevraagd naar de leeftijd van klaagster, of zij de pil gebruikte, naar haar gewicht, of zij veel beweging had, of zij rookte en of er eerder klachten waren geweest. Appellant heeft ook gevraagd of er hart- en vaatziekten in de familie voorkwamen. Voorts heeft appellant de bloeddruk van klaagster gemeten. Tevens heeft appellant haar pols gevoeld.

"De uitkomst van de anamnese en het onderzoek was dat er geen cardiale risicofactoren waren, noch bij klaagster persoonlijk noch in haar familie. Zij kon sport beoefenen. Zij was 40 jaar. De bloeddruk was normaal en aan de pols waren geen ritmestoornissen. De kans dat een jonge vrouw zonder enige cardiale risicofactor lijdt aan een hart-vaatziekte is uiterst klein. Appellant achtte een hartinfarct als oorzaak van de hyperventilatie uiterst onaannemelijk.

"Appellant heeft klaagster in een plastic zakje laten blazen en daardoor werd de ademhaling rustiger en verminderde haar benauwdheid. Tijdens het gesprek bleek dat klaagster had blootgestaan aan grote psychosociale stress. Klaagster had met vrienden

over deze stressfactoren gesproken en daarna ontstonden de klachten. Het leek appellant heel aannemelijk en invoelbaar dat dit bezoek van haar vrienden als luxerende factor heeft gewerkt voor de aanval van hyperventilatie bij klaagster. Op grond hiervan en de overwegingen die hiervoor in alinea 6 zijn vermeld, was voor de hyperventilatie-aanval van klaagster een psychogene genese veel waarschijnlijker dan een organische en is het tuchtrechtelijk niet verwijtbaar dat appellant een hartinfarct als oorzaak van de klachten heeft uitgesloten. Voor een verwijzing naar het ziekenhuis voor verder onderzoek was op dat moment naar het oordeel van appellant geen aanleiding en hij meent dat hem dat onder de gegeven omstandigheden niet kan worden verweten.

"Appellant heeft klaagster uitleg gegeven over het verschijnsel 'hyperventilatie' en haar geadviseerd rust te nemen. Hij heeft haar kalmerende tabletten voorgeschreven en gezegd dat zij bij verergering van de klachten appellant of de volgende dag de eigen huisarts diende te waarschuwen.

"Het Medisch Tuchtcollege heeft voorts overwogen dat de echtgenoot van klaagster appellant 's avonds heeft gebeld en dat appellant gewaarschuwd had moeten zijn dat er meer aan de hand zou kunnen zijn dan hyperventilatie omdat er nieuwe verschijnselen werden gemeld. Het Medisch Tuchtcollege is van oordeel dat appellant meer informatie had moeten vragen en klaagster had moeten doorsturen naar het ziekenhuis voor verder diagnostisch onderzoek. Ook hiermee is appellant het niet eens.

"Appellant kan zich het telefoongesprek met de echtgenoot van klaagster niet in detail herinneren. Dit kan appellant echter niet kwalijk worden genomen. De verslaglegging van de contacten met klaagster en haar echtgenoot is, zoals gebruikelijk tijdens een waarneming, summier. Appellant hoorde pas een jaar later via de medisch adviseur van de rechtsbijstandsverzekering van klaagster dat zij ontevreden was over zijn optreden. Als klaagster daarover eerder contact had

opgenomen met appellant, zou hij zich de hele gang van zaken veel beter hebben kunnen herinneren. Door zo lang te wachten, heeft klaagster appellant in zijn verdediging geschaad. Er mag bij de beoordeling van de vraag of appellant tuchtrechtelijk onjuist heeft gehandeld daarom niet zonder meer van worden uitgegaan dat hetgeen klaagster en haar echtgenoot naar voren hebben gebracht over het met appellant gevoerde telefoongesprek geheel juist is.

"Appellant herinnert zich dat de echtgenoot van klaagster vrij kort nadat klaagster bij appellant in de praktijk was geweest, heeft gebeld en dat hij tegen appellant heeft gezegd dat klaagster misselijk was geworden. Voor zover appellant zich kan herinneren, belde hij omdat hij bang was dat klaagster de oxazepam weer zou uitspugen. Appellant heeft als reactie hierop niet gezegd dat klaagster maar wat extra oxazepam moest innemen. Appellant is van mening dat dat een onzinnig advies zou zijn geweest. Hij heeft waarschijnlijk gezegd dat als klaagster moest braken en daarbij het tablet oxazepam zou uitbraken, zij gerust een nieuw tablet kon innemen. Tijdens het consult had appellant geconstateerd dat klaagster duizelig was. Duizeligheid en braken zijn bekende nevensymptomen van hyperventilatie. Appellant is van mening dat het daarom tuchtrechtelijk niet verwijtbaar is dat hij in het optreden van misselijkheid geen reden zag om de diagnose 'hyperventilatie bij ernstige psychosociale stress' bij een patiënt die hij nog maar zo kort daarvoor persoonlijk had gesproken en beoordeeld, te herzien. Ook bleek uit de telefonische hulpvraag van klaagsters echtgenoot niet dat de situatie van patiënte zich in ernstige zin had gewijzigd en dat hij en klaagster zich dáárover zorgen maakten.

"Appellant wijst er in dit verband nog op dat de volgende ochtend het klachtenpatroon van klaagster nog steeds niet deed denken aan een hartinfarct als onderliggende oorzaak. Dit blijkt uit het feit dat de eigen huisarts van klaagster haar verwees naar de longarts voor nader onderzoek en dat de longarts in eerste instantie ook niet heeft gedacht aan een hartinfarct."

6. De beoordeling van het beroep

6.1. Vast staat dat klaagster, kort voordat zij op 6 februari 1994 door de arts werd onderzocht, was getroffen door een ernstig hartinfarct. Vast staat ook dat de arts, toen hij klaagster op 6 februari 1994 onderzocht, de diagnose 'myocardinfarct' heeft gemist. In geschil is dan ook alleen de vraag of daarvan aan de arts redelijkerwijs een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

6.2. Om die vraag te kunnen beantwoorden, moet eerst worden vastgesteld waaruit het onderzoek van de arts op 6 februari 1994 heeft bestaan.

6.3. Het Centraal College gaat ervan uit dat bij het onderzoek op de praktijk van de arts op die dag te omstreeks 17.15 uur de anamnese in ieder geval heeft behelsd hetgeen daaromtrent hierboven onder 2, sub b is vastgesteld. De arts heeft echter betoogd

In Nederland is het aantal kinderen dat door wiegendood sterft de afgelopen tien jaren sterk gedaald. Dat aantal kan nog met 50% verder dalen, als namelijk zwangeren en moeders van zuigelingen niet langer zouden roken.

Bron: de Jonge, 1982; Blair et al., 1996.

Roken veroorzaakt hart- en vaatziekten.

Brengt de gezondheid ernstige schade toe,
KB 4.10.1994, Stb. 720.



Medische Alliantie tegen het Roken

dat er bij die gelegenheid meer vragen door hem zijn gesteld en door klaagster zijn beantwoord.

Met name zou de arts aan klaagster hebben gevraagd of er hart- en vaatziekten in haar familie voorkwamen. Uit het antwoord van klaagster zou zijn gebleken dat er geen cardiale risicofactoren waren in de familie van klaagster.

Ook zou de arts hebben gevraagd of klaagster de pil gebruikte. Mede uit het antwoord op deze vraag zou zijn gebleken dat er ook bij klaagster persoonlijk geen cardiale risicofactoren waren. Dit betoog is door klaagster uitdrukkelijk weersproken.

6.4. Het Centraal College overweegt om trent dit betoog in de eerste plaats het volgende.

In zijn verweerschrift in eerste aanleg meldt de arts niets over deze vragen, die toch belangrijk zijn voor het al of niet uitsluiten van de mogelijkheid van een hartlijden. In zijn conclusie van dupliek maakt de arts evenmin melding van deze beide vragen en de daarop door klaagster gegeven antwoorden. Wel zegt hij dan dat hij zich het gesprek met klaagster niet scherp kan herinneren. Blijkens het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg heeft de arts ook daar geen melding gemaakt van deze beide vragen. De raadsman van de arts heeft bij die gelegenheid voor het eerste gesteld dat de arts "de gebruikelijke dingen" heeft gevraagd zoals, onder meer, "of er iets over de familie bekend was". Eerst in zijn beroepschrift weet de arts zich kennelijk meer te herinneren. Hij verklaart daar dat hij een uitgebreide anamnese heeft afgenomen, waarin hij ook de risicofactoren voor een hartinfarct is nagelopen en dat hij toen heeft gevraagd of klaagster de pil gebruikte en of er hart- en vaatziekten in de familie voorkwamen.

6.5. Het Centraal College acht voor de beoordeling van de juistheid van voormeld betoog van de arts voorts van belang hetgeen door klaagster ter zitting in hoger beroep in dit verband is verklaard. Zij heeft niet alleen nog eens uitdrukkelijk weersproken dat beide hogerbedeelde vragen haar door de arts zijn gesteld, maar bovendien medegedeeld dat zij, indien haar naar pilgebruik zou zijn gevraagd, bevestigend zou hebben geantwoord en dat zij, indien haar naar hartklachten in de familie zou zijn gevraagd, zou hebben geantwoord dat bijna al haar gestorven familieleden zijn overleden aan een hartinfarct.

6.6. Hetgeen hierboven onder 6.4 en 6.5 is overwogen, brengt het Centraal College tot de conclusie dat het er voor moet worden gehouden dat de arts bij gelegenheid van zijn anamnese op 6 februari 1994 aan klaagster niet heeft gevraagd of er in haar familie hartklachten voorkwamen en evenmin of klaagster de pil gebruikte.

6.7. Het Centraal College gaat er voorts van uit dat het op 6 februari 1994 uitgevoerde lichamenlijk onderzoek in ieder geval heeft behelsd hetgeen daaromtrent hierboven onder 2, sub b is vastgelegd. De arts heeft echter bij zijn conclusie van dupliek in eer-

ste aanleg verklaard dat hij "het gebruikelijke onderzoek" heeft gedaan, waaronder, behalve het opnemen van de polsslag en het meten van de bloeddruk, ook het luisteren naar hart en longen. Blijkens het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg heeft de arts daarentegen weer verklaard dat hij, omdat hij verwachtte niets te vinden, niet naar de longen van klaagster heeft geluisterd.

De raadsman van de arts heeft op die zitting slechts gesproken over het opnemen van de pols en het meten van de bloeddruk.

Ook in zijn beroepschrift gewaagt de arts slechts van het opnemen van de pols en het meten van de bloeddruk.

6.8. Op grond van hetgeen onder 6.7 is overwogen, moet het er naar het oordeel van het Centraal College voor worden gehouden dat de arts bij het lichamenlijk onderzoek op 6 februari 1994 niet naar hart en longen van klaagster heeft geluisterd.

6.9. Ten aanzien van hetgeen is voorgevallen bij het telefoongesprek, dat de arts in de avond van 6 februari 1997 te omstreeks 20.00 uur met de echtgenoot van klaagster heeft gevoerd, gaat het Centraal College uit van hetgeen daaromtrent hierboven onder 2, sub c, is vastgesteld.

6.10. Nu aldus voldoende is vastgesteld waaruit het onderzoek van de arts te omstreeks 17.15 uur in zijn praktijk en te omstreeks 20.00 uur per telefoon heeft bestaan, komt de vraag aan de orde of aan de arts terzake van het missen van de diagnose 'myocardinfarct' een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt.

6.11. Het Centraal College beantwoordt die vraag bevestigend en overweegt daartoe het volgende.

6.12. De arts werd op 6 februari 1994 in zijn praktijkkamer geconfronteerd met een 40-jarige vrouw, die klaagde over pijn in de borst bij inspanning en over een bandgevoel om de borst, die moeilijk liep en hevig transpireerde. De arts heeft toen terecht aan meerdere mogelijkheden gedacht, waaronder die van een longembolie, een klaplong, een myocardinfarct en hyperventilatie. In die omstandigheden had de arts ook nadat blazen in een plastic zakje verlichting van de ademhalingsproblemen had gebracht, niet zonder meer tot de diagnose 'hyperventilatie' mogen besluiten. Hij had eerst nader onderzoek dienen te verrichten naar de andere genoemde mogelijkheden.

Een gerichte vraagstelling over het voorkomen van hartlijden in klaagsters familie en over haar pilgebruik, alsmede een lichamenlijk onderzoek naar de toestand van hart en longen hadden niet achterwege mogen blijven. Dat geldt te meer nu de arts, die die dag optrad als waarnemer van klaagsters huisarts, niet vertrouwd was met de lichamenlijke en psychische conditie van klaagster.

6.13. Bij het telefoongesprek dat de arts diezelfde dag te omstreeks 20.00 uur met klaagsters echtgenoot voerde, werd de arts geconfronteerd met de mededeling dat de klachten over pijn in de borst en een bandgevoel om de borst niet waren verminderd

en dat klaagster bovendien had gebrakt. In die omstandigheden had de arts zijn diagnose 'hyperventilatie' niet zonder meer in stand mogen laten en verwijzing naar een eventuele opname in een ziekenhuis voor nader onderzoek naar een van de andere door hem aanvankelijk mede in beschouwing genomen mogelijkheden moeten overwegen.

De omstandigheid dat noch de huisarts noch de longarts in eerste instantie aan een myocardinfarct hebben gedacht, doet aan het bovenstaande niet af.

6.14. Het verweer van de arts ter zitting in hoger beroep dat hij kon en mocht veronderstellen dat de klachten nog niet waren verminderd omdat de oxasepam nog niet was gaan werken, gaat niet op. De werking van dit geneesmiddel vangt aan, zoals de arts blijkens verklaring ter zitting in hoger beroep ook wist, ongeveer een half uur na orale toediening. Bij gericht vragen had de arts te weten kunnen komen dat die toediening vrij kort na het bezoek van klaagster aan de arts, derhalve te omstreeks 18.00 uur, had plaatsgevonden.

6.15. De conclusie van het Centraal College is dat de arts, door jegens klaagster te handelen zoals hij op 6 februari 1994 heeft gedaan, in medisch opzicht zozeer is tekortgeschoten dat hij het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd. De maatregel die het Medisch Tuchtcollege terzake aan de arts heeft opgelegd, acht het Centraal College in overeenstemming met de ernst van die tekortkoming.

6.16. Gelet op het vorenoverwogene komt de bestreden beslissing niet voor vernietiging in aanmerking. Zij dient in stand te worden gelaten, zij het met aanvulling van gronden als hierboven weergegeven. Om redenen van openbaar belang dient zij tevens op na te melden wijze openbaar te worden gemaakt.

7. Beslissing

Het Centraal College:

- *Verwerpt het beroep;*
- *Bevestigt, met aanvulling van gronden als hierboven weergegeven, de beslissing d.d. 6 februari 1996 van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam;*

- Bepaalt dat de onderhavige beslissing openbaar zal worden gemaakt overeenkomstig artikel 13b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending aan de redactie van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met verzoek tot plaatsing. •

Aldus gegeven in Raadkamer door mr. J.J.R. Bakker, voorzitter; dr. J.J. Hamming, dr. J.G.M. Jordans, prof. dr. A.H.M. Taminiau, K.W. Woltering, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van mr. H.J. Sluyters-Hamburger, secretaris; en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 9 oktober 1997, door mr. J.J.R. Bakker, voorzitter; in tegenwoordigheid van de secretaris.

Overgangsregeling

H V R C

Overgangsregeling bij de Uitvoeringsregeling Herregistratie Huisartsen voor instellingsartsen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

Inleiding

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) heeft besloten tot een aanvullende overgangsregeling bij de Uitvoeringsregeling Herregistratie Huisartsen van 6 juli 1995, welke per 1 januari 1996 van kracht is geworden.

Doelgroep overgangsregeling

De aanvullende overgangsregeling is bestemd voor artsen die voor verlenging van de inschrijving van erkende huisartsen (herregistratie) in aanmerking willen komen op grond van werkzaamheden als instellingsarts in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.

Geclausuleerde herregistratie

Uit de Uitvoeringsregeling Herregistratie Huisartsen vloeit voort dat de inschrijving van huisartsen die als instellingsarts werkzaam zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap vanaf 1 januari 1996 doorgaans slechts in geclausuleerde vorm kan worden verlengd.

Uitspraak Commissie van Beroep

De Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde heeft in enkele beslissingen aangegeven dat er een overgangsperiode dient te zijn waarin de betreffende artsen de keuze kunnen maken tussen werkzaamheden als huisarts in de huisartspraktijk en werkzaamheden als arts in de instelling voor mensen met een verstandelijke handicap.

Specialisme Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Het bovenstaande moet worden gezien tegen de achtergrond van de ontwikkeling van een zelfstandig specialisme 'Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG)'. De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Sport heeft op 3 juni 1997 aangegeven dat de voorberei-

ding van een specifieke vervolgoopleiding AVG een aanvang kan nemen. Het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG) heeft inmiddels besloten een hierop gericht opleidingsbesluit vorm te geven. Naar verwachting zal de specifieke opleiding alsmede het daarmee verbonden specialistenregister binnen enkele jaren zijn gerealiseerd.

De HVRC heeft daarom bij de Uitvoeringsregeling Herregistratie Huisartsen de navolgende aanvullende overgangsregeling vastgesteld:

- De inschrijving in het register van erkende huisartsen van artsen, die als instellingsarts werkzaam zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, kan (ongeclassuleerd) worden verlengd tot uiterlijk 31 december 1999, indien deze artsen huisartsgeneeskundige zorg verlenen aan de in de instelling verblijvende mensen met een verstandelijke handicap.
- De criteria die voor huisartsgeneeskundige zorg gelden, en die vastliggen in de Uitvoeringsregeling Herregistratie Huisartsen, zijn hierbij onverminderd van kracht, met uitzondering van het minimum aantal ingeschreven patiënten.
- De werkzaamheden van huisartsen die als instellingsarts werkzaam zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap dienen in een dienstverband van ten minste 50% van de gebruikelijke werktijd te zijn verricht om voor verlenging van de inschrijving in aanmerking te komen.
- De overgangsregeling is geldig tot 31 december 1999. •

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

* Onderhuisartsgeneeskundige zorg wordt verstaan: algemeen medische zorg, welke wordt verleend in en vanuit huisartspraktijken, ten aanzien van:

- een in beginsel vaste groep van de bevolking ter plaatse,
- zonder selectie naar leeftijd, geslacht, en aard van de ziekte of klacht,
- waarbij de zorg zich als regel over jaren uitstrekt, en
- waarbij de continuïteit van de zorgverlening is gewaarborgd door een goede regeling voor waarneming bij afwezigheid van de huisarts, welke voldoet aan de eisen die de beroepsgroep daaraan stelt, en
- waarbij de zorg zich uitstrekt over ten minste 800 op naam ingeschreven patiënten.

KNMG

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

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083

Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

Telefax

030-2823326

Dagelijks bestuur

prof. dr. J.M. Mindertouw, voorzitter
R.G.P. Hagenouw, ondervoorzitter
J.F.M. Bergen
dr. J.H. Kingma
dr. G.M.H. Tanke
dr. H. Rengelink

Secretariaat

dr. P.J.J.M. van Loon, algemeen directeur
dr. R.J.M. Dillmann, secretaris-arts
mr. W.P. Rijkse, secretaris-jurist
R.J. Mulder, secretaris PA en PR
K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging

drs. Chr. R.J. Laffrèe, algemeen directeur
mw. G.J.M. Venneman, coördinator informatievoorziening

Orde

Orde van Medisch Specialisten

P.A.W. Edgar, arts, MBA, directeur
mw. R.W.P.M. van Unen, secretaresse

LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

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

LVSQ

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen

drs. B.H.J.M. Reerink, directeur
drs. A.Th. Buruma, secretaris

CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CSG

College voor Sociale Geneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

SRC

Specialisten Registratie Commissie

dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris
N.J.F.G. Kolkman, bureauhoofd

SGRC

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie

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

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts

Registratie Commissie

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

Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris
Industrieweg 16,
8321 EB Urk, fax 0527-686833

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, telefoon: 030-2823371
SWG Werving en Selectie, telefoon: 030-2823760
SWG Vacaturetelefoon, telefoon: 030-2823307 (voor het opgeven van vacatures); telefoon: 0900 - 40 40 3 40 (voor het beluisteren van vacatures)

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

AGENDA

JANUARI

- 22 Utrecht, Domus Medica. KNMG-symposium 'INFORMED CONSENT'. Doelgroep: artsen en verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen, management en (verpleegkundig) afdelingshoofden van ziekenhuizen, patiëntenvoorlichters, medewerkers kwaliteitszorg, klachtenfunctionarissen, wetenschappelijke verenigingen, koepelorganisaties en beleidsfunctionarissen. Inlichtingen: KNMG, tel. 030-2823322.
- 26-27 Academisch Ziekenhuis Leiden. **TWEEDAAGSE INCA INTENSIVE CARE CURSUS A**. Vereniging INCA, tel. 070-3523391.
- 28 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'UROLOGIE'. Tel. 010-2200235.
- 29 Ede, NIMAC. Werkconferentie 'CIJFERS IN HET FTO'. Stichting DGV, tel. 030-2916216.
- 29 Lustrumsymposium 'DE KLACHTWET IN UITVOERING: FEITEN OP TAFEL'. Stichting Ondersteuning Klacht-opvang Gezondheidszorg (SOKG), tel. 030-2610604.
- 30 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus 'TOEGANGSCHIRURGIE VOOR OOGGLID EN ORBITA'. Bureau PAOG-Heyendaal, mw. G. Willemsen, tel. 024-3617051.
- 30 Ede, de Reehorst. Symposium 'VOL VAN HET PROTOCOL'. Congresbureau SCEM, tel. 0345-576642.
- 31 Zwolle, de Nieuwe Buitensociëteit. Conferentie 'DE ZWOLSE ZIEKENHUIZEN IN 2010'. Mw. J. de Jong-Kleefstra / mw. A. Pit-Schieving, tel. 038-4562502.

FEBRUARI

- 4 Gouda, Goudse Schouwburg. Congres 'NIEUWE MEDEDINGINGSWET EN DE GEZONDHEIDSZORG: WAT BETEKENT HET VOOR U?' NSC, tel. 010-4349966.
- 4 Nijmegen, vergader- en trainingscentrum Jonkerbosch. Nascholingscursus 'CHRONISCH OBSTRUCTIEF LONGLIJDEN (COPD). TIJD VOOR NIEUWE RICHTLIJNEN!' Bureau Post-Academisch Onderwijs, tel. 024-3617688/3619007.
- 5 Enschede, Gebouw 'De Vrijhof', terrein Universiteit Twente. Cursus 'EEN VERSTOPT PROBLEEM'. Dr. G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-4892409.
- 5 - 6 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'LABORATORIUM'. Tel. 010-2200235.
- 12 Utrecht, Jaarbeurs. Congres 'PSYCHOGERIATRIE EN HET LEVENSEINDE'. Dienst Opleidingen en Congressen NZi, tel. 030-2739290/030-2739293.
- 12 Maarssen, Carlton President Hotel. Seminair 'HET ONGEVALSLACHTOFFER IN BEELD. LETSELREGISTRATIE ALS BASIS VOOR ONGEVALLENPREVENTIE EN TRAUMAZORG'. Secretariaat Sector Epidemiologie, tel. 020-5114552.
- 12 Utrecht, Domus Medica. KNMG-symposium 'DE WET BIG: EVOLUTIE OF REVOLUTIE?' Doelgroep: artsen, andere beroepsbeoefenaren van instellingen in de gezondheidszorg (directie, stafmedewerkers, leden klachtencommissies, kwaliteitsfunctionarissen, medewerkers DHV'en), patiëntenplatforms, patiëntenvertrouwenspersonen en zorgverzekeraars. Inlichtingen: KNMG, tel. 030-2823322.
- 12 - 13 Utrecht, Hotel Mitland. Workshop Erasmus-Orde Medisch Management Programma 'MEDISCH MANAGEMENT EN ZIEKENHUISORGANISATIE'. Bureau Orde van Medisch Specialist, tel. 030-2823290.
- 13 Katholieke Universiteit Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus 'ZENUWSPARENDE CYSTECTOMIE EN BLAASVERVANGING'. Bureau PAOG-Heyendaal, tel. 024-3617051.
- 14 Nijmegen, vergader- en trainingscentrum Jonkerbosch. Nascholingscursus 'CHRONISCH OBSTRUCTIEF LONGLIJDEN (COPD). TIJD VOOR NIEUWE RICHTLIJNEN!' Bureau Post-Academisch Onderwijs, tel. 024-3617688/3619007.

- 14 Amersfoort, de Eenhoorn. Congres 'DIABETES EN GEDRAG: TOEPASSINGEN IN DE ZORG'. Nivel, tel. 030-2729700.
- 14 Rotterdam, Novotel Rotterdam Brainpark. **2ND ROTTERDAM GLAUCOMA SYMPOSIUM**. Het Oogziekenhuis Rotterdam, tel. 010-4017708.
- 16 Amsterdam, Flevohuis. Conferentie 'EN ZIJ LEEFDEN NOG LANG GELUKKIG!' SIGRA, tel. 020-5128888.
- 18 Amsterdam, Vrij Universiteit. Symposium geriatrie 'ZORG VOOR LATER'. Tel. 020-4448353.
- 19 Nijmegen, vergader- en trainingscentrum Jonkerbosch. PAOG-Heyendaalcursus 'MOEILIJKE OUDEREN; LASTIG PARKET?!' Doelgroep: huisartsen en verpleeghuisartsen. Bureau PAOG-Heyendaal, mw. I. Elbers, tel. 024-3617691.
- 19 AZU, blauwe collegezaal. Cursus 'VOETKLACHTEN'. PAO-H, tel. 033-4229998.
- 20 Amsterdam, Beurs van Berlage. Congres 'NIEUWE ALLIANTIES TUSSEN ARBO, ZORG EN (SOCIALE) VERZEKERAARS. NETWERKVORMING; VAN DEFENSIEF NAAR OFFENSIEF'. NSC, tel. 010-4349966.
- 26 Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 6e V&W/NVAG Congres 'DRIE PIJLERS VAN GEZONDHEID, ZORG EN BESCHERMING. VAN BEVINDINGEN NAAR BELEID.' Dr. D. Ruwaard, tel. 030-2743598.
- 27 Scheveningen, Kurhaus Hotel. Congres 'DE TOEKOMST VAN DE AWBZ. NIEUWE SPELREGELS IN HET 1e COMPARTIMENT!' NSC, tel. 010-4349966.

MAART

- 6 Utrecht, Domus Medica. KNMG-symposium 'KLACHTEN EN FOUTEN IN DE GEZONDHEIDSZORG: ACTUELE ONTWIKKELINGEN'. Doelgroep: artsen, andere beroepsbeoefenaren van instellingen in de gezondheidszorg (directie, stafmedewerkers, leden klachtencommissies, kwaliteitsfunctionarissen, medewerkers DHV'en), patiëntenplatforms, patiëntenvertrouwenspersonen en zorgverzekeraars. Inlichtingen: KNMG, tel. 030-2823322.
- 8 - 10 Noordwijk aan Zee, Hotels van Oranje. Jubileum congres 'VAN INFECTIEZUSTER TOT HYGIËNIST: ADVISEUR IN HYGIËNE EN INFECTIEPREVENTIE'. Mw. M. Louwers, tel. 040-2399111.
- 11 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'VERSLAVINGEN'. Tel. 010-2200235.
- 11 Utrecht (de Uithof), Matthias van Geunsgebouw. Cursus 'GERIATRIE'. PAO-H, tel. 033-4229998.
- 12 - 13 Rotterdam, World Trade Center. Congres 'OUDER WORDEN'. NIZW, tel. 030-2306398.
- 12 - 13 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'ORTHOPEDIE'. Tel. 010-2200235.
- 13 Nijmegen. PAOG-Heyendaalcursus 'ZUURSTOF; VAN BUITENLUCHT TOT MITOCHONDRION, BIJ WIE LIGT WAAR DE GRENS'. PAOG-Heyendaal, tel. 024-3617691.
- 18 Ede, de Reehorst. Symposium 'VERPLEEGHUIZEN EN PALLIATIEVE, TERMINALE ZORG'. NZi, tel. 030-2739293.
- 19 Utrecht, Congrescentrum Hoog Brabant. Studiedag 'WAAROM WIJ ...?', over soa/aidsvoorlichting aan vluchtelingen in gemeenten. Stichting Pharos, tel. 030-2349800.
- 19 Scheveningen, Kurhaus. Symposium 'VIS, EEN ZEE VAN GEZONDHEID?' Voedingscentrum, tel. 070-3068883.
- 19 Rotterdam, Congrescentrum Engels. Congres 'SCREENING IN DE VERLOSKUNDE ANNO 1998'. Dr. E. Slager, fax. 0180-590020.
- 20 Rotterdam, De Doelen. Congres 'SCREENING IN DE VERLOSKUNDE ANNO 1998'. Doelgroep: huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Inlichtingen: dr. E. Slager, fax. 0180-590020.
- 19 - 20 Capelle a/d IJssel, NascholingsCentrum Huisartsen. Cursus 'CARDIOLOGIE'. Tel. 010-2200235.



Zie ook:

<http://www.knmg.nl/mc>