Over wetsvoorstellen met betrekking tot het ziekenfonds zijn al heel wat politieke zwaargewichten gestruikeld. Zal de huidige bewindsman van Volksgezondheid zich met het voorstel van Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen aansluiten bij zijn voorgangers? Hierover een zestal beschouwingen van acht auteurs – zie hiernaast – die staan voor wetenschap, beleid, adviesorganen in de gezondheidszorg en verzekeraars: over de tachtigjarige oorlog om het ziekenfonds, de regelgeving van de 'particulieren' als proeftuin voor een volksverzekering met beperkte dekking, de tijdbom van de kostenbeheersing en de solidariteit als kern van de politieke discussie over het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Per 1 januari a.s. zullen twee nieuwe leden toetreden tot het hoofdbestuur van de KNMG: W. B. J. Funk, als gynaecoloog verbonden aan het Streekziekenhuis te Gorinchem, en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, hoogleraar neurofysiologie aan de Universiteit van Amsterdam. Ter kennismaking komen de twee nieuwe hoofdbestuursleden alvast even aan het woord.

Vorig jaar hebben rotjes, siervuurwerk en sterretjes tussen de 400 en 500 mensen in het ziekenhuis doen belanden. Dr. W. H. J. Rogmans, adjunct-directeur van de Stichting Consument en Veiligheid te Amsterdam, geeft cijfers en doet suggesties inzake preventie: verbieden is er niet bij.

In een woonwagenkamp werden 253 bewoners onderzocht op hepatitis B-virus (HBV)infecties. Van de bewoners was 33,5% getatoueerd en 73,5% had oorgaatjes. HBs-Ag werd gevonden bij 12,1% van de onderzochten, anti-HBc bij 40,1% en 41,5% was positief voor een of beide parameters. Onderzoekmethoden en resultaten worden nader toegelicht door zes auteurs: drie medewerkers van de afdeling Epidemiologie en gezondheidsbescherming van de GG&GD Utrecht en drie van het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid voor de regio Utrecht.

Medisch Contact

Zes bijdragen over de ziekenfondswetgeving:
B. Oosting, Drs. G. Verschoor en Dr. G. Schrijvers – 1633; Dr. W. P. M. M. van de Ven – 1635; Drs. A. de Jager – 1638; Mr. J. Kasdorp – 1640; Drs. J. F. G. M. de Beer – 1642; Mr. N. de Jong – 1644

Twee nieuwe leden in het KNMG-Hoofdbestuur – 1648

Ongevallen met vuurwerk. Cijfers over de jaarwisseling 1983-1984
Dr. W. H. J. Rogmans – 1651

Uit het dagboek van een (arts-)patiënt (slot) – 1653

Hepatitis B-virusinfecties in een groep woonwagenbewoners in Nederland – 1657

Bezinning op gezondheidszorg
Voordracht Drs. J. P. van der Reijden – 1661

Huisarts en persoonlijkheid.
W. Alting von Geusau, V. van Lieshout en V. Tielens – 1663

Medische specialismen nader belicht. Radiotherapie.
Mw. Prof. Dr. H. A. van Peperzeel – 1667

Primary Health Care in Botswana
H. Th. A. Schildkamp – 1669

Relatie roken en godsdienst.
Drs. J. van Reek – 1673.

MC

Nr. 51/52 – 21 december '84 – 39e jaargang

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

MC

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Küpperstraat 3,
1068 KL Amsterdam
C. P. Bruins
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
R. Bekendam

Redactie Medisch Contact

Prof. Dr. J. C. van Es, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, redactrice
R. A. te Velde, redacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname *f* 120,— (inclusief BTW); overige landen *f* 212,—.
Administratie: Tijl Tijdschriften BV, Jacques Veltmanstraat 29, 1065 EG Amsterdam.
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV, Jacques Veltmanstraat 29, 1065 EG Amsterdam,
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Geldend advertentietarief: 15 augustus 1984

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

Ontwerp: Pieter van Ark GVN

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

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

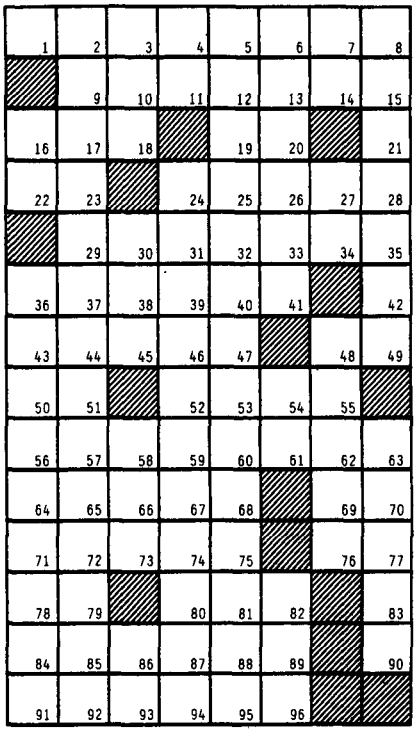
Als een auteur kopij aanbiedt dient dit in te houden dat deze niet tevens aan een ander tijdschrift ter publikatie is aangeboden of reeds elders is gepubliceerd.

Door het aanbieden van kopij draagt de schrijver de auteursrechten aan de redactie over. Als het artikel niet in Medisch Contact wordt gepubliceerd vervalt de overdracht van de auteursrechten.

DUBBELDIKKE MC-DUBBELDEKKER 51/52

Bij juiste invulling van de twaalf – voor deze bijzondere gelegenheid enigszins cryptisch *omschreven – woorden in het linker diagram* en na transport van de genummerde letters naar de desbetreffende vakjes in het rechter schema verschijnt daar een boodschap voor onze trouwe puzzelaars.

a	90	42	83	56	78	24	18	49
b	64	35	88	57	71	15	30	1
c	38	3	66	85	51	77	94	27
d	31	9	59	67	82	96	53	79
e	87	5	54	28	20	36	10	43
f	41	63	21	93	12	76	84	32
g	86	23	47	17	62	39	74	7
h	44	95	89	70	8	61	29	81
i	25	92	48	60	4	13	34	72
j	69	19	2	33	73	58	11	40
k	45	52	22	68	80	91	77	14
l	75	46	26	65	50	55	6	16



a. Franse boeren voeren daar actie
b. Dokter zit ook in de medische staf
c. Die oude man daar heeft een gebruiksaanwijzing
d. De chirurg declareerde te veel voor 'n amputatie
e. Een van de acht zaligheden
f. Hooglandijsbaan
g. Groeve in de hoofdstad van Rood China
h. Dat joch met de slee is een gemeen sujet
i. Het is nog te wit en daarom verboden
j. 'n Heel eind weg zijn
k. Dit is mede voor trots bedoeld
l. Niet actief van geest ter ziele gaan in God

Onder de inzenders van de juiste oplossing wordt een boekebon verloot.
Die van nummer 49 gaat naar N. W. Jongsma, Spuikompark 9, Philippine.
De goede oplossing was: *'Zelfzorg dient bovenal de bevordering van gezond gedrag'*.

Ziektekostenverzekering

J. C. van Es

Verwachting patiënt en te verzekeren pakket dichter bij elkaar

Het kabinet heeft een wetsontwerp aan de Raad van State gestuurd: de Wet op de toegang ziektekostenverzekering. Deze wet beoogt de voorgenomen opheffing van de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering mogelijk te maken: voor de particuliere ziektekostenverzekering, die voor een deel de ex-verzekerden als verzekerden moeten – en vaak ook willen – aannemen, moeten regels worden opgesteld, met name zal een acceptatieplicht moeten worden ingevoerd. Tot dusverre heeft een aantal verzekeraars vooral hen die een gering ziekterisico dragen trachten aan te trekken met lage premies, die dan ook wegens dat lage risico konden worden geboden. Als echter de particuliere verzekeraars meer dan ooit onderdeel worden van een sociaal stelsel, zullen zij de lasten die daaraan zijn verbonden ook moeten dragen: acceptatieplicht, een standaardpakket, maximum-premie, beperking van leeftijdstoeslagen. In ruil daarvoor krijgen zij echter een veel grotere rol in de ziektekostenverzekering, hetgeen een aantrekkelijke deal mag worden genoemd.

Het is vanzelfsprekend dat dit alles – en nog meer, zoals een regeling om te grote inkomensconsequenties te compenseren – goed moet worden vastgelegd. Vandaar het wetsontwerp, dat eigenlijk per 1 januari 1985 van kracht had moeten worden om met ingang van die datum de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering te kunnen opheffen. De termijn daarvoor is te kort. Bovendien brengt, zo blijkt uit een bericht in het NRC-Handelsblad[1], het ontbreken van een advies van de zijde van de ambtenarencentrales – een niet gering aantal ambtenaren is rechtstreeks belanghebbende – óók oponthoud in de behandeling van het wetsontwerp teweeg. Intussen mag de betekenis van dit kleine wetje niet worden onderschat: het opent de weg naar een verdergaande stelselwijziging, die in de Algemene wet ziektekosten (AWZ) wordt voorbereid. Staatssecretaris Van der Reijden heeft het thans voorliggende ontwerp een 'proeftuin voor de AWZ' genoemd. Zeer in het kort houden de nieuwe plannen in: handhaving van de huidige AWBZ ter verzekering van onverzekerbare risico's voor iedereen; eveneens voor iedereen een basisverzekering die wordt betaald uit een inkomensafhankelijke gezondheidsbelasting en waarmee een basisverstrekkingenpakket kan worden geleverd (het grootste deel van het huidige ziekenfondspakket); het in te voeren eigen risico kan desgewenst worden herverzekerd, evenals een aanvullend pakket van verrichtingen die niet onder het verplichte basispakket vallen. Aan deze belangrijke plannen heeft de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de medische faculteit te Utrecht een conferentie gewijd; aan het bij die gelegenheid verhandelde wordt in dit nummer veel aandacht besteed.

De Wet op de toegang ziektekostenverzekering wordt weliswaar als een voorportaal van de AWZ beschouwd, er zullen echter nog tal van struikelblokken uit de weg moeten worden geruimd voordat dié wet van kracht zal zijn. De geschiedenis leert immers dat al veel pogingen tot stelselwijzigingen zijn doodgelopen. Niet voor niets is de titel van de inleidende 'Utrechtse' bijdrage: 'De tachtigjarige oorlog om het ziekenfonds' (blz. 1633). Ook door het aannemen van de nu in behandeling zijnde wet wordt de drietrapsraket van de AWZ niet zonder meer gelanceerd[2]: het kabinet heeft over een verdere stelselwijziging nog geen standpunt ingenomen; zo'n ontwerp vindt in het huidige stadium een prachtig speelveld voor commentaar, kritiek, gedachtenontwikkeling.

Aan het ontwerp zitten aantrekkelijke kanten: belangrijke risico's worden voor iedereen gedekt, en dat grotendeels door een inkomengebonden premie, die daardoor – en dat geeft aan hoezeer bij het nieuwe plan de invloed van de overheid wordt vergroot – het karakter van een belasting heeft gekregen. Ook de curatieve gezondheidszorg wordt daardoor uit de sfeer van het indivivuele gehaald; er ontstaat tot op zekere hoogte een solidariteit die in principe breder is dan de huidige. Hoe diep die solidariteit gaat hangt geheel af van de verdere invulling. Dáár beginnen dan ook meteen de problemen: de waarde van de AWZ staat of valt met de invulling van het te verzekeren pakket; de prijs die daarvoor moet worden betaald wordt bepaald door de hoogte van de belasting. De gezondheidszorg wordt er in haar totaliteit ook niet goedkoper door; de AWZ is dan ook geen instrument voor de beheersing daarvan. Wel kunnen de financiële lasten worden verschoven: de collectieve druk wordt verlaagd, hetgeen prettig is voor de presentatie van de lasten in een financieel overzicht.

Een belangrijk voordeel van het ontwerp – een voordeel dat al wordt gehonoreerd in het wetsontwerp Toegang ziektekostenverzekering – is dat de particuliere ziektekostenverzekeraars aan regels worden onderworpen. Daardoor komen ziekenfondsen en verzekeraars qua kenmerken dichter bij elkaar. Daarmee wordt nog meer zichtbaar dat het een fictie is dat ziekenfondsen financiers van de gezondheidszorg zijn: zij zijn verzekeraars.

Een derde voordeel van de AWZ is dat voor verzekerden keuzemogelijkheden worden ingebouwd. In dit nummer van Medisch Contact is een voordracht opgenomen die Van der Reijden onlangs hield: 'Bezinning op gezondheidszorg' (blz. 1661). In die voordracht wordt ook de vraag naar de zin van het leven aan de orde gesteld, waardoor vragen naar aard en omvang van medische hulp en zorg in een ander licht kunnen komen te staan. De vraag naar de zin van het leven moet uiteindelijk ieder voor zich beantwoorden. Het antwoord op die vraag kan mede bepalen wat men van de gezondheidszorg verwacht. Door variabele pakketten aan te bieden kan men verwachtingen ten opzichte van de gezondheidszorg en het te verzekeren pakket met elkaar in overeenstemming brengen. Dit veronderstelt echter wel een vrijheid van keuze. Die vrijheid moet in nieuwe wetten dan ook worden voorondersteld en gegarandeerd. ■

1. Uitstel opheffing vrijwillig ziekenfonds. NRC Handelsblad, 6 december 1984, 14.

2. Zie ook: Es JC van. Drietrapsraket niet gelanceerd. Medisch Contact 1984; 38: 1195.

Dagbehandeling

Tegelijk met het verschijnen van deze column heeft de LSV op grote schaal de brochure 'Dagbehandeling' verspreid. Ziekenhuizen, de overheid, organisaties in de gezondheidszorg en de pers hebben haar ontvangen. Waarom? Omdat het Centraal Bestuur van de LSV van mening is dat dagbehandeling een waardevol alternatief voor de klinische en poliklinische behandelingsmogelijkheden van de patiënten *kan* zijn. Maar ook opdat betrokkenen weten welke voorwaarden aan dagbehandeling moeten worden gesteld. Voorwaarden die alles met kwaliteit te maken hebben en zich niet in eerste instantie door bezuinigingen laten leiden.

Omdat dagbehandeling kostenbesparend kan werken, bestaat vanuit het financiële circuit in de gezondheidszorg belangstelling voor deze vorm van behandelen die tussen klinisch en poliklinisch ligt. De LSV zal zich echter te allen tijde verzetten tegen bezuinigingen die direct de patiëntenzorg aantasten.
Enkele ziekenfondsen zagen in deze verkorte behandelingsduur reeds een prachtige bron van inkomsten. Begin dit jaar haalden twee Brabantse fondsen de pers met rekensommen die de dagbehandeling tot de kip met gouden eieren maakten; ze gaven daarbij alvast aan welke verrichtingen ervoor in aanmerking moesten komen: achttien verschillende ingrepen, waaronder het vrijmaken van pezen in het polsgewricht, leverbiopsie en het verwijderen van platen na een heupoperatie, stonden op het verlanglijstje.
Natuurlijk hebben de ziekenfondsen een duidelijk belang bij een spoedige ontwikkeling van de dagbehandeling maar, zo zegt de LSV, en zo staat het in de brochure: 'De ziekenfondsen kunnen geen doorslaggevende stem hebben in het overleg over de vraag of, en zo ja in hoeverre, dagbehandeling in het ziekenhuis dient te worden geïnitieerd – dat wordt per ziekenhuis beslist en is een zaak van directie én medische staf. Het is echter steeds de behandelend specialist die op basis van zijn professioneel inzicht, in goed overleg met de patiënt, besluiten neemt over de behandeling van de patiënt. En dan kan het zijn dat het verwijderen van een plaat na een heupoperatie wél een klinische opname vereist. Deze discrepantie tussen bezuinigingen en kwaliteit wordt ook onderkend door de adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen; steeds nadrukkelijker wijzen zij op de noodzakelijke voorwaarden.

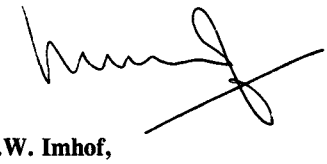
Over de implicaties van de dagbehandeling wordt verschillend gedacht. Terwijl de ene auteur zich uit in superlatieven, moet de andere het nog maar eens zien.
'Effect dagverpleging een overschatte zaak', zo luidde de kop boven een artikel in SMR-nieuws van juni 1983. Aan de hand van harde cijfers rekent SMR voor dat een reductie van 1% van het klinisch beddengebruik door dagbehandeling op korte termijn het maximaal haalbare is. In de naaste toekomst zou dat bij de huidige stand van de medische kennis maximaal 4% zijn.

Het NZI houdt, na onderzoek onder een aantal ziekenhuizen, het verschuivingspercentage van klinische naar dagbehandeling op 9,2%. Of dat uitsluitend een verschuiving van klinische of ook van poliklinische verrichtingen is, is niet helemaal te achterhalen.
Wordt voldaan aan de voorwaarden die de LSV aan de dagbehandeling stelt, dan zal die verschuiving waarschijnlijk niet zo groot zijn. Zeker valt te betwijfelen of die verschuiving de door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen verwachte 250.000 patiënten per jaar zal opleveren en of de berekende besparing van 30 à 40 miljoen gulden op jaarbasis wel wordt gehaald.

Dagbehandeling, zoals de LSV deze voorstelt, dient te voldoen aan een aantal voorwaarden. Voorwaarden die moeten worden gesteld aan de ingreep, aan de situatie van de patiënt (medisch én sociaal), aan de afdeling en de outillage en aan de nazorg. Alleen bij dat laatste punt al kun je je afvragen of er echt op de gezondheidszorg wordt bezuinigd of dat er slechts een verschuiving van kosten plaatsvindt.
De LSV vertrouwt erop (en ook dat is een voorwaarde) dat de eerstelijnszorg, in het bijzonder de huisarts, gemotiveerd en bereid is de nazorg van de dagbehandeling op zich te nemen. Ondanks stappen in de richting van versterking van de eerste lijn, moet men zich afvragen of nazorg, mantelzorg en thuishulp de zich ontwikkelende dagbehandeling wel aankunnen.
Partijen zullen duidelijke afspraken moeten maken en hoe aantrekkelijk dagbehandeling ook moge zijn, de LSV zal zich niet uitsluitend laten leiden door bezuinigingen.

Voor de LSV telt de kwaliteit van het medisch handelen. Dat is niets nieuws. Onder druk van bezuinigingen kan die kwaliteit in gevaar komen. Financieel aantrekkelijk ogende zaken mogen nooit onvoldoende overwogen worden ingevoerd.
Het in versneld tempo terugbrengen van de landelijke norm van het aantal ziekenhuisbedden per duizend inwoners kan een onaanvaardbare druk leggen op zowel de klinische als de poliklinische zorg als op de dagbehandeling. Bovendien kan dit dramatisch doorwerken in de eerstelijnszorg.
Een te snelle verlaging van de ziekenhuisbudgetten kan de kwaliteit eveneens in gevaar brengen en werkt zeker niet bevorderlijk voor dagbehandeling.

Politici en managers in de gezondheidszorg dienen elke mogelijke fluctuatie en substitutie zorgvuldig af te wegen. Dat dient ook het geval te zijn ten aanzien van een instituut als de dagbehandeling. Wordt niet na goed overleg aan de voorwaarden voldaan, zeg dan maar 'dag' tegen deze vorm van behandelen.



Dr. J.W. Imhof,
voorzitter LSV

BRIEVEN

PIJN

In het artikel over pijn, pijnbehandeling en pijnbestrijding van Engelbart c.s. (MC nr. 44/1984, blz. 1421) wordt de functionele pijn een crux medicorum genoemd, wellicht omdat veel artsen deze groep patiënten als onbehandelbaar beschouwen.
Om bij te dragen tot het verzoek om discussie geef ik als mijn mening dat een algemene pijnbeleving kan worden benaderd door daar een alternatieve beleving tegenover te zetten, een dagelijkse interesse, een doel in het leven. Daar is een pijnteam voor nodig, daar de huisarts niet verder komt omdat hij zijn inspanningen niet beloond heeft gezien en omdat de patiënt de solistische psychiater afwijst.
Doch zie, in het Amsterdamse AMC wordt zo'n patiënt, ingezonden door de huisarts en voorzien van alle mogelijke specialistische rapporten, afgewezen . . . indien de verwijzing niet door een der poliklinieken van dat AMC wordt ondersteund, ook al is een der geconsulteerde specialisten partieel aan het AMC verbonden. Een dergelijke vorm van medische discriminatie leidt tot onnodige kostenverhoging, onnodige belasting van de patiënt, die het nu helemaal niet meer ziet zitten, en een desavouering van de plaatselijke specialisten.
Naast de drie door de schrijvers genoemde facetten dient een vierde te worden genoemd, namelijk die der toegankelijkheid, waarbij op zijn minst het volledige dossier van de huisarts in ogenschouw moet worden genomen. Over samen-werken gesproken!

Amsterdam, december 1984

N. J. H. van Hasselt

'INFORMED CONSENT'

Op ethische gronden vindt Prof. Dr. H. M. Kuitert dat een patiënt toestemming moet geven *voor een behandeling* op basis van voorlichting: een patiënt mag niet van zijn autonomie worden beroofd (MC nr. 43/1984, blz.1385).
'Informed consent' heeft ook een preventieve en therapeutische waarde, zoals aangetoond wordt door de psychiaters D. A. Rockwell en F. Pepitone-Rockwell in Medical Clinics of North America 1979, 63, 1341-1351: 'The emotional impact of surgery and the value of informed consent'. Door een goede voorlichting aan en luisteren naar de patiënt wordt de therapeutische relatie versterkt, die belangrijk is om postoperatieve psychologische complicaties op te vangen; deze complicaties blijken veel frequenter voor te komen dan doorgaans wordt aangenomen. De patiënt moet de kans krijgen te beginnen met 'het zich bezorgd maken (work of worrying)', wat hem in staat stelt zijn verdedigingsmechanismen in stelling te brengen tegen wat wordt gezien als een bedreiging van de persoon en het lichaam. Mensen die weten en mee beslist hebben wat er met hen gaat gebeuren, hebben een grotere weerstand tegen stress. De communicatie die nodig is om tot 'informed consent' te komen laat ook toe uit te vinden bij welke patiënten men eerder op psychologische complicaties bedacht moet zijn, bij welke patiënten men zelfs een electieve operatie zal moeten uitstellen om eerst psychiatrische hulp in te roepen.
Het verbaasde mij dat de bijdrage van Prof. Dr. C. van der Meer in hetzelfde nummer (MC nr./1984, blz. 1386) bijna uitsluitend over *medische experimenten* handelt. Is de auteur van mening dat in Nederland veel meer medische experimenten dan chirurgische ingrepen worden gedaan, of heeft hij er zich bij neergelegd dat 'er vele patiënten zijn die nauwelijks enig inzicht hebben in de reguliere therapie die zij *ontvangen*'?

Berlicum, december 1984

R. J. M. Vandevelde

Naschrift

Collega Vandevelde heeft gelijk, als hij stelt dat mijn bijdrage bijna uitsluitend gaat over medische experimenten. In de inleidende alinea's heb ik er echter op gewezen, dat instemming met de gebruikelijke therapie mag worden verondersteld als een patiënt zich onder behandeling stelt van een arts en dat voor de minder gebruikelijke en meer mutillerende ingrepen toestemming moet worden gevraagd. De problematiek rondom deze toestemming is minder groot dan bij een experiment, omdat het bij dit laatste zeker niet altijd gaat om een handeling die bedoeld is de situatie van de patiënt te verbeteren.

Amsterdam, december 1984

C. van der Meer

METHADONVERSTREKKING 1

In MC nr. 43/1984, blz. 1383 schetst collega De Boer het beeld van een door de politiek en ideologische hulpverleners misbruikte methadonarts (een pillenautomaat, een medicus zonder principes), wanneer deze methadon voorschrijft aan een heroïneverslaafde zonder afkickmotivatie.
Als verslavingsarts (verslaving is meer dan methadon alleen) met andere ervaringen en principes moet ik zijn visie weerspreken. De gedachtefout die collega De Boer parten speelt is de volgende: als een verslaafde niet met methadon afkickt, dan kiest hij zelf voor de schadelijke gevolgen van de neerwaartse spiraal waarin hij terechtkomt, aldus zijn redenatie. Deze gedachtengang is fout, omdat verslaving vanuit medische hoek wordt gezien: een ziekte met een eenduidige medische therapie. Collega De Boer beperkt zich tot het voorschrijven van methadon en het 'stiekem meekijken over de schouder van de verstrekker'. De realiteit is anders: druggebruik is een gedrag op basis van sociale, psychische en biologische factoren met een duidelijke medische invalshoek. Deze invalshoek biedt op zich echter onvoldoende houvast voor therapie bij de meesten, wegens het multicausale karakter van verslaving. Behandeling van verslaafden dient derhalve ook veelzijdig te zijn; (psycho)sociale en medische aspecten integreren tot een coherente aanpak. Het onderhouden van verslavingen is daarbij uiteraard niet het doel, maar als afkicken geen haalbare kaart is blijven er voldoende medische aspecten over: abstinentie, spuitcomplicaties (hepatitis, abcessen, flebitiden, embolieën), psychiatrische beelden, geslachtsziekten, tbc, anticonceptie, zwangeren en bovendien nog de bijwerkingen van amfetamine, cocaïne, psychofarmaca, etc.
Dat een medicus zijn medewerking zou moeten ontzeggen aan de gevolgen van verslaving – omdat verslaafden daar zelf voor zouden kiezen – roept bij mij veel weerstand op. Sinds wanneer worden mensen niet verder geholpen als ze onvoldoende meewerken aan een – volgens de arts – tot volledige genezing leidende therapie? Staken we de behandeling van mensen met hypertensie of diabetes als de geadviseerde zout- of caloriebeperking onvoldoende wordt uitgevoerd? Weigeren we behandeling van rokers met longziekten? Nee! Daarom moeten we ook proberen er bij verslaafden het beste van te maken.
Dat hulpverleners het gevaar lopen voor politieke karretjes te worden gespannen, staat buiten kijf. Met collega De Boer ben ik het eens dat een deskundig team met duidelijke doelstellingen zonder ideologische eenzijdigheid de beste manier is om dat te voorkomen. Kennelijk is het in Groningen nog niet zover. Of lees ik uit de 'Notities naar aanleiding van ervaringen van een waarnemend methadonarts' dat door te hoge verwachtingen over de resultaten van afkickpogingen zijn motivatie voor dit moeilijke maar boeiende werk danig gefrustreerd is?

Rotterdam, december 1984

Wouter Barends, arts Karl Hormann Stichting

METHADONVERSTREKKING 2

Het betoog van collega A. F. A. M. de Boer over methadonverstrekking (MC nr. 43/1984, blz. 1383) roept bij mij enige reacties op.
Het probleem van de drugsverslaving is – zoals hij ook schrijft – een sociaal, maatschappe- ▶

lijk, politiek en ook medisch probleem. Artsen worden op verschillende terreinen met dit soort mengproblemen geconfronteerd, zoals bij abortus, euthanasie, mishandeling, incest, minderheden, etc. Al dit soort mengproblemen hebben gemeen, dat de arts er niet zuiver medisch tegen aan kan kijken, maar dat ook zijn levensovertuiging, zijn politieke gezindheid en zijn persoonlijke opvattingen een rol spelen in zijn uiteindelijk medisch handelen.
Om terug te komen op de methadonverstrekking, waar de ene medicus voorstander van is en de ander vierkant tegen, met dezelfde medisch gegevens in zijn hand: hierbij wil collega De Boer ons doen geloven dat deze dient te worden beoordeeld door een medisch geschoold team en dat deze beoordeling moet worden getoetst aan de realiteit van alledag (een nogal vaag criterium mijns inziens), *los* van eigen politieke en godsdienstige overtuiging. Dit lukt natuurlijk niet samen met andere hulpverleners met een andere maatschappijvisie; dezen worden dus eenvoudig buiten dit overleg gehouden. Beide uitgangspunten lijken mij erg gevaarlijk. Een medische meerderheid die landelijk besluiten neemt waaraan 'andersdenkende' medici zich hebben te houden en die bovendien geen overleg meer wil met andere drugshulpverleners (straathoekwerkers, maatschappelijk werkers, etc.), omdat dezen een andere maatschappijpolitieke visie hebben. Terug in de ivoren toren dus: het lijkt mij een griezelig perspectief.
Ik denk dat discussie over deze zaken nodig is. Er vallen momenteel tientallen heroïnedoden per jaar en er wordt door drugsverslaafden veel onzekerheid, angst en ellende teweeggebracht door diefstal, inbraak, beroving en asociaal gedrag. Juist daarom is het beleid geen zaak van medisch geschoolden alleen, maar van alle daarbij betrokkenen, dus politici, Justitie, politie, niet-medische drugshulpverleners, etc. De arts heeft in dit geheel een belangrijke rol, als hij wil, en zal zijn eigen persoonlijke grenzen moeten bepalen, in overeenstemming met zijn medische kennis, politieke houding en geloofsovertuiging.

Den Helder, december 1984

A. P. de Ruiter, huisarts

OUD

In ons land wordt men tot de ouderen gerekend als men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Vanaf dat moment ontvangt men een uitkering krachtens de Algemene Ouderdomswet. Men wordt dan voor oud gerekend: bejaard, bedaagd, ongeschikt voor zijn gewone werk, uitgeschakeld. Men is een 'oude van dagen' geworden, en wel van de ene op de andere dag.
Maar is men oud als men 65 wordt? De meeste mensen van die beruchte leeftijd zijn helemaal niet oud. Integendeel, ze zijn eigenlijk nog volkomen in staat hun gewone werk te doen, al ben ik er wel van overtuigd dat het een groot verschil maakt welk beroep men uitoefent.
Wanneer begint de ouderdom, zijn er verschijnselen te noemen die daarop wijzen? Naar het mij voorkomt is dat voor vrouwen niet zo moeilijk aan te geven: voor haar begint de ouderdom als de menstruatie ophoudt en de *menopauze* begint, op ongeveer 50-jarige leeftijd dus. Of er bij de man ook zoiets plaatsvindt weet ik niet. Een ander verschijnsel dat, bij man en vrouw, zo rond de 45 jaar optreedt, is het begin van de *presbyopie*.
Nu lees ik in Medisch Contact van 12 oktober jl. (MC nr. 41/1984) bij Loonen en Oei ('Geneesmiddelen bij bejaarden') op blz. 1329, tweede kolom, laatste woord, dat het verouderingsproces al begint op ongeveer 25-jarige leeftijd; ze schrijven er wel bij dat er geen concrete leeftijdsgrens is aan te geven. Uit de aard van hun medisch beroep vestigen zij er de aandacht op dat ouden van dagen vaak te veel en ook te vaak een aantal verschillende medicijnen gebruiken.
Eén vraag aan beide collegae: hoe willen ze de ouderdom met 25 laten beginnen?
En een opmerking: met hen wil ik de nadruk leggen op de dwaasheid van de vele medicijnen die alle, inzonderheid oude, mensen krijgen voorgeschreven (tot mijn verbazing staat er in het Repertorium Farmaceutische Specialités zelfs een artikel: 'Farmacotherapie bij bejaarden').

Amsterdam, december 1984

Dr. J. G. Menken, rustend gezinsarts

WAT NIET IN MC MOCHT

Een paar weken geleden kwam in mijn bezit de brochure 'De medische rechtswetenschap, methoden, mentaliteit en praktijk', van I. van der Sluis en F. D. Gunning. In dit werkje van nauwelijks 60 bladzijden, eigenlijk meer een verzameling documenten, wordt op heldere wijze een overzicht gegeven van het beleid van de MC-redactie bij het plaatsen en weigeren van stukken over de gevolgen van een kernoorlog en over de noodzaak de kernwapens al of niet af te schaffen. Uit deze brochure blijkt dat de redactie daarbij uiterst selectief, of liever gezegd eenzijdig, te werk gaat. Stukken met een 'ban-the-bom-'-strekking – wat medisch ingekleed natuurlijk – worden in groten getale opgenomen, stukken en zelfs brieven met kritiek op dat standpunt worden stelselmatig geweigerd, onder allerlei voorwendsels en op grond van een heel arsenaal van soms een belachelijke indruk makende drogredenen, die door de auteurs precies worden beschreven (waarbij in bijlagen gepubliceerde authentieke brieven de bronnen zijn).
Mijn inziens hoort Medisch Contact een forum te zijn, open voor alle KNMG-leden en zelfs voor alle artsen. Stukken die in MC verschijnen moeten ook in MC kunnen worden gekritiseerd. Als die stukken niet werkelijk medisch zijn, zoals de vele anti-raketartikelen uit de aard der zaak zijn, dan gaat het toch echt niet aan juist diegenen die tegen dit niet-medische karakter bezwaar maken op grond van het feit dat hún kritiek niet-medisch zou zijn (of all things) de toegang tot MC te ontzeggen.
Wat in deze brochure wordt betoogd raakt een groot algemeen belang. Het gaat niet om de een of andere obscure ruzie over geweigerde artikelen, het gaat om de vrijheid van meningsuiting, de grondslag van alle andere vrijheden. Ik heb het nare gevoel dat die vrijheid de laatste jaren zware averij heeft opgelopen en ter wille van de vooringenomen ideeën van de medische vredeslobby eenvoudig opzij is geschoven door de redactie van Medisch Contact.

Lubbock, Texas (VS), december 1984

J. T. W. van Dalen, UD, PhD

Naschrift redactie MC: Zie MC nr. 50/1984, blz. 1598.

MEDISCH CONTACT EN VRIJHEID VAN MENINGSUITING 1

Na de ingezonden brief van collega Gunning in Medisch Contact van 12 oktober jl. (MC nr. 41/1984, blz. 1309) te hebben gelezen kwam ik in een boekhandel het in een voetnoot bij betreffende brief vermelde boekje 'De medische vredeswetenschap' tegen. Nieuwsgierig geworden door de verwijten die collega Gunning aan de redactie van MC richt, kocht ik het boekje. Ik heb er geen spijt van gehad. De lectuur geeft een nogal onthutsend beeld van de machinaties en manipulaties van de redactie van een blad, dat geacht wordt voor alle KNMG-leden bestemd te zijn en als zodanig niet het club-orgaan van een kleine groep gedrevenen te zijn.
Welnu, wat blijkt? In de eindeloze verhandelingen die in de kolommen speelden over de standpuntbepaling van artsen ten opzichte van kernbewapening en wapenwedloop en ten opzichte van de Noodwet Geneeskundigen viel één standpunt telkens weer op. Ik moet hierbij bekennen dat dit niet mijn standpunt is. Los van de vraag of de redactie had moeten toestaan dat bekende argumenten en kretologie telkens weer als nieuw werden gepresenteerd, is het op zijn zachtst gezegd bevreemdend dat tegenargumenten en kritiek op het redactiebeleid in deze als het ware met een zachte borstel onder het tapijt zijn geveegd. Gezien de stroom van eenzijdige propaganda over deze zaken die ons in de afgelopen jaargangen geplaagd heeft, is het niet verwonderlijk dat mensen als Gunning en Van der Sluis hun standpunt een aantal malen op papier hebben gezet. Wat wel verbazing wekt is de Kafkaachtige manier waarop de redactie van MC hun standpunt negeert. Op zijn best kan dit naïeve onzorgvuldigheid worden genoemd, op ▶

zijn slechtst is het dwepen met een modieus, uiterst omstreden standpunt, waarbij Oosteuropese toestanden niet worden geschuwd.

Leiden, december 1984

H. P. H. Kremer

Naschrift redactie: Zie MC nr. 50/1984, blz. 1598.

MEDISCH CONTACT EN VRIJHEID VAN MENINGSUITING 2

Onlangs las ik de brochure De Medische Vredeswetenschap van I. van der Sluis en F. D. Gunning. Hoewel ik geen definitief oordeel wil vellen over de redactie van Medisch Contact alléén op grond van wat deze beide collega's in hun overigens goed gedocumenteerde geschrift te berde brengen, ben ik toch wel enigszins geschrokken door de eenzijdigheid van de voorlichting over deze zaak, hetgeen met name blijkt uit het weigeren van stukken met kritiek op het standpunt van de NVMP en het niet toepassen van hoor en wederhoor. Bepaald getroffen ben ik door de argumenten en chicanes die de redactie voor deze weigeringen aanvoerde; met name geldt dit voor het steeds weer terugkerende redactieargument dat de kritiek op de NVMP-stukken niet medisch zou zijn. Het is toch al te dwaas al die vredesartikelen, die een heel duidelijk politieke strekking hebben – namelijk een pacifistische – wél als medisch te beschouwen, maar de kritiek daarop niét. Dat riekt naar het gebruik van de 'double standard' of: Kruis ik win, munt jij verliest.
Als de redactie meent dat ze het politieke standpunt van de afschaffing der kernwapens in de kolommen van MC moet gaan verdedigen, al is het dan op medische gronden, dan moet ze de kritiek op dat standpunt ook accepteren; dat is gewoon een kwestie van elementaire eerlijkheid en openheid. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat het aan die openheid bij redactie en bestuur ontbroken heeft en dat MC zijn voorlichtende taak in dezen niet op de juiste wijze heeft vervuld.

Amsterdam, december 1984

Dr. B. I. J. Beentjes

Naschrift redactie: Zie MC nr. 50/1984, blz. 1598.

ONDANKS OF DANKZIJ

Hopende dat ik in Rom. 11:20 of in Rom. 12:16-18 een duidelijk standpunt zou vinden ten aanzien van vrede en kernbewapening sloeg ik mijn bijbel op. Helaas kon ik daar niet vinden of we voor het behoud van de vrede nu wél of geen kernwapens moeten hebben. Zelf meen ik dat we er tot nu toe (behoudens een groot aantal lokale conflicten) aardig in zijn geslaagd de vrede te behouden, ondanks of misschien dankzij de kernwapens die beide partijen bezitten.
Overigens vraag ik me wel af wie we nu, gezien de verhoudingen (22 stukken vóór een *bepaalde* benadering van het behoud van de vrede en slechts 2 met kritiek op die benadering) moeten betichten van eenzijdigheid en fanatisme.

Giethoorn, december 1984

J. C. Vervoorn

Naschrift redactie: Zie MC nr. 50/1984, blz. 1598.

VRIJWILLIG ZIEKENFONDS

Afgezien van de ernstige nadelen voor de verzekerden zelf, betekent de geplande opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering een gevoelige aanslag op de beurs van de eerste lijn en voor sommige huisartspraktijken zelfs de genadeslag.
Zo is Rijswijk een gemeente met relatief veel jonge ambtenaren en kleine zelfstandigen. Ik schat er in mijn praktijk 400. Deze leveren mij jaarlijks *f* 40.000 op. Een doorsnee particuliere patiënt betaalt mij per jaar *f* 40. Dus in totaal *f* 16.000. Een omzetverlies van *f* 24.000 per jaar zou zeker mijn faillissement worden. Dus, regering: Bezint eer gij begint.

Begin februari 1985 hoop ik de staatssecretaris een brief als boven te zenden, vergezeld van tenminste uw handtekeningen.

Rijswijk, december 1984

Michael W. Beuger, huisarts,
Karel Doormanlaan 187,
2283 AL Rijswijk (ZH)

ORTHOPEDIE

De discussie uitlokkende bijdrage van collega Van Rens in de over het algemeen boeiende reeks 'Medische specialisten nader belicht' heeft al tot verschillende reacties geleid.
De enorme technische ontwikkeling van de orthopedie geeft meer chirurgische mogelijkheden en maakt een nieuwe plaatsbepaling van de orthopedie gewenst en dat zal financiële consequenties hebben, maakt Van Rens duidelijk. Als gepensioneerde moet je je daar natuurlijk niet meer mee bemoeien (of juist wel?), maar collega Van Rens geeft ook zijn mening over de opleiding van revalidatieartsen, vandaar . . .
De relatie orthopedie-revalidatie noemt Van Rens halfslachtig; ook schrijft hij dat er een tendens bestaat dat revalidatieartsen een deel van de conservatieve orthopedie voor hun rekening nemen, namelijk de zorg van amputatiepatiënten en patiënten met een paraplegie. Dit is inderdaad na de oorlog zo gegroeid en gezien de huidige tendens in de orthopedie zelfs verlamde ruggen te fixeren is dit een ontwikkeling geweest die valt toe te juichen.
Dat de revalidatiearts in zijn opleiding een stage Orthopedie zou moeten volgen, beaam ik overigens volledig. Uitwisseling van assistenten zou aanbevelenswaardig zijn; dan leren ze tevens beter elkaars taal en mogelijkheden.
Als chirurg en orthopeed om de tafel gaan zitten met het oog op toekomstige samenwerking en verbetering van de onderlinge verhoudingen, is het misschien een suggestie daarna ook anderen uit te nodigen, bijvoorbeeld een revalidatiearts met voldoende verstand van het menselijk bewegen en reageren, mits voldoende orthopedisch geschoold. Het woord 'bewegingsapparaat' is daarbij niet erg uitnodigend. Dat is een goed woord voor een door een computer gestuurde robot, maar schiet te kort voor het menselijk bewegen en reageren.
Het bovenstaande is overigens slechts bedoeld om de op gang komende discussie te stimuleren.

Goedereede, december 1984

G. M. Pool, revalidatiearts

Naschrift

De opmerkingen van collega Pool kan ik alleen maar onderschrijven.

Nijmegen, december 1984

Prof. Dr. Th. J. G. van Rens

ADRESSEN SECRETARIATEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- **Amsterdam** – *Parnassusweg 220, 1076 AV Amsterdam.*
- **Den Haag** – *Koninginnegracht 27 2514 AB 's-Gravenhage.*
- **Groningen** – *Oude Ebbingestraat 91, 9712 HG Groningen.*
- **Zwolle** – *Luttenbergstraat 5, 8000 GB Zwolle.*
- **Eindhoven** – *Stadhuisplein 3, 5611 EM Eindhoven.*

Kamervoorzitter wil ziekenfondsen opheffen

De voorzitter van de Tweede Kamer, Dr. D. Dolman, vindt dat de ziekenfondsen ernaar moeten streven zichzelf op te heffen. De gezondheidszorg en de financiering van die zorg moeten zijns inziens passen in een algemene, integrale beleidsvorming.

'Oorlog is te belangrijk om over te laten aan de generaals. De gezondheidszorg is te belangrijk om over te laten aan de artsen', aldus Kamervoorzitter Dolman bij de opening van het nieuwe hoofdkantoor van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken (ZAO). Naar zijn mening gaat in de huidige situatie veel deskundigheid verloren door de sterke versnippering en bureaucratie binnen de organisatie.
Dolman pleit voor een integrale ziektekostenverzekering voor alle Nederlanders; op het vlak van de beleidsvorming zou zo'n volksverzekering moeten opgaan in het totale voorzieningenpakket dat de gemeentelijke overheden hun burgers aanbieden.
Het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken is ontstaan uit een fusie van drie ziekenfondsen (AOZ, AZO en ZZ), de tandheelkundige vereniging ATZ en het samenwerkingsverband van ziekenfondsen VAZ. 'Door de bundeling van krachten kan het nieuwe ziekenfonds nu duidelijker stelling nemen tegenover externe instanties. Dit zal vooral ten goede komen aan de verzekerden', aldus het ZAO.
Evenals Dr. Dolman sprak ZAO-voorzitter Boonen zich uit vóór een volksverzekering. 'Het regeringsvoornemen om de vrijwillige verzekering op te heffen vinden wij dan ook een slechte zaak, omdat het de weg naar een volksverzekering blokkeert', zei Boonen, die voorts meldde dat het ZAO ernaar streeft de invloed van de verzekerden op het beleid te vergroten. Nieuw voor het fonds is de oprichting van een onafhankelijk klachtenbureau; in een paar maanden tijd zijn daar ruim vijftig klachten van verzekerden gedeponeerd.

Lege ziekenhuisbedden

Per dag staan in Nederland gemiddeld 9.700 ziekenhuisbedden leeg. Dat blijkt uit een studie naar het verloop van het aantal ziekenhuisbedden in ons land van het Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen (AZWZ). De bezettingsgraad van alle ziekenhuisbedden is tussen 1969 en 1983 gedaald van 90% tot 85%. Als de zogenaamde dubbele dag niet wordt meegeteld (zowel de dag van opname als de dag van ontslag van een patiënt worden als een verpleegdag geregistreerd) is het werkelijke bezettingspercentage maar 75%. Het aantal opnamen per jaar is in de voorbije kwart eeuw gestegen van 7,4 naar 11,2 per 100 inwoners. Het aantal opnamen van 65-plussers nam toe van 8,6 tot 11,7 per honderd. De gemiddelde verpleegduur daalde van 20,3 naar 12,7 dagen. Het AZWZ concludeert dat het bij het huidige tempo van inkrimping van de ziekenhuisvoorziening nog tot ver na het jaar 2000 zal duren voordat het aantal ziekenhuisbedden is gedaald tot 4 per 1.000 inwoners.

Uitbreiding hartchirurgie

Staatssecretaris Van der Reijden heeft het medisch centrum de Klokkenberg in Breda toestemming gegeven de capaciteit voor open hartchirurgie uit te breiden tot 1.500 operaties per jaar. De capaciteit is nu 1.300 operaties; dat aantal is dit jaar ook verricht, aldus een woordvoerder van de directie van de Klokkenberg. Het aantal operatiekamers wordt van twee op vier gebracht en het aantal bedden voor de hartchirurgie zal van 46 op 70 komen. De interne verbouwing en de apparatuur die hiervoor nodig zijn mogen in totaal zes miljoen gulden kosten. Op dit moment worden op acht plaatsen in ons land hartoperaties verricht en daar komt in de toekomst Maastricht bij. Het beleid van de staatssecretaris is gericht op een capaciteit van 9.000 operaties per jaar in ons land.

Thermometers

De Dienst van het IJkwezen raadt u aan er bij de aankoop van glazen koortsthermometers op te letten dat deze thermometers in ons land zijn geijkt. Ze zijn dan voorzien van het Nederlandse ijkmerk:



Dit ijkmerk is wettelijk vereist. Het behoort bovenaan de achterkant van de thermometer te zijn aangebracht. De cijfers binnen het vierkant staan voor het jaar waarin de keuring heeft plaatsgevonden; het cijfer 4 buiten het figuurtje staat voor het ijkkantoor Zwolle, dat de keuring van de thermometers verricht.
Inlichtingen: IJkkring Zwolle, Govert Flinckstraat 31, 8021 ET Zwolle, tel. 038-535687.

Medische hulp na kernwapengebruik

Ruim tweehonderd artsen uit Nijmegen hebben B&W van hun stad in een petitie gevraagd de bevolking goed en duidelijk voor te lichten over de gevolgen van het gebruik van kernwapens. Volgens de artsen bestaat bij het overgrote deel van de bevolking ten onrechte nog de overtuiging dat voor de medische wetenschap na het gebruik van kernwapens een rol is weggelegd.

Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en Stichting Vrijwillige Euthanasie:

Stervenshulp-op-verzoek alleen door arts

Het verlenen van stervenshulp-op-verzoek dient in Nederland, waar overal een arts op korte afstand bereikbaar is, beperkt te blijven tot artsen teneinde beoordelingsfouten of vergissingen tegen te gaan. Dit standpunt hebben de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) en de Stichting Vrijwillige Euthanasie (SVE) neergelegd in een gezamenlijke publikatie in het Nederlands Juristenblad van 24 november jl.
Als eerste argument voor hun standpunt noemen Mr. E. Ph. R. Sutorius, juridisch adviseur NVVE, en Mw. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, secretaris SVE, dat de voor het beoordelen van een verzoek om stervenshulp vereiste deskundigheid vrijwel uitsluitend aanwezig is bij de behandelend arts (medisch gesproken: de hoofdbehandelaar). Voorts voeren zij aan dat de vrijwilligheid van het verzoek volstrekt moet vaststaan en dat de voor de toetsing vereiste deskundigheid voornamelijk berust bij de behandelend arts. Tot slot vermelden zij dat artsen als beroepsgroep zijn onderworpen aan tuchtrecht en bereikbaar zijn voor circulaires van de Inspectie der Volksgezondheid of de KNMG en voor hun vaktijdschriften; artsen kunnen dus exact en efficiënt worden voorgelicht over wat wel mag en wat niet mag en waarom dat zo is.
Het 'vanzelfsprekend niet vervolgen' kan volgens NVVE en SVE slechts gelden voor de behandelend arts en voor hen voor wier handelen hij mede verantwoordelijk is ('verlengde arm'). Door het zorgvuldig en deskundig verlenen van stervenshulp waarom vrijwillig en geïnformeerd wordt verzocht te zien als medisch handelen ten aanzien van hen die duurzaam zwaarder lijden dan zij kunnen of willen dragen, blijft de behandelend arts buiten bereik van de strafwet; alle andere behoren daar wel onder te vallen en kunnen zich in voorkomende gevallen beroepen op de erkende strafuitsluitingsgronden, aldus Mrs. Sutorius en Van Till.

B. Oosting, Drs. G. Verschoor en Dr. G. Schrijvers



De tachtigjarige oorlog om het ziekenfonds

1904: minister Abraham Kuyper is van oordeel dat er één verplichte ziektekostenverzekering moet komen voor alle Nederlanders met een inkomen beneden een zekere grens. Zijn gedachten worden geen werkelijkheid: het is in die tijd moeilijk een praktische regeling te ontwerpen voor de zelfstandigen. Na Kuyper zullen andere politieke zwaargewichten als Romme, Muntendam, Veldkamp en Hendriks struikelen over wetsvoorstellen die over het ziekenfonds gaan. Zal de huidige bewindsman van Volksgezondheid, Drs. J. P. van der Reijden, zich met het voorstel van wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen aansluiten bij zijn illustere voorgangers? Op deze vraag wordt hier nader ingegaan door de heren B. Oosting, Drs. G. Verschoor en Dr. G. Schrijvers, medewerkers van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

De historie

Zo rond 1900 begon in Nederland de gedachte door te dringen dat sociale wetgeving toch wel een heel belangrijke zaak was en de eerste wet, de Ongevallenwet 1901, leek het begin te zijn van een reeks andere. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij deze intrede van de sociale verzekering in ons land het vraagstuk van de geneeskundige verzorging opnieuw in het middelpunt van de belangstelling kwam te staan. In 1904 diende minister Abraham Kuyper een wetsontwerp inzake de ziekteverzekering bij de Tweede Kamer in. Dat Kuyper zich beperkte tot de arbeiders in loondienst had louter praktische redenen; de regering zag namelijk geen kans een behoorlijke regeling te ontwerpen voor de premieheffing bij zelfstandigen. Het wetsontwerp was vrij kort voor de verkiezingen van 1905 ingediend en Kuyper verloor die verkiezingen. Na nieuwe pogingen in 1906 en 1910 van opvolgers van Kuyper ontstaat in het inmiddels opgroeiende ziekenfondswezen een machtsstrijd met als voornaamste tegenspelers de organisatie der artsen, namelijk de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, oprichtster en eigenaresse van de zogenaamde Maatschappijfondsen en de onderling beheerde ziekenfondsen. Bedoelde strijd betrof hoofdzakelijk drie punten: de bestuursmacht, de vrije artsenkeuze en de inkomensgrens voor de toelating tot de ziekenfondsverzekering.

Op instigatie van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen (NVV) kwam in 1925 een commissie tot stand die zich ging beraden over de mogelijkheid meer eenheid te brengen in het Nederlandse ziekenfondswezen. In deze zogeheten Unificatiecommissie waren vertegenwoordigd: de vakorganisaties, de medewerkersorganisaties en de landelijke Federatie ter behartiging van het Ziekenfondswezen. De commissie werd het over zeer belangrijke zaken eens, zoals: er moet één ziekenfonds per werkgebied zijn; in de besturen dienen in beginsel medewerkers te worden opgenomen; toetreding tot de ziekenfondsverzekering moet verplicht worden gesteld voor alle in de Ziektewet verzekerde arbeiders; er zal een vrije artsen- en apothekerskeuze zijn. De praktische resultaten van het Unificatierapport zouden vrijwel nihil blijken te zijn. De organisaties die in de commissie waren vertegenwoordigd maakten allerlei bezwaren en van ten uitvoer brengen van de in het rapport neergelegde beginselen kwam niets.

Een nieuw ontwerp-Ziekenfondswet werd in augustus 1920 door minister Aalberse bij de Kamer ingediend. Het ontwerp bevatte echter zoveel bijzonderheden waartegen bezwaren rezen dat het niet tot wet kon worden verheven. Nadat niet minder dan zes nota's van wijziging werden ingediend werd het ontwerp tenslotte in 1937 onder minister Romme ingetrokken. In januari 1940 werd opnieuw een aanvang gemaakt met het samenstellen van een ontwerp-Ziekenfondswet ter regeling van het ziekenfondswezen. Een ontwerp was in het begin van de maand mei 1940 gereed om aan de op genoemd gebied werkzame organisaties te worden voorgelegd.

Zo ver was men gevorderd toen de Duitsers Nederland bezetten. Het Ziekenfondsbesluit, waarvan de Duitse autoriteiten vervolgens in mei 1941 de invoering eisten, berustte op grondslagen van dit ontwerp en legde een verplichte verzekering op aan loontrekkenden. Het ziekenfondsbesluit deed tot op de dag van vandaag twee groepen verzekerden ontstaan: verplicht verzekerden en vrijwillig verzekerden. De vrijwillige verzekering bleef in haar oude vorm voor diegenen die niet onder de verplichte verzekering kwamen te vallen, maar gezien hun inkomen toch behoefte hadden aan een ziekenfondsverzekering.

De invoering van de verplichte verzekering oefende in de jaren kort na de oorlog bij vele ziekenfondsen op de financiële toestand van de afdeling Vrijwillige Verzekering een ongunstige invloed uit. Een der oorzaken van de achteruitgang van laatstgenoemde afdeling was de belangrijke vermindering van het aantal vrijwillig verzekerden, waardoor het draagvlak der afdeling werd verkleind. Bovendien kreeg deze afdeling een relatief zwaardere last te torsen, doordat vele overgebleven verzekerden voor deze afdeling een ongunstig risico vormden. Een en ander leidde in 1947 tot een overheidsregeling welke de mogelijkheid tot het verkrijgen van financiële steun uit de kas van de verplichte verzekering ten behoeve van de vrijwillige verzekering opende.

Op 9 januari 1949 kwam het toezicht op de ziekenfondsen in handen van de Ziekenfondsraad. Drie opeenvolgende ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid (Drees, Joekes en Suurhoff) hebben gepoogd het bezettingsrecht verder af te breken en een Ziekenfondswet tot stand te brengen. De Ziekenfondsraad en ook de Sociaal-Economische Raad (SER) hebben desbetreffende adviezen uitgebracht. In 1951 hebben minister Joekes en staatssecretaris Muntendam een ontwerp van wet gepubliceerd, waarover zij toen advies hadden gevraagd aan de SER. Dit ontwerp is echter – evenals zovele ontwerpen van voor 1940 – onder uiteenlopende kritiek van vele zijden bedolven geraakt.

Op de eerste dag van 1957 werd de Noodwet Ouderdomsvoorziening vervangen door de Algemene Ouderdomswet (AOW). In het verlengde hiervan is per 1 januari 1957 een wettelijke ziekenfondsverzekering voor personen van 65 jaar en ouder (en hun gezinsleden) met een inko- ▶

men beneden een bepaalde (vrij lage) grens ingevoerd. Deze nog steeds functionerende bejaardenverzekering staat los van de verplichte verzekering en vrijwillige verzekering, maar wordt wel door de ziekenfondsen uitgevoerd. Als gevolg van de lage premie hebben verreweg de meeste bejaarden die tot de bejaardenverzekering konden toetreden dit gedaan.

Nadat in de loop der jaren het Ziekenfondsenbesluit op allerlei punten was aangevuld en gewijzigd, is in 1962 (door minister Veldkamp) bij de Staten-Generaal het ontwerp-Ziekenfondswet ingediend, dat in de eerste plaats beoogde het bezettingsrecht te vervangen en voorts van het ziekenfondsrecht één geheel te maken. Op 1 januari 1966 is deze wet van kracht geworden. Daarmee kreeg de eerste Ziekenfondswet sinds 1904 haar plaats in de rij der sociale verzekeringswetten.

Tegelijk met de indiening van het ontwerp-Ziekenfondswet in 1962 heeft de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Veldkamp het denkbeeld gelanceerd van een verzekering tegen zware geneeskundige risico's voor de gehele bevolking. De mogelijkheden die deze Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) na haar inwerkingtreding in 1968 in principe kan bieden zijn zeer ruim. Zij opent het perspectief op verstrekkingen als het opnemen in dagverblijven, gezinsvervangende verblijven voor gehandicapten en andere inrichtingen waar gehandicapten verblijven. Hoe ruim overigens blijkt wel als men in aanmerking neemt dat zelfs opneming in bejaardenoorden en een recht op nader te omschrijven vormen van maatschappelijke dienstverlening daaronder kunnen vallen.

Met de aanvaarding van de AWBZ door het parlement vond de laatste grote wijziging plaats van het verzekeringsstelsel. Vele pogingen zouden nog worden ondernomen om het stelsel te veranderen; alle leden evenwel schipbreuk. Hieronder doen wij verslag van de ingetrokken dan wel niet-ingediende wetsontwerpen en andere niet-gerealiseerde gedachten.

In 1966 diende Veldkamp een wetsontwerp in voor een verplichte beperkte volksverzekering, afgekort de BVV. De BVV beoogde de gehele bevolking met een inkomen beneden de ziekenfondsgrens in één volksverzekering onder te brengen. Voor ambtenaren waren overgangsmaatregelen ontworpen. De premie-inning zou door de Rijksbelastingdienst gesmhieden. Het lag in Veldkamps bedoeling de BVV gelijk met de AWBZ in te voeren. Op 22 maart 1967 trok hij het plan evenwel in met een overeenkomstige argumentatie als Abraham Kuyper: er waren te veel bezwaren van technische aard.

Veldkamps opvolger Roolvink begon weer opnieuw en vroeg op 8 augustus 1968 advies over de structuur van de verzekeringen aan de Sociaal-Economische Raad (SER). De SER vergaderde in onder meer de commissie-De Kort vijf jaar over dit onderwerp en bracht op 16 november 1973 een niet-eenstemmig advies uit met vier alternatieven. De toenmalige drie vakcentrales bepleitten in het SER-advies één algemene volksverzekering. De particuliere ziektekostenverzekeraars introduceerden hun zevenpijlerplan met als belangrijkste kenmerk twee soorten verzekeringsinstellingen: A en B. A staat uitsluitend open voor verzekerden met een inkomen beneden een bepaalde grens. B is voor iedereen toegankelijk en heeft het recht iets extra's aan te bieden zoals klasseverpleging en moderne tandheelkundige hulp. Het derde alternatief van Van Mansvelt en Cohen, ontwikkeld binnen de KNMG, wil het verplichte ziekenfonds uitbreiden tot de gehele bevolking, waardoor de vrijwillige en de bejaardenverzekering vervalt. Verder behelst het zogenoemde 'Maatschappijplan' het onderbrengen van de ziekenhuisverpleging in de AWBZ. Het vierde voorstel in het SER-advies van Drogendijk is naar het Deense model ontworpen en bepleit een beperkte volksverzekering. Wij laten het hier verder buiten beschouwing.

Het eerste model van het SER-advies, afkomstig van de drie vakcentrales, werd in 1975 door het kabinet-Den Uyl overgenomen, doch nooit als wetsontwerp bij het parlement ingediend. In de zomer van dat jaar lekten delen van het in te dienen ontwerp-Wet Verzekeringen Gezondheidszorg uit via Unie en Medisch Contact. Het had moeten fungeren als derde paneel van het drieluik dat verder uit de wetten Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg bestaat. De volksverzekering van Hendriks en Mertens is nooit ingediend: het was technisch te moeilijk en dus niet haalbaar gebleken, zo bleek in 1976. De geschiedenis ging zich weer herhalen.

De Nota Heroverweging Volksgezondheid werd onder het eerste kabinet-Van Agt uitgebracht. Deze nota pleit voor een ziektekostenverzekering, waarbij alle actieven beneden de loongrens en de gepensioneerde actieven beneden deze grens verplicht bij het Ziekenfonds zijn verzekerd. Dit plan – ook wel naar de plaatsvervangend directeur-generaal voor de volksgezondheid 'Plan-Elsen' genoemd – beoogt dus de niet-actieven in het vrijwillige ziekenfonds over te brengen naar de particuliere verzekeringen. Regelgeving wordt voorgesteld voor de particuliere verzekeraars alsook keuzemogelijkheden binnen de verplichte ziekenfondsverzekering. ■

KNMG tegen eventuele opheffing van vrijwillige ziekenfondsverzekering

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) maakt zich zorgen over eventuele opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Vooral omdat een toch al financieel kwetsbare groep patiënten met een extra drempel voor de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden geconfronteerd. Dit schrijft de KNMG in een brief aan de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer en aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Indien de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt opgeheven, zullen ongeveer 750.000 ziekenfondsverzekerden zich bij een particuliere ziektekostenverzekeringsmaatschappij dienen te verzekeren. Weliswaar is in het voorstel van de staatssecretaris een acceptatieplicht vervat en wordt er in theorie geen extra financiële drempel of eigen risico ingevoerd. Toch acht de KNMG het zeer wel mogelijk dat in de praktijk een verandering in de hulpverlening plaatsvindt. Immers, deze categorie patiënten kan geen 'gratis' beroep meer doen op de huisarts, omdat het abonnementssysteem door die gedwongen overstap naar een particuliere ziektekostenverzekeraar veelal zal vervallen. Deze gang van zaken spoort niet met de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en door de Ziekenfondsraad uitgebrachte adviezen inzake een volksverzekering. Bovendien is dit voorstel daarmee in strijd met een streven naar versterking van de eerste lijn.

De KNMG verzoekt de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer het door de staatssecretaris voorgenomen besluit af te wijzen, of zodanig aan te passen dat de vermelde negatieve effecten achterwege blijven.

Dr. W. P. M. M. van de Ven



Proeftuin voor een volksverzekering met beperkte dekking

In dit artikel van Dr. W. P. M. M. van de Ven* – waarin slechts op enkele hoofdlijnen wordt ingegaan en details noodzakelijkerwijs ontbreken – wordt aangegeven hoe de door het kabinet beoogde korte termijnmaatregelen, om de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering op te heffen en de particuliere verzekeraars aan een regelgeving te onderwerpen, kunnen dienen als proeftuin voor een 'volksverzekering met beperkte dekking'. Een volgende stap zou kunnen bestaan uit het financieel zelfstandig maken van afzonderlijke ziekenfondsen ('budgettering per ziekenfonds'). In combinatie met het verlenen van meer bevoegdheden aan de ziekenfondsen mag hiervan een sterk kostenverlagend effect worden verwacht. Desgewenst zou een dergelijke operatie – technisch gesproken – kunnen samenvallen met het introduceren van een eigen risico aan de voet in de ziekenfondsverzekering.

Op 31 augustus jl. heeft de ministerraad ingestemd met het voorstel van staatssecretaris Van der Reijden om (zo mogelijk per 1 januari 1985) de vrijwillige en de bejaardenziekenfondsverzekering op te heffen en de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekering nader te regelen. Over een verdere stelselwijziging en over de structuur van een nieuw verzekeringsstelsel heeft het kabinet nog geen standpunt ingenomen. Wel heeft staatssecretaris Van der Reijden in een interview in De Inzet (nr. 3, 1983) te kennen gegeven dat 'het systeem zoals hij dat voor de omvorming van de oude vrijwillige ziekenfondsverzekering voor ogen heeft staan, uitstekend kan dienen als proeftuin voor de beperkte volksverzekering nieuwe stijl'.

In dit artikel wordt ingegaan op de recente kabinetsplannen en wordt aangegeven hoe deze voorgenomen maatregelen op korte termijn kunnen worden ingepast in een structurele lange termijnopzet. Hierbij wordt uitgegaan van een stelsel van ziektekostenverzekeringen zoals recentelijk door mij gepropageerd en dat zijn weerslag heeft gevonden in een voorstel voor een Algemene Wet Ziektekosten (AWZ)**. Deze AWZ kan worden beschouwd als een 'nationaal stelsel van ziektekostenverzekeringen' of als een 'volksverzekering met beperkte dekking'. Beide begrippen worden hier in gelijke betekenis gehanteerd, hoewel de gevoelswaarde nogal eens verschillend is.

Allereerst komen hieronder de hoofdlijnen van de voorgestelde AWZ aan bod. Vervolgens worden de recente kabinetsplannen besproken en wordt de betekenis hiervan voor verdere stelselwijziging aangegeven. Tenslotte worden mogelijke volgende maatregelen genoemd die kunnen leiden tot realisatie van het door mij beoogde stelsel.

Hoofdlijnen AWZ

De voorgestelde AWZ, die in de door Kasdorp aangegeven indeling (zie elders in dit nummer) onder de optie van 'gereguleerde marktordening' valt, houdt in veel opzichten het midden tussen de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Het onderscheid tussen deze verzekeringen komt te vervallen. De premie is gedeeltelijk inkomensafhankelijk ('gezondheidsbelasting') en gedeeltelijk een vast bedrag per verzekerde. Naast een basisverzekering kunnen vrijwillig aanvullende verzekeringen worden afgesloten. De uitvoering van de AWZ geschiedt door de huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Zij worden aangeduid met de term 'verzekeraars'. De verzekeraars zijn financieel zelfstandig en zullen onderling concurreren om de gunst van de verzekerden door middel van de hoogte van de premie, het dienstbetoon, efficiency, kostenbeheersing en toezicht op onnodige medische consumptie.

Een regelgeving die betrekking heeft op de acceptatieplicht, minimum verzekeringsdekking, premiestelling (premie onafhankelijk van gezondheidstoestand) en informatieplicht, zorgt voor een eerlijke concurrentie. Op deze wijze wordt een einde gemaakt aan de huidige niet-gereguleerde concurrentie tussen particuliere verzekeraars.

De voorgestelde AWZ kan worden gezien als een *volksverzekering met beperkte dekking*. Iedereen betaalt een inkomensafhankelijke gezondheidsbelasting aan een nieuw op te richten centrale kas. In ruil daarvoor heeft men recht op de basisverzekering die vergoeding geeft van de hulp, omschreven in het basisverstrekkingenpakket (circa 85 procent van het huidige ziekenfondspakket) met daarnaast een (hoog) eigen risico. Dit eigen risico is afhankelijk van de gekozen verzekeraar, maar is nooit hoger dan een vastgesteld maximum. De verzekerde wordt vrij gelaten in de keuze van aanvullende verzekeringen of het kopen van een verzekering om het eigen risico te verlagen. Voor deze verzekeringen betaalt de verzekerde een kostendekkende, nominale premie (dat wil zeggen onafhankelijk van het inkomen) aan de verzekeraar. De verzekerde is vrij in de keuze van een verzekeraar.

Om de basisverzekering te kunnen uitvoeren ontvangen de verzekeraars uit de centrale kas een vast bedrag per ingeschreven verzekerde. Teneinde te voorkomen dat de regelgeving wordt ontdoken, komen alleen erkende verzekeraars (verzekeraars die zich aan de regelgeving houden) hiervoor in aanmerking. Het bedrag dat een erkende verzekeraar per ingeschreven verzekerde uit de centrale kas ontvangt is afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde en bedraagt een gedeelte (bijvoorbeeld 60%) van de landelijk gemiddelde kosten van het basisverstrekkingenpakket (zonder eigen risico). De overige inkomsten van de verzekeraars worden gevormd door de nominale premies voor de aanvullende verzekeringen en het herverzekeren van het eigen risico. Een efficiënt werkende verzekeraar, die veel aan kostenbeheersing doet, toeziet op onnodige medische consumptie en zodoende lage kosten per verzekerde heeft, kan een basisverzekering aanbieden met een relatief laag eigen risi- ▶

* De auteur, medewerker aan de studierichting Algemene Gezondheidszorg (SAG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, schreef deze bijdrage à titre personnel en dankt Prof. Dr. R. M. Lapré, Prof. Dr. J. Moll en F. T. Schut voor hun commentaar op een eerdere versie ervan.

** Voor het uitgewerkte voorstel zie: W. P. M. M. van de Ven, Studies in Health Insurance and Econometrics, proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden, 1984. (zie ook: Economisch Statistische Berichten, 2-2-1983, pp 110-117).

co (of: het eigen risico tegen een relatief lage premie herverzekeren). Een niet-efficiënt werkende verzekeraar met een relatief hoog eigen risico en hoge premies, prijst zichzelf als het ware uit de markt.
Als volksverzekering voor de zogenaamde onverzekerbare risico's blijft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bestaan. Bij een stapsgewijze invoering van de AWZ kunnen de AWBZ en de AWZ geleidelijk op elkaar worden afgestemd. Uiteindelijk ontstaat dan een soort driedeling:
1. De AWBZ voor de zogenaamde onverzekerbare risico's (bijvoorbeeld langdurige ziekenhuisverpleging en verpleeghuishulp).
2. De AWZ-basisverzekering voor de zogenaamde noodzakelijk te verzekeren risico's (bijvoorbeeld verpleging in ziekenhuizen en specialistische hulp).
3. Diverse vrijwillige aanvullende verzekeringen voor de zogenaamde niet-noodzakelijk te verzekeren risico's (bijvoorbeeld afkopen van het eigen risico en klasseverpleging in ziekenhuizen).

Een verschil tussen een dergelijke AWZ-structuur en de drietrapsraket van Van der Reijden is dat bij de eerstgenoemde niet is uitgegaan van een splitsing van de voorzieningen over de tweede en derde trap, maar van een breed samengesteld basispakket van noodzakelijke medische voorzieningen, met daarnaast een eigen risico aan de voet. Op deze wijze kan tegemoet worden gekomen aan een veelgenoemd bezwaar dat niet-verzekerde goedkope hulp (uit de derde trap) door wel-verzekerde dure hulp (uit de tweede trap) wordt vervangen.

Nieuwe verzekeringsvormen en kostenbeheersing

De aan regelgeving onderworpen concurrentie tussen de financieel zelfstandige verzekeraars, zoals voorgesteld in de AWZ, bevat prikkels tot een efficiënte bedrijfsvoering, goede dienstverlening en controle op onnodige verstrekkingen. Ook kunnen de verzekeraars in de onderlinge concurrentie nieuwe verzekeringsvormen introduceren, waardoor bestaande kostenverhogende financiële prikkels worden omgebogen tot kostenverlagende prikkels. In het verlengde van de financiële zelfstandigheid zullen de ziekenfondsen bij realisering van de AWZ ook meer bevoegdheden krijgen met betrekking tot de onderhandelingen en het afsluiten van contracten met hulpverleners (bijvoorbeeld artsen) en instellingen (bijvoorbeeld ziekenhuizen).
Met betrekking tot de eerstelijnshulp zou een verzekeraar in overleg met de plaatselijke hulpverleners (bijvoorbeeld huisartsen en gezondheidscentra) richtlijnen kunnen opstellen over een doelmatig functioneren van de eerste lijn. Deze richtlijnen, waarbij de lokale omstandigheden, behoeften en mogelijkheden mede een rol zullen spelen, kunnen bijvoorbeeld voor de huisarts betrekking hebben op het verrichten van eenvoudige heelkundige verrichtingen, het verwijzen van patiënten naar de tweede lijn (specialisten en ziekenhuis) of de ziekenhuizen waarnaar wordt verwezen. Een verzekeraar zou vervolgens een nieuwe verzekeringsvorm kunnen introduceren met premiekorting, waarbij eerstelijnshulp verleend door huisartsen die zich aan de richtlijnen houden, volledig wordt vergoed en waarbij voor hulp verleend door anderen behoudens noodsituaties, verblijf elders en dergelijke) een eigen betaling verschuldigd is. Deze verzekeringsvorm verschaft de verzekerde een aansporing om een doelmatige huisarts te kiezen en verschaft de huisarts een prikkel tot doelmatig handelen.
Ook met betrekking tot andere vormen van hulp zou een verzekeraar afspraken kunnen maken met een groep hulpverleners omtrent de aard van de te verlenen hulp. De verzekeraar kan dan een nieuwe verzekeringsvorm introduceren (met premiekorting ten opzichte van de standaardverzekering) die recht geeft op volledige vergoeding van deze hulp verleend door deze groep hulpverleners, terwijl voor alle andere hulp (behoudens uitzonderingen) eigen betalingen tot 100% gelden. Het ligt voor de hand dat verzekeraars en hulpverleners bij het maken van afspraken omtrent de aard van de hulp, ook afspraken zullen maken omtrent de honorering hiervan. Dit sluit aan bij de in het WRR-rapport 'Herwaardering van Welzijnsbeleid' (blz. 79)* genoemde mogelijkheid dat de premieverschillen tussen verzekeraars mede het gevolg zouden kunnen zijn van afspraken tussen de verzekeraars en de hulpverleners omtrent tarieven voor geleverde medische verrichtingen.
Behalve afspraken omtrent de honorering en de aard van de te verlenen hulp kunnen ook andere afspraken tussen de groep hulpverleners en de verzekeraars worden gemaakt. Bijvoorbeeld: de hulpverleners kunnen in loondienst van de verzekeraars werken; de verzekeraar kan een bepaalde hoeveelheid bedden in een ziekenhuis huren of verregaande exploitatieafspraken maken met gezondheidscentra en ziekenhuizen; de honorering kan via een stelsel van bonussen worden gekoppeld aan het 'bedrijfsresultaat' van de verzekeraar, of de verzekeraar kan zelf gezondheidscentra, apotheken, poliklinieken of ziekenhuizen gaan exploiteren. De stimulans die de verzekeraar heeft om de verzekerde de beste hulp tegen de laagste prijs te bieden kan zodoende zowel direct (via onderhandelingen en afspraken) als indirect (via nieuwe verzekeringsnormen) het gedrag van de aanbieders van gezondheidszorg beïnvloeden.

In de regelgeving bij de AWZ is opgenomen dat erkende verzekeraars alleen maar verzekeringen mogen aanbieden met tenminste een minimumverzekeringsdekking, dat wil zeggen vergoeding van alle verstrekkingen die zijn opgenomen in het basisverstrekkingenpakket, waarbij de eigen betalingen van de verzekerde voor deze verstrekkingen aan een bepaald maximum zijn gebonden. Enerzijds wordt hiermee voorkomen dat mensen in wezen toch nog onverzekerd zijn (bijvoorbeeld in geval van een zéér hoog eigen risico aan de voet). Anderzijds heeft de verzekeraar hierdoor voldoende flexibiliteit om HMO-achtige verzekeringsvormen**, zoals boven beschreven, te introduceren.
De AWZ biedt voldoende zekerheid dat als gevolg van sterke financiële prikkels niet te weinig hulp wordt verleend of dat de kwaliteit van de geboden hulp in het geding komt. Naast de medische ethiek, het toezicht van de Geneeskundige Hoofdinspectie en de Wet uitoefening geneeskunst is de in de AWZ-regelgeving opgenomen acceptatieplicht de beste garantie tot kwalitatief goede zorg: is men ontevreden over de verleende hulp, dan gaat men naar een andere verzekeraar. ▶

---

* Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR): Herwaardering van Welzijnsbeleid, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982.

** Health Maintenance Organizations (HMO's) zijn – kort gezegd – verzekeringsorganisaties in de Verenigde Staten die hun leden tegen een vast bedrag per jaar uitgebreide medische hulp verlenen (meestal zonder eigen betalingen) en die een beleid voeren gericht op het belonen van doelmatig medisch handelen en op het voorkomen van onnodig gebruik van medische voorzieningen. Voor meer informatie omtrent HMO's zij de lezer verwezen naar bijvoorbeeld: J. Moll, Health Maintenance Organizations. Leren van de VS? Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 61(1983): 185-8.

Zodoende is het voor een verzekeraar en voor de met hem samenwerkende hulpverleners van het allergrootste belang een uitstekende reputatie op te bouwen en te behouden en zelfs ook maar de schijn van een lage(re) kwaliteit zorg te vermijden. Zou uit financiële overwegingen ten onrechte een noodzakelijke behandeling worden geweigerd, dan wordt hierdoor de goede naam en daarmee de toekomstige werkgelegenheid van alle medewerkers op het spel gezet.

Tot slot is het goed erop te wijzen dat de hier beschreven innovatie in de verzekeringsmarkt volop ruimte laat voor het voortbestaan van de huidige traditionele verzekeringsvormen met volledige vergoeding van alle medische hulp, ongeacht de keuze van de hulpverlener. Het één sluit het ander niet uit. De praktijk zal leren waar de verzekerde uiteindelijk de voorkeur aan geeft.

Proeftuin

Zoals reeds in de inleiding vermeld, is de regering voornemens de bejaarden en vrijwillige ziekenfondsverzekeringen op te heffen. Circa 800.000 huidige ziekenfondsverzekerden zullen dan zijn aangewezen op een particuliere verzekering. Deze verschuiving van verzekerden zal vergezeld gaan van de volgende drie maatregelen:

1. In een wet op de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekering worden aan verzekeraars regels gesteld ten aanzien van acceptatieplicht, standaardpakket, maximum premie en beperking van leeftijdstoeslagen.

2. Er zal een zogenaamde interne verevening gaan plaatsvinden tussen verzekeraars. Het doel hiervan is de invloed van het verschil in leeftijdsopbouw van het verzekerdenbestand op de premiehoogte te elimineren.

3. Er zal een (tijdelijke) regeling komen om al te grote inkomensachteruitgangen te compenseren. Dit betreft vooral zelfstandigen met een laag inkomen en een groot gezin.

Hoe moeten deze korte termijnmaatregelen nu worden beoordeeld tegen de achtergrond van de bovengeschetste AWZ-structuur op lange termijn? Het antwoord op deze vraag is positief. De voorgenomen maatregelen blijken essentiële elementen te zijn in de AWZ:

ad 1. *Regelgeving ten aanzien van acceptatieplicht, premiestelling en standaardpakket:* een dergelijke regelgeving is een zeer essentieel onderdeel van de AWZ en heeft als functie het bevorderen van de solidariteit tussen gezonden en ongezonden en het voorkomen van een oneerlijke concurrentie tussen de verzekeraars ('jacht op de gezonden').

ad 2. *Interne verevening:* In de AWZ is de premie die de verzekeraar uiteindelijk ontvangt afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde. Dit om te bevorderen dat bejaarden voor de verzekeraar in pricipe net zo 'aantrekkelijk' zijn als jongeren. Hiermee wordt een 'jacht op de jongeren' voorkomen en een eerlijke concurrentie bevorderd.

De door de regering beoogde 'interne verevening' heeft hetzelfde resultaat: verzekeraars met veel bejaarden ontvangen een compensatie van verzekeraars met veel jongeren. Interne verevening kan worden beschouwd als een alternatief voor leeftijdsafhankelijke premies.

ad 3 *Subsidies:* Bij de AWZ is het nominale gedeelte van de premie onafhankelijk van het inkomen. Wordt deze nominale premie – gezien de draagkracht van de verzekerde – te hoog geacht, dan dient de verzekerde hiervoor te worden gecompenseerd door middel van een draagkrachtafhankelijke 'gezondheidssubsidie' (vergelijkbaar met bijvoorbeeld huursubsidie). Volgens de voorgenomen regeringsmaatregelen zullen er inkomenscompensaties worden gegeven aan bepaalde groepen ex-ziekenfondsverzekerden die in de nieuwe situatie met een aanmerkelijke premieverhoging worden geconfronteerd. Met betrekking tot stelselwijziging en een mogelijke AWZ-structuur is het van belang te constateren dat bij de door de regering voorgenomen maatregelen de zakelijke relatie tussen verzekerde en verzekeraar in tact blijft en de draagkrachtafhankelijke compensaties langs andere weg worden verleend. Aangezien tot nu toe vrijwel alle plannen voor een stelselwijziging stuk liepen op onoverkomenlijke inkomensverschuivingen, kan van de voorgenomen maatregel een gunstige precedentwerking uitgaan.
Concluderend mogen we stellen dat de voorgenomen maatregelen op korte termijn passen in een AWZ-structuur op lange termijn en derhalve als een belangrijke 'proeftuin' kunnen dienen. Wat zou een volgende stap kunnen zijn?

Budgettering per ziekenfonds

Een belangrijke wijziging bij realisering van de AWZ ten opzichte van de huidige situatie is het financieel zelfstandig worden van de ziekenfondsen. Men zou als het ware kunnen spreken van budgettering per afzonderlijk ziekenfonds. De uitkeringen uit de centrale kas en de premies betaald door de verzekerden vormen samen het beschikbare budget waarmee de uitgaven moeten worden gefinancierd.
Een volgende stap in de richting van de AWZ zou derhalve kunnen bestaan uit het financieel zelfstandig maken van de ziekenfondsen. Realisering van deze gedachte zou kunnen geschieden door geleidelijk over te gaan op een systeem van 'budgettering per ziekenfonds'. Het aan een ziekenfonds toe te kennen budgetbedrag zou afhankelijk kunnen zijn van het aantal verzekerden, de leeftijd-geslachtsopbouw van de verzekerden en – desgewenst – een regiotoeslag.
In een eerste fase zou een afzonderlijk ziekenfonds niet meer 100% (zoals thans het geval is), maar 90% van de werkelijk gemaakte kosten vergoed kunnen krijgen uit de algemene kas. Het kostenniveau in het laatst afgesloten boekjaar zou hiervoor als basis kunnen dienen (bijvoorbeeld 1984). De resterende 10% ontvangt het ziekenfonds als een rechtstreekse aanvullende premiebetaling van de verzekerden. Hiervoor ontvangen de verzekerden een korting op de werknemersbijdrage ter grootte van circa 10% van de gemiddelde totale ziekenfondspremie (inclusief werkgeversbijdrage). De werkgeversbijdrage in de ziekenfondspremie blijft ongewijzigd. De korting op de ziekenfondspremie bedraagt een nominaal bedrag, onafhankelijk van het inkomen. Hetzelfde geldt voor de verplichte aanvullende premies van de verzekerden aan het ziekenfonds. Ter gedachtenbepaling het volgende gestileerde rekenvoorbeeld:
Stel dat de landelijk gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde 1500 gulden bedragen en dat de aanvullende premiebetaling geschiedt per persoon, ongeacht de leeftijd. Veronderstel dat in het basisjaar voor ziekenfonds A de gemiddelde jaarlijkse kosten per verzekerde 1700 gulden bedragen en voor ziekenfonds B – dat dezelfde leeftijd-geslachtsopbouw heeft – 1300 gulden. De bijdrage uit de algemene kas aan het ziekenfonds bedraagt nu 90% van de werkelijke kosten in het basisjaar, dat wil zeggen 1530 respectievelijk 1170 gulden per verzeker- ▶

de. Aan de werknemers wordt een premiekorting op het werknemersaandeel van de ziekenfondspremie verleend van 150 gulden per (mede)verzekerde. De verplichte aanvullende premiebetaling bedraagt bij ziekenfonds A 170 gulden en bij ziekenfonds B 130 gulden per verzekerde.
In deze nieuwe situatie komt – anders dan in de huidige situatie – iedere verlaging van de kosten per verzekerde bij een bepaald ziekenfonds volledig tot uiting in een verlaging van de nominale, aanvullende premiebetaling voor de verzekerden die zijn aangesloten bij dit ziekenfonds. Ziet een ziekenfonds kans om de kosten per verzekerde met 10% te verlagen ten opzichte van het basisjaar, dan behoeven verzekerden van dit ziekenfonds geen aanvullende premie te betalen.
In het verlengde van de financiële zelfstandigheid en de daarmee samenhangende stimulans tot kostenbeheersing zouden de ziekenfondsen geleidelijk ook meer bevoegdheden moeten krijgen, onder andere met betrekking tot onderhandelingen met hulpverleners en het afsluiten van contracten. Ziekenfondsen zouden de mogelijkheden moeten hebben desgewenst artsen in loondienst te nemen (thans verboden, art. 44 Ziekenfondswet) en niet gebonden moeten zijn aan de thans bestaande contracteerplicht (art. 47 Ziekenfondswet).
Indien het politiek wenselijk zou worden geacht de ziekenfondsen geleidelijkaan financieel zelfstandig te maken en tegelijk het ziekenfondspakket te verminderen, zou kunnen worden overwogen een eigen risico aan de voet in het ziekenfonds te introduceren* en beide operaties – technisch gesproken – te laten samenvallen. Dit zou kunnen betekenen dat de verzekerden de keuze krijgen tussen het betalen van de nominale aanvullende premies of het nemen van een eigen risico aan de voet.

Tot slot

Samenvattend zou ik willen stellen dat het mogelijk is langs bovengeschetste weg, dat wil zeggen: a. het geven van een meer sociaal karakter aan de particuliere ziektekostenverzekering (door regelgeving en interne verevening); b. het meer financieel zelfstandig maken van de ziekenfondsen en zodoende het introduceren van meer marktelementen in de ziekenfondssector, de ziekenfonds- en particuliere verzekeringen geleidelijk in een meer gelijke positie ten opzichte van elkaar te brengen en – zonder grote verschuivingen in het huidige marktaandeel van de diverse verzekeraars – op den duur te komen tot een nationaal stelsel van ziektekostenverzekeringen, dat door sommigen wellicht liever een 'volksverzekering (met een beperkte dekking)' wordt genoemd. ■

* Uit diverse afviezen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Sociaal Economische Raad en de Ziekenfondsraad blijkt dat, indien er moet worden ingegrepen in het ziekenfondspakket, een eigen risico aan de voet nog het minst onacceptabel lijkt.

Drs. A. de Jager



Ziektekostenverzekering overheidspersoneel

Een unieke middenweg

Alle ambtenaren komen in één uniforme ziektekostenverzekering voor overheidspersoneel. De ontworpen regeling zou een voorbeeld kunnen zijn voor de rest van de Nederlandse bevolking. Deze aanbevelingen doet Drs. A. de Jager, beleidsmedewerker Overheidspersoneelsbeleid bij het ministerie van Binnenlandse Zaken en nauw betrokken bij de ontwikkelingen op het terrein van de ziektekostenverzekeringen met name die binnen ambtelijke kring. Hieronder zijn betoog.

De ambtelijke regelingen voor ziektekostenvoorzieningen zijn in hun diversiteit een weerspiegeling van de toenemende ondoorzichtigheid die tot de voorliggende kabinetsvoorstellen voor de stelselwijziging heeft geleid.
Ongeveer eenderde deel van het gehele overheidspersoneel is verzekerd volgens het naturastelsel. Het andere deel betaalt eerst zelf de rekening voor de zorgverlening en verhaalt deze op zijn verzekeraar (het restitutiestelsel). Binnen beide groepen betaalt een deel premie naar draagkracht en een ander deel een nominale premie. Door de uiteenlopende systemen binnen de overheidssector is het mogelijk dat er in Nederland in één straat zes ambtenaren met een exact gelijk brutoinkomen naast elkaar wonen – werkzaam bij het rijk, een waterschap, een provincie, een gemeente, bij de politie of in het leger – en aanmerkelijk van netto-inkomen verschillen omdat voor hen ongelijke ziektekostenvoorzieningen gelden. Afgezien hiervan moet het rijk krachtens een aanvullende voorziening ruim *f* 170 miljoen betalen omdat de nominale premies, vergeleken met de premie van de verplichte ziekenfondsverzekering, voor het (voornamelijk gewezen) overheidspersoneel met lage inkomens onevenredig hoog zijn.
Deze bijzondere problematiek heeft de toenmalige regering al in 1976[1] gebracht tot de uitspraak te willen streven naar een uniform ziektekostenregiem voor het gehele overheidspersoneel. Alleen al uit een oogpunt van rechtsgelijkheid was dit nodig, gezien het grote beslag dat de ziektekosten op het gezinsbudget toen al legden: gemiddeld 7% van het netto-inkomen. Bovendien zou de overheid een aanmerkelijke besparing op de collectieve uitgaven kunnen bereiken, zulks naast een grotere doorzichtigheid en efficiency in de structuur.
Nadat eerst een aantal andere ziektekostenregelingen was vereenvoudigd is in 1982 deze gedachte uitgewerkt in een ambtelijk rapport[2] aan de minister van ▶

Binnenlandse Zaken, dat een aantal varianten bevat. Concluderend heeft de werkgroep gekozen voor integrale toepassing voor het gehele overheidspersoneel van het restitutiestelsel met een eigen risico ('. . . daarmee wordt een reële bijdrage geleverd aan de beperking van de kosten van gezondheidszorg . . .') en van het procentuele premiestelsel ('. . . daarmee wordt een algehele solidariteit en rechtsgelijkheid tot stand gebracht . . .').
Gemeente-, provincie- en politiepersoneel kent reeds een dergelijk systeem. De genoemde werkgroep berekende dat een dergelijke regeling in de praktijk financieel gunstig uitkomt, ondanks het feit dat ook onder meer bejaarden na ontslag daaraan blijven deelnemen. Wil men – zo overwoog de werkgroep – rechtsgelijkheid op dit gebied tot stand brengen, dan zal voor de gehele categorie overheidspersoneel eenzelfde verzekeringsstructuur moeten gelden. Het brengen van een deel van het overheidspersoneel onder de verplichte ziekenfondsverzekering achtte de werkgroep onacceptabel, omdat dit opheffing of verschraling van bestaande voorregelingen zou betekenen en de caesuur tussen het personeel bij de loongrens van *f* 47.850 zou aanscherpen: ambtenaren met een inkomen hoger dan dit bedrag zijn dan niet in de gelegenheid bij te dragen aan de ziektekosten van hun lager gehonoreerde collega's. Als het overheidspersoneel – evenals het personeel in alle bedrijfstakken – een eigen pensioensysteem heeft, waarom zou er dan geen eigen voorziening zijn in ziektekosten, te meer als daarin (behalve in de AWBZ) nergens elders is voorzien? Een dergelijke voorziening staat de ontwikkeling in de richting van de volksverzekering, die neerkomt op uitbouw van de thans reeds als zodanig functionerende AWBZ, niet in de weg. Deze ontwikkeling leidt immers tot een uitbreiding van de mogelijkheden tot het sluiten van aanvullende ziektekostenverzekeringen bij ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen – zowel individueel als collectief – alsook tot bedrijfstaksgewijze voorzieningen als onderdeel van de rechtspositie van het personeel.
Naar aanleiding van het variantenrapport uit 1982 heeft een Brede Overleggroep Ambtelijke Ziektekostenregelingen (BOAZ)[3] aan de minister van Binnenlandse Zaken in september 1983 tussentijds geadviseerd in principe te besluiten over te gaan tot vorenbedoelde structurering. Daarop heeft de minister in februari 1984 ingestemd met de uitwerking van dit advies in een ontwerpregeling met de nadrukkelijke vermelding dat daarbij rekening moet worden gehouden met de adviezen die de NRV, de SER en de ZFR met betrekking tot de algemene stelselwijziging zou uitbrengen. Het eindrapport van de BOAZ, waarin uiteraard ook rekening zal moeten worden gehouden met de onlangs genomen kabinetsbeslissingen, zal eind 1984 worden uitgebracht[4].

Kabinetsvoorstellen

In de sociale verzekeringswetgeving is het terrein van de ziektekostenverzekering het enige waarin tot nu toe geen duidelijk systeem is aangebracht. Dit gebrek aan ordening heeft tot zulk een disorde geleid dat ieder het hierover eens was en is: op korte termijn moeten bepaalde knelpunten worden opgeheven en op lange termijn moet structuur in het stelsel komen. Maar zodra de vraag aan de orde komt 'hoe en waartoe? ontstaat de grootst mogelijke verdeeldheid. Na decennia schrijven en praten blijkt elke aangedragen oplossing op nieuwe bezwaren en tegenstand te stuiten. Onze samenleving is vooral op dit gebied zo verdeeld en verknoopt geraakt, onze belangentegenstellingen zijn zo groot geworden dat alleen nog Gordiaanse oplossingen mogelijk zijn.
Probleem hierbij is dat de discussies zich hebben toegespitst op het schibbolet van de volksverzekering – 'zijt gij voor of tegen?' – terwijl ieder aan dat begrip een andere betekenis geeft. Voorts is op de achtergrond het permanente strijdpunt van de uitvoering en op de voorgrond het schijnbaar onoplosbare vraagstuk van de beheersing van de kosten van gezondheidszorg dreigend aanwezig. Na alle discussies en verdeeldheid is naar mijn mening niet meer van zoveel belang *hoe* het kabinet en het parlement beslissen; alleen nog is belangrijk *dat* zij beslissen, dat deze beslissing duidelijk is, dat daarmee verder kan worden gewerkt – vooral nu de ingediende wetsontwerpen ordening scheppen op de particuliere markt en er een pooling tussen de drie verzekeringsvormen tot stand komt met betrekking tot de verzekering van bejaarden – en dat in geval er ooit meer unanimiteit komt over een volksverzekering, op dat moment de weg daartoe nog open staat.
Inmiddels is de hierboven geïntroduceerde BOAZ tot de conclusie gekomen dat het door haar gekozen stelsel voldoet aan eisen, zoals het kabinet die in de adviesaanvraag aan NRV, SER en ZFR heeft geformuleerd. Eenstemmig opteert de BOAZ voor integrale toepassing van het bij de gemeenten, provincies en politie vigerende stelsel van eigen betalingen, waaraan gekoppeld een zeker eigen risico van ongeveer 10% van de verzekerde waarde en per jaar beperkt tot 1% van het eigen inkomen.
De BOAZ lijkt er bovendien in te slagen bij handhaving van het principe van procentuele premieheffing naar draagkracht een aanvaardbaar evenwicht te vinden tussen het solidariteits- en het equivalentiebeginsel en wel door voor alleenzijnden een lager bijdragepercentage voor te stellen dan voor deelnemers met een partner en/of kinderen, door bovendien zowel een redelijke minimum- als een acceptabele maximumbijdrage vast te stellen. Hiermee zou niet alleen worden tegemoetgekomen aan een van de uitgangspunten van de regering, maar ook een zo belangwekkend novum worden geïntroduceerd dat de discussies over 'overtrokken solidariteit' wellicht bevredigend kunnen worden gesloten.
De ziekenfondsen presenteren een compleet pakket krachtens het naturastelsel op basis van een redelijke solidariteit. De particuliere verzekeraars bieden pakketten in allerlei variaties, hanteren het restitutiestelsel en vragen – zonder enige solidariteit – nominale premies. De BOAZ presenteert een unieke middenweg met een compleet pakket, hanteert het restitutiestelsel en biedt een zo ruim mogelijke solidariteit. Waarom zou dat niet kunnen voor het hele Nederlandse volk?
■

Noten

1. Rapport Collectieve voorzieningen en werkgelegenheid, Tweede Kamer 1975–1976, blz. 59 t/m 61.

2. 'Mogelijkheden tot structurering van ambtelijke ziektekostenregelingen', 19 oktober 1982. Staatsdrukkerij en uitgeverijbedrijf, ISBN 90/12/04162/7.

3. Bestaande uit vertegenwoordigers van waterschappen, gemeenten, provincies en de ministeries van Binnenlandse Zaken en van Defensie enerzijds en van de vier ambtenarencentrales en namens de belangenorganisaties van militairen anderzijds.

4. Het eindrapport zal in januari 1985 in druk verschijnen bij het Staatsdrukkerij- en uitgeverijbedrijf.

Mr. J. Kasdorp



Regulering en deregulering van de ziektekostenverzekering

In deze bijdrage bespreekt Mr. J. Kasdorp, secretaris bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) de gevolgen van de stelselwijziging, zoals voorgesteld door de regering. Er is volgens de auteur, die intensief betrokken is geweest bij het voorbereiden van het NRV-advies over de stelselwijziging van juni 1984, een tijdbom onder het stelsel blijven liggen: de kostenbeheersing wordt niet aangepakt. Er zijn drie modellen te onderscheiden om dit via het verzekeringsstelsel wel te doen: de overheidsordening, de gedereguleerde overheidsordening en de marktordening. De auteur kiest voor het middelste model en geeft aan hoe het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid hierop aansluit.

De nieuwe voorstellen van de staatssecretaris volstaan met de aanpak van de meest acute problemen. Door een combinatie van maatregelen die tegelijk het ouderdomsrisico beter spreiden en verzekerden uit de collectieve naar de particuliere sector overhevelen wordt de problematiek bij de bejaarden- en de vrijwillige verzekering opgelost door de 'patiënt' te laten overlijden. In het geval van de bejaardenverzekering terecht. Die is nooit levensvatbaar geweest en werd alleen door kunstmatige ademhaling in de vorm van subsidiëring in het leven gehouden. Of dat voor de vrijwillige verzekering ook geldt is twijfelachtig. De Ziekenfondsraad rekende in zijn advies van juni 1984 voor dat er naar overheveling van een aantal groepen verzekerden naar de verplichte verzekering een financieel gezonde vrijwillige verzekering over zou blijven. Hoogst waarschijnlijk hebben de bezuinigingen op de collectieve lasten de vrijwillige verzekering de doodsteek gegeven. De overheveling van verzekerden naar de particuliere sector betekent dat de collectieve uitgaven met 1,1 miljard gulden verminderen. Het belangrijkste probleem is echter als een tijdbom onder het stelsel blijven liggen: dat is de kostenbeheersing, die door deze maatregelen geen stap dichterbij komt. Integendeel, het zal straks eerder moeilijker worden om de kosten terug te dringen.

Waarom een tijdbom? De kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten zijn de centrale waarden die in elk gezondheidszorgsysteem tegen elkaar worden afgewogen. Deze drie waarden zijn met elkaar verbonden. De mate waarin één van die waarden wordt gerealiseerd heeft invloed op de realisatie van de andere. In Nederland hebben de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg altijd hoog in het vaandel gestaan. De kosten zijn tot op zekere hoogte op de koop toe genomen. Dat kan niet langer. Het kostenvraagstuk is – zoals in de meeste westerse landen – het grootste en meest urgente probleem waarvoor de gezondheidszorg zich ziet geplaatst, want de kostenstijging zet de verworvenheden op het vlak van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg onder druk.

Het veilig stellen van de toegang tot de gezondheidszorg is de raison d'être van het verzekeringsstelsel. Daarvoor is het nodig dat de premies betaalbaar blijven. Naarmate de kosten van de gezondheidszorg stijgen nadert echter de grens van het betaalbare. Dat gebeurt voor de een eerder dan voor de ander. De financiële draagkracht van de verzekerden is immers afhankelijk van het inkomen en de gezinssamenstelling. Ook maakt het verschil bij welke verzekering iemand is aangesloten, omdat per verzekering de lasten anders worden verdeeld. Maar uiteindelijk vormt de kostenstijging voor iedere verzekerde en iedere verzekering een bedreiging. De toegang tot de gezondheidszorg komt in gevaar en het verzekeringsstelsel gaat in zijn belangrijkste taak te kort schieten.

Tot op zekere hoogte kan dat worden voorkomen door de lasten anders te verdelen. Drie van de problemen, waarvoor de stelselwijziging een oplossing zou moeten brengen, hebben daarop dan ook betrekking (de lastenverdeling, de spreiding van risicogroepen en de positie van de bejaarden- en de vrijwillige ziekenfondsverzekering). Daarmee kan echter de druk slechts tijdelijk van de ketel worden gehaald. Daarna zullen de kosten moeten worden teruggebracht, tenzij men de kant op wil van verschraling van het verstrekkingenpakket. Wie de keus heeft wil die kant niet op. Dat leert de enquête die de VNZ hiernaar heeft laten houden, maar ook de ervaringen in bijvoorbeeld de Verenigde Staten wijzen op een voorkeur voor een compleet pakket.

Drie modellen

De Grondwet geeft iedere Nederlander recht op gezondheidszorg. Dat recht legt op de overheid de verplichting de toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen. Dat kan op den duur alleen door de kosten van de gezondheid in de hand te houden. In de bestuurlijke aanpak hiervoor zijn drie benaderingen te onderscheiden. Dat zijn overheidsordening, marktordening en – als tussenvorm – gedereguleerde overheidsordening. In elk van deze benaderingen speelt het verzekeringsstelsel een belangrijke rol. De consequenties voor de aan te brengen veranderingen verschillen echter nogal. Hieronder komen de drie benaderingen aan de orde.

De weg van de overheidsordening is ingeslagen met de Structuurnota gezondheidszorg. Zij houdt in dat de overheid de gezondheidszorg ordent en bestuurt. De overheid treedt op als beleidsmaker, als sociaal engineer en primair verantwoordelijke voor de gang van zaken in de gezondheidszorg. Vanuit die invalshoek worden wetgeving, planning en financiering als beleidsinstrumenten gezien en worden andere bij de gezondheidszorg betrokkenen aangeduid als uitvoerders van het beleid, mensen met inspraak in het beleid of als adviseurs. Kenmerkend is een 'central-rule'-benadering, met de Rijksoverheid aan de top van een pyramidale gezagsstructuur en 'het veld' op de bodem.

Het model van *overheidsordening* staat de laatste jaren aan kritiek bloot. Kortheidshalve kan hiervoor worden verwezen naar het werk van de commissie-Geelhoed (tussen- en eindrapport), de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (de rapporten 'Herwaardering van Welzijnsbeleid' en 'Planning als onderneming') en de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (rapport 'Harmonisatie Welzijnswetgeving'). De kritiek komt erop neer dat de 'span of control' van de overheid niet groot genoeg is om de sa- ▶

menleving te 'maken'. De verscheidenheid van de samenleving is zoveel groter dan de bestuurlijke verscheidenheid die de overheid kan opbrengen, dat een tot in details sturend overheidsbeleid wel moet falen. Het is daarvoor te star, te uniform en te globaal. De commissie-Geelhoed heeft erop gewezen dat wetgeving niet geschikt is als instrument voor meer dan globale sturing. De WRR heeft gewezen op de beperkingen die aan planning inherent zijn. De conclusie is dat het aspiratieniveau van de overheid omlaag moet. Naar welk niveau? Voorlopig tekent zich de volgende lijn af: het scheppen van de voorwaarden voor het goed functioneren van het gezondheidszorgbestel; inhoudelijke sturing op hoofdlijnen.

Een dergelijke *gedereguleerde overheidsordening* laat ruimte voor zelfordening en marktwerking, zij het binnen door de overheid aangegeven kaders. Het verzekeringsstelsel hoeft in deze gedachtengang niet uniform te worden geregeld. Een pluriforme organisatie als de huidige kan in beginsel blijven voortbestaan. De verzekeraars behoeven evenmin uitvoerders van het overheidsbeleid te worden. Zij kunnen een grote mate van zelfstandigheid bewaren. Gedereguleerde overheidsordening houdt wel in dat – waar nodig – de onderlinge relaties van de verzekeraars aan regels worden onderworpen. Daarbij kan worden gedacht aan afbakening van de potentiële kring van verzekerden en aan beperking van voor de gezondheidszorg nadelige concurrentie. Tevens houdt gedereguleerde overheidsordening in dat er regels worden gesteld ter coördinatie met de overige gezondheidszorgwetgeving, zoals de WVG en de WTG. In het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is de garantie van een breed samengesteld pakket als zo'n coördinatieregel aangeduid. Ook kan worden gedacht aan een bepaling waarin het samenspel van de verzekeraars en de lagere overheden op het stuk van de planning wordt geregeld.

De *marktordening* verschilt van gedereguleerde overheidsordening in één belangrijk opzicht. Dat is de sturende rol van de overheid die wordt vervangen door de prikkels die uitgaan van concurrentie op het vlak van prijzen en kwaliteit. Voor een goede marktwerking kan het echter zeer noodzakelijk zijn dat de condities op de markt door de overheid worden gereguleerd. De toegang tot de gezondheidszorg kan bijvoorbeeld niet alleen via het prijsmechanisme worden geregeld, omdat dan de laagste inkomensgroepen en de patiënten die langdurig een beroep op hulpverlening moeten doen in de knel komen. De meeste patiënten zijn zowel over de prijzen als over de kwaliteit van de zorg slecht geïnformeerd, zodat een essentiële voorwaarde voor een goede marktwerking ontbreekt. Het verzekeringssysteem draagt ertoe bij dat de verzekerde niet op de hoogte is van de prijs van de dienstverlening dan wel de prijs niet betrekt bij zijn beslissing hulp in te roepen.

Welk model?

De in het voorgaande weergegeven kritiek op het model van overheidsordening maakt het minder aantrekkelijk langs die weg het probleem van de kostenbeheersing aan te pakken. Twijfels aan de effectiviteit van het model gaan gepaard met vrees voor de oplopende kosten van een bureaucratisch apparaat. Daar komt bij dat de bestuurspraktijk de richting van het gedereguleerde overheidsmodel uit gaat. Hét voorbeeld levert de opkomst van de budgettering, waarbij binnen een vastgesteld financieel kader vrijheid bestaat de bestedingen naar eigen goeddunken in te richten.

Zowel het gedereguleerde overheidsmodel als het marktmodel lijkt met het oog op de beheersing van de kosten perspectief op te leveren. Harde aanwijzingen ontbreken, maar de gunstige resultaten van de ziekenhuisbudgettering pleiten voor het gedereguleerde overheidsmodel, terwijl de resultaten van de Health Maintenance Organizations in de Verenigde Staten aantonen dat aanzienlijke kostenbesparingen mogelijk zijn bij een ander patroon van hulpverlening. De kosten blijken 10-40% lager te liggen dan bij de traditionele hulpverlening, samenhangend met een 25-45% lager gebruik van ziekenhuisdiensten. Concurrentie kan kennelijk een krachtige stimulans voor substitutie naar goedkopere vormen van hulpverlening opleveren.

Elk van de drie onderscheiden modellen vereist dat er veranderingen komen in het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen. De grootste veranderingen zouden moeten optreden in het overheidsmodel en in het marktmodel.

Afgezien van de mate van veranderingen in de wetgeving die nodig zijn, moet men zich afvragen in hoeverre elk van de modellen is in te voeren. Het overheidsmodel heeft de ideologische wind tegen, in tegenstelling tot het marktmodel. Het marktmodel betekent echter een ingrijpende verandering voor alle partijen in de gezondheidszorg. De overheid zal definitief de lijn van de Structuurnota moeten verlaten en genoegen moeten nemen met een veel bescheidener rol. De verzekeraars zullen op een heel andere basis met elkaar moeten concurreren. Een effectieve competitie vormt een bedreiging voor de hulpverleners en betekent in ieder geval dat de bestaande tegenstellingen aanzienlijk zullen worden aangescherpt. Het gevaar is niet denkbeeldig dat het professionele element van de zorgverlening te lijden gaat krijgen van het zaken doen.

Deze overwegingen pleiten ervoor veranderingen in het stelsel van ziektekosten aan te brengen in de richting van het gedereguleerde overheidsmodel. Zij sluiten het marktmodel niet uit, maar maken realisatie niet erg waarschijnlijk.

Uitwerking

Als het advies van de NRV niet wordt gelezen als een pleidooi voor een volksverzekering volgens het model van de AWBZ, maar als een aanzet voor een samenhangend verzekeringsstelsel voor de gehele bevolking, dan blijkt het wonderwel aan te sluiten bij het model van gedereguleerde overheidsordening. De voorstellen van de NRV voorzien in aansluiting van het verzekeringsstelsel bij de gezondheidszorgwetgeving (WVG, WTG). Ze ordenen de verzekeringsmarkt voor ziektekosten en maken – in combinatie met de WVG en de WTG – globale overheidssturing mogelijk. Een wet algemene bepalingen zoals de NRV die voorstelt, maakt het mogelijk op essentiële onderdelen meer eenheid te brengen in het verzekeringsstelsel, zonder dat daaraan de pluriformiteit van het huidige verzekeringsstelsel hoeft te worden opgeofferd.

Het regeringsvoorstel past niet in één van de geschetste modellen. De maatregelen slaan zeker niet de koers in van een volksverzekering model AWBZ. Daarmee is de privatisering van een deel van het verzekerdenbestand van de vrijwillige verzekering in strijd. De maatregelen die de regering voorstelt passen evenmin in het model van gedereguleerde overheidsordening, omdat geen enkel verband wordt gelegd met de rest van de gezondheidszorgwetgeving. Evenmin wordt een poging gedaan dwarsverbanden te leggen tussen de ziekenfondsverzekering, de ambtelijke ziektekostenregelingen en de particuliere verzekering. De enige uitzondering, de externe ver- ▶

evening van het ouderdomsrisico, zal in een aparte wet onder verantwoordelijkheid van de minister van Financiën worden geregeld. Zo'n wet kan moeilijk worden beschouwd als een aanzet voor samenhangende regelgeving voor het gehele verzekeringsstelsel. De voorstellen passen tot slot ook niet in het marktmodel. De essentie daarvan is dat concurrentie op basis van de samenstelling van het verzekerdenbestand wordt uitgesloten of door regeringsmaatregelen wordt gecompenseerd, terwijl concurrentie op basis van prijzen en kwaliteit van zorg juist wordt bevorderd. De voorstellen sluiten de eerste vorm van concurrentie niet geheel uit, terwijl ze de andere vormen van concurrentie niet bevorderen.

Ten gunste van de regeringsvoorstellen kan wel worden gezegd dat ze verdere ontwikkelingen in de richting van het gedereguleerde overheidsmodel of van het marktmodel niet blokkeren. Er zijn geen aanwijzingen dat één van beide richtingen verder zal worden ingeslagen. ■

Drs. J. F. G. M. de Beer



Het ja en nee van een volksverzekering

De solidariteit vormt de kern van de politieke discussie over het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Op grond van ervaringen in het verleden met overheidsplannen voor een volksverzekering én na een beschouwing over het begrip solidariteit ziet Drs. J. F. G. M. de Beer, directeur Verzekeringen, Tarieven en Arbeidsvoorwaarden van het ministerie van WVC, de voorliggende regeringsvoorstellen als noodzakelijk voor iedere (volgende) wijziging in het stelsel. In de volgende stap om het stelsel te saneren wil hij individuele keuzevrijheid van te verzekeren pakketten bevorderen door een uniform basispakket met premie naar draagkracht te combineren met een aanvullend pakket tegen nominale premie.

De jarenlang gesignaleerde gebreken in het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden in het algemeen toegeschreven aan de ongelijke verdeling van de lasten van de gezondheidszorg over de Nederlandse bevolking, het achterhaalde onderscheid tussen ziekenfonds en particulier, het gebrek aan samenhang tussen de verschillende verzekeringsvormen – óók in de uitvoering ervan – en het ontbreken van voldoende mogelijkheden tot kostenbeheersing, zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde. Afhankelijk van het gewicht dat men aan de verschillende – overigens samenhangende – problemen toekent komen voorstellen tot verbetering. De in de periode tot het aantreden van het kabinet-Lubbers meest in het oog springende voorstellen betreffen de plannen van Veldkamp (1966) en van Hendriks (1975) voor de totstandkoming van een (beperkte) volksverzekering tegen ziektekosten. Beide plannen – en daarom in het bijzonder noemenswaard – waren gegoten in de vorm van ontwerp– wetgeving. Hoe volhardend de periodieke totstandkoming van plannen voor een (beperkte) volksverzekering tegen ziektekosten ook zijn geweest, zo hardnekkig is blijkbaar het ertegen gerezen (politieke) verzet. Geen van de beide genoemde plannen heeft het gehaald. Tot op de dag van vandaag zitten we met een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen.

De oorzaken van het falen van de overheidsplannen voor een (beperkte) volksverzekering zijn mijns inziens terug te voeren op onaanvaardbare inkomenseffecten en een onaanvaardbare verhoging van de collectieve lasten. Ook speelden politieke bezwaren mee tegen de (beperkte) volksverzekering als zodanig, alsmede de onvoldoende aandacht voor de positie van de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. Tenslotte is de te hoge snelheid te noemen, waarmee een en ander zou moeten worden gerealiseerd, mede gelet op de (politieke) complexiteit van de materie.

Recentelijk zijn door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en door de Ziekenfondsraad de adviezen over het stelsel van ziektekostenverzekeringen uitgebracht waarom staatssecretaris Van der Reijden in april 1983 heeft gevraagd. Deze adviezen spreken zich uit voor een volksverzekering. Kenmerken van een volksverzekering tegen ziektekosten zijn met name te vinden in het – lezenswaardige – advies van de NRZ.

Deze kenmerken zijn: a. iedereen heeft gelijke rechten en plichten; b. een premieheffing naar draagkracht; c. een zo breed mogelijk samengesteld pakket; d. prikkels voor een efficiënt en effectief gebruik van voorzieningen, aan te brengen aan aanbodzijde, vraagzijde en bij de uitvoeringsorganisatie; e. geleidelijke totstandkoming.

Een volksverzekering met deze kenmerken voldoet het beste aan de eisen van solidariteit, efficiency, samenhang en flexibititeit, aldus de NRV. Het pleidooi van de meerderheid van de Ziekenfondsraad voor de totstandkoming van een volksverzekering is exclusief gegrond op de eis van onderlinge solidariteit binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Naar mijn mening blijft de kern van de politieke discussie besloten in de vraagstelling hoe de eisen van de NRV van solidariteit, efficiency, samenhang en flexabiliteit worden gewogen en vertaald in een stelsel van ziektekostenverzekeringen. Een volksverzekering, die de door de NRV genoemde kenmerken bevat, hoeft beslist niet het antwoord op de genoemde eisen te zijn. Aan de hand van het sterk beleefde vereiste: *de solidariteit,* wordt dit toegelicht.

Solidariteit

Vermoedelijk zal iedere Nederlander beamen dat solidariteit een grondelement vormt van welk Nederlands stelsel van ziektekostenverzekeringen dan ook. Het begrip solidariteit dekt als vlag evenwel vele ladingen, zoals solidariteit van gezonden met zieken, van goede risico's met slechte risico's, van jongeren met ouderen, van rijken met armen en tenslotte van alleenstaanden met gezinnen. ▶

Laat ik daarom aangeven wat de politieke discussie meestal bedoelt met te weinig respectievelijk te veel aan solidariteit. Bij een *gebrek aan solidariteit* wordt meestal gedoeld op kenmerken van het particuliere ziektekostenverzekeringsstelsel ten opzichte van het ziekenfondsbestel. Equivalentie: een premiestelling louter in verhouding tot het te dekken risico, restitutie van gemaakte én gedekte ziektekosten, alsmede een marktpolitiek gericht op het werven van goede risico's en het weren van slechte (door middel van leeftijdsgebonden kortingen en -toeslagen) zijn hiervan de uitdrukking. Bij een *overtrokken solidariteit* doelt men doorgaans op kenmerken van het ziekenfondsbestel ten opzichte van de particuliere ziektekostenverzekeringen. Zo is er de verplichte solidariteit van de alleenstaande in het verplichte ziekenfonds die de maximumpremie betaalt met een gezin met kinderen dat premie betaalt over een inkomen op het minimumniveau. Verder zijn er flinke bijdragen van de verplichte verzekering (naast die van het Rijk) aan de bejaardenverzekering en bestaat er premievrijdom voor kinderen tot 16 jaar.

Een solidair stelsel van ziektekostenverzekeringen betekent naar mijn mening het vinden van een maatschappelijk aanvaardbare weg tussen hetgeen doorgaans als een gebrek respectievelijk als een teveel aan solidariteit wordt ervaren. Dit behoeft geenszins onafwendbaar te leiden tot een volksverzekering die door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid genoemde maar niet ingevulde kenmerken bevat. Zonder een grondige analyse van de maatschappelijk macro- en micro-economische alsmede van de inkomenspolitieke gevolgen van de keuze voor een volksverzekering tegen ziektekosten lijkt het bepleiten ervan voorbarig.

De keuze voor het pad der solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen is uiteraard een politiek-maatschappelijke. Naar mijn mening zijn de consequenties van zo'n keuze gemakkelijker te aanvaarden indien de eisen van efficiency, samenhang en flexibiliteit waaraan het stelsel óók moet voldoen zwaar meewegen. Een en ander betekent in mijn ogen het volgende:

Solidariteit tussen gezonden en zieken ligt nogal voor de hand: het vormt in feite de grondslag voor elk stelsel van verzekering tegen ziektekosten. Alle andere aangeduide vormen van solidariteit kunnen voldoende tot hun recht komen in een stelsel, mits:

a. iedereen zich desgewenst kan verzekeren tegen een nader omschreven pakket van ziektekosten;
b. premieheffing plaatsvindt volgens het equivalentiebeginsel dat in zijn toepassing evenwel is onderworpen aan strikte wettelijke regelgeving;
c. lage(re) inkomens en grote gezinnen niet met een onevenredige nominale premielast worden opgezadeld.

Het sub a genoemde pakket kan nauw overeenkomen met het tegenwoordige ziekenfondspakket. Voor het equivalentiebeginsel sub b is wettelijke regelgeving noodzakelijk voor de premie voor het pakket en de variatie die daarin wordt toegestaan. De bescherming van lagere inkomens en grote gezinnen sub c kan op gespannen voet komen te staan met strikte doorvoering van het equivalentiebeginsel.

Nochtans is mijn stelling dat het stelsel van ziektekostenverzekeringen niet primair is aangewezen voor het nastreven van inkomensgebonden solidariteit. Zo zou ik in ieder geval willen pleiten voor een zwakker verband tussen inkomen en premie. Er zijn voldoende bruikbare alternatieven te bedenken en zelfs voorhanden – denk aan de fiscale sfeer of aan de (uitvoering van de) overige sociale wetgeving – om inkomensgebonden solidariteit te bereiken. Het ligt daarnaast niet op de weg van de minister of staatssecretaris van de Volksgezondheid hiervoor primair verantwoordelijk te zijn.

Uit de uitgangspunten a, b en c vloeit voort dat zowel het huidige ziekenfondsbestel als het huidige particuliere ziektekostenverzekeringsbestel kenmerken bevatten die bestendigd respectievelijk beëindigd zouden moeten worden. De recente kabinetsplannen tot wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen zijn te zien als een eerste stap hiertoe. Ik bespreek ze daarom in de volgende paragraaf.

Recente kabinetsplannen

Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen kent zes verzekeringsvormen, te weten: de AWBZ als volksverzekering tegen kosten van verpleging en verzorging in inrichtingen, drie ziekenfondsverzekeringen – de verplichte, bejaarden- en vrijwillige – een aantal publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en particuliere ziektekostenverzekeringen. Met name de laatste verzekeringsvorm kenmerkt zich door een grote verscheidenheid. Als we praten over eisen van samenhang, efficiency en ook solidariteit zou een eerste stap in iedere wijziging moeten bestaan uit het terugbrengen van het aantal verzekeringsvormen. Deze stap is op zichzelf waardevol en mag verdere stappen niet bemoeilijken.

Het kabinet kiest thans voor het opheffen van de bejaardenverzekering en onderbrenging van deze verzekeringsvorm in de verplichte verzekering. Deze keuze wordt mede mogelijk gemaakt door hantering van het uitgangspunt dat voor gepensioneerden deze verzekeringsvorm op het moment van pensionering aangewezen blijft. Het kabinet heeft ook gekozen voor het opheffen van de vrijwillige verzekering. Onderbrenging van deze verzekeringsvorm in hetzij de verplichte, hetzij de particuliere verzekeringsvorm ligt niet direct voor de hand vanwege de heterogeniteit in samenstelling en herkomst van het verzekerdenbestand, dat wil zeggen een verplicht, particulier of publiekrechtelijk verzekeringsverleden. Bij de opheffing van de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt het verzekerdenbestand derhalve verdeeld over de verplichte verzekering (de meeste bejaarden en de uitkeringstrekkers) en de particuliere ziektekostenverzekeringen (naast een klein deel van de bejaarden vooral ambtenaren en zelfstandigen). Alternatieven voor opheffing van de vrijwillige verzekering, zoals het overbrengen van enkele zware risicogroepen (bejaarden, uitkeringstrekkers) naar andere verzekeringsvormen (in feite de verplichte verzekering) behoren tot de mogelijkheden van sanering, maar zijn door het kabinet niet gekozen.

In Nederland werkzame particuliere ziektekostenverzekeraars worden ingaande 1985 onderworpen aan een wettelijk acceptatiebeleid voor een door de minister vast te stellen standaardpakket alsmede aan regelgeving die – naast andere doeleinden – de premiestelling beïnvloedt, en wel in die zin dat de verstorende werking van te grote premieverschillen tussen jong en oud wordt beëindigd. Naar mijn mening zou de hierboven genoemde regelgeving nooit op zichzelf tot stand zijn gebracht. De sanering van de bejaarden- en vrijwillige verzekering baant de weg om deze regelgeving mogelijk te maken.

Verdere stappen

De recente kabinetsvoornemens brengen belangrijke wijzigingen in het stelsel van ▶

ziektekostenverzekeringen aan. Als deze voorstellen zijn geëffectueerd blijven problemen bestaan op twee punten: ten eerste bij de premieheffing – procentueel over het inkomen in de ziekenfondsverzekering versus nominaal in de particuliere verzekering – en ten tweede bij de pakketsamenstelling. Er bestaat een vast pakket in de ziekenfondsverzekering versus keuzemogelijkheden in de particuliere verzekering.
Het onderscheid tussen procentuele en nominale premieheffing is niet gemakkelijk op te lossen zonder een fundamentele keuze voor (premieheffing in) een toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen. De ervaring leert dat de inkomenspolitieke gevolgen van zo'n keuze niet eenvoudig aanvaard zullen worden. Zoals aangegeven hebben NRV en Ziekenfondsraad de keuze gemaakt voor een premieheffing naar draagkracht, dat wil zeggen een premieheffing als percentage van het inkomen. Deze keuze gaat ver. Zo is de premieheffing als percentage van het inkomen moeilijk te combineren met individuele keuzevrijheid van te verzekeren pakketten, inclusief de keuze van een eigen risico. Hooguit is een eigen risico als percentage van het inkomen denkbaar bij de premieheffing naar draagkracht; een constructie die thans – zij het collectief – bestaat bij publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.
Ook indien een doorslaggevende keuze tussen procentuele en nominale premieheffing in het stelsel van ziektekostenverzekeringen niet wordt gemaakt op korte termijn hoeft niet te worden gewacht om elementen van keuzevrijheid en vraagbeheersing in het stelsel te versterken. Hierin ligt dan naar mijn mening tevens een kans om een belangrijke volgende stap te zetten tot wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Door het verschuiven van pakketdelen tussen de verschillende (overgebleven) verzekeringsvormen kan een mengvorm worden bereikt van een uniform basispakket tegen (desgewenst) een premie naar draagkracht in de collectieve verzekering en optioneel aanvulllende pakketten tegen een nominale premie. Bij deze keuze kan de AWBZ al dan niet buiten beschouwing blijven.
Blijft de AWBZ buiten beschouwing dan zou een deel van het ziekenfondspakket – en dus het standaardpakket in de particuliere verzekeringen, dat daarmee immers overeenkomst zal vertonen – kunnen worden ondergebracht in een al dan niet af te sluiten aanvullende verzekering tegen ziektekosten. Wanneer de AWBZ mede in de beschouwing wordt genomen staan naar mijn mening twee principiële wegen open. Ten eerste kan de AWBZ als volksverzekering worden verruimd met verstrekkingen uit het ziekenfondspakket, waarbij het overblijvende deel van het ziekenfondspakket ter vrije keuze al dan niet aanvullend wordt verzekerd. Ten tweede is mogelijk de AWBZ als volksverzekering te verkleinen door verstrekkingen naar het ziekenfondspakket over brengen onder gelijktijdige overbrenging van ziekenfondsverstrekkingen naar een aanvullende verzekering. Het karakter van de ziekenfondsverzekering blijft daarmee volledig intact. Beide opties hebben hun voors en tegens en kunnen hier slechts met behulp van enkele kanttekeningen van commentaar worden voorzien.
Essentieel is vanzelfsprekend de vraag welke voorzieningen aan de AWBZ worden toegevoegd (optie 1) respectievelijk daaruit worden gelicht (optie 2). Bij optie 1 is een diepgaande discussie voorspelbaar – maar óók nodig – over grofweg de vraag of het zal gaan om eerstelijnsvoorzieningen (huisartsenzorg met name) dan wel juist om tweedelijnsvoorzieningen (bijvoorbeeld het eerste jaar ziekenhuisverpleging). Bij optie 2 is een diepgaande – eveneens noodzakelijke – discussie voorspelbaar over de aard van de AWBZ-gefinancierde verstrekkingen en met name de vraag of deze zich lenen voor onderbrenging in een andere verzekeringsvorm. In beide opties geldt een wezenlijke verandering in de verhoudingen waarin maatschappelijk aan de kosten van gezondheidszorg wordt bijgedragen. Vooral een uitbreiding van de AWBZ zal niet kunnen plaatsvinden zonder het vigerende premiesysteem, te weten een bijdrage van ruwweg werkgevers en zelfstandigen, te wijzigen. Tenslotte moet bij beide opties worden bedacht dat de AWBZ vanuit het oogpunt van kostenbeheersing tot op heden niet erg goed heeft gewerkt, ondanks het samenhangende karakter van een volksverzekering.

Concluderend zou ik willen stellen dat de kabinetsplannen de zes verzekeringsvormen saneren tot drie. Zij introduceren regelgeving voor de particuliere verzekeringen en versterken daardoor de solidariteit. De voorstellen openen wegen tot individuele keuzevrijheid voor het te verzekeren pakket onder behoud van solidariteit. ■

Mr. N. de Jong



Ziektekostenverzekeringen en samenhang

In dit artikel pleit Mr. N. de Jong, plv. algemeen secretaris van de VNZ, à titre personnel voor meer samenhang tussen ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekeringen. Hij wijst de voorliggende kabinetsvoorstellen af. In acht punten presenteert hij daarvoor in de plaats een alternatief waarin én een volksverzekering mogelijk wordt én ziekenfondsen en particuliere verzekeraars hun eigen plaats (vooralsnog) blijven behouden.

Het is een misverstand te menen dat ziekenfondsen hun ontstaan zouden danken aan de wettelijke ziekenfondsverzekering, zoals de beschouwing van Oosting c.s. elders in dit nummer aangeeft. Het ziekenfondswezen heeft zich tot vóór de tweede wereldoorlog in de particuliere sfeer ontwikkeld, zonder dat sprake was van enige overheidsbemoeie- ▶

nis. In de jaren vijftig gingen de ziekenfondsen over tot de oprichting van bovenbouwmaatschappijen: ziektekostenverzekeringsmaatschappijen op nonprofit basis (met uitvoering door het ziekenfonds) die de fondsverzekerden die boven de loongrens kwamen zonder selectie zouden gaan opnemen; het Zilveren Kruis, VGCN, VGZ en VZS zijn hier voorbeelden van. Eerst met de invoering van de Ziekenfondswet (1965) hebben de ziekenfondsverzekering, de vrijwillige verzekering en de bejaardenverzekering hun wettelijke grondslag gekregen.

Feit is dat het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen zoals wij dat thans in Nederland kennen in belangrijke mate is bepaald door de ontwikkeling van de ziekenfondsverzekering. Doordat bepaalde vormen van hulp als ziekenfondsverstrekking werden omschreven en toegankelijk gemaakt konden deze zich ontwikkelen. De particuliere verzekeraars hebben altijd een volgend beleid kunnen voeren. Als een vorm van hulp ziekenfondsverstrekking werd, namen de ziektekostenverzekeraars die al gauw op in hun polis. Een voorbeeld van het volgend beleid is hetgeen is gebeurd met de hart- en levertransplantaties. Toen de Commissie voor Beroepszaken van de Ziekenfondsraad in 1983 uitmaakte dat de harttransplantatie geen ziekenfondsverstrekking is, adviseerde het KLOZ zijn leden ijlings de hart- en levertransplantaties uit hun pakket te schrappen.

Was er sprake van een volgend beleid op de gebieden als hiervoor omschreven, ernstige fricties deden zich voor tussen de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekeringen op de vrije markt. De oorzaken waardoor de vrijwillige ziekenfondsverzekering in de loop der tijd in toenemende mate in moeilijkheden is gekomen zijn in diverse adviezen van de belangrijkste adviesorganen van de regering uitvoerig beschreven. Belangrijkste factor is dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen zich op dezelfde markt bewegen. Deels door wettelijk en deels door zelf opgelegde beperkingen vanwege het solidariteitsbeginsel bevindt de eerstgenoemde verzekering zich in een ongunstige concurrentiepositie ten opzichte van de laatstgenoemde. Terwijl de vrijwillige verzekering een acceptatieplicht kent voor iedereen – ongeacht het ziekterisico – kennen de particuliere ziektekostenverzekeringen geen acceptatieplicht.

Door een premiebeleid gekenmerkt door leeftijdstoeslagen voor ouderen en leeftijdskortingen voor jongeren trachten particuliere verzekeraars zoveel mogelijk 'gezonden' naar zich toe te trekken en 'zieken' af te stoten. In dit verband verdient vermelding dat de Ziekenfondsraad, in een streven de concurrentiepositie van de vrijwillige verzekering iets meer in evenwicht te brengen met die van de particuliere verzekeringen, in 1983 besloot leeftijdstoeslagen toe te staan op premies van verzekerden die op latere leeftijd tot deze verzekering willen toetreden. De Kroon vernietigde op 21 juni 1984 evenwel het besluit van de Ziekenfondsraad, omdat premietoeslagen op grond van leeftijd niet pasten in het ten aanzien van ziektekostenverzekeringen in het algemeen gevoerde beleid. Bovendien oordeelde de Kroon dat invoering van leeftijdstoeslagen voor een deel van de groep oudere verzekerden die hierdoor zou worden getroffen zou leiden tot een maatschappelijk onaanvaardbare lastenverzwaring.

Deze paragraaf afsluitend, kan worden vastgesteld dat ziekenfondsen zich van oorsprong met particuliere verzekeringen hebben beziggehouden, zij het dat die betrokkenheid in de loop der tijden is gewijzigd en in sommige opzichten de ziekenfondsen op dit terrein in een knellend wettelijk keurslijf zijn gedrongen. Dit terwijl van wettelijke regulering van de 'vrije' markt geen sprake is.

De situatie nu

Het ziekenfondssysteem kent de laatste jaren een vrijwel sluitend geheel van overeenkomsten met vrijwel alle medewerkers en medewerkende instellingen in de gezondheidszorg. Zaken als machtiging, prijs, zorginhoud, kwaliteit en controle worden in deze overeenkomsten geregeld. Ook kan het zorgvolume in het ziekenfondssysteem worden beïnvloed via het stelsel van erkenningen; een (negatief) vestigingsbeleid via artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet (fysiotherapeuten en tandartsen gerealiseerd en huisarts en apotheker 'in de maak') en het honoreringssysteem (abonnement bij de huisartsen, jaarkaart bij de specialisten en het budget bij de intramurale instellingen).

De particuliere ziektekostenverzekering is een schadeverzekering die beoogt het risico van ziektekosten te dekken. Het betreft een restitutiestelsel dat de verzekerde recht geeft op vergoeding van de door hem gemaakte kosten voor geneeskundige hulp. De verzekeringsmaatschappijen staan ten opzichte van elkaar in een vrije concurrentie terwijl het prijsmechanisme in sterke mate wordt beïnvloed door eigen risico's, keuzepakketten en polisdifferentiaties. Het pakketaanbod is in principe vrij, terwijl van een solidariteit in premiestelling als zodanig niet kan worden gesproken. Van een gegarandeerde acceptatieplicht is geen sprake.

Het drieluik in de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 van planning (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg), prijsbeheersing (Wet Tarieven Gezondheidszorg) en uniforme financiering (volksverzekering ziektekosten) geeft een logisch sluitende structuur aan. Overigens zou ook een 'éénluik' het overwegen waard zijn geweest, waarbij de plannings- en prijsbeheersingsinstrumenten zouden zijn ondergebracht in één wet, de Volksverzekering tegen ziektekosten. Immers, wanneer men de huidige Ziekenfondswet in beschouwing neemt, zou – bij een uitbreiding tot volksverzekeringswet – het inbrengen van planning en prijsbeheersing daarin – structureel en in theorie gesproken – denkbaar zijn geweest.

Wat daar ook van zij, nu is gekozen voor de drieluik en van die drie de Volksverzekering nog niet is gerealiseerd, is het een winstpunt dat ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars elkaar in het kader van de uitvoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) respectievelijk de Wet Gezondheidszorgvoorzieningen en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM) wel vinden. Immers, zowel in het kader van de WTG als de WVG/WGM hebben beide instellingen gemeenschappelijke belangen, of het nu de prijsbeheersing of de bewaking van de financiële kaders betreft.

Een ontwikkeling valt waar te nemen naar regionale samenwerking op dit gebied, al is het probleem van een meer centraal opererende ziektekostenverzekeraar en een meer op regionale basis gericht werkend ziekenfonds, niet te ontkennen. Als resultaat van samenhang in belangen waar het de kostenbeheersing betreft kan worden genoemd het in samenwerking tussen VNZ en KLOZ tot stand gebrachte rapport Betaalbaar Perspectief. Samenhang van belangen dus op een belangrijk terrein als kostenbeheersing en de daarmee verband houdende terreinen als informatica, planning en deskundigheid: dit alles in het belang van de verzekerden.

Is het nu ook in het belang van de verzekerden wanneer de huidige regerings- ▶

plannen tot opheffing van de vrijwillige verzekering worden gerealiseerd en dus een belangrijk deel van de vrijwillig verzekerden wordt overgeheveld naar de private sector? Hier gaan de belangen van de particuliere verzekerden en die van de ziekenfondsen als vertegenwoordigers van de vrijwillig verzekerden uiteen. Een beschouwing hiervan zal in de volgende paragraaf worden gegeven.

De belangen van de vrijwillig verzekerden

Blijkens de Memorie van Toelichting bij het voorontwerp van Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen meent het kabinet dat de meest adequate structurele oplossing voor de problemen rond de vrijwillige verzekering de volledige opheffing van die verzekering is. Het kabinet gaat met deze keuze voorbij aan de unanieme opvatting van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Sociaal Economische Raad en de Ziekenfondsraad dat de vrijwillige verzekering in stand kan blijven na overheveling van enkele risicogroepen naar de verplichte verzekering en bij invoering van beperkte regulering voor de particuliere verzekeraars.
De motivering voor de opheffing van de vrijwillige verzekering is te vinden op pagina 29 en 30 van de Memorie van Toelichting. Het kabinet acht zich voor de keuze te staan, óf de particuliere verzekeringen aan te passen aan de vrijwillige of andersom de laatste aan de eerste gelijk te maken. Een tussenweg tussen deze twee uitersten acht het kabinet op langere termijn niet aanwezig. Het kabinet kiest voor de tweede mogelijkheid, omdat de noodzakelijke regelgeving dan beperkt kan blijven en omdat door de voorgestane structurele overheveling van een miljoen vrijwillig verzekerden naar de particuliere verzekeringen de collectieve lasten afnemen met 1,2 miljard gulden.
Het argument van de collectieve lasten kan niet serieus worden genomen. Het gaat hier om een definitiekwestie. De meeste overgehevelde ex-vrijwillig verzekerden zullen onder het nieuwe regime tenminste evenveel premie gaan betalen. Op de individuele huishoudens zullen de ziektekosten blijven drukken, of nu gesproken wordt van 'collectieve lasten' of niet.

Blijft het argument dat in de voorgestelde constructie de noodzakelijke regelgeving beperkt kan blijven. De vrijwillige ziekenfondsverzekering zou in stand kunnen blijven, indien een overheveling van gelden uit de particuliere sector wettelijk wordt geregeld om de premiestelling in een vrijwillige verzekering in de toekomst op een sociaal verantwoord niveau te houden. Voordeel hiervan is dat niet ver wordt afgedwaald van de weg naar een volksverzekering en een administratieve volksverhuizing van verzekerden achterwege kan blijven.
De stelling van het kabinet dat instandhouding van de vrijwillige ziekenfondsverzekering zeer ingrijpende regelgeving in de particuliere markt nodig maakt kan niet staande worden gehouden. Een ziektekostenverzekeringswet die uitgaat van handhaving van de vrijwillige ziekenfondsverzekering behoeft niet ingewikkelder te zijn dan het produkt dat thans voorligt. Bovendien zou bespreekbaar moeten kunnen zijn een voortzetting van de vrijwillige verzekering niet langer in de ziekenfondswet te regelen maar in het kader van de Wet 'Toegang'.
Opmerkelijk is dat het kabinet wenst dat de particuliere verzekeraars de ex-vrijwillig verzekerden een pakket gaan aanbieden dat nauw overeenkomt met het pakket van de verplichte ziekenfondsverzekering. In een andere gedaante duikt het pakket van de ziekenfondsverzekering in feite weer op in de particuliere verzekeringsmarkt. De vraag rijst waarom dit gegeven niet kan worden verbonden met een door de particuliere sector gesteunde voortzetting van de vrijwillige verzekering, die in feite een dergelijk standaardpakket moet gaan voeren. Opmerkelijk is ook dat het systeem van premiereductie voor kleine zelfstandigen in het nieuwe systeem ook weer opduikt, zij het dat dit thans niet wordt uitgevoerd door de ziekenfondsen maar door de belangenorganisaties voor het midden- en kleinbedrijf.
Bij handhaving van een vrijwillige verzekering kan de uitvoering van de premiereductie in handen blijven van de ziekenfondsen, die op dit gebied een ruime ervaring hebben. Het is weinig praktisch taken weg te nemen bij de ziekenfondsen en deze vervolgens bij andere organisaties onder te brengen.

Tenslotte wijzen de eerste resultaten van een daartoe ingesteld onderzoek erop dat na overheveling van de diverse groepen als in het wetsontwerp toelating vermeld, de vrijwillige verzekering exploitabel is; uiteraard met de voorwaarde van pooling uit de particuliere sector als hierboven aangegeven. Van belang is bovendien dat voorlopige uitkomsten van een landelijk gehouden enquête erop wijzen dat de vrijwillig verzekerden van thans het voortbestaan van de vrijwillige verzekering wensen met de kenmerken daarvan, zoals geen eigen risico, een breed pakket en 'in natura'.
Blijkens de toelichting op het wetsontwerp met betrekking tot de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekering heeft de regering een uitspraak over een structurele wijziging in het stelsel nog niet willen doen. Een oordeel over een al dan niet voorgestane volksverzekering blijft dan ook uit. Omdat onder het huidige kabinet een volksverzekering niet realiseerbaar is, tracht de hiernavolgende paragraaf in acht punten een alternatief te ontwikkelen dat de mogelijkheden die er thans zijn optimaal tracht te benutten.

Een alternatief

1. De ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars dienen samen materieel en formeel een belangrijke positie te verwerven in het kader van WTG en WGM. Daartoe dienen de krachten op landelijk en regionaal niveau gebundeld te worden.
2. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars combineren hun informatiesystemen.
3. Zonodig worden in het kader van (regionale) budgettering de financieringsstromen naar de zorg gebundeld.
4. De wetgeving ter zake van ZFW/AWBZ/WVG en WTG wordt gedereguleerd, in die zin dat financiers en zorgverleners voldoende vrijheid van handelen hebben om een efficiënte gang van zaken in het gezondheidszorgbestel (tegen verantwoorde kosten) te kunnen bewerkstelligen. Er dient meer gezicht te worden gegeven aan 'zelfregulering'.
5. Vanouds heeft de ziekenfondsverzekering beoogd een goede ziektekostenverzekering te bieden aan de bevolking met een inkomen tot een zekere grens. Het overige deel van de bevolking is steeds aangewezen geweest op de particuliere verzekering. Dit uitgangspunt dient ook te worden gehanteerd voor de toekomstige verhouding tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.
6. Teneinde een billijke lastenverdeling over de gehele bevolking te bewerkstelligen, waarin solidariteit tussen de particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden voldoende tot zijn recht komt, kan in eerste instantie een wettelijk geregelde externe verevening tussen particu- ▶

liere sector en de ziekenfondsverzekering tot stand worden gebracht. In een later stadium zou de AWBZ-premie kunnen worden opgetrokken, zonder dat daar uitbreiding van het verstrekkingenpakket tegenoverstaat: een soort gezondheidszorgbelasting waarvan de opbrengst herverdeeld kan worden ten gunste van ziekenfondspremies en de nominale premies in de particuliere ziektekostenverzekering.
7. De AWBZ blijft voorshands inhoudelijk in stand. Deze wet geeft dekking voor 'catastrofale' risico's en is verder bestemd voor financiering van voorzieningen die zich in het randgebied van de gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg bevinden en waar niet kan worden gesproken van een te verzekeren ziektekostenrisico, alsook voor de financiering van de preventieve gezondheidszorg.
8. Ten aanzien van de particuliere verzekering zou de regelgeving beperkt kunnen blijven tot de verhouding leeftijd - premiehoogte en de herverzekering van slechte risico's. Hierdoor wordt de (minimaal noodzakelijke) solidariteit tussen ouderen en jongeren, gezonden en zieken in de particuliere sector gewaarborgd. Regelgeving met betrekking tot de externe acceptatieplicht (inkomensgrensoverschrijders) en minimumdekking lijkt niet dringend noodzakelijk. De met de ziekenfondsen samenwerkende ziektekostenverzekeraars voorzien daarin immers.

Wanneer aan bovenstaande punten is voldaan ontstaat een samenhangend verzekeringssysteem waarin én ziekenfondsen én particuliere verzekeraars hun eigen plaats blijven behouden. ■

Uitspraak Raad van Beroep

Overtreding concurrentiebeding na praktijkovername niet beboet

Samenvatting RvB 857/84/03

In de overeenkomst van praktijkoverdracht was een bepaling opgenomen welke inhield dat verweerder (de overdragende huisarts) zich verbond gedurende tien jaar na de overdrachtsdatum niet binnen een straal van twintig kilometer met het praktijkpand als middelpunt als huisarts praktijk uit te oefenen zonder toestemming van eiser (de overnemende huisarts). Eiser stelde dat verweerder dit concurrentieverbod had overtreden, door op zeker ogenblik aan een patiënt van eiser een recept te verstrekken.
In de overeenkomst was voorts bepaald, dat verweerder gerechtigd was circa tien aan partijen bekende patiënten verder te begeleiden, met de verplichting voor verweerder eiser op de hoogte te houden van het therapeutische verloop. Kort voor de effectuering van de praktijkoverdracht was tussen partijen een nadere afspraak gemaakt inzake de betaling door verweerder ter zake van deze patiënten aan eiser, doch over de inhoud van deze nadere afspraak bleken partijen ter zitting van de raad van mening te verschillen. Voorts hadden partijen met het ziekenfonds ter plaatse afgesproken, dat verweerder met het oog op de behandeling van bedoelde circa tien patiënten ingeschreven zou blijven als ziekenfondsmedewerker.
Eiser vorderde een verklaring voor recht, dat verweerder in strijd had gehandeld met het concurrentiebeding en een verbod aan verweerder recepten uit te schrijven voor of andere patiënten te behandelen dan de circa tien in de overeenkomst bedoelde patiënten. Voorts vorderde eiser een verklaring voor recht, dat verweerder na de praktijkoverdracht ten onrechte ingeschreven was gebleven als ziekenfondsmedewerker, alsmede dat verweerder zou worden gelast zijn naambord met vermelding van spreekuurtijden te verwijderen.

De districtsraad verklaarde de vordering merendeels gegrond.

Daartegen werd door verweerder beroep ingesteld.

Ter zitting van de Raad van Beroep kwam vast te staan dat het ingeschreven blijven van verweerder als ziekenfondsmedewerker was geschied in overleg tussen partijen en het ziekenfonds ter plaatse, zodat eisers desbetreffende vordering reeds om die reden ongegrond was.
Voorts kwam vast te staan dat verweerder op enig moment aan een patiënt van eiser een recept had verstrekt, zonder dat sprake was van een noodsituatie welke verweerder zou hebben verhinderd de patiënt te verwijzen naar eiser, of, alvorens het recept te verstrekken, daarover contact op te nemen met eiser.
De door eiser gevorderde verklaring voor recht, dat verweerder aldus het in de overeenkomst opgenomen concurrentieverbod had overtreden, was dus toewijsbaar. De raad achtte echter de overtreding niet van zodanig gewicht, dat invordering van de in de overeenkomst voorziene boete gerechtvaardigd was. Die boete was overigens door eiser ook niet ingevorderd. Aangezien noch in eerste aanleg, noch in hoger beroep was gebleken dat verweerder andere dan de circa tien in de overeenkomst bedoelde patiënten als huisarts had behandeld, behalve in het ene bovenvermelde geval, had eiser onvoldoende belang bij zijn vordering, dat verweerder zou worden verboden andere dan de in de overeenkomst bedoelde patiënten te behandelen.
Wat het naambordje betreft nam de raad in aanmerking dat verweerder na de praktijkoverdracht werkzaam was gebleven als controlerend arts en keuringsarts en gewend was controlepatiënten en keurlingen op een vast spreekuur te bestellen of naar dat spreekuur te doen verwijzen. Verweerder had derhalve belang bij een naambord met vermelding van zijn spreekuurtijden. Naar het oordeel van de raad was van die vermelding noch van de vermelding van het woord 'arts' op het naambord enige verwarring ten nadele van eiser te duchten. Ook deze vordering werd derhalve afgewezen.

Tenslotte was de raad van oordeel, dat de in de overeenkomst bedoelde circa tien patiënten niet aan de eiser waren overgedragen. De raad baseerde dit oordeel op het feit, dat verweerder kort na de overdracht een evenredig deel van het overnamebedrag aan eiser had terugbetaald.

Op grond hiervan was verweerder, naar het oordeel van de raad, niet verplicht de door hem voor deze patiënten ontvangen ziekenfondshonoraria aan eiser af te dragen, zoals eiser had gesteld (doch niet had gevorderd). ■

Twee nieuwe leden in het KNMG hoofdbestuur

Per 1 januari aanstaande zullen twee nieuwe leden toetreden tot het hoofdbestuur van de KNMG: W. B. J. Funk, als gynaecoloog verbonden aan het Streekziekenhuis te Gorinchem, en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, hoogleraar Neurofysiologie aan de Universiteit van Amsterdam. Zij treden als zodanig aan ter vervulling van de twee vacatures in het hoofdbestuur, ontstaan door het per 31 december reglementair aftreden van Mw. G. A. Kraayenbrink-de Zeeuw, verpleeghuisarts te Bussum, en Dr. R. C. Schokker, internist te Velp.

Ter kennismaking komen de twee nieuwe hoofdbestuursleden hier alvast even aan het woord.



W. B. J. Funk:

'Relatie tussen de periferie en KNMG-centrum verbeteren'

'Het is jammer dat er in de periferie zo weinig animo is voor het lidmaatschap van het KNMG-hoofdbestuur. Een van de belangrijkste taken die ik voor onze artsenorganisatie zie is dan ook antwoord te geven op de vraag: 'Hoe interesseer je die periferie?'. Elke maand opnieuw zie ik maar een beperkt aantal mensen verschijnen op de afdelingsvergaderingen, terwijl er vanuit het centrum in Utrecht van alles aan wordt gedaan de leden te betrekken bij het hele KNMG-gebeuren'. Dit zegt het nieuwe hoofdbestuurslid W. B. J. Funk (42), wonende in Schelluinen en als gynaecoloog werkzaam in het Streekziekenhuis te Gorinchem.

Het nieuwe HB-lid Funk studeerde medicijnen in Utrecht en deed na zijn artsexamen in 1970 twee jaar interne geneeskunde in het Diakonessenhuis aldaar. Na twee jaar als tropenassistent werkzaam te zijn geweest in Veghel (F: 'Dat is een gedegener leerschool dan de normale artsenopleiding') vertrok hij met zijn vrouw naar Kameroen, waar hij drie jaar werkte in een tropenhospitaal, een soort missieziekenhuis: 'Ik deed dat niet uitsluitend uit idealisme. Behalve dat het als vervangende dienstplicht gold wilde ik wel eens in een ander land rondkijken en onder geheel verschillende omstandigheden werken. Wat dat betreft ben ik toen niet bedrogen uitgekomen, noch medisch noch maatschappelijk gezien'.

'Na mijn Afrikatijd ben ik in Utrecht aan mijn specialisatie tot gynaecoloog begonnen. Dat heeft tot 1980 geduurd. Ik volgde die opleiding in het Academisch Ziekenhuis bij Haspels en in het Diaconessenhuis bij Hart. Inmiddels zit ik al weer zo'n vier jaar in het Streekziekenhuis te Gorinchem. We vormen hier met drie gynaecologen een maatschap en werken als zodanig ook samen in het Lingeziekenhuis in Leerdam. Deze twee ziekenhuizen gaan op korte termijn fuseren. Over een jaar of vier-vijf zal op het terrein van het Streekziekenhuis in Gorinchem een nieuw ziekenhuis zijn gebouwd; de vergunning voor die bouw is al binnen. Gezien de huidige situatie op de arbeidsmarkt ligt mijn toekomst hier en dat vind ik best, want ik heb het hier reuze naar mijn zin.

'Over zijn motieven zich beschikbaar te stellen voor het hoofdbestuurslidmaatschap zegt de heer Funk: 'Ik ben via de KNMG-kadercursus op een of andere manier in de 'picture' gekomen. In die kring ben ik indertijd gevraagd me kandidaat te laten stellen. De kadercursus voorzag voor mij in een behoefte, met name de KNMG-vergadertraining. In die tijd zat ik al in het bestuur van de plaatselijke afdeling. Met het Utrechtse gebeuren had ik nog weinig of geen contact. Ik merkte tijdens de vergaderingen waaraan ik deelnam dat er niet vruchtbaar werd gewerkt. Via die training leerde ik effectiever vergaderen. Die cursus is me erg goed bevallen; we hadden een prettige club en een goede begeleiding. Later had ik ook behoefte aan meer training met betrekking tot onderhandelen. Toen ben ik de onderhandelingscursus gaan volgen, en soort vervolg op de kadertraining. Daar heb ik ook veel aan gehad als stafbestuurder van dit ziekenhuis. Er zijn hier volop onderhandelingssituaties, bijvoorbeeld vanwege het decentralisatiestreven dat ook in deze periferie op gang begint te komen. Overigens, of ik als een goed onderhandelaar optreed is natuurlijk nog een tweede; niettemin heb ik geleerd in wat grotere lijnen te denken.

'Niettemin zijn er nogal wat detailkwesties waarmee je hier wordt geconfronteerd. Bijvoorbeeld: welke specialismen moeten in dit ziekenhuis zijn gevestigd? Of het abortusvraagstuk, waarmee we toch wel wat problemen hebben gehad. We zitten hier weliswaar in een neutraal ziekenhuis, maar er is wel een christelijke vleugel die zich nogal heeft laten gelden; die stond geenszins voorop om een abortusvergunning aan te vragen. Wat onze maatschap betreft was er geen enkel probleem en ook de medische staf als geheel was niet tegen, maar een aantal christelijke bestuursleden zag het niet zitten. Deze kwestie is uiteindelijk op bestuursniveau beslist; tenslotte is de vergunning toch aangevraagd'.

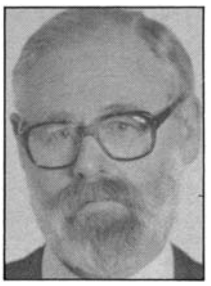
De heer Funk heeft meer belangstelling voor algemene zaken die de artsenorganisatie aangaan dan voor specifieke belangenbehartiging, een taak die volgens hem is weggelegd voor de besturen van de maatschappelijke verenigingen: 'Ik zie de KNMG als een overkoepelend orgaan met de – voorlopig vier – maatschappelijke verenigingen als pijlers. Als KNMG moet je één vuist kunnen maken namens alle Nederlandse artsen die hun krachten moeten bundelen en hun macht moeten ontlenen aan een zo groot mogelijk numeriek optreden. Het aantal artsen in Nederland is immers toch al niet zo groot vergeleken met andere groeperingen. De mankracht die je ter beschikking staat moet je mobiliseren tegen allerlei overheidsmaatregelen die de laatste tijd alleen maar bezuinigingen inhouden. Daarom zou ik me willen inzetten voor ledenwerving, intensivering van KNMG-public relationsactiviteiten, de promotie van de KNMG onder de medisch studenten en de periferie tot meer belangstelling en activiteiten stimuleren. Misschien zou de KNMG eens een ledencongres moeten wijden aan het thema: 'Communicatie Maatschappij Geneeskunst en periferie'.

Andere zaken waarin de heer Funk speciaal is geïnteresseerd betreffen: 'Nascholing, nog te veel een wirwar van onsamenhangende initia- ▶

tieven. Er zou meer moeten worden gereguleerd, zodat bijvoorbeeld een specialist alle bijeenkomsten van zijn eigen wetenschappelijke vereniging kan bijwonen. Of een blokcursus instellen van ongeveer een week die door het land reist en enkele malen wordt herhaald en zo wordt ingedeeld dat elke specialist er aan kan deelnemen. Het valt mij overigens op dat de oudere garde zeer is ondervertegenwoordigd op nascholingsbijeenkomsten, een reden te meer om de nascholing wettelijk verplicht te stellen. Zo ben ik ook voor toetsing, al weet ik nog niet precies hoe je dat het best zou kunnen organiseren. Het is wellicht een goed idee daarbij ook de protocollaire geneeskunde te betrekken. Dat zou in het kader van de bezuinigingen een goed instrument kunnen zijn. In dit verband ben ik tevens geïnteresseerd in gestructureerd overleg met consumentenorganisaties, die blijkbaar meer inspraak willen hebben'.

De heer Funk ziet in dat het geen eenvoudige taak zal zijn het 'hectische artsenbestaan van alledag' te combineren met een vruchtbaar hoofdbestuurslidmaatschap: 'Zo'n combinatie zal een hele klus voor me worden, maar ik heb het met de maatschap zo geregeld dat ik word vrijgesteld voor de vergaderingen. Het zal best wel eens een keertje fout lopen, dat kan niet anders, maar ik heb er wel erg veel zin in'. ■

Prof. Dr. P.E. Voorhoeve:



'Relatie medische faculteiten en KNMG moet worden verbeterd'

'Ik geloof dat er een grote verwijdering bestaat tussen de opleidingsinstituten – de medische faculteiten – en de KNMG. Die relatie moet worden verbeterd en ik verwacht van de Maatschappij Geneeskunst dat zij daartoe de nodige stappen zal ondernemen.' Aldus het per 1 januari aanstaande aantredende nieuwe hoofdbestuurslid Prof.Dr. P.E. Voorhoeve (57), als hoogleraar Neurofysiologie verbonden aan de Medische Faculteit van de Universiteit van Amsterdam.

Prof. Voorhoeve studeerde in Amsterdam, ging na zijn artsexamen in 1954 in militaire dienst en deed daarna een tijdje waarnemingen: 'Ik heb in die tijd in twijfel gestaan bij de keuze tussen huisarts worden of specialiseren in de klinische neurologie of de experimentele neurofysiologie. Door een aantal omstandigheden is de keuze op neurofysiologie gevallen. Ik vind de klinische neurologie aantrekkelijk omdat het een exact vak is; het is een richting in de geneeskundige aanpak die mij erg aanspreekt en die in zekere zin culmineert in de neurofysiologie. Ik ben als neurofysioloog opgeleid in Leiden; dat was mijn bakermat in dit vak. Ik heb het grote geluk gehad dat ik vrij veel in het buitenland heb gewerkt, eerst in Frankrijk waar de basis van mijn proefschrift is gelegd, dat verder in Leiden is bewerkt. Ik ben daar gepromoveerd op een neurofysiologisch onderwerp, over bewegingssturing van katten. Daarna ben ik naar Zweden gegaan om mijn technieken te verbeteren. Vanuit Zweden ben ik min of meer doorgespeeld naar Canberra in Australië, destijds het 'Mekka' in dit vak. Daartussendoor ben ik nog een jaar in Leiden geweest omdat er in 1962 een groot internationaal fysiologencongres werd gehouden, wat door mijn toenmalige baas, Prof. Duyff, werd voorbereid. In 1964 ben ik vanuit Australië teruggekomen; toen speelde de benoeming in Amsterdam al. In 1965 is die benoeming afgekomen en sindsdien zit ik hier als hoogleraar Neurofysiologie. Dat is een wat geïsoleerde, esoterische bezigheid. Ik heb echter steeds een actieve belangstelling gehad voor geneeskundige aspecten en heb daarom altijd contact gehouden met de kliniek, met name de neurologie. Voor een experimenteel fysioloog is dat niet zo voor de hand liggend. Ik ben daardoor in veel klinisch wetenschappelijke verenigingen gevraagd en actief geweest. Het onderwijs is gebonden aan de richtlijnen van de faculteit, maar op het onderzoek dat ik doe zet ik in zekere zin mijn eigen stempel. Ik ben heel lang op de aspecten van de motoriek doorgegaan, maar sinds een jaar of vijf ben ik bezig met pijn, ook weer in relatie met de kliniek. Er is een hele nieuwe ontwikkeling in de pijnbehandeling en in de opvattingen over pijn. Ik weet dat van nabij omdat ik ook lid ben van het pijnteam van ons Academisch Ziekenhuis en daardoor met de praktische problemen te maken heb.

'Mijn onderzoekwerk doe ik door middel van dierproeven. Bij de practica zijn die lange tijd gebruikt, maar telkens in mindere mate; nu gebeurt het überhaupt niet meer. Er wordt ook niet meer gedemonstreerd. Ik ben daar eigenlijk ook op geheel andere wijze bij betrokken geraakt als eerste voorzitter van de Adviescommissie voor de Wet op dierproeven. Een jaar of zes geleden is die wet er gekomen; het is meer een raamwet. De adviescommissie, Commissie van Advies ex artikel 18 op de Wet op dierproeven genoemd, moest de artikelen invullen en is rechtstreeks verantwoording verschuldigd aan de minister van Volksgezondheid. Een nota daarover is onlangs aangeboden aan de Tweede Kamer.

'Ik heb de laatste tien jaar wel een beetje aan het front gestaan met betrekking tot de dierproeven, met name in de relatie met de anti-vivisectiebeweging. De anti-vivisectiepropaganda wordt naar mijn mening vaak tendentieus en onterecht bedreven met ernstige verdachtmakingen. Ik heb me daar altijd tegen teweergesteld. Eén van mijn stellingen is dat je openheid moet betrachten. Mensen weten niet wat er gebeurt; die hebben een idee van konijntjes in kokend water gooien. Je moet zakelijke informatie geven en daardoor begrip kweken. Er kwam een keer een groepje scholieren dat ons op hoge poten kwam interviewen over de schandelijke dingen die wij hier doen. Die zeiden toen ze weggingen dat dat negatieve beeld onze eigen schuld was; we moesten gewoon vertellen wat er aan de hand is. Een van de aardige dingen is dat de anti-vivisectiebeweging – die intern erg verdeeld is – ook realistischer wordt. Sinds een paar jaar zijn er contacten met een aantal groeperingen, waarbij er met wederzijds begrip en respect met elkaar wordt omgegaan.'

Nevenfuncties

Prof. Voorhoeve vervult nog andere nevenfuncties: 'Zo ben ik ook lid van de Gezondheidsraad, waarvan ik een aantal commissies heb voorgezeten en andere nog steeds voorzit of waar ik als lid in zit; commissies die advies uitbrengen over deelaspecten van geneeskundige problemen. Voorts zit ik – en daar ben ik erg trots op – in het bestuur van de Biologische Raad, een lichaam van de Koninklijke Academie van Wetenschappen. Die Biologische Raad is ook een soort adviesorgaan voor de regering. Er is een zekere animositeit tussen biologen en medici die ik hoop te overbruggen. Ik ben er ingekomen als vertegenwoordiger van de Fysiologenvereniging. In die vereniging bestaat ook een schisma tussen de biologen en de medisch fysiologen. In de raad zitten alle academieleden uit de sectie Biologie, een aantal vertegenwoordigers van verenigingen, alsmede een aantal mensen op persoonlijke titel zoals ik.'

Over zijn betrokkenheid bij de KNMG stelt ▶

Prof. Voorhoeve tenslotte nog: 'Net als iedereen ben ik er lid van geworden na mijn artsexamen. Na een jaar lidmaatschap heb ik er weer voor bedankt, omdat ik er niets aan had. Nog niet zo lang geleden ben ik opnieuw lid geworden om een aantal redenen: solidariteitsgevoel met de Nederlandse artsen die danig worden bedreigd en mijn betrokkenheid bij de geneeskunde. Bovendien: ik leid artsen op en leef toch in een ivoren toren; immers, mijn contacten gaan niet verder dan het academisch ziekenhuis. Ik vind het zinnig en nuttig en heb er voor mezelf behoefte aan om meer in contact te komen met de periferie. Daarom heb ik gekozen voor het lidmaatschap van de kring, de Vecht en Omstreken, van mijn woonplaats.

'Wat mij aanspreekt en het meeste ligt is het adviesvoorbereidende werk, meer dan het regelen van zaken. Wat mij betreft is de KNMG er primair voor de bevordering van de geneeskunst en niet zo zeer voor de materiële belangenbehartiging van artsen. Enige ervaring heb ik in dit opzicht al opgedaan. Zo was ik, met Van Es en Boeke, lid van de Voorbereidingscommissie voor het KNMG-Ledencongres in 1981 in Apeldoorn. Ik denk wel dat ik mij toen in mijn inleiding onder de omineuze titel: 'Oneror ergo sum', die ook in het NTvG is verschenen, meer heb blootgegeven dan ik nu aan u doe. Ik was ook extern lid van de hoofdbestuurswerkgroep die in 1982 een reactie heeft opgesteld naar aanleiding van het rapport-Muntendam over alternatieve geneeswijzen. Dat lag in het verlengde van mijn interesse en werkzaamheden uit de tijd dat ik als voorzitter van een commissie uit de Gezondheidsraad heb meegewerkt aan een rapport over acupunctuur. Van belang vind ik ook het recente rapport van het hoofdbestuur waarin het KNMG-standpunt inzake euthanasie is verwoord. Dit soort zaken dus en – uiteraard – allerlei kwesties die betrekking hebben op de medische opleiding; ik denk dat ik bij de beraadslagingen daarover wel tot mijn recht zal kunnen komen'. ■

Winklermadaille – Geschriften en eventuele publikaties van door Nederlanders geschreven werken op het gebied van de neurologie (werken op het gebied van de normale anatomie, fysiologie of biologie kunnen alleen in aanmerking komen indien zij in nauw verband staan met de neurologie) moeten vóór 1 juli 1985 worden gestuurd naar de Commissie van de Winklermedaille om in aanmerking te komen voor de Winklermedaille; het werk moet van ná 1 september 1980 zijn. Inzenden naar: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Lomanlaan 103, Postbus 20050, 3502 LB Utrecht.

Internationale workshop – Onder auspiciën van de EEG-commissie, de Wetenschappelijke Raad van de NAVO en de Foundation for Research in Childhood in Athene zal van 10-12 januari 1985 in Athene een workshop over 'Ethische aspecten van preventieve geneeskunde' worden gehouden. Van de workshop zal te zijner tijd publiek verslag worden uitgebracht. Inlichtingen: Dr. Spyros Doxiadis, 42 Amalias Street, Athene 119, Griekenland.

Anorexia nervosa – De Stichting Anorexia Nervosa heeft twee 'inventarisaties' van de hulpverlening bij anorexia nervosa uitgebracht: 'Inventarisatie ambulante hulpverlening bij anorexia nervosa' en 'Inventarisatie intramurale hulpverlening bij anorexia nervosa'. De boekjes zijn te bestellen bij Mw. Mieke Coenen, Liefkenshoek 14, 4761 JD Zevenbergen; ze kosten *f* 10,— per stuk of *f* 15,— voor beide exemplaren. Informatie: Stichting Anorexia Nervosa, Emy Binsbergen-Hug, tel. 020-719517.

Homoseksualiteit – In de regio Rotterdam wordt geprobeerd een gezondheidsgroep op te richten, bestaande uit homoseksuele vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg of een studie of opleiding volgen in die richting. Doel: van gedachten wisselen over een aantal relevante onderwerpen betreffende de homoseksualiteit en alles wat daarmee samenhangt in de gezondheidszorg. De eerste bijeenkomst is op 23 januari 1985 om

DIVERSEN

20.00 uur in de benedenruimte van het COC, Coolsestraat 94, Rotterdam. Informatie: Gezondheidsgroep Rotterdam i.o., Postbus 768, 3000 AT Rotterdam.

Xerostomie – In het onderwijscentrum Tandheelkunde/verloskunde, Antonius Deusinglaan 1 te Groningen wordt op 31 januari aanstaande om 20.00 uur een klinische avond voor tandartsen georganiseerd, thema: 'Xerostomie'. Een zelfde avond, thema: 'Het kaakgewricht breed belicht, deel II: Het pijn-dysfunctiesyndroom myofasciaal belicht', vindt op 28 maart, aanvang 20.00 uur, in het zelfde centrum plaats. Informatie: AZ Groningen, Kliniek voor mondziekten en kaakchirurgie, tel, 050-619111.

Verloskunde – Voor (assistent-)gynaecologen, ziekenhuisapothekers en bacteriologen vindt er op woensdag 6 februari te 18.15 uur een workshop plaats, getiteld: 'Antibioticaprofylaxe in de verloskunde en gynaecologie'. Plaats: Euromotel Schiphol/Amsterdam. Inlichtingen: A. J. M. Roex, afdeling Verloskunde en Gynaecologie, AZVU Amsterdam, tel. 020-5489111.

Voorlichtingskunde – Het Instituut voor Toegepaste Voorlichtingskunde in Wageningen heeft drie cursussen op het programma staan: 5 maart (1 dagdeel) en 21, 22, 28 en 29 maart (8 dagdelen): 'Planmatig schrijven' over het systematisch schrijven van een voorlichtingstekst, opgave tot 25 februari 1985, kosten *f* 500,—; 15, 16 en 17 maart (6 dagdelen, speciaal voor vrouwen, inschrijven vóór 1 maart) en 1, 2 en 3 april (6 dagdelen): de cursus 'Groepsgesprekken' waarvoor opgave mogelijk is tot 16 maart, kosten van beide cursusdelen *f* 225,—; en 22, 23 en 24 april (6 dagdelen): cursus 'Tweegesprekken', waarvoor opgave vóór 8 april, kosten *f* 225,—. Verdere inlichtingen: Instituut voor Toegepaste Voorlichtingskunde, Wageningen, tel. 08370-83808.

Bronkhorst Colloquia – De Bronkhorst colloquia IX: 'Longemfyseem' en X: 'Sarcoïdose en andere granulomateuze longafwijkingen' worden op 21, 22 en 23 maart, respectievelijk 7, 8 en 9 november 1985 in congrescentrum 'De Blije Werelt' te Lunteren gehouden. Informatie: Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden, tel. 033-941814.

Microchirurgie – Het Bureau PAOG van de Erasmus Universiteit Rotterdam organiseert een nascholingscursus 'Microchirurgie' op 17, 18 en 19 april 1985 in het Laboratorium voor Chirurgie, Erasmus Universiteit, Dr. Molewaterplein 50, Rotterdam. Kosten: *f* 425,— inclusief gebruik instrumentarium, benodigd materiaal, administratiekosten en restauratie. Indien deze cursus is voltekend, bestaat de mogelijkheid reeds nu in te schrijven voor een herhalingscursus op 2, 3 en 4 oktober 1985. Informatie: Bureau PAOG Rotterdam, tel. 010-635011.

Radiodiagnostiek – De commissie MRI van de Nederlandse Vereniging van Radiodiagnostiek organiseert op 26 april 1985 het tweede symposium 'Magnetic resonance'. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum, Beatrixgebouw, zaal 40. Kosten: *f* 100,— per persoon, inclusief lunch. Inlichtingen: Drs. M. A. O. Thijssen, St. Radboud Ziekenhuis, Geert Grooteplein Zuid 18, 6525 GA Nijmegen, tel. 080-514545/517164.

Operaties bij ouderen – Op vrijdag 3 mei 1985 organiseert de dienst Onderzoek en Ontwikkeling van het verpleeghuis Mariënhaven te Warmond van 10.00-16.30 uur een seminar over 'Problemen rond operaties in de ouderdom'. Kosten: *f* 30,— inclusief lunch, over te schrijven op postgiro 3637761 ten name van Mariënhaven, Warmond. Informatie: Drs. B. Niesen, hoofd dienst Onderzoek en Ontwikkeling Mariënhaven, Mrg. Aengenentlaan 1, 2361 GB Warmond, tel. 01711-19300.

Dr. W. H. J. Rogmans



Ongevallen met vuurwerk

Cijfers over de jaarwisseling 1983-1984

In de laatste dagen van 1983 en de eerste dagen van 1984 hebben rotjes, siervuurwerk en sterretjes tussen de 400 en 500 mensen in het ziekenhuis doen belanden; een 60-tal mocht daar gemiddeld een dag of elf blijven. Twee op de drie slachtoffers waren jongeren, meestal jongens, van tussen de 10 en 20 jaar. Dr. W. H. J. Rogmans, adjunct-directeur van de Stichting Consument en Veiligheid te Amsterdam, geeft cijfers en doet suggesties inzake preventie; 'Verkoop staken' is er niet bij.

Sinds jaar en dag is het bij praktizerende artsen bekend dat er rond de jaarwisseling nogal wat slachtoffers vallen ten gevolge van het afsteken van vuurwerk. Over de omvang van deze groep patiënten en de oorzaken van deze ongevallen bestaat minder duidelijkheid. Schattingen lopen uiteen van enkele tientallen opnamen per jaar tot alleen al ten gevolge van oogletsels een in acht oogheelkundige klinieken geregistreerd aantal van 31 opnamen in het seizoen 1980-1981[1-4]. Een recent onderzoek komt tot een geschat aantal van 1.600 medisch behandelde – dat wil zeggen inclusief de in polikliniekenen door de huisartsen behandelde – letsels ten gevolge van vuurwerk[5].
Gedurende het seizoen 1983-1984 werden in het kader van de lopende registratie van letsels ten gevolge van ongevallen in de privé-sfeer in veertien algemene ziekenhuizen de aldaar behandelde slachtoffers van vuurwerk geregistreerd[6]. Aangezien de desbetreffende ziekenhuizen een representatieve afspiegeling vormen van alle Nederlandse ziekenhuizen met een 24-uurs Eerste Hulp (een tienprocents steekproef), hebben de via de genoemde registratie verzamelde gegevens een duidelijke indicatieve waarde.

Omvang en oorzaken

Rond de jaarwisseling 1983-1984 werden in de veertien deelnemende ziekenhuizen 46 patiënten (poli)klinisch behandeld na een ongeval met vuurwerk. Dit levert een geschat aantal van 460 in Nederlandse ziekenhuizen behandelde patiënten op. Aangezien uit eerder onderzoek is gebleken dat de Nederlandse ziekenhuizen 30,7% van alle medisch behandelde letsels ten gevolge van ongevallen in de privé-sfeer ter behandeling krijgen aangeboden – de rest komt in eerste instantie bij de huisarts terecht – kan het totaal aantal medisch behandelde vuurwerkletsels worden geschat op 1.500 per jaar[7]. Deze schatting komt sterk overeen met de in de inleiding vermelde recente schatting, die langs een andere weg tot stand is gekomen.



Het merendeel van de ongevallen heeft plaatsgevonden in de nieuwjaarsochtend (63%) of in de eerste dagen van het nieuwe jaar (20%), 15% in de oudejaarsweek. De jeugd tussen 10 en 20 jaar blijkt het meeste risico te lopen (65% van de slachtoffers), in het bijzonder jongens (78%). De meeste problemen hebben zich voorgedaan met 'rotjes' die in de hand worden aangestoken (57%), gevolgd door siervuurwerk (28%) en sterretjes (13%). In de helft van de gevallen had het afsteken van vuurwerk geresulteerd in letsel in de vorm van een verbranding (52%); in 20% van de gevallen betrof het een open wond, in 13% van de gevallen een oogletsel en in 14% van de gevallen een ander letsel. Van de behandelde slachtoffers moest 13% worden opgenomen; de gemiddelde verpleegduur bedroeg in deze gevallen 11 dagen.

Tabel 1. Typen vuurwerk die betrokken waren bij de in 14 algemene ziekenhuizen geregistreerde vuurwerkongevallen en ongevalspatiënten naar oorzaak van ongevallen.

type vuurwerk	oorzaak	aantal
exploderend vuurwerk ('rotjes')	ontploft in de hand	10
	ontploft tegen oog/gezicht	4
	ontploft tegen ander lichaamsdeel	4
	door schrikreactie gevallen	4
	vermoeden van gehoorbeschadiging	2
	in broekzak ontploft	1
	steekvlam in gelaat	1
totaal		26
siervuurwerk (vuurpijlen e.d.)	vuurpijl tegen lichaam gekregen	6
	tijdens kijken naar vuurwerk iets in oog gekregen	4
	steekvlam in gezicht	2
	onbekend	1
totaal		13
sterretjes	tijdens vasthouden van staafje de hand verbrand	6
totaal		6
overig	jas gevuld met vuurwerk vatte vlam	1
totaal		1

Beschouwing

Dat jeugdigen en vooral jongens het meeste risico lopen voor vuurwerkongevallen mag geen verbazing wekken. Bij de eerder besproken onderzoekingen kwam men tot soortgelijke conclusies.
Dankzij de in de inleiding genoemde registratie is voor het eerst de oorzaak van vuurwerkongevallen vastgesteld *(tabel)*. Ongevallen door te vroeg exploderende of onzorgvuldig weggeworpen exploderende rotjes blijken de overhand te hebben. De tweede categorie: siervuurwerk, leidt onder andere door haar grillige voortbewegingsgedrag tot letsels; ook te dicht bij het ontstoken vuurwerk staan toekijken kan ertoe leiden dat er deeltjes in het oog terechtkomen. Wat de sterre- ▶

tjes betreft werd eerder door onder andere de Keuringsdienst van Waren melding gemaakt van ondeugdelijke partijen[8]. Het onderzoek dat deze dienst daarop heeft uitgevoerd heeft geleid tot het opstellen van aanbevelingen ten aanzien van de voor deze sterretjes te vermijden combinatie van chemische stoffen, om te voorkomen dat door te snelle verbranding steekvlammen ontstaan en/of de ijzeren kern door te grote verhitting ombuigt.

Het is duidelijk dat de *preventie* van vuurwerkongevallen langs twee wegen dient te verlopen, enerzijds het verscherpen van de wettelijke eisen ten aanzien van de deugdelijkheid en de veiligheid van vuurwerk en anderzijds het intensiveren van de voorlichting.

Wat de *wettelijke eisen* betreft moet hier worden gepleit voor het zo spoedig mogelijk uitbreiden van het Warenwetbesluit inzake vuurwerk met eisen ten aanzien van de minimale verbrandingsduur van lonten en een verbod op de verkoop van vuurwerk dat bij ontsteking met opzet een grillige baan volgt.

Wat de *voorlichting* betreft moet worden geconcludeerd dat vooral de groep van 10-19-jarigen de belangrijkste doelgroep vormt. Een in de tweede helft van 1983 uitgevoerde campagne, in het kader waarvan een affiche (zie *afbeelding)* naar de 13.000 scholen voor lager en voortgezet onderwijs werd gezonden, was juist op deze doelgroep gericht. Uit een naar aanleiding van deze campagne uitgevoerd evaluatieonderzoek blijkt dat deze inspanning op attitudeniveau inderdaad niet zonder effect is geweest[9]. Het vergt echter wel een continue inspanning, wil dit effect zich ook vertalen in een werkelijke daling van het aantal ongevallen met vuurwerk. ■

Literatuur

1. Boet DJ, Vromen M. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1961, 39: 254.
2. Rouwens T. Ziekenhuisopnamen wegens ongevallen met vuurwerk. Medisch Contact 1977; 32: 1637.
3. Schappert-Kimmijser J. Ned Tijdschr Geneeskd 1960; 104: 754.
4. Copper AC, Doesschate J ten. Ned Tijdschr Geneeskd 1981; 125: 2091.
5. Rogmans WHJ. Vuurwerk en veiligheid. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1983.
6. Rogmans WHJ, Weerman A. Medisch Contact 1983; 38: 49.
7. Rogmans WHJ. Ernst en omvang van ongevallen in de privé-sfeer; een enquêteonderzoek onder ruim 18.000 huishoudens in Nederland. Amsterdam: Veiligheidsinstituut, 1982.
8. Kerkvliet JD, Nuijt MF. Onderzoek naar de toedracht van ongevallen met wonderkaarsen ('sterretjes') Haarlem: K. van Waren, 1984.
9. Rogmans WHJ, Berghahn A. Evaluatieonderzoek Vuurwerk en veiligheid. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1984.

Kleine chirurgie

Toen men in het voorbijgaan belangstellend begon te informeren of ik soms gestoken *was, vond ik dat het tijd werd een zich op mijn rechterjukbeen bevindende langzaam groter wordende atheroomcyste te laten verwijderen. 'Natuurlijk ga je naar de plastisch chirurg', zei mijn vrouw, die net als ik haar brood verdient met het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg: 'Als die nu ergens op je rug zat, maar in je gezicht . . . 'Ik wil je graag gaaf terughebben.' 'Plastisch chirurgen die doen toch iets met neuzen en borsten en zo?', antwoordde ik. 'Bovendien, als-ie niet op mijn gezicht zat, dan zou ik hem niet laten weghalen. Trouwens, J – onze huisarts – doet niets liever. Die is niet voor niets dorpsdokter geworden én ik heb een eigen risico van duizend gulden voor de specialist.' 'Vraag eerst maar eens hoe vaak J het doet. G, wat vind jij ervan?', vroeg ze aan een zojuist binnengekomen collega (ook werkzaam in de eerste lijn). 'Mijn man wil dat bultje door de* huisarts *laten verwijderen.' Ook G noemde spontaan als eerste plastisch chirurg en beweerde bovendien stellig dat huisartsen geen atheroomcyste meer verwijderen, en zeker niet in het gelaat.*

Proef op de som genomen: mijn werkkring is ruim van huisartsen voorzien.

Huisarts A, vraag: 'Haal jij een atheroomcyste weg?' Antwoord: 'Wat dacht je dan? Niets mooiers dan het eerlijke handwerk'. 'Ook hier?', vroeg ik. 'Nou nee, niet in het gezicht; dat vind ik té riskant. Weet je, als mijn hechting niet mooi wordt, dan is het mijn fout. Als een specialist hetzelfde overkomt, geeft jouw huid nu eenmaal lelijke littekens.'

Huisarts B, dezelfde vraag. Antwoord: 'Vroeger wel. Bij dozijnen haalde ik ze weg, heb ik veel gedaan . . . Nee, tegenwoordig niet meer. Ach, als een patiënt erop aandringt en het is een plaats waar het niet veel kwaad kan, dan zou ik het nog wel doen.'

Eigen huisarts: 'Ja hoor, kom maar. Als je het echt onzichtbaar gehecht wilt hebben, dan moet je naar een plastisch chirurg. Die kan je trouwens ook geen garantie geven, want sommige mensen maken mooie littekens en bij anderen wordt het nooit wat. Kom maar langs.'

Zo geschiedde. De huisarts liet hem nog even zien: een mooie witte kersepit met wat helderrood bloed. Hij schonk een borrel en ik vroeg hoe vaak dat hij dat deed, in het gezicht. 'Nou, om eerlijk te zijn, dát had ik al in jaren niet gedaan. De patiënten willen het niet meer en ik kan ze niet garanderen dat het echt mooi wordt.'

De volgende dagen liep ik rond met een duidelijk zichtbare hechting vanwege het primitieve idee dat het onder een pleister maar wat gaat broeien en dat frisse buitenlucht goed is voor de genezing.

'Ah', zei huisarts A, 'hij is weg, zie ik. Niet slecht, niet slecht. Hij heeft hem toch wel direct naar PA gestuurd? Het is bekend dat die dingen kankercellen kunnen bevatten. Wij (opleidingsinstelling) geven als richtlijn: altijd opsturen.' 'Gut, kankercellen, het was zo'n mooi wit dingetje', mompelde ik nog.

Enkele dagen later vertelde ik het verhaal aan een bevriende fysiotherapeut, inclusief de apotheose van het opsturen naar de pathologanatoom. 'O, dat klopt', zei H, die het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde spélt. 'Twee weken geleden stond er een artikel in, uit Amsterdam; ze rapporteerden dat meer dan de helft van die dingen kankercellen bevatten.' 'Dat lijkt mij sterk', wierp ik tegen. 'Eerlijk waar! Het waren routinecontroles van afsnijdsels uit de polikliniek, kijk het maar na.'

Enkele weken later . . . Ik was het artikel alweer vergeten, eerlijk gezegd . . . kreeg ik het jaarboek 1983 van het KISG, het informatiesysteem van de particuliere ziektekostenverzekeraars. Even kijken, dacht ik, en verdomd als het niet waar was: het specialisme dat in 1983 de sterkste volumestijging vertoonde was plastische chirurgie (stijging kosten niet-klinische hulp 24%). ■

Uit het dagboek van een (arts-)patiënt

In het vorige nummer van Medisch Contact (MC nr. 50/1984, blz. 1608) is abusievelijk de titelpagina van de slotaflevering van het 'Dagboek van een (arts-)patiënt afgedrukt, die – uiteraard – niet aansluit op de volgende bladzijde. Daarom hier een afsluitende dubbelaflevering: een gerectificeerde vijfde, alsmede de zesde/slotbijdrage.

20 augustus 1984

Het is schemerdonker als ik wakker word. Nog half nadromend lig ik thuis. In mijn eigen slaapkamer. In mijn eigen bed. Een gezellige droom, waarmee ik nog wel even wil doorgaan. Maar dat lukt niet. 'Wat was het ook weer?. . . ' Van mijn zij draai ik op mijn rug. Een snerpende pijn trekt door mijn borst en buik. 'O ja, ik ben ziek, kanker, ga gauw dood.'
Weg is de droom! 'Of droom ik het maar? Is het niet waar? Het kán toch niet waar zijn? Ja, natuurlijk, het is wél waar!' Erg frustrerend? Och, ik lijk ook dááraan te wennen, zoals aan alle voldongen feiten. Feiten, zekerheden – hoe bedreigend soms ook – zijn beter te verdragen, te hanteren, dan onzekerheden.
Maar een enkele keer als ik wakker word is het anders. Dan lijkt het of ik uit een diepe slaap kom. Een slaap waarbij ik niet droom en nauwelijks ademhaal. Langzaam gaan mijn ogen open, als een gordijn. En ik zie mijn vrouw, die in het bed naast mij ligt en naar mij kijkt: angstig, gespannen, anders dan anders. Zij slaapt niet. Gelukkig ziet zij nu ook dat ik weer wakker ben geworden. Als ik 'Goedemorgen' zeg, verdwijnt de gespannen trek heel langzaam van haar gezicht. Voor dit ogenblik is haar onzekerheid weggenomen: ik ben er nog, ik leef nog.

Voor de buitenwereld lijkt het zo gemakkelijk. De mensen zien het niet. Ze begrijpen het vaak niet. Een beetje huishouden doen voor twee. Een zieke verzorgen. 'Ga je mee winkelen? Dan ben je er ook eens even uit', zegt een goede vriendin welgemeend. Natuurlijk, ook bij een patiënt die geen stap meer kan doen zonder hulp, ook niet met krukken, kun je een 'oppas' vragen. Naast mijn bed staat een 'babyfoon', die met de woonkamer beneden communiceert. Een 'babysitter' kan er ook nog wel bij. Maar de drempel is hoog. Letterlijk en figuurlijk. En de verantwoording, de zorg tot in de kleinste finesses, 24 uur per dag en 7 dagen per week blijft bij háár. Blijft op haar drukken in de auto en in de tram, in het grote warenhuis, in de boutique en bij de lunch. Een quick-lunch van een kop koffie met poffertjes of een tosti: 'Kom, ik moet nu weer eens terug.' Onrust. Onzekerheid. 'Hoe zou het nu thuis gaan? Redden ze zich wel? Zou er geen spontaan fractuur zijn opgetreden? Hij valt zo gauw!' Toch maar weer gauw naar huis.

Ik lig in bed, lees of schrijf met de radio aan. 'Ja, alles is in orde. Hoe was het?' 'Wel leuk. In die anderhalf jaar was ik de drukte in de winkels helemaal ontwend. Nee niets gekocht, dat komt volgende keer wel. In de stad is een Japanse week in allerlei zaken en gelegenheden. Gelukkig dat met jou alles goed is.' 'Goed dat je gegaan bent. Dat moet je eens vaker doen.' 'Ja, ik zie wel, maar nu moet ik eerst even aan het werk. Heb je al thee gehad?'
De nooit aflatende druk. Haar zorg. Haar angst en onzekerheid. Wat straks? Wat later? Persoonlijk ben ik er zeker van dat ze het redt. Waarschijnlijk wel beter dan met zo'n zieke man erbij. Maar dat mag ik niet zeggen.
Bezoekers komen en gaan. Goede vrienden: 'Je moest er eens een dagje tussenuit. Dan ben je er eens hélemáál uit!' 'Ja, ja, ik zal er eens over denken. Willen jullie koffie? Jij zwart en jij met alles erop en eraan?' Een enkeling begrijpt het. Maar werkelijk aanvoelen? Ik weet het niet.

Na de middagrust helpt mijn vrouw mij uit bed, naar beneden. Door de radiotherapie is mijn rugpijn verminderd. Met steun kan ik wat rechtop zitten, staan en een paar stapjes lopen. Wel ben ik nogal onthand door een tendovaginitis aan mijn pols; schrijven en alle andere handelingen met mijn rechterhand zijn daardoor onmogelijk. Ik loop nu voetje voor voetje, met één hand en één arm steunend op de schouders van mijn vrouw, de trap af, de kamer in. De kleinkinderen komen nét even binnenwippen. Zij kijken verbaasd: 'Opa kan alweer lopen!' Vinden het geweldig ons zo achter elkaar te zien schuifelen. Onmiddellijk haken ze aan, zingend van: 'Sjok, sjok, sjok, achter oma's rok. . . ' Zo willen ze nog wel even doorgaan maar ik ga er al gauw tussenuit om op de bank te kunnen liggen. De laatste cytostaticakuur heeft mij flink aangepakt en een aantal complicaties bezorgd. Ik ben dan ook erg slap en soms wat humeurig en depressief.

Wij wonen hier nu bijna drie maanden. Van de nabije omgeving ken ik vrijwel alleen dát deel, dat uit mijn slaapkamerraam is te zien: jonge bomen en een stuk grasland met grazende koeien langs de dijk van een riviertje. In dat riviertje trekken zeilscheepjes en kleine motorbootjes, hoog boven het grasland, voorbij. Op weg naar het meer, enkele kilometers verderop.
Graag zou ik de omgeving van wat dichterbij verkennen. Dat kan alleen met de rolstoel, die ik tot nog toe uitsluitend binnenshuis wel eens heb gebruikt. Als de kleinkinderen weer vertrokken zijn besluiten wij het erop te wagen. Zo'n eerst rolstoelrit is in mijn gevoel het kenmerk van een totale invaliditeit, ook voor de buitenwereld en vergt toch weer, onverwacht, enige psychische aanpassing. Het is eigenlijk allemaal nog wat vreemd. Op de rem zetten. Voetsteuntjes opklappen. Rugleuning iets achteruit. Gesteund door mijn vrouw laat ik mij in het met kussens opgevulde voertuig zakken. Kussens die de wervelkolom wat moeten ontlasten. Voetsteuntjes omlaag. Alle remmen los en daar gaan we. Mijn vrouw duwt. Zelf kan ik nog niets doen met mijn handen. Legio zijn de verhalen die ik heb gehoord over het aanspreken of extra negeren van rolstoelpatiënten door vreemden. In ons rustige stukje platteland merk ik daar niets van. De enige die het bijzonder vindt dat ik in een rolstoel word rondgereden ben ik zelf.
We trekken door een schitterend stukje parklandschap aan de stadsrand. Via smalle weggetjes langs vijvertjes, sloten en over houten brugjes. Een oude man en een klein jongetje zitten samen te vissen. Zij hebben nog niets gevangen. Ik vraag me af of hier wel vis zit, totdat ik zo'n 70 meter verderop zie, dat een doodstil staande reiger plotseling met zijn kop het water induikt om met een flinke vis boven te komen – Dus toch!
In het water, op aarde en in de lucht, overal is het leven rondom mij. Waarom kan ik, met al mijn vitaliteit, met alle medische hulp die er is, dat leven nu al niet meer vasthouden?

Een groepje kinderen speelt aan de kant van het pad, dat grotendeels wordt versperd door een skelter en twee neergegooide kinderfietsen. Nog steeds heb ik moeite met mijn houding, mijn rol als rolstoelpatiënt: 'Jongens, haal je fietsen eens weg. Hier komt een auto aan!' Verbaasd kijken zij op, kijken dan rond, zien geen auto en gaan dus door met hun spel. De fietsen blijven liggen. Een flinke misser! Met veel moeite manoeuvreert mijn vrouw de rolstoel, half via de berm, langs de versperring. Ik bemerk tot mijn verbazing dat ik bang ben, om te kantelen. En dat met een snelheid van twee kilometer per uur. Hoe hard reed mijn auto vroeger door het verkeer zonder dat ooit een gevoel van angst mij bekroop? Niet ▶

PATIENT De 60-jarige patiënt heeft jarenlange ervaring als respectievelijk klinicus, huisarts en medisch manager-sociaal-geneeskundige; hij is sinds zestien maanden patiënt.
DIAGNOSE gemetastaseerd maagcarcinoom.

STATUS PRAESENS toestand na totale maagreactie, miltextirpatie en vagotomie; metastasen voornamelijk in skelet en huid.
PROGNOSE infaust

THERAPIE momenteel om de twee weken intraveneuze cytostaticakuur klinisch, gedurende een dag; om de vier weken een dag extra voor de toedienen van 'packed cells' in verband met de steeds terugkerende anemie.
DOEL VAN DE THERAPIE vertraging van het ziekteproces; verlenging van het leven, zolang de patiënt dit nog de moeite waard vindt

AUTHENTICITEITSWAARDE Alle in het dagboek vermelde feiten en gebeurtenissen zijn volledig waarheidsgetrouw weergegeven. Zij zijn alle waar gebeurd. De gesproken teksten tussen aanhalingstekens zijn woordelijk juist. Voor de rest zijn het dagboek en zijn schrijver even subjectief als alle andere dagboeken met hun auteurs

(5)

op de grote weg, niet in de bergen rijdend langs ravijnen en niet bij mist of sneeuwstorm. Mijn ziekte heeft mij – zowel lichamelijk als geestelijk – tot een ander mens gemaakt. Op mijn destijds redelijk te noemen aanpassingsvermogen worden nu vrijwel onophoudelijk wissels getrokken; wissels die vaak niet meer lijken te bevatten dan een bagatel, maar die voor mij loodzwaar dreigen te worden. Vroeger voelde ik mij op mijn best met een beetje 'stress', nu moet ik oppassen er niet aan onderdoor te gaan. Mijn lichamelijke weerstand is uiterst gering geworden. Ik zal alle energie moeten inzetten om mijn psychische weerstand zo lang mogelijk te behouden!

Aan het eind van de middag, als wij allang weer thuis zijn, komt de huisarts langs. Hij maakt een opgewekte indruk, maar gaat altijd zeer serieus in op mijn klachten en problemen. Gezien mijn vele complicerende bijaandoeningen moet hij nog al veel, vaak wisselende medicijnen voorschrijven; een ongekend iets, omdat ik vroeger wel recepten voor anderen schreef, maar zelf nooit wat innam. Gelukkig is de medicamentenvoorziening hier goed geregeld. Wat de huisarts voorschrijft wordt door de apotheek nog dezelfde dag thuisbezorgd. De recepten worden, óf telefonisch, óf via de computerterminal in de spreekkamer van de huisarts, doorgegeven naar de centrale computer van de wijkapotheek en de apotheek doet de rest – een ideaal systeem, dat patiënt, arts en apotheek vele voordelen biedt.
Met mijn huisarts spreek ik over de uitzichtloosheid van mijn ziekte. Vóór mijn vijftigste jaar voelde ik altijd een zekere paniek in mij opkomen als ik eraan dacht ééns te moeten sterven. Niet door de angst voor het onbekende maar door de onherroepelijkheid die het verlies en de scheiding van alle mij dierbare mensen en dingen met zich mee zou brengen. Nooit meer je vrouw en kinderen zien. Nooit meer de zon zien schijnen over de zee, door de bossen met hun herfstkleuren of over het Hollandse polderlandschap. Niet meer 'erbij' horen: mijn vrienden, mijn verenigingen, de 'wereld om mij heen'. Na mijn vijftigste jaar werd dat gevoel langzaam aan minder. En nu ik anderhalf jaar ziek ben, en mij al uit zo veel in deze wereld heb moeten terugtrekken, is het paniekgevoel wel verdwenen. Het heeft plaats gemaakt voor weemoed en een zekere berusting. Niet voor aanvaarding! Zou ik vandaag nog de gang van zaken kunnen terugdraaien of stoppen, dan zou ik geen moment aarzelen. Maar een terugweg is er niet.
Voorzichtig probeert de huisarts mijn inzichten af te tasten betreffende het beëindigen van een ongeneeslijk lijden. In mijn herinnering ga ik terug naar de tijd waarin ik zelf huisarts was. Vaak kwamen patiënten in het laatste stadium van zo'n ziekte in een ziekenhuis of verpleeghuis terecht. Als ik zelf de patiënt thuis behandelde en begeleidde, droeg ik er zorg voor dat diens lijden niet ondraaglijk werd door pijn. Het was daarbij beslist wel eens nodig hoge doses verdovende middelen te geven. Een dergelijke dosering heeft ongetwijfeld in een aantal gevallen het lijden niet alleen verzacht, maar ook bekort. Ik kan mij niet herinneren een dergelijke therapie ooit te hebben toegepast met het primaire doel het leven te beëindigen.
Toch denk ik veel na over het onderwerp. De samenleving is zich meer bewust geworden van de ethische problemen waarmee artsen en patiënten te maken krijgen. De algemene instelling ten aanzien van deze problemen is genuanceerder dan vroeger. Dit geldt met name waar het abortus en euthanasie betreft. Als arts heb ik de toenemende liberalisering met betrekking tot deze onderwerpen gevolgd en van harte toegejuicht. Als patiënt blijk ik, tot mijn eigen verbazing, wat minder 'progressief' te zijn: als voorstander van vrije abortus voor elke vrouw die daarvoor kiest zou ik daarmee in mijn eigen gezin toch wel de nodige moeilijkheden hebben, als voorstander van euthanasie onder streng gereglementeerde voorwaarden heb ik toch duidelijk moeite een en ander op mijzelf te betrekken.
Ten aanzien van het voortijdig beëindigen van mijn leven bij een uitzichtloos en ondraaglijk lijden vraag ik dan ook alleen om een goede en afdoende bestrijding van mijn lijden, óók als deze therapie mijn leven zou bekorten. Daarnaast ben ik van mening dat een therapie, slechts ingesteld om dit lijden te verlengen, niet bij mij zou moeten worden toegepast. Maar waarschijnlijk zal ik nooit kiezen voor 'een spuitje om snel in te slapen'. Zeker weten doe ik het niet. Is het niet tóch nog een stukje persoonlijke hoogmoed, iets dat in de komende periode ook nog verder zal worden afgebroken? Ik weet het niet. Wat ik wél weet is dat de liefderijke en begripvolle sfeer waardoor ik word omringd mij een enorme steun geeft gedurende mijn hele ziekteproces. Er zijn ongetwijfeld mensen die zo'n ziekte moeten doormaken zonder enige vorm van liefde of begrip. Bij hen zal de keus voor actieve euthanasie ongetwijfeld veel eerder voor de hand liggen.
Verschillende instanties en groeperingen beraden zich dezer dagen over ethische, juridische, medische en politieke implicaties van euthanasie. Hierdoor kan wellicht een regelgeving worden ontworpen die patiënt en arts meer zekerheid geeft. Daarbij worden voor de arts ook mogelijkheden aangegeven zich 'in te dekken' tegen aanklachten achteraf; zo wordt wel aangeraden, het consulteren van 'een andere, oudere, ervaren collega' verplicht te stellen. Is dit een 'novum' in de geneeskunde? Tevens wordt wel aanbevolen de beslissing van de arts en de patiënt betreffende euthanasie te nemen in overleg met diens familie. Ik ben er beslist tegen dat een mij behandelende arts mijn vrouw of kinderen zou belasten met (mede)verantwoordelijkheid voor mijn dood. Natuurlijk kan de arts de familie open en eerlijk meedelen wat hij doet of heeft gedaan, maar het 'raadplegen' van mijn familieleden hierover acht ik volledig uit den boze! Een aantal van hen zal daardoor mogelijk met een onbeantwoorde schuldvraag blijven rondlopen. Mocht mijn ziekte uiteindelijk overgaan in een volkomen uitzichtloos en onduldbaar lijden, dan zal ik alleen zelf met de arts verantwoordelijk kunnen zijn voor een kunstmatige beëindiging daarvan. Omdat ik niet weet in welke toestand ik dan zal verkeren, heb ik mijn deel van deze verantwoordelijkheid vastgelegd in een 'codicil': niet meer dan een eenvoudig gesteld briefje, zeker niet te betitelen met de naam 'levenstestament'.
Op basis van onze gesprekken en gesteund door mijn 'codicil' zal de huisarts als dit ooit eens nodig zou zijn, hieromtrent zeker de juiste beslissing kunnen nemen. Mijn familie en ik zelf hebben daarin het volste vertrouwen.

PATIENT De 60-jarige patient heeft jarenlange ervaring als respectievelijk klinicus, huisarts en medisch manager-sociaal-geneeskundige; hij is sinds zestien maanden patient.
DIAGNOSE gemetastaseerd maagcarcinoom.

STATUS PRAESENS toestand na totale maagreactie, miltextirpatie en vagotomie; metastasen voornamelijk in skelet en huid.
PROGNOSE infaust.

THERAPIE momenteel om de twee weken intraveneuze cytostaticakuur klinisch, gedurende één dag; om de vier weken een dag extra voor de toedienen van 'packed cells' in verband met de steeds terugkerende anemie.
DOEL VAN DE THERAPIE vertraging van het ziekteproces; verlenging van het leven, zolang de patient dit nog de moeite waard vindt.

AUTHENTICITEITSWAARDE Alle in het dagboek vermelde feiten en gebeurtenissen zijn volledig waarheidsgetrouw weergegeven. Zij zijn alle waar gebeurd. De gesproken teksten tussen aanhalingstekens zijn woordelijk juist. Voor de rest zijn het dagboek en zijn schrijver even subjectief als alle andere dagboeken met hun auteurs.

(slot)

31 augustus 1984

Vandaag weer terug in het ziekenhuis. Het is tijd voor een volgende cytostaticakuur. Na de vorige ben ik flink ziek geweest door complicaties. Een hemorragische cystitis, enteritis met hevige buikkrampen, tendovaginitis en zelfs een beginnende podagra hebben mij veel narigheid bezorgd. Ik zie erg op tegen de volgende kuur.
Na het oriënterende bloedonderzoek komt de oncoloog om met mijn vrouw en mij de situatie te bespreken. Hij begint direct en op de man af: 'Ik ben niet erg tevreden over de gang van zaken.' Afgezien van de negatieve effecten van de cytostatica, met name de complicaties ten gevolge van de verminderde algemene weerstand, zijn nu ook de positieve effecten niet meer duidelijk. 'De metastasen groeien door de cytostaticakuur heen.' Ik wist het eigenlijk al wel. Mijn huidmetastasen worden groter en donkerder van kleur. Er komen er ▶

steeds meer, overal op mijn lichaam. Pijnloos, maar als dieven in de nacht, zodat ik 's morgens vroeg telkens weer één of meer nieuwe ontdek. Het alkalische fosfatasegehalte in het bloed is flink gestegen: teken van het doorgroeien van de botmetastasen; meer kans dus ook op spontane fracturen.

Na de bespreking van deze feiten deelt de oncoloog ons mede, dat hij de cytostaticakuren wil stoppen. Hij ziet ook geen mogelijkheid voor andere kuren. Kortom, hij is aan het eind van zijn therapeutische mogelijkheden gekomen. Hoogstens zullen eventuele lokale klachten door radiotherapie kunnen worden opgevangen. Na mijn primaire reactie: 'Gelukkig, niet meer die ellendige kuren', komt de dreun toch wel onverwacht hard aan: 'Er is niets meer aan te doen.' Alleen wat symptomatisch, palliatief klachten opvangen. Afwachten totdat de ziekte heeft gewonnen.

Ik vraag hoe ik me de toekomst, en vooral de laatste dagen, moet voorstellen. Hoe en waaraan ga ik dan eigenlijk dood? Uiteraard voorzichtig en met een slag om de arm geeft de oncoloog mij duidelijke antwoorden. Hij spreekt over botafbraak, die een verhoogd bloedcalciumgehalte zal kunnen veroorzaken. 'Hoe is het klinische beeld van een hypercalciemie?', informeer ik. Er volgt een uitleg over verstopping van niertubuli door calciumneerslag, met filtratieproblemen; dorst, darmkrampen en uiteindelijke verwardheid kunnen het gevolg zijn; het verloop is vaak snel. 'Hypercalciemie is meestal genadig voor de patiënt.' Met medicamenten en verdovende middelen zijn de klachten wel op te vangen en met infusen is het bloedcalciumgehalte nog wel een tijd op peil te houden. 'Je kunt daarmee de werking van de osteoclasten wat afremmen.'

De meeste zorgen maak ik mij nog over de verwardheid aan het eind. Ik zou graag tot het laatst toe de baas willen blijven over mijn eigen gedachten en woorden, maar ik weet dat zoiets niet zo vaak voorkomt; bovendien, zoals een bevriende collega mij eens zei: 'Alles gaat anders dan je tevoren denkt.' Toch moet ik steeds terugdenken aan mijn postoperatieve verwardheid, vorig jaar op de 'intensive care'-afdeling. Een of andere overijverige decorateur had het nu juist dáár nodig geoordeeld Eschers hele 'kringloop' van vogels en visjes levensgroot langs de muur te plakken. Alles zwom en vloog dagen en nachten lang door elkaar, tot ik er bijna stapelgek van werd. Door een begeleidende hyperacusis dacht ik daarbij dat elk woord, door wie en wáár dan ook gesproken tot mij was gericht; ik gaf dus steeds antwoord. Aan die verwardheid kwam pas een eind, nadat ik in een helder ogenblik had verzocht de pijnbestrijding door middel van verdovende middelen aanzienlijk terug te schroeven en te vervangen door een epiduraal bloc. Hetgeen geschiedde (!). Ik zou zoiets, aan het eind van mijn leven, niet wéér willen doormaken.

Als de oncoloog weg is, praten we nog wat na. Ook bij mijn vrouw is het gesprek hard aangekomen. Maar zij troost mij met de gedachte dat ik nu niet meer zo ziek, zo hondsberoerd zal zijn van de cytostatica. 'Vandaag en morgen wat calcium uit het bloed spoelen en wat erythrocytensuspensie erbij, dan kun je weer naar huis. We moeten de positieve kant maar blijven zien. Vanavond kom ik weer bij je. Tot straks!'

Een uurtje later zie ik, met wat ambivalente gevoelens, het 'werkstersteam' binnenkomen. Twee vrouwen in grauwbruine schorten komen dagelijks 'de kamer doen.' Naar gelang van de vloerbedekking van de kamer – zeil of tapijt – wordt er gedweild of gestofzuigd. Ik wist niet dat er stofzuigers bestonden die zoveel lawaai konden maken! Zorgvuldig worden alle hoekjes en lastig bereikbare plekjes vermeden. Bij het afstoffen wordt wel eens een voorwerp opgetild. Het door een deur afgescheiden toilet, met wasgelegenheid, wordt gereinigd door het een keer extra door te trekken. Voor mij goed genoeg. Ik kan er toch geen gebruik van maken. De hand- en vingerafdrukken rondom de deurknop worden als regel gespaard, alsof er een politieonderzoek moet plaatsvinden.

Eigenlijk is het wel een grappig stel. Zo langzamerhand heb ik hen een beetje leren kennen. De jongste, die er aardig uitziet, bovendien hier en daar met wat goud opgesierd, is een Portugese; zij gaat elk jaar een paar weken met de hele familie op vakantie naar haar vaderland in een grote, propvol geladen, oude auto. De andere is het prototype van de Nederlandse 'interieurverzorgster': tegen de vijftig, onbestemde haardos, de beste jaren al achter de rug, géén vermageringsdieet en opgezette enkels boven de slofachtige schoenen. De jongste 'doet het werk.' De Nederlandse commandeert haar. Zegt wat ze moet doen en hoe. Geeft af en toe ook een aai met een stoflap. De Portugese doet zonder commentaar wat haar wordt opgedragen door haar 'collega'. Onwillekeurig erger ik mij steeds wat aan de mijns inziens discriminerende wijze waarop een Nederlandse met haar buitenlandse collega lijkt om te springen.

Vandaag let ik niet zo op het 'team'. Mijn hoofd staat er niet naar. Totdat ik bemerk dat er iets vreemds is. Er is een verandering opgetreden. De Portugese staat te commanderen, waarbij ze op een soort zwabber leunt. De Nederlandse werkt enigermate en doet wat haar wordt gezegd. Ik kijk nog eens goed. Inderdaad een wat afgezakt, plusminus 50-jarig prototype, maar . . . een ander! ' Een nieuwe'. Geen sprake meer van discriminatie van een buitenlandse werkkracht. Het omgekeerde lijkt eerder het geval. Met de wijziging van het team is een volslagen rolverwisseling opgetreden; nú is de Portugese de baas, de Nederlandse doet wat zij zegt. Geen kwestie van leeftijd, niet van nationaliteit maar gewoon van anciënniteit: 'Ik ben hier langer dan jij. Ik weet hoe het moet en jij moet doen wat ik zeg.' En de ander doet het! Zo hoort het blijkbaar. Ging het niet nét zo in die TV-documentaire uit het Kruger-Wildpark, die ik laatst zag? De natuurwetten zijn niet anders.

Weer alleen in mijn kamer gaan onwillekeurig mijn gedachten terug. Terug in de tijd. Achtendertig jaar geleden, in 1946, nadat ik in een aantal maanden mijn kandidaatsexamen met koortsachtige haast erdoor had gedrukt om een deel van de verloren oorlogsjaren in te halen, werd ik óók ernstig ziek: longtuberculose.

Wij waren nog niet getrouwd, maar verloofd. Tegenwoordig wat minder gebruikelijk, maar zó deed je dat toen. Tuberculose was toen een gevaarlijke ziekte, gevaarlijk zowel voor de patiënt als voor diens omgeving. Ik bleef dus niet thuis, maar kwam in een noodsanatorium in Noordwijk terecht. Het droeg de illustere naam 'Sole Mio' en werd door de Katwijker vissers, van wie er een aanzienlijk aantal daar werden verpleegd, 'Oh, Sole Mio' genoemd, woorden die meestal werden gevolgd door een Italiaanse aria die mij niet erg bevorderlijk leek voor de genezing van tuberculeuze longen. Het later veelgeroemde studentensanatorium was er toen nog niet. De behandeling van de ziekte bestond uit volledige bedrust, plat op de matras, veel eten en vernikkelen van de kou met open ramen en balkondeuren tot midden in de winter 'voor de frisse lucht'. Verder werd een aantal door de patiënten zeer gevreesde chirurgische ingrepen toegepast, gevreesd door het weglaten van narcose om de longen te sparen en door de niet zelden verminkende resultaten. Langs geheimzinnige wegen lukte het een enkeling een in die dagen nieuw Amerikaans medicament te bemachtigen: streptomycine; een medicament dat genezing moest brengen, maar dat in de toenmalige dosering niet zelden, behalve een tijdelijke remissie, slechts doofheid of evenwichtsstoornissen achterliet.

Samen met een Delfts ingenieur lag ik in een tweepersoonskamer. We leerden veel van elkaars vak en speelden eindeloos schaak. Altijd met de dreiging van de dood op de achtergrond. Dag en nacht. Na een operatie en anderhalf jaar kuren herstelde ik. Hij overleed aan zijn ziekte te gevolge van een acute hemoptoë.

Ook toen lieten familie en vrienden mij niet in de steek. Ik kreeg vaak bezoek. Mijn aanstaande echtgenote bezocht mij op haar vrije middagen en weekends. Een bus reed het hele eind in een uur heen en een uur terug. Anderhalf jaar lang maakte zij die reis wekelijks een keer of drie.

De winter van '46-'47 was één van de strengste winters van deze eeuw. Het vroor niet zelden tegen de 20 graden Celcius en er lag wekenlang 30-50 centimeter sneeuw. De bus viel dus uit. Een oplossing voor het ziekenbezoek was echter spoedig gevonden: met de trein naar Leiden v.v. en van Leiden naar Noordwijk aan Zee lopend, heen en terug – tegenwoordig wat minder gebruikelijk, maar zo deed je dat toen, om één of twee uurtjes op bezoek te zitten in een ijskoude patiëntenkamer. Het sanatorium was bikkelhard en zette het bezoek na het bezoekuur in het halfdonker weer keurig terug in de sneeuw. Totdat vriendelijke overburen van het sanatorium het in de gaten kregen en mijn vrouw een warme pleisterplaats boden met koffie en een kachel om kleren bij te ▶

drogen en – als het allemaal de spuigaten uitliep – met een mogelijkheid tot overnachten. De tegenwoordige Noordwijkse hotels en restaurants waren er toen niet of vrijwel niet, in elk geval waren ze veel te duur en onbereikbaar voor oorlogsjeugd. Och zo deed je dat toen . . .

Neen, zo hebben we het eigenlijk altijd gedaan. Toen, ja zeker! Maar ook nu gaat het in principe nog net zo. Natuurlijk, soms zijn de omstandigheden veel beter, veel gunstiger dan 38 jaar geleden. Maar ook nu nog, elke dag dat ik weer ziek wakker word – thuis of in het ziekenhuis – weet ik dat er altijd iemand is op wie ik kan rekenen. Ook als de rest wegvalt. Ook als anderen het erbij laten zitten. De geschiedenis herhaalt zicht. Wéér ben ik ernstig ziek. Wéér is de wetenschap nog nét niet ver genoeg om alle gevallen van deze ziekte te genezen. Ik heb nu de plaats ingenomen van mijn vriend en kamergenoot, de Delftse ingenieur. Met kunst- en vliegwerk probeer ik weer te redden wat er te redden valt: een verminkende operatie, cytostatica die mijn gehoor hebben aangetast, radiotherapie, medicamenten, rust, goed eten en voedingsinfusen. Maar onafwendbaar zie ik mijn nabije toekomst voor ogen: ditmaal haal ik het niet!

En nu sta ik voor het feit, nu wij samen ouder worden, nu mijn vrouw mij in de toekomst meer nodig zal hebben dat ooit, dat ik haar binnen afzienbare tijd in de steek zal moeten laten. Ja, ik weet het, ze zal zich ook zonder mij nog wel redden. Maar het is mijn gewoonte niet, iemand in de steek te laten: mijn patiënten niet, mijn vrienden niet, of mijn kinderen, en mijn vrouw niet. Daar heb ik het moeilijk mee. Ik schreef het al: ik zal erin moeten berusten. Maar aanvaarden? Dat nooit! Ik zou dat zien als een stukje verraad. Daarom.

Noodvlag over academisering eerste lijn

Interfacultair Overlegorgaan Huisartsgeneeskunde kritiseert standpunt Deetman/Van der Reijden

Het Interfacultair Overlegorgaan Huisartsgeneeskunde (IOH), de 'vereniging' van hoogleraren in de huisartsgeneeskunde in ons land, is bepaald niet gerust op een goed verloop van de academisering in de eerste lijn. In een reactie op de brief d.d. 27 september 1984 van de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de staatssecretaris van Volksgezondheid over de academisering in de eerste lijn en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, merkt het IOH op dat de in dat schrijven gesignaleerde problemen eerder lijken toe dan af te nemen.

Globaal doen zich drie problemen voor met betrekking tot het onderwijs in de huisartsgeneeskunde: het ontbreken van praktijkleersituaties, de onderbelichting van de extramurale vakken in het hele medische curriculum en het ontbreken van onderzoektradities en -mogelijkheden. Van O&W- en Volksgezondheidszijde zijn de nodige voorstellen tot vernieuwing gedaan, maar die voorstellen behoeven 'veel sterkere ondersteuning dan tot nu toe gegeven werd door u, de faculteiten en derden', schrijft het IOH.

Het overlegorgaan onderschrijft het uitgangspunt van de bewindslieden, dat het werkveld in de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden onderscheiden in drie kringen van met de universiteiten samenwerkende huisartspraktijken: universitaire huisartspraktijken of UHP's, 8 in totaal; 15-20 intensief geaffilieerde praktijken: en als derde kring een aantal minder intensief geaffilieerde praktijken. Beide eerste kringen kunnen een functie vervullen ten behoeve van de ontwikkeling van de eerstelijnsvakken, in het bijzonder voor onderwijs en onderzoek en met het oog op het bijhouden van vaardigheden door het medisch-wetenschappelijk personeel. Daarbij kunnen de universitaire huisartspraktijken ook ten dienste staan van de beroepsopleiding tot huisarts. Alle co-schappen worden in de tweede kring ondergebracht. De derde kring kan vooral dienst doen bij het kennismakingsonderwijs.

Minister en staatssecretaris hebben laten weten dat de personele kosten die de universitaire huisartspraktijken moeten maken ten behoeve van de basisartsopleiding, wat onderwijs en onderzoek betreft binnen de via het plaatsen-geldmodel (PGM-model) toegewezen middelen moeten kunnen worden gefinancierd, terwijl de personele kosten van de gezondheidszorg uit de normale tarieven dienen te worden gefinancierd. De hoogleraren huisartsgeneeskunde merken hierover op, dat hun vakgroepen op het vlak van onderwijs en onderzoek dezelfde rechten hebben als de klinische vakgroepen. En: 'Zonder aangepaste financiering blijft de ongelijke behandeling vergeleken met de academische ziekenhuizen bestaan'. Tel uit je winst: maar weinig nieuwe UHP's, serieuze problemen in Amsterdam, Groningen, Leiden en Rotterdam.

Waar 'Den Haag' voor de geaffilieerde praktijken die (alle) co-assistenten ontvangen, spreekt van een genormeerd maximum om de meerkosten voor onderwijs en onderzoek te vergoeden, wil het IOH daaronder tevens een vergoeding begrijpen die de huisartsen-docenten in staat stelt het (door het IOH) gewenste aantal uren per week aan de studenten te besteden en elk jaar 30-40 uur docententraining te krijgen.

Wat de beroepsopleiding betreft wordt van IOH-zijde aangetekend, dat de dagelijkse onderwijstijd die de huisarts-docent aan de arts-assistent besteedt weliswaar in de tweede episode van de opleidingsjaren enigszins wordt gecompenseerd doordat de assistent ook medische arbeid in de huisartspraktijk verricht, maar dat deze arbeid nooit leidt tot meeropbrengst van de praktijk, 'in tegenstelling tot de situatie van de arts-assistent in opleiding tot specialist'.

Het belang van de beroepsopleiding tot huisarts wordt volgens de briefschrijvers miskend. Zij wijzen wat dit betreft nog op de al meer dan een jaar bestaande onduidelijkheid over de toekomstige financiering en de slechte betalingscondities voor de arts-assistenten in vergelijking tot hun collega's in opleiding in het ziekenhuis.

Blijkens de brief uit Den Haag wordt de omvang van het academisch werkveld daar alleen maar gerelateerd aan de omvang van het arts-personeel van de vakgroep. Inacceptabel, vindt het IOH: de mogelijkheid het gehele assistentenonderwijs in nauw geaffilieerde huisartspraktijken te laten geven wordt erdoor gedwarsboomd (zoals ook het feit dat voor die tweede kring van overheidswege nog geen door de faculteiten aan te stellen coördinator is opgevoerd, remmend kan werken). Als het zo moet doen we het niet langer ('In die situatie kunnen wij niet meer verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van het onderwijs voor het basisartsexamen'): de omvang van de tweede kring wordt door onderwijs- en onderzoektaken bepaald en daarvoor is extra inzet en deskundigheid nodig, aldus het Interfacultair Overlegorgaan Huisartsgeneeskunde. ■

Hepatitis B-virusinfecties in een groep woonwagenbewoners in Nederland

In een woonwagenkamp werden 253 bewoners onderzocht op hepatitis B-virus (HBV)-infecties. De volwassenen waren allen gehuwd of gehuwd geweest. Van de bewoners was 33,5% getatoeerd en 73,5% had oorgaatjes. HBs-Ag werd gevonden bij 12,1% van de onderzochten, anti-HBc bij 40,1% en 41,5% was positief voor een of beide parameters. HBV-positieven werden in gelijke mate bij mannen en vrouwen gevonden. Positieven werden in alle leeftijdsgroepen aangetroffen, maar de hoogste prevalentie betrof de leeftijdsgroep tussen 10-39 jaar. Het voorkomen van HBV-infecties was sterk geconcentreerd op vijf grote families. Niet verwante personen hadden een significant lagere prevalentie van 16,4%. De rol van vertikale en horizontale transmissie werd onderzocht, alsmede de invloed van oorgaatjes en tatouage. Een verslag van het auteurscollectief: J. M. V. Oomen, J. L. M. Lelijveld en E. Mazurkiewicz van de afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbescherming van de GG en GD Utrecht en H. P. T. van Helden, H. A. Verbrugh, J. E. Landheer, A. M. Kayser en R. Verkooijen van het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid voor de regio Utrecht.

In december 1983 werd door de afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbescherming van de GG en GD te Utrecht en het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid te Utrecht een onderzoek ingesteld naar het voorkomen van hepatitis B bij de bewoners van een woonwagenkamp. Aanleiding tot het onderzoek was een 37-jarige man, sinds juni 1983 bekend als hepatitis B-drager, met bloedende oesofagusvarices, die uit eigen wil ontslag uit het ziekenhuis had genomen. Patiënt is in januari 1984 in het kamp overleden. Bij het eerste contact met patiënt en zijn zeer verontruste familie werd besloten alle naaste familieleden op hapatitis B te onderzoeken. In totaal werden 29 personen, in leeftijd variërend van 2 tot 73 jaar, onderzocht. Hiervan waren 11 personen (37,9%) positief voor HBs-Ag en 25 personen (86,2%) voor HBs-Ag en/of anti-HBc. Met instemming van Burgemeester en Wethouders van Utrecht en na overleg met de Inspecteur van de Volksgezondheid en de afdeling Infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie werd besloten alle bewoners van het woonwagenkamp te onderzoeken. Doel van het onderzoek was vast te stellen of serologische kenmerken van hepatitis B-virusinfectie (HBV-parameters) ook onder de overige bewoners frequent voorkwamen en inzicht te krijgen in de wijze van transmissie. Tevens zou aan de hand van de onderzoekresultaten een passende interventiestrategie dienen te worden vastgesteld. Onder HBV-positief zijn wordt in dit artikel verstaan de aanwezigheid van HBs-Ag en/of anti-HBc.

Onderzoekmethoden

Onderzoekpopulatie

In de populatie van Nederlandse woonwagenbewoners kunnen volgens Bruggemeijer vier groepen worden onderscheiden: De Rom of zigeuners, de 'Hollandgeher' die tussen 1700 en 1900 uit Duitsland kwamen, families afkomstig uit de 'generaliteitslanden' of te wel de Zuidelijke Nederlanden die kwamen tussen 1648 en 1830 en de 'burgers' bij wie het woonwagenbestaan veelal van na 1945 dateert[1]. Te oordelen naar de in het woonwagenkamp voorkomende familienamen kan worden gesteld dat zich hierbij geen zigeunerfamilies bevinden. Enkele familienamen zijn duidelijk van Duitse oorsprong, andere van Zuidnederlandse. Woonwagenbewoners zijn geen van oudsher bestaande afzonderlijke groep. Zij vormen eerder een 'restgroep' van gemengde aard, die nogal wat gebruiken van zigeuners heeft overgenomen. De woonwagenbevolking vormt een economisch zwakke groep, die een sociaal geïsoleerd bestaan leidt. Woonwagenbewoners zijn in het algemeen zeer emotioneel reagerende mensen en onderhouden een sterke familieband. De woonsituatie is mede bepalend voor het intensieve huiselijke contact tussen familieleden en andere kampbewoners. In 1967 werden door de gemeente Utrecht woonwagenkampen ingericht naar aanleiding van de eisen van de Woonwagenwet van 1968. Hoewel deze maatregel zeker een grotere stabiliteit in het daarvoor meer rondtrekkend bestaan van deze families heeft geïntroduceerd is een mobiel element bewaard gebleven. De indruk bestaat dat families of individuele familieleden regelmatig voor kortere of langere tijd elders verblijven. Ook binnen de kampen wordt regelmatig van standplaats gewisseld. Een en ander heeft tot gevolg dat de populatie van het onderzochte kamp niet geheel nauwkeurig is te definiëren. Ten tijde van het onderzoek waren ongeveer 260 personen in het kamp aanwezig. Bij 253 van hen kon bloed worden afgenomen en de vragenlijst worden ingevuld.

Vragenlijst

Overdracht van HBV-infectie vindt voornamelijk plaats door contact met besmet bloed, maar ook andere besmette lichaamssubstanties(speeksel, semen, vaginaal vocht, zweet) kunnen de besmetting overbrengen. Szmuness et al. vermelden de bekende risicofactoren, waardoor de kans op transmissie wordt vergroot[2]. Bij het onderzoek werd middels een vragenlijst bij alle onderzochten informatie ingewonnen ten aanzien van de van toepassing lijkende factoren. Vragen werden gesteld over: leeftijd en geslacht, burgelijke staat en aantal kinderen, duur van het verblijf in woonwagenkamp, werkkring, het hebben van oorgaatjes en/of tatouage, bloedtransfusies en ziekenhuisopname. In een later stadium werd voor iedere persoon apart de afstamming van vaders- en moederskant nagegaan.

Onderzoek op HBV-infectie

Bij 18 meest jonge kinderen was het niet mogelijk veneus bloed te verkrijgen. In plaats daarvan werd bij hen capillair bloed verkregen (6-8 capillaires per persoon). Bij alle overigen werd 10 ml veneus bloed afgenomen. Veneus bloed werd in het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid te Utrecht onderzocht op HBs-Ag (Elisa, Abbott) en anti-HBc (Elisa, Abbott). Capillair bloed werd in het Primaten Centrum TNO te Rijswijk onderzocht op HBs-Ag (RIA, Abott) en anti-HBS (RIA, Abott). Bij de analyse van de resultaten waarop dit verslag is gebaseerd, is geen onderscheid gemaakt tussen anti-HBc en anti-HBs. Een meer complete typering van de HBV-status van positieven (subtypering van HBs-Ag, bepaling van HBs-Ag, anti-HBe en anti-HBs) is nog in voortgang.

Resultaten

Populatie en voorkomen van risicofactoren (tabel 1 op blz. 1658)

De bewoners vormen een relatief jonge populatie, 37% is jonger dan 15 jaar en 94% is jonger dan 50 jaar. De relatieve afwezigheid van personen ouder dan 50 jaar valt sterk op. Mannen en vrouwen zijn gelijkelijk vertegenwoordigd. Het merendeel der bewoners (85,3%) is 5 jaar of langer woonachtig in het kamp. Zij die ouder zijn dan 20 jaar zijn allen gehuwd of samenwonend. 7,7% van de bewoners heeft ooit een bloedtransfusie gehad; 33,5% is op een of meer plaatsen getatoeerd; en 73,5% heeft oorgaatjes. Het voorkomen van tatouages en oorgaatjes is verschillend bij mannen en vrouwen. Vanaf het tiende jaar worden tatouages bij vrouwen en mannen aangetroffen. Terwijl echter 48,8% van de mannen is getatoeerd geldt dit slechts voor 18,8% van de vrouwen. Oorgaatjes worden bij het merendeel van de meisjes van jongsaf aangebracht; dit gebeurt bij een beperkt aantal jongens op latere leeftijd. Terwijl 98,4% van de meisjes oorgaatjes heeft is dit bij 48,0% van de jongens het geval. Er is een nauw verband tussen het voorkomen van oorgaatjes en tatouages. ▶

Tabel 1. Samenstelling van de onderzoekpopulatie naar leeftijd en geslacht en het hebben van de risicofactoren 'tatouage' en 'oorgaatjes'.

leeftijd jaren	aantal bewoners			met tatouage (%)		met oorgaatjes (%)	
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	man	vrouw
0- 4	13	16	29	0	0	7,7	81,3
5-	14	18	32	0	0	42,8	94,1
10-	21	12	33	65,0	8,5	65,0	100
15-	18	18	36	66,7	16,7	77,8	100
20-29	25	27	52	76,0	40,7	60,0	100
30-	15	17	32	42,9	41,2	21,4	100
40-	14	10	24	57,1	20,0	35,7	100
50-	1	3	4	0	33,3	0	100
60+	4	7	11	0	0	0	100
totaal	125	128	253	48,8	18,8	48,0	98,4

Tabel 2. De prevalentie van serologische kenmerken van hepatitis B-virusinfectie (HBV parameters) in de onderzoekpopulatie naar leeftijd en geslacht.

leeftijd jaren	aantal bewoners (%)				aantal mannen/vrouwen (%)					
	HBs-Ag	Anti-HBc	HBV param.	ratio HBs-Ag: HBV Param.	HBs-Ag		Anti-HBc		HBV param.	
	pos	pos	pos		M pos	V pos	M pos	V pos	M pos	V pos
0- 4	7,1	17,8	21,4	0,33	15,4	0	30,8	6,7	38,5	6,7
5-	6,2	18,8	18,8	0,33	0	11,1	7,1	27,8	7,1	27,8
10-	15,6	51,5	53,1	0,29	14,2	16,7	52,4	50,0	52,4	54,5
15-	25,7	67,6	70,6	0,36	17,6	33,3	76,5	58,8	76,5	64,7
20-29	7,8	35,3	35,3	0,22	4,0	11,5	28,0	40,7	28,0	42,3
30-	16,1	61,3	61,3	0,26	14,3	17,6	35,7	82,3	35,7	82,3
40-	12,5	34,8	39,1	0,32	21,4	0	42,9	22,2	50,0	22,2
50-	0	0	0	—	0	0	0	0	0	0
60+	0	27,3	27,3	0	0	0	25,0	28,6	25,0	28,6
totaal	12,1	40,1	41,5	0,29	11,4	12,8	39,0	41,1	40,6	42,3

Tabel 3. Relatie tussen HBV-positief zijn bij personen met en zonder tatouages.

tatouage	aantal	HBV-positief	%
geen	166	64	38,6
door zichzelf	15	7	46,7
door vriend/familie	8	3	37,5
door reiz. tatoueerder	7	3	42,8
te Utrecht	14	6	42,9
te Amsterdam	8	4	50,0
te Rotterdam	9	7	77,8
meerdere plaatsen	16	4	25,0
elders	3	3	100
totaal	246	101	41,0*

* $\chi^2 = 1{,}60$; $P = 0{,}2$

Tabel 4. Relatie tussen HBV-positief zijn bij personen met en zonder oorgaatjes.

oorgaatjes	aantal	HBV-positief	%
geen	69	21	30,4
in huiselijke kring	153	72	47,1
door juwelier	18	5	27,8
door anderen	6	3	50,0
totaal	246	101	41,0*

* $\chi^2 = 6{,}96$; $0{,}05 > P > 0{,}02$

Hepatitis B-virusparameters (tabel 2)

41,5% van de bewoners is positief voor een of beide HBV-parameters (HBs-Ag en anti-HBc). Hierbij valt sterk op dat positieven in alle leeftijdsgroepen, met uitzondering van de kleine groep 50-59 jarigen, zijn vertegenwoordigd. Terwijl onder de 10 jaar gemiddeld 20% van de kinderen positief is, stijgt dit percentage tot gemiddeld 53% respectievelijk 71% voor tussen de 10 en 19 jaar. Bij de ouderen valt het hoge percentage (61,3%) in de leeftijd 30-39 jaar op. Het voorkomen van HBs-Ag en anti-HBc afzonderlijk geeft een gelijk beeld. Van de bewoners is 12,1% drager van het HBs-Ag. Onder de 10 jaar is dit percentage gemiddeld 6% en tussen 10 en 19 jaar 17%. Voor anti-HBc wordt bij 40,1% een positieve reactie gevonden, onder de 10 jaar gemiddeld 18% en tussen de 10 en 19 jaar 59%. Hoewel er over het geheel genomen geen grote verschillen lijken te zijn in het voorkomen van HBV-parameters bij mannen en vrouwen, vallen twee punten in leeftijdsverdeling op: in de leeftijd van 0-9 jaar lijken jongens eerder geïnfecteerd te raken dan meisjes; dit verandert na de leeftijd van 15 jaar, waar meisjes en vrouwen vaker HBs-Ag-dragend zijn, of anti-HBc-positief. Het verschil is vooral opvallend tussen de 20-39 jaar, de leeftijdsperiode waarin de meeste vrouwen hun kinderen krijgen. Hierbij dient te worden vermeld dat in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar drie kinderen van HBs-Ag positieve moeders bij de geboorte werden beschermd met hepatitis B-immunoglobuline en zijn opgenomen in een in 1981 gestart vaccinatietrial voor hepatitis B van het Wilhelmina Kinderziekenhuis.

HBV-parameters en bloedtransfusie

Er kon geen verband worden aangetoond tussen HBV-positief zijn en het gehad hebben van een of meerdere bloedtransfusies ($\chi^2 = 2{,}35$; $0{,}2 > P > 0{,}1$). De vijf personen die twee of meer transfusies hadden gehad bleken desalniettemin allen HBV-positief.

HBV-parameters en tatouage (tabel 3)

Getatoueerden waren niet vaker HBV-positief dan niet-getatoueerden ($\chi^2 = 1{,}60$; $P = 0{,}2$). Ten aanzien van het atelier waar de tatouage werd aangebracht leken personen die in Rotterdam waren getatoueerd frequenter positief. Omdat bij velen echter meerdere taouages aanwezig waren, die in verschillende ateliers en op verschillende tijden werden aangebracht, was het moeilijk over dit punt betrouwbare informatie te krijgen.

HBV-parameters en oorgaatjes (tabel 4)

Onder personen met oorgaatjes werden vaker HBV-positieven gevonden ($\chi^2 = 6{,}9$; $0{,}05 > P > 0.02$). Nagegaan kon worden door wie de oorgaatjes waren aangebracht. Indien deze werden aangebracht in de huiselijke sfeer, dat wil zeggen door familie, vrienden of eigenhandig, bleek het percentage positieven duidelijk hoger dan wanneer dit was gedaan bij de juwelier.

HBV-parameters binnen het gezin (tabel 5 op blz. 1659)

Nagegaan werd of het HBV-positief zijn van anderen in het ouderlijke gezin van invloed was op dat van kinderen onder de 15 jaar. Hierbij kon worden geconstateerd dat het HBV-positief zijn van vader ($\chi^2 = 12{,}3$ $P < 0{,}001$), moeder ($\chi^2 = 8{,}5$; $P < 0{,}01$) en jongere broer of zus ($\chi^2 = 6{,}5 + 6{,}3$ $P < 0{,}02$) de kans op het positief zijn van het desbetreffende kind sterk beïnvloedt. Hierbij dient te worden vermeld dat van 17 kinderen niet bekend was wie de vader was. Ook werd bij de analyse van de ▶

oudere broers of zusters geen rekening gehouden met hen, die niet meer bij de ouders inwoonden.

HBV-parameters en bloedverwantschap (tabel 6)

Toen bij het verwerken van de laboratoriumuitslagen bleek dat HBV-positieven in bepaalde families frequenter voorkwamen werd besloten van ieder de afstamming van vaders- en moederskant na te gaan. Vervolgens werd nagegaan in hoeverre het verwant zijn aan bepaalde families van invloed was op het positief zijn van personen. Bij de analyse werden die families waarvan de indruk bestond dat HBV-positief zijn vaker voorkwam, apart vermeld. 'Andere' families werden tot een groep samengevoegd. Aangezien verwantschap zowel van vaders- als moederskant komt, werd iedere persoon tweemaal geteld. Slechts 67 personen waren van vaders- noch moederskant aan de reeds genoemde families verwant. Het percentage HBV-positieven bedroeg bij hen 16,4%. Indien het voorkomen van HBV-positief zijn wordt beïnvloed door afstamming van bepaalde families, mag worden aangenomen dat 16,4% positieven de 'normale' verwachting is binnen deze populatie. Het voorkomen van HBV-positief zijn binnen de verschillende families werd vervolgens getoetst tegen dit te verwachten percentage. Bij de analyse blijkt dat het voorkomen van HBV-positief zijn sterk met bepaalde families (A, E, G, I, K) is geassocieerd. Daarnaast kunnen enkele families (B, D, F, J) worden onderscheiden, waarbij het voorkomen frequent, maar statistisch niet significant is. Tenslotte blijkt het voorkomen bij twee families (C, H) zich aan te sluiten bij de 'normaal' te verwachten waarden.

Beschouwing

Bij een internationaal vergelijkend onderzoek naar het voorkomen van HBV-infecties vond Sobêslavsky dat de besmettingsgraad laag is (HBs-Ag prevalentie 0,1-1,5%) in een aantal Amerikaanse en Europese landen, met name in de Verenigde Staten en Canada, het Verenigd Koninkrijk, de Bondsrepubliek Duitsland, de Duitse Democratische Republiek en Tsjecho-Slovakije[3]. Hogere prevalenties (4,2%-10,8%) werden gevonden in andere Europese landen, zoals Griekenland, Roemenië, Polen en de USSR. Hoge prevalenties werden aangetroffen in Afrikaanse en Aziatische landen. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat de prevalentie van HBV-infecties binnen en tussen landen aanzienlijk kan variëren. Zo vonden Schreeder c.s. een hoge prevalentie bij Eskimo's in Alaska en Skinhøj in Groenland[4 5]. Naar verwachting behoort Nederland tot de landen met een lage prevalentie.
Reesink c.s vonden een HBs-Ag prevalentie van 0,22% bij 20.961 bloeddonoren[6]. Ypma c.s. onderzochten 2.009 gravidae[7]: van 1.607 Nederlandse vrouwen was 0,4% HBs-Ag positief; voor 372 vrouwen afkomstig uit het Middellandse Zeegebied was dit percentage 4,3%; en voor 30 vrouwen afkomstig uit Hong Kong 10,0%. Coutinho c.s. vonden HBs-Ag bij 4,8% van 2.946 Nederlandse homoseksuelen[8].

Tabel 5. Relatie tussen HBV-positief zijn van kinderen (aantal = 94) en HBV status van andere gezinsleden.

gezinslid	HBV-status gezinslid/leden positief	negatief	χ^2	P
vader (aantal = 70)	56,7%	18,2%	12,3	<0,001
moeder (aantal = 90)	43,6%	14,3%	8,5	<0,01
ouder sibling (aantal = 55)	54,8%	20,8%	6,5	<0,02
jongere sibling (aantal = 41)	67,7%	26,9%	6,3	<0,02

Tabel 6. Relatie tussen HBV-positief zijn van personen en familie (bloed)-verwantschap van vaders- en/of moederskant.

verwantschap(1)	aant.	HBV pos.	%	χ^2 (2)	P
familie A	19	11	57,9	7,17	<0,01
familie B	17	6	35,3		NS
familie C	18	1	5,6		NS
familie D	13	4	30,8		NS
familie E	42	30	71,4	13,4	<0,001
familie F	23	9	39,1		NS
familie G	38	25	65,8	12,0	<0,001
familie H	6	1	16,7		NS
familie I	23	14	60,8	8,4	<0,01
familie J	15	6	40,0		NS
familie K	42	37	88,1	20,3	<0,001
'andere families' P *of* M	104	38	36,5	4,7	<0,05
'andere families' P *en* M	67	11	16,4	—	—

(1) Iedere persoon is geteld bij de familie van vaderskant (P) *en/of* bij die van moederskant (M).
(2) Als verwachting zijn 'andere families' P *en* M gebruikt.

De bevinding dat de HBs-Ag-prevalentie 12,1% is bij een groep Utrechtse woonwagenbewoners duidt er derhalve op dat de HBV transmissie sterk afwijkt van het patroon van de Nederlandse bevolking. Overwogen kan worden of deze situatie is voortgekomen uit een epidemische verspreiding rond de indexpatiënt. Anderzijds bestaat de mogelijkheid dat HBV-infecties endemisch optreden in deze populatie. Deze vragen kunnen op grond van de thans beschikbare gegevens niet worden beantwoord. De frequente contacten tussen woonwagenkampen en het feit dat de infectie vooral voorkomt in enkele grote families, met vertakkingen door heel Nederland, doen vermoeden dat hoge prevalenties ook in andere woonwagenkampen zullen worden gevonden.
Antistoffen tegen hepatitis B (anti-HBc) komen bij de door ons onderzochte groep frequent voor. HBs-Ag en/of anti-HBc werden aangetroffen bij 41,5%. Daarbij valt op dat de verhouding HBs-Ag tot het totaal HBV-positieven (0,33) relatief hoog is. Bij het onderzoek van homoseksuelen bij wie ook anti-HBs werd bepaald, was deze verhouding 0,08[8]. De verhouding duidt op de mate van persistentie van het HBs-Ag. Het is bekend dat HBs-Ag-dragerschap langduriger is naarmate de infectie op jonge leeftijd wordt verkregen. Hoge persistenties werden ook aangetroffen in het studiemateriaal uit Alaska en Groenland en in vergelijkbare groepen elders[4 5]. Skinhøj veronderstelt dat de persistentie geleidelijk daalt met het ouder worden tot de orde van 0,10[5]. Dit blijkt bij de door ons onderzochte groep echter niet het geval te zijn. De persistentie blijft hier van de orde van 0,30 ook in leeftijdsgroepen ouder dan 20 jaar. Een verklaring voor dit verschijnsel is niet voorhanden, tenzij aangenomen wordt dat epidemische spreiding nog in voortgang was.
HBV-infecties komen in het algemeen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Dit is in de Utrechtse groep niet het geval. Wel lijkt hier de tendens aanwezig dat vóór de puberteit jongens en na de puberteit vrouwen vaker positief zijn. Ook bij andere onderzoeken in populaties met een hoge prevalentie werden vergelijkbare verhoudingen gevonden.
In populaties met een hoge prevalentie spelen bij de transmissie een zogenaamde vertikale factor (transmissie bij de geboorte of tijdens de borstvoeding) en volgens Beasley c.s. een horizontale factor (nauw contact tussen ouders en kinderen, tussen kinderen onderling) een grote rol in de jonge leeftijdsgroepen[9]. Na de puberteit is horizontale transmissie door seksuele contacten belangrijker, doch verondersteld wordt dat ook dan nauw contact een bijdrage aan de transmissie blijft geven. In Nederland gelden seksuele contacten, vooral tussen homoseksuele mannen, als belangrijkste wijze van transmissie[8 10]. Huijsman vond bij 72 gevallen van hepatitis B dat bij 9% transmissie door nauw huiselijk contact kon hebben plaatsgevonden[10].
De sterke associatie die bij de Utrechtse bevolkingsgroep werd gevonden tussen het besmet zijn of geweest zijn van kinderen en de HBV-parameters van andere gezinsleden zou kunnen duiden op het belang van vertikale en horizontale transmissie in deze groep. Ook het aanbrengen van oorgaatjes lijkt hierbij een rol te spelen. In ons materiaal stijgt de HBs-Ag prevalentie tussen 10-14 jaar sterk, van ongeveer 20% naar 53%. Het is zeker waar dat fysiek contact tussen oudere kinderen frequent en wellicht ruwer is. Ook de invloed van de eerste seksuele contacten (kussen) zal hierop van invloed zijn[7]. Het zou plausibel zijn te veronderstellen dat transmissie bij tatouage een rol speelt, daar tatouages na het tiende jaar worden aangebracht. Een dergelijk verband kon echter niet worden vastgesteld. Na het 15e jaar stijgt de HBs-Ag-prevalentie verder. De hoogste waarden worden aangetroffen in de leeftijd van 15-19 jaar. Seksuele contacten vormen op deze leeftijd zeker een additionele factor. Ten overvloede zij hier vermeld dat de beschikbare informatie geen aanleiding geeft ▶

te veronderstellen dat homoseksuele contacten regelmatig voorkomen. Wij hebben in ons materiaal de invloed van seksuele partnerrelaties op HBV-parameters niet onderzocht. Een eventuele analyse van dit aspect zal ongetwijfeld onvolledig blijven.

Naast de voor Nederland ongewoon hoge HBV-prevalentie, en het belang van vertikale en horizontale transmissie, heeft het voorkomen van infecties bij de Utrechtse populatie een derde karakteristiek. Dit betreft de concentratie van HBV-positieven in bepaalde families. In de door ons gebruikte literatuur wordt clustering van HBV-positieven in gezinsverband vermeld bij Nederlanders, Eskimo's en in Japan[7 4 11]. In Japan komen meerdere subtypen van het HBV voor. Kashiwagi vond in 'cluster'-gezinnen steeds hetzelfde virus subtype, ook indien er tussen gezinnen nauwere contacten waren[11]. De waarneming dat infecties ook in 'groter' familieverband 'geclusterd' zijn, hebben wij niet in andere studies vermeld gevonden. Het ligt echter voor de hand dat dit, gezien het belang van transmissie tussen de gezinsleden, ook elders het geval zal zijn. Overwogen dient echter te worden of hierbij mogelijk ook een erfelijke dispositie van invloed is.

De bevindingen dat HBV-infecties bij de Utrechtse groep woonwagenbewoners en mogelijk ook bij andere groepen zeer frequent voorkomen, dient aanleiding te zijn tot het instellen van tweeërlei maatregelen. Enerzijds vormt deze bevolkingsgroep een potentiële bron van infectie voor anderen. Goede voorlichting van de betrokkenen en van de medische professie is hier, naast hierna te noemen maatregelen, aangewezen. Anderzijds dient de betrokken groep te worden beschermd tegen de nadelige gevolgen van deze situatie. Het staat nu vast dat HBV-infecties een belangrijke rol spelen in de etiologie van het hepatocellulair carcinoom[12]. Voor de preventie van HBV-transmissie wordt aanbevolen kinderen bij de geboorte te beschermen met hepatitis B-immunoglobuline en te vaccineren[12 13]. Ook niet-immune ouderen kunnen worden gevaccineerd. Voorts lijkt het nu mogelijk een zich ontwikkelend hepatocellulair carcinoom vroegtijdig, en in een operabel stadium, te onderkennen door screening op alfa-feto-proteïne bij chronische HBs-Ag dragers[12 14]. ■

Naschrift

Bij het persklaar maken van dit artikel werd de uitslag bekend van de HBV-subtypering van de HBs-Ag positieven. Dit betrof in alle gevallen het subtype a y.

Met dank aan J. Khonraad en M. Smeets van de Stichting Woonwagenwerk van de gemeente Utrecht; en G. T. Dijkstra-Batjes, J. Frijn, A. Gaastra, O. J. Huntjens-Tieman en B. T. Tordoir van de afdeling Epidemiologie en Gezondheidsbescherming van de GG en GD te Utrecht.

Literatuur

1. Bruggemeijer BGPG. Bewogen bestaan. 's-Gravenhage: VUGA-boekerij, 1980.

2. Szumuness W, Harley EJ, Hafeez I, Stevens CE. Sociodemographic aspects of the epidemiology of hepatitis B. In: Vyas GN. Cohen SN, Schmid, R. eds Viral hepatitis. Philadelphia: Franklin Press, 1978; 297 - 320.

3. Sobêslavsky O. Prevalence of markers of hepatitis B virus infection in variour countries: a WHO collaborative study. Bull. World Health Organization 1980; 58: 621 - 8.

4. Schreeder MT, Bender TR, Mcmahon BJ et al. Prevalence of hepatitis B in selected Alaskan Eskimo villages. Am J Epidemiology 1983; 118: 543 - 9.

5. Skinhøj P. Hepatitis B virus infection in children. A seroepidemiological study in three endemic areas. Transactions Roy Soc Trop Med J Hyg 1979; 73; 549 - 51.

6. Reesink HW, Wesdorp ICE, Grijm R et al. Follow-up of blood donors positieve for hepatitis B surface antigen. Vox Sang 1980; 38; 138 - 46.

7. Ypma TjD, Kater L, Gerards LJ, van der Heiden C, Heijtink RA, Haspels AA. Perinataal verworven virushepatitis B. Ned Tijdschr Geneeskd 1979; 123: 1820 - 8.

8. Coutinho RA, Schut BJTh, Albrecht-van Lent N, Reerink-Brongers EE, Stoutjesdijk L. Hepatitis-B among homosexual men in the Netherlands. Sexually Transmitted Diseases 1981; 8: 333 - 5.

9. Beasley RP, Hwang Ly, Lin CC et al. Incidence of hepatitis B virus infections in preschool children in Taiwan. J Infect Dis 1982; 146: 198 - 204.

10. Huisman J. Hepatitis B te Rotterdam in 1975; enkele epidemiologische kanttekeningen. Ned Tijdschr Geneeskd 1977; 121: 365 - 9.

11. Kashiwagi S, Hayashi J, Nomura H et al. Subtypes of hepatitis B surface antigen in familial clusters of hepatitis B virus carriers. Am J Epidemiology 1983; 118: 795 - 8.

12. World Health Organization Meeting. Prevention of hepatocellular carcinoma bij immunization. Bull World Health Organization 1983; 61: 731 - 44.

13. Reerink-Bongers EE. Preventie van het chronisch dragerschap van hepatitis B-antigeen (HBs-Ag) bij kinderen van HBs-Ag-positieve moeders door toediening van anti-hepatitis-B-immunoglobuline. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 1751 -2.

14. Anonymus. Early detection of primary hepato-Cellular Carcinoma - Alaska. Morbidity and Mortality Weekly Report 1984; 33: no 5.

PRAKTIJKPERIKELEN

Verkeerd bezorgd

Op een vrijdagmiddag om vijf voor drie belt een neuroloog uit een ziekenhuis op 40 km afstand van een academisch centrum op naar de CT-afdeling van deze instelling om een patiënt aan te melden voor een spoedonderzoek. De patiënt is een jongeman van 22 jaar die een ongeval heeft gehad en sinds kort niet meer wekbaar is en bovendien pupilverschil heeft gekregen; aan een epiduraal hematoom moet worden gedacht.

Om kwart voor vier vraagt de CT-afdeling aan het perifere ziekenhuis of er iets is misgelopen met de patiënt of met diens vervoer. Men deelt mee dat hij abusievelijk naar een op 90 km van het academisch centrum verwijderd ander ziekenhuis is gestuurd, dat ook over CT-mogelijkheden beschikt.

Om twintig voor vijf komen twee begeleidende ambulancebroeders met de patiënt aan bij de CT-afdeling van het academisch centrum.

De jongeman blijkt goed aanspreekbaar te zijn en alleen een retrograde amnesie te hebben. Het CT-onderzoek levert gelukkig een normale uitslag op. De ambulancemensen vertellen dat het andere over CT beschikkende ziekenhuis onderzoek van patiënt heeft geweigerd, omdat hij niet was aangemeld.

Wat zou de afloop zijn geweest als de patiënt echt een epiduraal hematoom zou hebben gehad?

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



Bezinning op gezondheidszorg

Voordracht Drs. J. P. van der Reijden

Gedeelten uit een toespraak door staatssecretaris Drs. J. P. van der Reijden (Volksgezondheid) ter inleiding van een op 1 december 1984 gehouden bezinningsdag ter introductie van het boek 'Bezinning op gezondheidszorg; een aantal gewetensvragen', dat is voortgekomen uit een samenwerkingsproject over gezondheidszorg van het Multidisciplinair centrum voor Kerk en Samenleving (MCKS) en de Raad voor de zaken van overheid en samenleving van de Nederlandse Hervormde Kerk.

Het gemoed van een staatssecretaris die de volksgezondheid in zijn portefeuille heeft, zit klem tussen de constante druk van bezielde pleitbezorgers gericht op het aanbrengen van 'verbeteringen' (lees meestal: uitbreidingen') van het voorzieningenpakket in de gezondheidszorg, respectievelijk het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekering enerzijds, en de zware druk van de harde politieke werkelijkheid anderzijds. Ik heb dan wel eens de neiging om aan die bezielde pleitbezorgers te vragen: maar worden de mensen, als we u uw zin zouden geven, er nu werkelijk gelukkiger van? En als contrast heb ik , als ik doende ben met de harde politiek, evenzeer wel eens de neiging de vraag te stellen of het ten koste van het gezondheidszorgbudget honoreren van de in de politieke discussie spelende materialistische prioriteiten, de mensen nu wel zo gelukkig, respectievelijk gelukkiger maken.

Ik heb slechte ervaringen met het stellen van die vragen. Meestal is het even stil en gaat men vervolgens door alsof de vraag nooit was gesteld of althans niet serieus was bedoeld. Als men er wél op ingaat blijkt men zich vaak geïrriteerd te voelen, omdat het irrationele argumenten zijn die niet passen in de zakelijke discussies die we worden geacht te voeren. Het leidt bij de ene groep tot verwijten dat ik geen eerbied heb voor het leven, en bij de andere groep tot de vraag of ik met dat soort afweging soms een vertegenwoordiger ben van diegenen die denken dat nog steeds de bomen tot in de hemel groeien of, nog erger of ik soms terug wil naar de middeleeuwen.

U hebt mij niet benaderd als belangenbehartiger, noch van hen die vragen om uitbreiding van de voorzieningen, noch van hen die om der wille van de economische vooruitgang pleiten voor het terugdringen van het gebruik ervan. U stelt de vraag naar de zin van het leven centraal, en het merkwaardige is dat dan – ook zonder antwoord te geven op die concrete vraag -- andere vragen in een ander licht komen te staan. Dat geldt voor vragen in de gezondheidszorg, zoals men zich die kan indenken over prenatale diagnostiek, over abortus, over euthanasie, over in vitro fertilisatie . . . Maar het geldt evenzeer voor vragen die zich meer op gewone dingen richten, zoals naar de aard en omvang van het medisch handelen in relatie tot de aard en omvang van de échte zorgverlening: het geven van menselijke aandacht en warmte aan zieken, aan gehandicapten, aan ouderen. En het geldt evenzeer voor vragen buiten de gezondheidszorg, zoals naar meer welvaart en materieel bezit in relatie tot welzijn en tevredenheid.

Al die vragen komen in een ander licht te staan, zodra men de *vraag* (zonder antwoord) naar de zin van het leven centraal stelt. Ik noemde dat daarnet merkwaardig, als ware het een ontdekking: niet zozeer omdat de vraag naar de zin van het leven een ontdekking is, maar veeleer omdat je je realiseert dat in onze samenleving kennelijk die vraag naar de zin van het leven is verdwenen als de basis waarop we leven-denken-doen.

Centrale vraag verdwenen

Wanneer en hoe is in het verleden de vraag naar de zin van het leven uit het centrum van ons collectieve denken-en-doen verdwenen? Kwam dat door de ontwikkeling van de natuurwetenschappen in de vorige eeuw? Moeten we het zoeken in de Franse Revolutie die de ontwikkelingen mogelijk maakte, of in de secularisatie die daarmee gepaard ging? Was het de Verlichting die aan de Franse Revolutie voorafging? Of de Renaissance? Moeten en kunnen we terug naar het fundament van het christelijk denken of wellicht naar de Griekse oudheid?

Plato onderscheidde nog drie hoofdvormen van kennen: het zintuigelijke kennen; het verstandelijke kennen; en, als derde en hoogste vorm, het kennen der werkelijkheid dat het kennen van het Goede omvat. Alleen mensen die de laatse vorm van kennen hadden bereikt, en dat was heel moeilijk, konden volgens Plato een samenleving leiden. Het was voor hem bovendien niet alleen de hoogste vorm van kennen, maar ook de zekerste; zekerder dan bijvoorbeeld de wiskunde, die tot de tweede vorm: het verstandelijke kennen, behoorde.

Die niet-zintuigelijke, niet-verstandelijke, zo moeilijk te omschrijven en moeilijk te bereiken vorm van kennen stond ook zo'n twintig eeuwen later, bij *Spinoza* nog steeds in hoog aanzien. Ook Spinoza onderscheidde drie soorten kennis: de kennis door waarneming en herinnering; de kennis door abstrahering van het concrete, als funcie van de rede; en de intuïtieve kennis, het weten van God en het wezen der dingen. In die derde kennissoort

Wat is het MCKS?

Het Multidisciplinair Centrum voor Kerk en Samenleving (MCKS) is in 1982 in Driebergen van start gegaan als een soort *'wetenschapswinkel'* voor de kerken. Het wil wetenschapsmensen en technici uit verschillende vakgebieden met elkaar in contact brengen en gezamenlijk doen denken over de maatschappij van de toekomst. Daarop hebben wetenschap en techniek namelijk grote invloed, terwijl de versnippering in vele specialismen één van de oorzaken is van onze toekomstproblemen. Op dit moment houdt het MCKS zich, behalve met gezondheidszorg, met de volgende thema's bezig:

- de economie van de toekomst, waarbij de aanpak van armoede in de derde wereld, van milieu en van werkloosheid in de eerste wereld aan de orde komen;
- de vraag of een rechtvaardiger arbeidsbestel dan het huidige denkbaar is;
- de technologische ontwikkelingen; de vraag hoe die in zo verantwoord mogelijke richting zijn te sturen; de vraag welke verantwoordelijkheid wetenschappelijke werkers en technici daarbij hebben;
- een reactie op toekomstscenario's die ontworpen zijn door de wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid;
- de vraag naar de mogelijkheden en grenzen van kerkelijk spreken en handelen in de politiek.

Het MCKS wordt gedragen door zes kerken: de Nederlandse Hervormde kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland, de Oud-Katholieke kerk, de Evangelisch-Lutherse kerk, de Remonstrantse Broederschap en de Algemene Doopsgezinde Sociëteit en voorts door de Raad van Kerken in Nederland en het Instituut 'Kerk en Wereld' te Driebergen. Het ontvangt momenteel subsidie van het ministerie van Wetenschapsbeleid.

ontstaat volgens Spinoza de hoogst mogelijke zielerust en liefde tot God, die vrij maakt en wijs. Je vraagt je dan af: hoe stonden de mensen die die liefde, die vrijheid, die wijsheid bereikten, toen tegenover ziekte, ongemak, lijden en dood?
Maar een eeuw later, tijdens de *Verlichting*, raakt deze intuïtieve, irrationele vorm van kennis geleidelijk zoek in ons denken. De wetenschap werd gereduceerd en bediende zich nog slechts van een rationeel-empirisch model waar alle meer metafysische en spirituele dimensies als niet-relavant uit waren verdwenen. Het was Kant, die als de woordvoerder van deze stroming wordt beschouwd, die zei dat er gewoon geen directe, analyseerbare ervaring van het metafysische is; en, aldus Kant, onze kennis reikt niet verder dan onze ervaring. Wel was Kant zeker van Gods bestaan, maar die zekerheid bereikte hij niet via kennis; kennis en geloof werden streng gescheiden.
Men is het er wel over eens dat sindsdien, dus zeg sinds twee eeuwen, niet alleen de natuurwetenschappen zich stormachtig volgens het eenzijdige, rationeel-empirische model hebben ontwikkeld, en daarmee dus ook de geneeskunde, maar *al* het denken, doen en streven van grote delen van de westerse beschaving. Alleen het beredeneerbare en het experimenteel toetsbare had nog waarde; alle andere waarden werden verontachtzaamd.
In de geneeskunde ziet men die veronachtzaming zo treffend wanneer in de medische tijdschriften artikelen verschijnen over de doeltreffendheid van een nieuwe therapie. De nieuwe therapie wordt vergeleken met de oude en men registreert het aantal doden als functie van de tijd. De therapie met de grootste overlevingskans is dan de beste. De vraag naar de *waarde*, de *inhoud* van de overleving, zowel voor de patiënt als voor zijn naasten, komt aan die afweging tussen beide therapieën niet aan de orde.
Natuurlijk moeten we wél erkennen dat ons eenzijdige denken, onze reductionistische wetenschap, heel vruchtbaar is geweest: het heeft veel inzicht opgeleverd in de natuur en in de aard der dingen; het heeft ons welvaart gebracht en een schier onuitputtelijk arsenaal van medische mogelijkheden.
Maar we moeten aan de andere kant óók erkennen, dat in dat denken en doen een ethische rem ontbrak en *dat de eerbied voor de natuur en een intuïtief gevoel voor menselijkheid niet langer tot de publieke toetsstenen van het handelen behoorden.* En dit geldt wederom niet alleen voor de geneeskunde, maar in het algemeen.
Het zou overigen niet goed zijn de oorzaak van het eenzijdige westerse denken, en bijgevolg van de eenzijdigheid van de vooruitgang, uitsluitend bij de Verlichting te leggen. Het feit dat Plato een indeling maakte van drie te onderscheiden kennisgebieden maakt ook hem al tot een analyticus, tot een reductionist. Het verraadt een denktrant die zich onderscheidt van het Oosterse denken, van het Indiaanse denken en van het denken van veel andere culturen die onze aarde heeft gekend.

Eenzijdig

Ik had behoefte de tegenstelling tussen de uiterlijke vorm en het innerlijk gevormde; tussen tastbare en ontastbare waarden; tussen wroeten en mediteren; tussen materialisme en spiritualiteit, hier even wat schematisch en gechargeerd voor ogen te halen, omdat deze bezinningsdag in feite de eenzijdigheid van onze westerse cultuur hekelt, die dieper wortelt dan de Verlichting. Uit mijn betoog moge u duidelijk zijn dat ik de oorzaak van die eenzijdigheid dan ook niet zoek in het woordje 'secularisering', dat immers erg gekoppeld is aan de tegenstelling kerk-wereld, geestelijkheidleken. Veeleer zie ik de oorzaak van onze eenzijdigheid in het denken: in het reductionisme versus het 'holisme', zoals men het integrale denken tegenwoordig noemt.
Wij, in onze cultuur, ontwikkelen met ons denken een *deterministische wetenschap*, die ons veel kennis verschaft. Dat leidt zowel tot meer medische mogelijkheden als tot meer technische snufjes; tot meer comfort voor de mensen; tot razend gevaarlijke wapens voor de machthebbers; tot computers voor de informatiezuchtigen en tot robots voor de industrie. . . Men moet niet denken dat men de ene wetenschappelijke of technische ontwikkeling kan stoppen en de andere niet; het wetenschapsbeleid, waarin men dat tracht te doen door zaken als 'technology assessment', moet men, vrees ik, scharen in het gigantische veld van overmoedigheden waaraan de moderne westerse wetenschap, denkend dat mens en maatschappij 'maakbaar' zijn, zich bij voortduring schuldig maakt. De medische mogelijkheden zullen dus blijven toenemen zolang we ons denken, en via ons denken onze doelstellingen, niet veranderen.
Wij, in onze cultuur, houden in onze besluitvorming geen rekening met het niet-kwantificeerbare en zeker niet met het (nog) niet bekende, laat staan met het eeuwig onbegrijpelijke, niet – of te weinig – met het ons geopenbaarde. We verwaarlozen dus, om maar wat te noemen, delen van het natuurlijke, van het menselijke en van het goddelijke in onze beslissingen. Onze vooruitgang gaat zodoende gepaard met beschadiging van de natuur, met vervuiling van het milieu, met veronachtzaming van de menselijke maat, met afnemende harmonie in menselijke relaties, met sociaal disfunctioneren van individuen en groepen individuen, met angst voor nucleaire wapens, met haast, met stress, met onveiligheid . . . Kortom, de gezondheidsbedreigingen zullen blijven toenemen, zolang we onze ideeën over vooruitgang en dus ons denken niet bijstellen.
Wij, in onze westerse cultuur, hebben onze hele besluitvorming hoe langer hoe minder gebaseerd op gevoel voor verhoudingen, op intuïtie, op geloof in en vertrouwen op de boodschap die ons is gebracht. We willen dat alle besluitvorming gebaseerd is op zoveel mogelijk objectieve feiten, dat deze feiten volgens de stand der wetenschap en dus rationeel argumenteerbaar in de besluitvorming worden verwerkt, zodat deze toetsbaar en democratisch bespreekbaar wordt.
In zo'n wereld mag men niet verwachten dat de burger die zich ziek voelt genoegen neemt met een arts die de man aankijkt, met hem spreekt en vervolgens op zijn klompen aanvoelt wat hem mankeert. Als het besluitvormingsproces van de overheid gepaard gaat met een blijvend toenemende output van het Centraal Bureau voor de Statistiek en van de modellen van het Centraal Planbureau, dan moeten we begrijpen dat een beslissing van een arts, zowel wegens zijn eigen instelling als wegens het verwachtingspatroon van de patiënt, gepaard zal gaan met een blijvend toenemende output van allerhande diagnostische verrichtingen. Niets mag in onze ogen nog aan het ongewisse worden overgelaten!

Keuze

Zo heb ik u geschetst hoe de toenemende mogelijkheden van het medisch handelen, de toenemende bedreigingen voor onze gezondheid en de toenemende behoefte aan diagnostische verrichtingen, gebonden zijn aan alle andere ontwikkelingen in ons cultuurpatroon. Onze gezondheidszorg is geen op zichzelf staand gegeven, het is een onderdeel van onze cultuur! De keuze kan niet zijn, zoals ik ergens in uw boekje las: óf meer comfort en snellere technologische vooruitgang, óf betere gezondheidszorg; nee, ze gaan hand in hand. Voor zoverre er een keuze is, zal die moeten worden gemaakt tussen doorvaren mét snellere technologische vooruitgang én zogenaamd betere gezondheidszorg, ófwel bijsturen, op weg naar andere normen en waarden, dat wil zeggen naar een ander cultuurpatroon met een veranderende inhoud van wat we onder vooruitgang verstaan en een veranderende visie op gezondheidszorg.
Ik wil nog iets zeggen over een opmerking die mij ergens in uw boekje trof, waarin wordt gesproken over de broosheid van de spanning tussen natuur en cultuur. Het is een opmerking die doet denken aan Rousseau, aan de Romantiek, die zover weg lijkt van de kille zakelijkheid van nu. Toch denk ik dat u gelijk hebt: dat we de problemen van de gezondheidszorg, en in het bijzonder de problemen van haar grenzen, niet zakelijk moeten zien als een spanning tussen mogelijkheden en middelen, maar meer beschouwelijk als een spanning tussen de natuur, waar de mens deel van uitmaakt, en de cultuur, die de hoogmoedige mens denkt eigenmachtig daartegenover te kunnen stellen. Als we met z'n allen met *die* gedachte de grenzen van het territoir van de gezondheidszorg, waar de spanningen zich voordoen, nog even langslopen, dan ligt het welhaast in de rede dat we bereid zullen zijn ons een beetje terug te trekken daar waar de spanningen van financiële aard zijn; dat we evenzeer bereid zullen zijn enig gebied prijs te geven daar waar de spanningen van ethische aard zijn; maar dat we daartegenover het gebied van de gezondheidszorg zullen willen uitbreiden daar waar zich spanningen voordoen met geneeswijzen die een instrumentarium hanteren dat verder rijkt dan wat voor ons mensen begrijpelijk is. ■

W. Alting von Geusau, V. van Lieshout en V. Tielens





Persoonsgerichte training en supervisie in de opleiding

Huisarts en persoonlijkheid

In de beroepsopleiding tot huisarts te Nijmegen is het bewust zijn en kunnen hanteren van de eigen persoonlijkheid en de invloed daarvan op het handelen als huisarts een centraal leerdoel. In het onderwijs wordt hieraan aandacht geschonken, niet alleen in de begeleiding door de huisartsopleider en tijdens de normale terugkomdagen, maar vooral ook in een persoonsgerichte training van een week of in een methodische supervisie van 10 à 14 sessies. De arts-assistenten zijn nu verplicht voor een van beide laatstgenoemde werkvormen een keus te maken. Daarmee is de eigen verantwoordelijkheid voor het persoonlijk functioneren uit een zekere vrijblijvendheid gehaald en krijgt dit aspect de plaats die het krachtens de onderwijsdoelstellingen ook verdient. Een verslag van W. Alting van Geusau, V. van Lieshout en V. Tielens, respectievelijk als agoog, psycholoog en huisarts verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut.

De huisarts wordt in zijn praktijk dagelijks als bijna geen andere hulpverlener geconfronteerd met een breed scala van klachten en problemen. Hij krijgt te maken met voor de mensen zeer persoonlijke en vaak ingrijpende ervaringen zoals pijn en ziekte, geboorte en dood, intimiteit en sexualiteit, angst en onzekerheid. Om hiermee adequaat om te gaan zijn kennis en vaardigheden niet voldoende, maar worden ook aan het persoonlijk functioneren van de huisarts hoge eisen gesteld. Vandaar dat voor de beroepsopleiding tot huisarts te Nijmegen als een der centrale leerdoelen het volgende is geformuleerd[1]: het bewust zijn en kunnen hanteren van de eigen persoonlijkheid en de invloed daarvan op het eigen handelen als huisarts.
In de basisopleiding tot arts wordt aan het persoonlijk functioneren van de aanstaande arts nogal eens te weinig aandacht besteed [2-4]. Dat maakt het eens te meer noodzakelijk tijdens de beroepsopleiding tot huisarts daarvoor zeer expliciet veel aandacht en tijd vrij te maken. Naast de meer algemene wijzen van aandacht geven aan het persoonlijk functioneren zijn er in de opleiding tot huisarts te Nijmegen twee specifiek hierop gerichte programma-onderdelen, die wij in dit artikel nader willen bespreken: de persoonsgerichte training en de supervisie. Alvorens deze werkvormen te beschrijven willen we eerst aangeven over welke persoonlijke factoren het gaat.

Persoonlijke factoren

In onze ervaringen met persoonsgerichte training en supervisie is het ons in de afgelopen jaren opgevallen dat er in de veelal zeer individueel gekleurde problemen wat betreft het persoonlijk functioneren toch een aantal algemene steeds terugkerende thema's zijn te onderscheiden[5]. Kort weergegeven gaat het om de volgende thema's:

Thema's rond psychodynamische invloeden

Hieronder rekenen we de invloed van de relatie met de ouders van de arts op diens relatie met mensen. Het kan zijn dat een hinderlijk gemis alsmaar bij andere mensen moet worden ingehaald. De wijze waarop men thuis heeft geleerd agressie in te dammen is meegenomen in de wijze waarop de arts het zogenaamd 'ouderschap' over zijn patiënten uitoefent. Hieronder valt ook de invloed van ingrijpende gebeurtenissen in de levensgeschiedenis van de arts op zijn omgang met mensen. Het kan zijn dat eigen confrontatie met de dood of dreiging daarvan de arts heel bang, heel relativerend of heel vrij maakt bij het omgaan met de dood of de angst ervoor. Een indringende ervaring van persoonlijke afwijzing vroeger kan ertoe leiden dat de arts nu bij patiënten doorlopend op zijn hoede is.

Thema's rond normen en waarden

De normen die artsen bewust en vooral onbewust hanteren zijn van grote invloed op het proces van hulpverlening. Het zich hiervan bewust zijn geeft de mogelijkheid deze normen te toetsen aan die van anderen en vervolgens te kiezen of men deze normen wil handhaven of wijzigen. Diepgaander dan alleen het benoemen van deze normen is de waarde die de arts geeft aan zijn eigen rol en betekenis in de relatie met de patiënt en, daarmee samenhangend, het gewicht dat zijn normen in de relatie met de patiënt krijgt. Concreet kwamen in de groepen de volgende normen en waarden aan de orde:
- Ethische normen, zoals de mening die men heeft over abortus en euthanasie.
- Hulpverleningsnormen, die men terugvindt in uitspraken als: 'je mag niet ongeduldig zijn', 'je moet echt zijn', 'je hebt de plicht altijd klaar te staan', 'confronteren betekent verlies van vertrouwen' en 'je moet open en eerlijk zijn voor patiënten, daar hebben ze recht op'.
- Vooroordelen en vormen van vooringenomenheid die het handelen normeren, zich uitend in het gebruik van stereotypen of etiketten.
- Minderwaardigheid, meerwaardigheid, eigenwaarde, waarbij het gaat over de normerende rol die het zelfbeeld van de huisarts speelt bij zijn handelen, vooral waar het gaat over het omgaan met onzekerheid.

Thema's rond het omgaan met eigen gevoelens

Het leren omgaan met eigen gevoelens in de relatie met de patiënt is voor veel artsen de belangrijkste reden om aan een persoonsgerichte training of supervisie deel te nemen. Concreet gaat het om gevoelens van ergenis, boosheid, teleurstelling en frustratie die de arts bij zichzelf ervaart of die door patiënten in zijn richting worden geuit. Behalve deze met agressie geladen gevoelens zijn er ook veel angstgevoelens bij artsen. Hieronder vallen de angst om fouten te maken, de angst voor eigen macht over anderen, de angst voor eigen sexualiteit. Verder zijn er gevoelens van afstand en nabijheid, van vaderlijke of vertrouwelijke genegenheid.

Existentiële thema's

Hieronder rekenen we al die thema's die betrekking hebben op de grondslag van ▶

het leven, vragen die gericht zijn op het zijn van de persoon zelf, het zijn met en van anderen, toekomstperspectief, zinvolheid van bestaan en dood. Dit alles met of zonder de visie van bepaalde levensbeschouwingen daarop. Het gaat hierbij om vragen als: 'wie ben ik eigenlijk' (vragen rond de eigen identiteit); 'wie ben ik met die ander' (vragen rond intimiteit); 'waar doe ik het allemaal voor' (vragen rond zingeving, toekomstperspectief); 'waarom dood, wat moet ik met dood' (vragen rond eigen eindigheid); en 'wat betekent geloof nog' (vragen rond levensbeschouwing, religie).

Persoonsgerichte training

De persoonsgerichte training geschiedt in Nijmegen tijdens de beroepsopleiding halverwege het jaar in groepen van 10-12 deelnemers gedurende een week in een conferentieoord. De training staat onder leiding van twee gedragswetenschappers van het huisartseninstituut die door hun werkzaamheden bij de huisartsenopleiding in staat zijn de persoonlijke implicaties van het werk als huisarts te kunnen inschatten en invoelen. Zij verblijven gedurende de gehele week eveneens in het conferentieoord.
Alhoewel een training een gebeurtenis is die telkens door de deelnemers wat anders wordt ingekleurd is er in de loop der jaren een vast programma ontstaan. *Schema 1* laat in het kort de opbouw van de training zien.
Tijdens de training wordt per dag driemaal een sessie gehouden, variërend van 2½ tot 3 uur. Voor elke sessie vindt gedurende een kwartier overleg plaats in tweetallen over hoe het gaat, wat de ander meemaakt, wat men eventueel in de groep wil inbrengen of wat men liever onder vier ogen bespreekt. De eerste dertig minuten van iedere sessie worden lichaamsgerichte oefeningen gedaan. Dit gebeurt om het bewustzijn van het lichaam en van lichamelijk contact te bevorderen en om te voorkomen dat vrijwel uitsluitend verbaal wordt verwerkt.
Zes weken na de training vindt een follow-up-middag plaats waarbij ook de partners worden uitgenodigd. Tijdens deze follow-up-middag wordt nagegaan hoe de verwerking van de training is verlopen en op welke wijze aan leerdoelen kan worden verder gewerkt. De ervaring met ongeveer 250 deelnemers door de jaren heen leert dat de meesten diep onder de indruk raken van de training. De verwerking verloopt meestal zonder problemen.

Schema 1. Overzicht van het programma van een persoonsgerichte training.

	inhoud	vorm
maandag	– start, kennismaking – wat weet ik van mijzelf, wat wil ik leren, hoe wil ik dat doen	– groepsrondje – individueel op een groot vel papier, bespreking per persoon in de groep
dinsdag	– invloed van mijn levensgeschiedenis op wie ik nu ben als huisarts.	– individueel op een groot vel papier, bespreking per persoon in de groep
woensdag	– feedbackoefening*	– 5 x in tweetallen, bespreking per persoon in de groep*
donderdag	– thematisch over één der onderwerpen: dood, eenzaamheid, vrijheid, seksualiteit, intimiteit – overgang naar de werkelijkheid van de praktijk/thuis ('turn-over')	– concentratie-oefening met nabespreking* – individueel, met gebruikmaking van materiaal van maandag en dinsdag, bespreking per persoon in de groep
vrijdag	– vervolg van 'turn-over' – komst der partners – ervaringen uitwisselen	– vervolgbespreking per persoon in de groep – met partner twee aan twee – laatste sessie met partner in grote groep*

* Bij groter aantal deelnemers wordt in subgroepen gewerkt.

Methodische supervisie

Naast de persoonsgerichte training is sinds 1981 een vorm van methodische supervisie voor huisartsen ontwikkeld. Hieronder verstaan we een peroonlijk leerproces aan de hand van ervaringen die zijn opgedaan tijdens de uitoefening van het beroep met als bedoeling de eigen persoon in relatie tot het werk beter te leren kennen en, als men daarvoor kiest, te veranderen.
Supervisie wordt gegeven door een supervisor aan een groepje van drie à vier supervisanten. Een supervisiesessie duurt twee uur en vindt bij voorkeur om de twee weken plaats. In totaal worden er 10 à 14 sessies gegeven. Vóór iedere supervisiesessie wordt er door de deelnemers materiaal ingebracht. Dit materiaal bestaat uit leernota's en werknota's. De leernota's (beginnota, middennota en eindnota) zijn erop gericht het individuele leerproces van de deelnemers richting te geven en aan de gang te houden. Bij de start, de midden- en eindevaluatie wordt aan deze nota's expliciet aandacht besteed. Verder wordt aan de deelnemers gevraagd na iedere sessie voor zichzelf een korte leernota te maken. Hierin dient te worden vermeld wat hen van de verkregen feedback aangesproken heeft indien men aan bod kwam. Indien men niet aan bod kwam wordt in deze leernota's opgeschreven wat via de anderen werd herkend bij zichzelf.
Onder werknota's verstaan we het materiaal dat de deelnemers op toerbeurt inbrengen. Dat kan in de vorm van een verbatim. Dat is een beschrijving van een contact tussen huisarts en patiënt, woordelijk genoteerd na het contact zoals de huisarts het zich herinnert. Deze verbatims worden tijdens de supervisiesessie besproken in ongeveer één uur, zodat meestal twee deelnemers aan bod komen.
Naast een verbatim kan de deelnemer ook een verhaal inbrengen. Een verhaal komt tot stand doordat een supervisant thuis een patiënt naar eigen keuze voor ogen neemt en alles wat hij denkt van of voelt bij deze patiënt noteert. Het gaat ook hierbij niet om de patiënt maar om hoe de dokter zich tegenover hem verhoudt. Ook een voor de inbrenger relevant thema kan in essayvorm als verhaal worden ingebracht.
Het verbatim en het verhaal worden op gelijke wijze behandeld in de supervisie. Ze worden vooraf rondgestuurd aan de deelnemers zodat die zich goed kunnen voorbereiden. Tijdens de sessie wordt er door de deelnemers commentaar gegeven aan de inbrenger. Deze alleen is in staat te zeggen wat er aan waarheid zit in wat door anderen is gevonden. Degene die commentaar geeft leert tijdens de supervisie dat er een subtiel maar essentieel verschil bestaat tussen het geven van commentaar en het geven van een oordeel. Bij het geven van commentaar is er ▶

sprake van een accepterende houding. Het commentaar is gericht op het leerproces van de ander. Bij het geven van een oordeel is er een bepalende houding gericht op de (on)juistheid van het handelen. Supervisanten leren zó commentaar aan elkaar te geven dat zij daarmee elkaars leerproces bevorderen.

Besluit

Wij menen met de persoonsgerichte training en de methodische supervisie twee werkvormen te hebben ontwikkeld die recht doen aan het belang dat wij hechten aan het persoonlijk functioneren van de aanstaande huisarts. Alhoewel beide methoden nog steeds in ontwikkeling zijn menen wij dat ze voldoende zijn uitgekristalliseerd om van alle arts-assistenten in opleiding te vragen een keuze te maken uit een van beide vormen. Met instemming van de vertegenwoordiging van arts-assistenten en huisarts-opleiders is begin 1984 besloten dat het verplicht is voor de arts-assistenten deze keuze te maken. Hiermee is de eigen verantwoordelijkheid voor het persoonlijk functioneren uit een zekere vrijblijvendheid gehaald en krijgt dit aspect de plaats die het krachtens onze doelstellingen ook verdient. ■

Literatuur

1. Grol R, Tielens V. Een gestructureerde opleiding tot huisarts. Medisch Contact 1983; 38: 843-6.
2. Huygen FJA. De medische basisopleiding. Medisch Contact 1979, 34: 541-4.
3. Huygen FJA. De medische basisopleiding. Medisch Contact 1980; 35. 547-9.
4. Bierkens PB, Boersma JH, Bakel HCP van. Medische opleiding en medische psychologie, 1, 2 en 3. Medisch Contact 1984; 39: 303-5, 375-8, 379-383.
5. Alting von Geusau W, Lieshout V van. Supervisie voor huisartsen. Nijmegen. 1982, Intern rapport NUHI.

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

Klacht tegen bedrijfsarts in hoger beroep verworpen

Beslissing van het Centraal Medisch Tuchtcollege op het beroep van A, bedrijfsarts te Z, tegen de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Y d.d. 11 mei 1983 waarbij hem op klachte van B, huisarts te X, de maatregel van waarschuwing werd opgelegd.

2. De klacht is door de arts namens de patiënt ingediend, deze heeft de klacht en de in het kader van het voorlopig onderzoek ingediende repliek mede ondertekend. Klager is echter door het College in eerste aanleg als zodanig beschouwd.
Uit de stukken blijkt niet dat de patiënt ter terechtzitting van het College in eerste aanleg op 11 mei 1983 aanwezig is geweest.
4. Van de beslissing is partijen op 21 juni 1983 een afschrift toegezonden. De bedrijfsarts is bij een op 18 juli 1983 – en mitsdien tijdig – ingekomen beroepschrift van deze beslissing in beroep gekomen.
5. Het beroep is ter terechtzitting van het Centraal College van 21 juni 1984 behandeld. Met de klager is daarbij verschenen de patiënt; klager heeft medegedeeld, dat hij de patiënt als klager en zichzelf als diens gemachtigde beschouwde en als zodanig ter terechtzitting op te treden.
6. Met betrekking tot dit formele vraagpunt heeft het Centraal College zich op het standpunt gesteld, dat nu klager als zodanig is opgetreden in eerste aanleg, hij ook als klager in beroep bij de zaak betrokken moet worden geacht. Daarbij moet mede in aanmerking worden genomen, dat het als ongewenst moet worden beschouwd, dat een arts als gemachtigde van een klager ter terechtzitting van een medisch tuchtcollege waar een andere arts terecht staat, optreedt. Klager kan ook niet worden beschouwd als degeen die de patiënt bijstand ter terechtzitting heeft verleend. Artikel 34 van het Reglement Medisch Tuchtrecht voorziet in de mogelijkheid tot bijstand voor de persoon over wie geklaagd is, maar bepaalt in het 2e lid dat als zodanig alleen advocaten worden toegelaten. Het is goed gebruik ook klagers de mogelijkheid zich te doen bijstaan te verlenen, maar met inachtneming van laatstbedoeld beginsel.
7. Ambtshalve overweegt het Centraal College, dat de klager niet geacht kan worden een rechtstreeks belanghebbende te zijn bij de ingestelde klacht nu deze uitsluitend verwijten inhoudt met betrekking tot het optreden van de bedrijfsarts ten opzichte van de patiënt en niet enig eigen beroepsmatig of persoonlijk belang van de klager als huisarts van de patiënt betrof. Ook de verhouding tussen klager en de bedrijfsarts in collegiaal opzicht is geen wezenlijk onderwerp van de klacht.
8. Het College in eerste aanleg had de klager mitsdien in zijn klacht niet-ontvankelijk moeten verklaren, waartoe het Centraal College zal beslissen, hetgeen vernietiging van de beslissing waarvan beroep, met voorbijgaan van de in beroep voorgedragen grieven mede brengt. In verband met haar belang zal het Centraal College bepalen dat deze beslissing, met weglating van de paragrafen 1 en 3, zal worden bekend gemaakt op voet van het bepaalde in artikel 13 b van de Medische Tuchtwet.
9. Het Centraal Medisch Tuchtcollege:

rechtdoende in hoger beroep

Vernietigt de beslissing waarvan beroep en alsnog rechtdoende.
Verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht.
Gelast dat de beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b van de Medische Tuchtwet zal worden bekendgemaakt met uitzondering van de paragrafen 1 en 3 in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan de redactie van Medisch Contact, het tijdschrift voor Gezondheidsrecht, het tijdschrift voor Geneeskunde en het Advocatenblad.

Aldus gegeven door: Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter; J. A. de Jong, H. van Giffen, leden-geneeskundigen; Prof. Dr. J. Bennebroek Gravenhorst, Dr. J. J. Hamming, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. H. Barendrecht, plaatsvervangend secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 6 september 1984 door Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■



Notities van een internist in opleiding

Slot: Van gezel tot meester?

Toen ik nu meer dan vijf jaar geleden aan mijn opleiding tot internist begon, wilde ik een goed internist worden. Hoe dat nou precies zou gaan had ik, ondanks de coschappen, niet zo scherp voor ogen. Vijf jaar werken en ervaring opbouwen met als 'leerdoel': medisch-technisch goed geschoold worden, met een open oog voor de sociale en psychologische aspecten van de klachten van mijn patiënten. Niet dat dat toen zo was geformuleerd: er was niets geformuleerd. Het leek me vooral leuk werk. Het gaf niet als ik daarvoor 60 uur of meer zou moeten maken; dat was inherent aan mijn keuze, mijn gevoel van roeping misschien. Nu zijn we meer dan vijf jaar verder. En ik kijk om. Wat als brieven aan mijn ouders begon is als 'Notities' wekelijks verschenen: Vijf jaar gevangen in vijftig bladzijden Medisch Contact. Net als de co-assistent en de huisarts in opleiding gunde ik anderen een blik in de opleidingskeuken. Wat vonden de lezers ervan?

De opleiding was een harde tijd, maar paradoxaal genoeg ook een fijne tijd, én tegelijk een tijd die beter moet en kán. Met periodes die ik zonder aarzelen opnieuw zou doen (het jaar algemene interne polikliniek), maar ook met stages waarvoor ik direct zou bedanken als ze me morgen zouden aanbieden die zo nog een tweede keer te lopen. Vooral doordat ik me niet wilde laten 'kisten', heb ik het daar de eerste keer nog goed van afgebracht.
Ik ben blij met de opleiding zoals ik die heb gehad: ik kreeg een rode draad aangegeven, met sterke en zwakkere stukken. Meestal heb ik die draad gretig en enthousiast gegrepen, een enkele keer moest er zachte dwang aan te pas komen. Ik heb leren luisteren, kijken, (be)handelen en ook: handen thuis, afwachten. Ik ben tot de grenzen van mijn kunnen gegaan, heb die grenzen zo leren ontdekken, ze verlegd en voor mezelf vastgelegd. Toch heb ik het ook daarbuiten nog wel eens geprobeerd en meestal nog net op tijd gezien dat ik het niet (meer) meester was. Nu al! Bijvoorbeeld: nog geen paar jaar na de stage op Nefrologie word ik onzeker als ik een patiënt met een terminale nierinsufficiëntie zie. Ik pak dus een boek, haal een ander erbij, of speel het probleem door.
*Wat de opleiding mager maakt, is het feit dat er vrijwel uitsluitend wordt gewerkt aan de medisch-technische kant van het vak: als ik op dát vlak maar geen misser maak. Dat ís natuurlijk ook ontzettend belangrijk. En de psychosociale kant? Daarvoor moet je varen op je gezonde verstand en wat-je-toch-zo-ook-wel-aanvoelt. Ook nog daarin opleiden zou te veel worden. Vijf jaar is al te kort en de opleiding is toch al te vol. Er is geen **tijd** voor dus?*
Tot zover de baten.

Wat waren nu de lasten?
De basis waarop een specialistenopleiding drijft valt samen te vatten met: al doende leren door steeds weer ervaringen op te doen onder zekere (bege)leiding. De gezel die eerst zijn meester helpt, al gauw klusjes van hem overneemt en tenslotte steeds zelfstandiger het echte 'grote werk' gaat doen. Helaas is opgeleid worden daarom vooral: hard werken, vele uren maken, als een gezel bij die meester. Wie daarover iets zegt krijgt al vlug als dooddoener: 'In onze tijd deden wij dat immers ook, zo hebben wij het vak ook geleerd. Ik zou het niet meer willen overdoen, maar aan de andere kant zou ik het ook niet hebben willen missen'. Die legendarische 70-90 uur per week halen de meesten op ónze afdeling niet meer, vooral dankzij de grote groep assistenten die bij ons de diensten opvangt.
*Overigens is het werk er sinds 'onze tijd' niet minder om geworden, door de exponentiële groei van de (medische) wetenschap en zaken als de grotere mondigheid en de toenemende medische consumptie. Om maar te zwijgen van de zeker ook exponentiële groei in overlegcircuits en administratieve rompslomp en de gevolgen die de 'professionalisering' van de verpleegkundige voor de werklast van de arts(-assistent) begint te hebben. Het zou gewoon moeten zijn dat een assistent in opleiding, iedere arts misschien wel, een halve dag in de week **werk** had aan het lezen van tijdschriften of het volgen van onderwijs, terwijl dat nú in het gunstigste geval avond- en weekend-overwerk is.*
Het zwaarst van de opleidingstijd heb ik die perioden gevonden waarin je soms maandenlang gewoon achter jezelf aanloopt, zonder de noodzakelijke rust om opgedane indrukken te verwerken. Van stress-situaties en hard doorwerken heb ik vooral geleerd hoe ik met een minimum aan aandacht en inspanning efficiënt moet hóllen. En dat is maar in een uiterst beperkt aantal omstandigheden echt van wezenlijk belang. Zo blijft er geen tijd over om de zaken op een rij te zetten, laat staan dat je nog tijd vrij kunt maken om aan de 'wat minder urgente' psychosociale kant te werken. Ervaringen bezinken niet, ze verzuipen; alleen als je alert genoeg bent blijven ze nog net kleven in je zakboekje, als weetje.
De laatste jaren is er dan Basis Onderwijs Interne Geneeskunde. Dat is tenminste iets. En met een beetje wringen mag dat dan al wél in werktijd. Voor zover de dienst het toelaat. En maar al te vaak is de gezel de klos – de meester heeft die dag net een drukke poli, of er is een ernstig zieke patiënt voor wie de assistent onmisbaar is – de goede meesters niet te na gesproken. Veel kans om te investeren krijgt de assistent niet.

Opleiden en opgeleid worden is veel moeilijker dan ik vijf jaar geleden dacht. Opleiden is bepaald niet iets wat je er zo maar even bij doet. En opgeleid worden is bepaald meer dan vijf jaar onder gezellencondities werken. In beide gevallen moet er gestructureerd tijd in worden gestoken. Vooral veel tijd, veel meer dan nu het geval is.

Dat is allemaal des te wranger, als je dan aanloopt tegen dat wat in mijn dagboek (nog) ontbreekt: hoe en waar krijg ik straks een baan? Vijftig tot honderd sollicitanten voor één internistenplaats is volgens een vriend die iets verder dan ik in de pijplijn zit geen uitzondering. Op de agenda van de ene na de andere vergadering van de Nederlandse Internisten Vereniging wordt de instroom van jonge internisten opgevoerd. Termen als 'inschikken' en 'collegae opnemen' zijn vooralsnog kreten. Nu speelt niet alleen tijd een rol, maar ook geld. Terwijl overheid en de belangenvereniging kiekeboe spelen moeten er al opleidingen dicht. Ter bescherming van het beroep?

Ik ben nog even blijven hangen in St. Cosmas. Een onderzoekproject. Inmiddels heb ik daar de eerste achterdienst achter de rug. Ik had me thuis naast de telefoon ingegraven, 'Current Diagnosis, Current Therapy', 'Diagnose en Praktijk' en een dik naslagwerk onder handbereik. Een soort zenuwachtige spanning als tijdens mijn eerste dienst als assistent neemt opnieuw bezit van me. 'Erik, zullen we afspreken dat je me belt, als het te druk wordt? Dan kom ik helpen, al was het maar voor een infuus'. Maar de meeste Erikken vallen nog liever dood dan dat ze me daarvoor bellen. Net als Arnold destijds. Gaandeweg blijkt dat ik al heel wat 'ervaring' heb: al-eens-aan-de-hand-gehad. En de telefoon zit ertussen. Ik heb iets meer afstand van het probleem waar de assistent vlak voor staat.
Ik heb nieuw receptenpapier naast de telefoon liggen. A. J. Weterings, internist. Een goede?

Arnold Weterings



Mw. Prof. Dr. H. A. van Peperzeel

Medische specialismen nader belicht

Radiotherapie

Ontwikkelingen in de laatste vijftien jaar

De grote vorderingen op het gebied van de radiotherapie hebben ertoe geleid dat thans de helft van alle kankerpatiënten gedurende zijn ziekte in aanmerking komt voor enige vorm van radiotherapie en dat ongeveer de helft van de patiënten kan genezen. Hoewel in twintig instituten in ons land radiotherapie in volledige omvang kan worden gegeven, is er een duidelijk tekort aan mankracht en apparatuur voor de toenemende vraag naar stralenbehandeling. Mw. Prof. Dr. H. A. van Peperzeel, hoogleraar radiodiagnostiek aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, belicht de nieuwste ontwikkelingen op haar vakgebied van de afgelopen vijftien jaar.

De behandeling van patiënten met ioniserende straling, de radiotherapie, is voortgekomen uit de radiologie. Reeds in de jaren zestig waren radiodiagnostiek en radiotherapie zo ver uit elkaar gegroeid dat in de praktijk een splitsing tussen beide vakken was ontstaan, die in 1972 resulteerde in twee aparte specialismen.

Opleiding

De opleiding in de radiotherapie, die vier jaar duurt, vindt thans uitsluitend plaats in A-opleidingen verbonden aan universiteitsafdelingen en in de beide categorale ziekenhuizen voor kankerbehandeling: het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en de Daniël den Hoed Kliniek.
De radiotherapeut behandelt bijna uitsluitend kwaadaardige aandoeningen, waar dan ook in het lichaam gelokaliseerd; hij zal zich kennis moeten verwerven van het natuurlijk beloop van verschillende tumoren, hun groeiwijze en hun metastaseringspatroon. Daarnaast zal hij vaardigheden moeten verwerven in het lokale onderzoek van de patiënt met een tumor, dat wil zeggen dat hij zowel moet kunnen keelspiegelen als een gynaecologisch onderzoek verrichten. De patiënten, die vaak tevoren hebben vernomen dat ze aan een kwaadaardige tumor lijden, moeten ruime aandacht krijgen waarbij nadere informatie wordt gegeven over de behandeling en de vooruitzichten voor de toekomst.

Behandeling

De behandeling vindt plaats met röntgen- of gammastraling of met snelle elektronen. Deze straling wordt opgewekt in apparatuur van zeer verschillende types, afhankelijk van de benodigde energierijkdom van de stralingssoort en het daarmee samenhangende doordringingsvermogen van de straling.
Juist op fysisch-technisch gebied zijn in de jaren zestig grote vorderingen gemaakt. De resultaten hiervan zijn in de afgelopen vijftien jaar ter beschikking van alle radiotherapie-instituten in Nederland gekomen. Het is nu mogelijk op elke diepte onder de huid met fotonenstraling een hoge dosis te bereiken; door de veel scherpere bundelbegrenzing kunnen gezonde weefsels in de omgeving zoveel mogelijk worden gespaard. Het gebruik van de computer bij de planning van de behandeling maakt een exacte dosisberekening in het doelgebied van de betraling mogelijk. Door deze fysisch-technische vooruitgang is de radiofysicus een zeer belangrijke plaats in de radiotherapieafdeling gaan innemen: hij heeft een doorslaggevende stem bij aanschaf en vervanging van de apparatuur en bij de stralenbescherming van patiënten en personeel en bewaakt mede de accuratesse van de stralingsbehandeling.

Nieuwe ontwikkelingen

Er zijn op het gebied van de inwendige bestraling ook andere nieuwe ontwikkelingen geweest dan die met betrekking tot de radiotherapie met uitwendige bundels.
Applicatie en implantatie van radiumbronnen werden reeds in het begin van deze eeuw toegepast bij de behandeling van tumor in uterus en vaginatop, maar ook in de mondholte. De bezwaren van deze behandeling lagen vooral in de stralenbelasting van het behandelend en verplegend personeel en in de kans op besmetting met radioactieve afvalprodukten van radium, die kon optreden bij minuscule lekken in de afscherming van de radiumbronnen. Een van de afvalprodukten van radium, het gasvormige radioactieve radon, speelde daarbij de hoofdrol. De vervaardiging van verrijkt radioactief cobalt, caesium en iridium, alle γ-stralers zonder gasvormige afvalprodukten, heeft de kansen op radioactieve besmetting tot nul gereduceerd.
De ontwikkeling van geautomatiseerde after-loadingapparatuur heeft het mogelijk gemaakt de lege bronhouders in het tumorgebied te appliceren, de localisatie te controleren, de dosis bij een gekozen bronsterkte te berekenen en pas daarna de bronnen in te brengen. Ook tijdens de behandelingsperiode kunnen de bronnen automatisch naar een kluis worden afgevoerd, zodat de verpleging en de verzorging van de patiënt kan geschieden zonder stralenbelasting voor verplegend personeel en bezoek.
Al deze fysisch-technische verworvenheden hebben tot betere resultaten bij de behandeling van tumoren geleid. Het ligt niet in de verwachting dat door verdere vooruitgang in de techniek nog grote winst kan worden geboekt.
Een drietal factoren is van groot belang voor de verdere voortgang op de weg naar verbetering van de behandelingsresultaten van de radiotherapie. Alle drie factoren hebben betrekking op de maligne tumor zelf, en wel: de gevoeligheid voor straling, de omvang en de metastaseringsneiging van de tumor.

Gevoeligheid voor straling

Er is een groot verschil in gevoeligheid voor straling tussen kwaadaardige tumoren van verschillende oorsprong, maar zelfs binnen hetzelfde histologische type kan het verschil in gevoeligheid voor straling groot zijn. Het pathologisch on- ▶

derzoek is zeer belangrijk om een indruk te geven van de te verwachten gevoeligheid; vooral de differentiegraad van het tumorweefsel is hierbij van belang. Daar de tolerantiebreedte voor stralenschade tussen tumorweefsel en gezond weefsel bij tumoren die hoog gedifferentieerd en weinig gevoelig voor straling zijn en omringend gezond weefsel maar zeer klein is, kan met radiotherapie vaak geen tumorlethale dosis worden toegediend.

Radiobiologisch onderzoek, zowel in het laboratorium als in de kliniek, heeft in de laatste twee decennia veel bijgedragen tot het onderkennen van deze problemen in de kliniek. Het vormt tevens een belangrijke stimulans bij het invoeren van nieuwe behandelingen. De celkinetica heeft inzicht gegeven in de verschillen in gevoeligheid voor straling van tumorcellen in de verschillende fasen van de celcyclus van delende cellen. Verschillen in gevoeligheid voor straling tussen goed en slecht van zuurstof voorziene cellen zijn aangetoond. In de kliniek heeft dit geleid tot onderzoek naar radiosensitizers en radioprotectors, stoffen die respectievelijk het tumorweefsel gevoeliger of het gezonde weefsel minder gevoelig maken voor de bestraling. Ook het gebruik van andere stralingssoorten, zoals neutronenstraling en protonenstraling, berust voor een belangrijk deel op het zogenaamde zuurstofeffect: bij deze deeltjesstraling zijn de verschillen in gevoeligheid voor stralen tussen zuurstofrijke en zuurstofarme cellen veel minder uitgesproken. Veranderingen in fractioneringsschemata, waarbij niet meer elke dag een kleine dosis straling wordt toegediend, maar waarbij bijvoorbeeld driemaal per week of meerdere malen per dag wordt bestraald, berusten eveneens op radiobiologisch onderzoek naar enerzijds de gevoeligheid voor straling, anderzijds het herstelvermogen van tumorweefsel en gezond weefsel. Combinaties van radiotherapie en hyperthermie – lokale verwarming van de tumor tot boven 42°C – is een ander voorbeeld van een nieuwe behandelingswijze die tot betere resultaten kan leiden bij slecht van zuurstof voorziene tumoren. Het is verheugend dat in Nederland de radiobiologen en de radiotherapeuten in dit belangwekkende internationale onderzoek een vooraanstaande rol spelen.

Omvang tumor

Daar vernietiging van een tumor door gefractioneerde bestraling plaatsvindt langs de weg van exponentiële celdood, hetgeen betekent dat bij elke gegeven gelijke fractie straling een zelfde percentage van de tumorcellen tot afsterven is gedoemd, is het duidelijk dat bij een groot tumorvolume een hogere dosis straling nodig is om de tumor te vernietigen dan bij een klein volume. Zeker bij tumoren die weinig gevoelig zijn voor straling kan het voorkomen dat de te geven dosis hoger moet zijn dan het gezonde weefsel kan tolereren, zelfs bij gebruikmaking van meerdere bundels hoog energetische straling en toepassing van de door de radiobiologie verworven kennis. In dat geval kan een combinatie van chirurgie met radiotherapie een verbetering van de resultaten geven, zij het dat bij combinatietherapieën ook altijd een combinatie van bijwerkingen optreedt en er een goede afweging moet worden gemaakt tussen de voor- en nadelen voor elke patiënt. Het best kan een dergelijke behandeling plaatsvinden in een clinical trial, waarbij in korte tijd voldoende patiënten op identieke wijze worden behandeld, zodat de resultaten ten aanzien van genezingskans en kans op bijwerkingen zo spoedig mogelijk bekend zijn.

Metastaseringsneiging

Een dergelijke procedure geldt ook voor de combinatie radiotherapie en chemotherapie. Radiotherapie is een lokale behandelingswijze, die zich bezighoudt met behandeling van het tumorproces en eventueel de aangrenzende lymfeklierstations. Wanneer uitzaaiing op afstand is opgetreden, kan de radiotherapie geen bijdrage tot curatie meer geven. In een aantal gevallen zal metastasering reeds zijn opgetreden, doch nog niet manifest zijn op het tijdstip van de behandeling van de primaire tumor. In clinical trials wordt nagegaan of een combinatiebehandeling van radiotherapie lokaal en cytostatische therapie voor respectievelijk de primaire tumor en de microscopische metastasen tot betere overlevingsresultaten kan voeren. Ook bij deze combinatietherapie zal altijd een combinatie van bijverschijnselen optreden, zodat zorgvuldig onderzoek is vereist naar de voor- en nadelen voor de patiënt.

De Nederlandse radiotherapeuten zijn de afgelopen vijftien jaar in belangrijke mate betrokken geweest bij de opzet en de uitvoering van Europese clinical trials voor een gecombineerde behandeling met chirurgie en cytostatische therapie.

Besluit

Alle genoemde ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat thans de helft van alle kankerpatiënten gedurende zijn ziekte in aanmerking komt voor enige vorm van radiotherapie en dat weer ongeveer de helft van deze patiënten kan genezen. Daarnaast kan radiotherapie een belangrijke bijdrage leveren bij de palliatie van klachten. Lokale pijnbestrijding, voorkoming van vena cava superior-syndroom en dwarslaesie, verbetering van de mobiliteit van patiënten met kanker zijn van eminent belang, juist voor vaak zeer bejaarde patiënten. De stralenbehandeling kan in de meeste gevallen poliklinisch geschieden; de benodigde dosis is niet zo hoog dat voor ernstige bijwerkingen moet worden gevreesd; de behandeling is weinig belastend en relatief goedkoop en de resultaten zijn vaak verrassend.

Thans zijn er in Nederland twintig instituten waar radiotherapie in volledige omvang kan worden gegeven. Er is evenwel een duidelijk tekort aan mankracht en apparatuur voor de toenemende vraag naar stralenbehandeling, zodat bijna alle instituten ernstig zijn overbelast. Dit blijkt ook uit een onderzoek dat de Gezondheidsraad zojuist heeft laten verrichten en waarvan in oktober 1984 rapport is uitgebracht. Uitbreiding van radiotherapiefaciliteiten in bijna alle instituten en versterking van de mankracht zowel op het terrein van de radiotherapie als op dat van de radiofysica is dan ook dringend gewenst. ■



H. Th. A. Schildkamp

Internationaal perspectief

Primary Health Care in Botswana

Geprikkeld door de recente belangstelling voor het Primary Health Care-concept licht H. Th. A. Schildkamp de betekenis van dit concept toe aan de hand van de gezondheidszorg in Botswana. Hij concludeert dat het gaat om een begrip dat méér is dan een model, namelijk een 'state of mind'. De auteur is werkzaam als adviserend geneeskundige bij het Regionaal Ziekenfonds Groningen. Voordien was hij als huisarts werkzaam en gedurende vijf jaar als algemeen arts in Botswana, waarvan enkele jaren als hoofd van een ziekenhuis.

In november 1983 hebben de Universitaire Leergangen te Groningen een symposium georganiseerd met als thema: 'Primary Health Care'. Daarbij werd gerefereerd aan de Verklaring van Alma Ata van de Wereldgezondheidsorganisatie (1978), waarin het Primary Health Care-concept werd geformuleerd. Centraal in deze formulering staat dat essentiële gezondheidszorg, als geïntegreerd onderdeel van het totale gemeenschapsgebeuren, toegankelijk moet zijn op een zo basaal mogelijk niveau. De bevolking heeft hierbij het recht en de plicht te participeren in haar eigen gezondheidszorgvoorzieningen.

Tijdens het symposium werden verschillende voordrachten gehouden over de betekenis van dit concept voor Nederland. Bij mij, met mijn vijf jaar ervaring in Botswana, riep deze discussie een aantal vragen op: Hoe werkt dit concept in de derde wereld? Wat is de praktische betekenis ervan? Wat zijn de resultaten? Immers, reeds vóórdat de Wereldgezondheidsorganisatie het begrip 'Primary Health Care' had gedefinieerd waren in Botswana beleidsuitgangspunten geformuleerd die de kern van dit concept raken. Aan de hand van de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Botswana wil ik trachten hierop wat nader in te gaan.

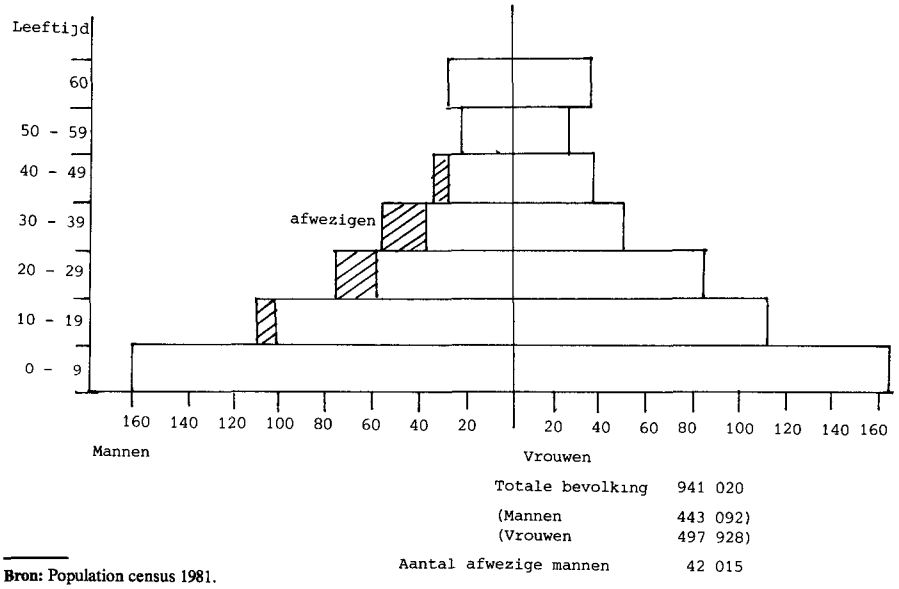
Situatieschets

Botswana *(figuur 1)* is een land zo groot als Frankrijk met ongeveer 1 miljoen inwoners. Het grootste deel van het land is nauwelijks bevolkt, in het centrum leven Bosjesmannen als nomaden. Er bestaat een landklimaat: droog, 's zomers heet, 's winters vrij koud. De laatste tien jaar is er sprake van urbanisatie; waren het voorheen vooral de traditionele dorpen (Serowe is het grootste traditionele 'homestead'dorp van Afrika), nu zijn vooral de hoofdstad Gaborone en de mijnsteden in trek.

Figuur 1.



Figuur 2. Bevolking van Botswana 1981.



Bron: Population census 1981.

Toch is 60% van de bevolking boven de 10 jaar uitsluitend afhankelijk van de landbouw en veeteelt. De bevolkingsopbouw is typerend voor een ontwikkelingsland *(figuur 2)*. Opvallend is dat een grote groep vooral mannen 'afwezig' is; dit zijn de mannen die in de mijnen van Zuid-Afrika werken en daar veelal voor het eerst worden geconfronteerd met de werkelijkheid van het daar heersende systeem. Veel van deze mannen komen verloederd terug en dragen in belangrijke mate bij tot de publieke meningsvorming over de blanke overheersing van Zuid-Afrika.

Botswana heeft zich redelijk autonoom kunnen ontwikkelen; de Boeren en de Engelsen hadden hun handen vol aan de conflicten die in Zuid-Afrika speelden. Bovendien leek het een arm, onvrucht- ▶

baar land zonder strategische betekenis. Toen het land in 1966 onafhankelijk werd vonden verkiezingen plaats. De leider van de Botswana Democratic Party (BDP) was Seretse Khama, die vanwege zijn huwelijk met de blanke Ruth Williams als 'chief' van de Bamangwato was afgezet.
De BDP won de verkiezingen en de gematigde Khama werd de eerste president. Dit feit (een gematigde, democratisch gezinde president) én het feit dat Botswana nooit een repressief systeem heeft gekend verklaren mijns inziens het uitzonderlijk gunstige politieke en culturele klimaat. Centraal in de Botswaanse politiek is het woord 'kagisanyo', vrij verhaald: 'harmonie'.
Te midden van de turbulente ontwikkelingen in dit subcontinent (Namibië, Angola, Rhodesië, Zuid-Afrika) heeft Botswana een eigen politiek gezicht weten te handhaven.

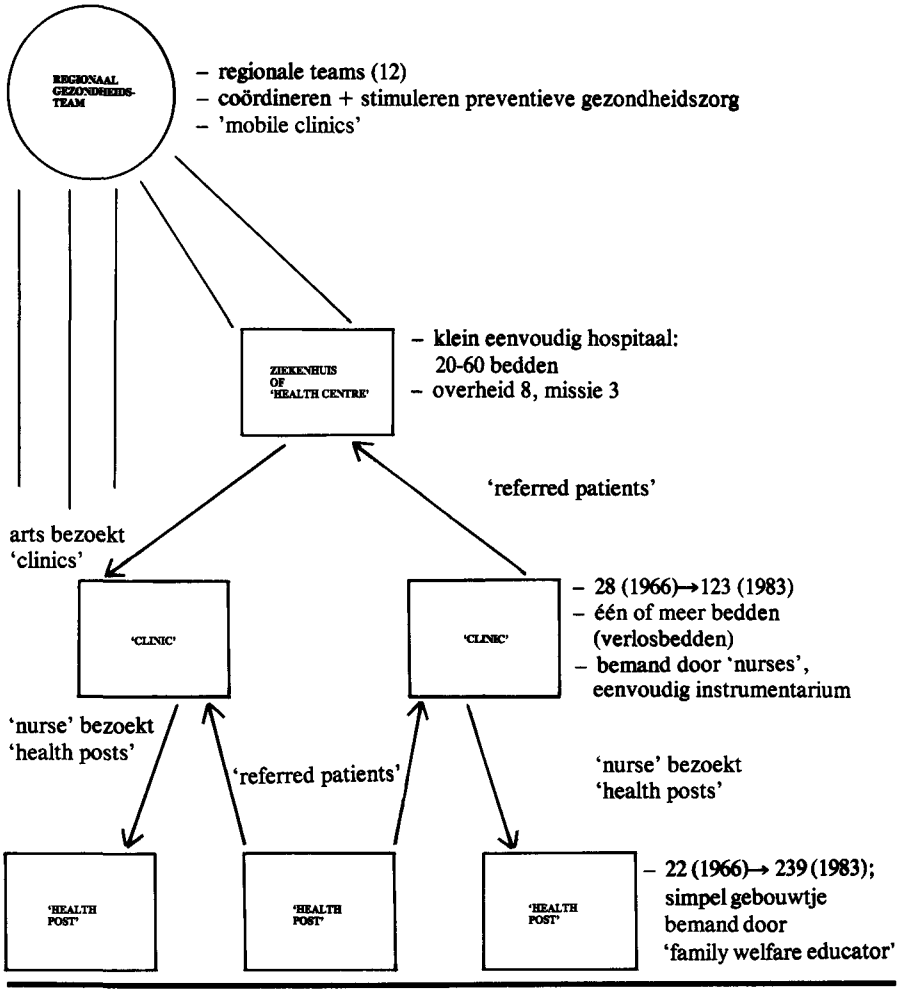
Structuur gezondheidszorg

Vóór de onafhankelijkheid werd de gezondheidszorg vooral gedragen door missie en zending; daarnaast bestond er een groot scala aan traditionele geneeswijzen. Van enige structuur of beleid was nauwelijks sprake. In het begin van de jaren zeventig werd een nieuw gezondheidszorgbeleid geformuleerd, gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- *decentralisatie*. Iedere gemeenschap van 500 mensen of meer moet een health post of clinic hebben;
- *bereikbaarheid*. Tenminste 80% van de bevolking moet dichter dan 10 km bij een health post of clinic wonen.
- voorrang voor de *preventieve gezondheidszorg*.

Uitgaande hiervan werd een structuur opgezet die het best te omschrijven valt als een 'bottom-up'-systeem *(figuur 3)*.
Het *eerste echelon* wordt gevormd door 'health posts' en 'clinics', waarvan de staf bestaat uit een 'family welfare educator' respectievelijk een verpleegster. 'Family welfare educators' zijn door de bevolking aangewezen mensen die een korte op de praktijk gerichte cursus hebben gevolgd, waarin moeder- en kindzorg, TB, enkele eenvoudige ziekten en preventieve gezondheidszorg aan de orde komen; zij maken deel uit van de gemeenschap waarvoor zij werken. De 'family welfare educators' worden met raad en daad terzijde gestaan door de zusters in de klinieken, die in de wat

Figuur 3. Structuur gezondheidszorg.



grotere plaatsen zijn gevestigd. Deze verpleegsters kregen tot voor kort een opleiding waarin het zwaartepunt lag op de verpleegtechnische problemen van de curatieve zorg. De laatste jaren heeft men ingezien dat dit niet de meest optimale invalshoek was voor werkers in het eerste echelon en is in de opleiding de nadruk gelegd op preventieve en praktisch-curatieve aspecten. Overigens is de verplegende 'stand' een van de belangrijkste machtsblokken in de organisatie van de Botswaanse volksgezondheid, vergelijkbaar met de medische stand in Nederland.
Het *tweede echelon* wordt gevormd door 'health centres' en ziekenhuizen, die in het algemeen eenvoudig van opzet zijn en met algemene artsen worden bemand. Ze bieden een basispakket aan curatieve zorg (waaronder röntgen- en laboratoriumfaciliteiten en operatiemogelijkheden). In twee ziekenhuizen is een beperkt aantal specialisten werkzaam.
Dit geheel wordt aangevuld en ondersteund door regionale teams, die vooral aandacht hebben voor *preventieve gezondheidszorg*.
In enkele grotere plaatsen zijn particuliere artsen werkzaam, buiten de ziekenhuizen; uitbreiding van de particuliere sector wordt door het ministerie niet of nauwelijks toegestaan.
De financiering van de gezondheidszorg vindt plaats door het ministerie; per consult of verpleegdag wordt een geringe eigen bijdrage gevraagd. Terwijl de verplegende sector vooral wordt gerecruteerd uit de autochtone bevolking, zijn de artsen vrijwel uitsluitend buitenlanders. De kwaliteit van de artsen is sterk wisselend. Een groot probleem is de continuïteit. Naast het 'reguliere' circuit zijn er vele traditionele genezers werkzaam; het ministerie is doende op dit gebeuren meer zicht te krijgen.

Gezondheidsproblemen

De belangrijkste ziekten in Botswana hebben te maken met de lage levensstandaard. ▶

Tuberculose blijft het belangrijkste probleem. Men schat dat ongeveer 5% van de bevolking aan deze ziekte lijdt. Daarom is TBC tot een belangrijk aandachtsveld gemaakt. Activiteiten ter zake: 'case finding' (speciale teams gaan uit op contactonderzoek); 'case holding' (belangrijk is goede registratie; in het bijzonder de steeds wisselende adressen en namen van de patiënten veroorzaken veel verwarring); BCG-vaccinatie.

Gastro-enteritis maakt vooral onder kinderen veel slachtoffers. In dit verband wordt nog eens gewezen op de funeste invloed van de produkten die borstvoeding vervangen (kleine baby: 1 blikje per maand, grote baby: 1 blikje per week = onbetaalbaar - aanlengen van de melk - ondervoeding - gastro-enteritis/andere infectieziekten).

Ondervoeding is vooral een sociaal probleem, gerelateerd aan de armoede. Ondanks de relatief gunstige voedingstoestand (gebaseerd op de agrarische levenswijze) zijn er tekenen dat ten gevolge van de aanhoudende droogte de laatste jaren steeds meer kinderen 'at-risk' zijn. Het is aannemelijk dat indien de droogte aanhoudt de consequenties voor deze leeftijdsgroep zeer ernstig zijn *(figuur 4)*.

Geslachtsziekten. Het aantal gonorroe- en syfilisgevallen stijgt jaarlijks. Een van de oorzaken hiervan is de ontheemding (men denke hierbij aan de groep mannen die jaarlijks in Zuid-Afrika emplooi vindt en de trek naar de steden).

Mazelen eist eveneens een hoge tol. In het ziekenhuis waar ik heb gewerkt, het Athlone Hospital, was er een mortaliteit van 5% van de gehospitaliseerde kinderen. Het adagium dat de 'external rash' evenredig is met de 'internal rash' (in de vorm van aantasting van de slijmvliezen van tractus respiratorius en digestivus) werd opnieuw bevestigd.

Tropische ziekten zijn minder verbreid. In sommige gebieden in het noorden komen malaria, trypanosomiasis en bilharzia voor.

Cardiovasculaire ziekten komen veel voor, vooral in de vorm van hypertensie en cardiovasculaire accidenten; hartinfarcten worden vrijwel nooit gezien. Zout is altijd al een lekkernij geweest voor de Botswana.

Overigens is het ziektepatroon globaal vergelijkbaar met de Nederlandse situatie van enkele tientallen jaren terug (relatief veel infectieziekten).

Achtergrond

Tegen welke achtergrond gezondheidszorg in Botswana zich gedurende de laatste tien jaar heeft ontwikkeld is in het *schema* beschreven.

Schema.	positief	negatief
klimaat	droog, gezond klimaat	mislukte oogsten, veesterfte wegens extreme droogte
infrastructuur	er wordt hard gewerkt aan verbeteren infrastructuur	dun bevolkt, slechte bereikbaarheid
drinkwater	grondwater wordt gebruikt als drinkwater (goede kwaliteit)	kritische grondwatersituatie (peil daalt)
welvaart	voedselvoorziening platteland redelijk	verpaupering in de steden, urbanisatie
politiek/cultureel klimaat	stabiel politiek en cultureel klimaat, geënt op traditionele waarden, geen corruptie	spanningen in het subcontinent

Resultaten

Om de gezondheidstoestand van een volk te kunnen beschrijven maakt de Wereldgezondheidsorganisatie gebruik van een aantal indicatoren. Uit de schaarse gegevens die beschikbaar zijn kan aan de hand van onderstaande opsomming worden geconcludeerd dat de situatie in Botswana is verbeterd.

- Het percentage van het bruto nationaal produkt dat aan gezondheidszorg wordt besteed bedroeg in 1978/1979: 1,77% en in 1981/1982: 2,54%, waarvan het merendeel werd besteed aan extramurale en preventieve zorg.
- Gezond water binnen een bereik van 15 minuten lopen (1983): stedelijke gebieden: 100%; platteland: 85%.
- 85-90% van de bevolking woont in 1983 binnen een straal van 15 km van een 'health-facility'.
- Voedingstoestand kinderen: zie *figuur 4*.
- Kindersterfte: in 1971: 97 per 1.000; in 1981: 68 per 1.000.
- De gemiddelde levensverwachting was in 1981: 56 jaar (in 1975: 55 jaar).
- Het bevolkingspercentage dat onderwijs heeft genoten nam toe van 32% (1971) tot 51% (1981).
- Bruto nationaal produkt per inwoner (gecorrigeerd): 1977/1978 : P 679; 1981/1982 (1pvla = 72,50).
- Moeder- en kindzorg:

	1980	1983
Percentage zwangere vrouwen dat de zwangerschapskliniek heeft bezocht	87%	96%
percentage bevallingen onder supervisie	52%	62%
family-planning	11,9%	

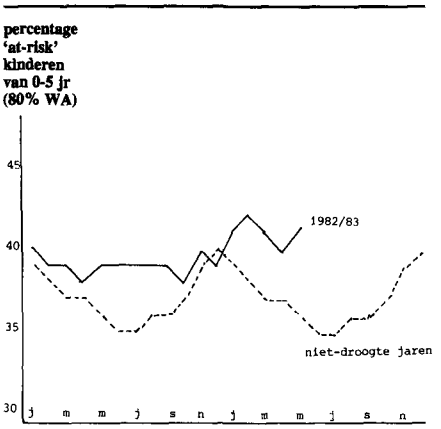
- Vaccinaties (kinderen onder de 14 jaar):

	1980	1983
DPT	71%	82%
polio	71%	77%
BCG	92%	94%
mazelen	64%	75%

Beschouwing

Vanuit een vrij maagdelijke situatie werd in Botswana een structuur opgebouwd die veel overeenkomsten vertoont met de bedoelingen als verwoord in de WHO-definitie van Primary Health Care: de toegankelijkheid tot permanente gezondheidszorg is vergroot, de participatie is toegenomen (men denke hierbij aan de rol van de 'family welfare educators') en er is méér aandacht voor preventieve gezondheidszorg.

Figuur 4. Nationale 'at-risk' prevalentie gedurende de droogteperiode 1982-1983 vergeleken met de 'at-risk' prevalentie tijdens niet-droogtejaren.



Bron: Ministery of Health, Botswana.

Het initiatief tot deze veranderingen lijkt te zijn uitgegaan van de verplegende sector, gesteund door de politiek. Een vergelijking in de tijd van een aantal gezondheidsindicatoren toont het beeld van vooruitgang. Het lijkt er dus op dat Primary Health Care een operationeel waardevol concept is, dat onder gunstige omstandigheden, zoals die in Botswana in het algemeen bestaan, snel tot (voor mij als 'passant') verbluffende resultaten kan leiden.

Dat het Primary Health Care-concept ook een persoonlijke waarde heeft moge uit de volgende persoonlijke ervaring blijken: In 1978 bestond Athlone Hospital vijftig jaar. In dat kader vonden vele festiviteiten plaats. De binnenplaats van ▶

het ziekenhuis was opgeknapt, we hadden de gebouwen vrolijk opgeschilderd, wit en blauw (de nationale kleuren), de paarsblauwe jakarandabomen bloeiden uitbundig. Iedereen lachte, dronk, at en vierde feest. Er was poppenkast en volkstoneel.
Eén van die toneeltjes verhaalde van een moeder wier ene kind was overleden terwijl het andere kind ernstig ziek was; het eerste kind was gestorven aan het eten van afgekeurd vlees. In ons dorp stond een abbatoir; het toneel liet zien hoe 's ochtend bij zonsopgang stukken rot vlees via een drain werden afgevoerd; de kinderen gingen daar in alle vroegte heen en namen het vlees mee, waardoor vele kinderen in het dorp stierven en er nog méér ziek werden. Ik voelde me door honderden ogen aangestaard; hoe was het mogelijk? Vijf jaar werken in dit dorp; vele kinderen waren aan gastroenteritis gestorven en hier vonden deze zaken plaats zonder dat ik daar iets van afwist.

'Primary Health Care', 'Health for all in the year 2000'; fraaie woorden, die soms pijn doen en onvermijdelijk relatief zijn. 'Primary Health Care': een begrip dat méér is dan een model; het is ook een 'state of mind'. ■

Met dank aan H. Leliefeld, cursusleider van de opleiding Sociale Geneeskunde te Utrecht, voor zijn waardevolle adviezen.

Literatuur

Alma Ata 1978; Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.

Es JC van. Primary Health Care. Medisch Contact 1983; 38: 1287.

Muller F. Primaire gezondheidszorg. Medisch Contact 1983; 38: 1303-6.

Vrij A. Primairy Health Care. Medisch Contact 1983; 38: 146-7.

Beusing J. Wie wil in Nederland Primary Health Care? Medisch Contact 1984; 39: 141-6.

Ministery of Health, Botswana. Diverse rapporten.

BOEKEN

J. Munnichs, **Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom.** *Derde herziene druk. Cahiers voor ouderdom en levensloop. Van Loghum Slaterus, Deventer 1984. 117 blz. ISBN 90 6001 884 2. Prijs f 19,50.*

Dit boek geeft een overzicht van het geheel van de voorzieningen voor ouderen in Nederland. Als zodanig is het een rijke bron van feitelijke informatie. De gegevens zijn up to date. De stagnatie in de huidige ontwikkeling doet ze, naar het zich laat aanzien, niet al te snel verouderen. De schrijver heeft zich niet beperkt tot de opsomming; hij geeft inzicht in de ontwikkeling, de betekenis en waarde van de voorzieningen. Een kritische opmerking hier en daar ontbreekt niet. Voorzieningen voorzien in een behoefte, stelt schrijver; uit het bestaan van voorzieningen zou men dus een visie op ouderdom kunnen opbouwen. Deze wordt dan mijns inziens te negatief: gelukkig zijn de meeste ouderen geheel zelfstandig. Een uitgebreide lijst van Nederlandse literatuur besluit het boek.
Een praktisch en inzicht gevend boek voor iedereen die met ouderen te maken heeft.

J. J. M. Michels

G. A. Lindeboom. **Dutch medical biography; a biographical dictionary of Dutch physicians and surgeons, 1487-1975.** *Rodopi, Amsterdam 1984. 2.243 + XXXI blz. ISBN 90 6203 676 7. Gebonden. Prijs: f 295,—.*

In een bestek van ruim 2200 bladzijden zijn biografische gegevens opgenomen van een zeer groot aantal geneeskundigen die binnen een periode van vijf eeuwen in Nederland hebben geleefd en gewerkt. Gegevens worden verschaft over geboorte- en sterftejaar, huwelijk en kindertal, professionele loopbaan en eventuele publikaties en ook over activiteiten buiten het medische vlak. Deze gegevens worden niet beperkt tot die geneeskundigen die naam hebben gemaakt; ook minder op de voorgrond staande artsen vinden een plaats in dit boek.
De biografie is in het Engels geschreven. Dit maakt de geschiedenis van de Nederlandse geneeskunde ook voor anderen dan landgenoten toegankelijk, hetgeen een groot voordeel kan worden genoemd. Bij de vertaling moesten wel vele problemen worden overwonnen: niet alle Nederlandse begrippen en functies kunnen zonder meer in het Engels worden vertaald.
Over het algemeen worden betrekkelijk gedetailleerde gegevens verstrekt, variërend van 3½ bladzijden voor Boerhaave tot een kwart bladzijde voor minder bekende artsen. Veel biografieën zijn van bronvermelding voorzien. Voor de samensteller moet de selectie van biografieën wel eens tot arbitraire keuzen hebben geleid. Dit neemt echter niet weg dat het boek een waardevolle aanwinst is voor bibliotheken, alsmede voor belangstellenden in de geschiedenis van de geneeskunde.
De samensteller verdient lof voor dit immense werk, de uitgever voor de verzorgde uitgave.

J. C. van Es

J. C. Pronk, J. P. M. Geraedts, G. J. P. A. Anders, A. W. Eriksson en M. F. Niermeyer, **Medische genetica.** *Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht 1984. 338 blz. Prijs f 75,—*

In Nederland heeft het tot nog toe ontbroken aan een goed boek over genetica. Het is dan ook zeer verheugend dat docenten in de genetica aan de medische faculteiten in ons land een boek over dit onderwerp hebben samengesteld. De auteurs zijn er mijns inziens in geslaagd de principes van overerving helder weer te geven. Met plezier heb ik de kennis die bij mij fragmentarisch aanwezig was, opgefrist en aangevuld.
Het boek begint met hoofdstukken over de basis van de erfelijkheid en de monogene en multifactoriële overerving. Hierna komt een hoofdstuk over biochemische genetica, waarin de erfelijke stofwisselingsaandoeningen aan de orde komen. Wellicht had op deze plaats het hoofdstuk over genlokalisatie en -koppeling moeten staan, vooral omdat dit hoofdstuk nogal theoretisch is. Hierop hadden de hoofdstukken over cytogenetica, mutagenese en carcinogese en de genetische aspecten van immuniteit goed kunnen aansluiten. In het hoofdstuk over populatiegenetica wordt de wet van Hardy-Weinberg en problemen die hiermee samenhangen, zoals de verschijnselen mutatie en selectie, besproken; ook dit hoofdstuk had ik graag wat meer in het begin gezien. Later komen wat meer op de praktijk gerichte onderwerpen, zoals populatiegenetica, dermatoglyfen, het erfelijkheidsadvies, prenatale diagnostiek en de diagnostiek bij mentale retardatie, aan de orde.
Hoewel het samengaan van theorie en praktische toepassing de relevantie van het bespreken van theoretische basisprincipes aangeeft, heb ik aan het einde toch een handige gids voor de medicus practicus gemist; wil de huisarts immers een eerste uitspraak over de overerving van bepaalde aandoeningen kunnen doen, dan zal hij ook een snel overzicht willen hebben van de aandoeningen waarbij dit probleem een rol speelt.
Wellicht kunnen de auteurs bij een volgende editie aandacht besteden aan de gemaakte opmerkingen.
Ik beveel dit boek van harte aan voor iedereen die met genetisch overdraagbare ziekten te maken heeft.

C. Spreeuwenberg

Drs. J. van Reek



Relatie roken en godsdienst

Een onderzoek in Nederland en de Verenigde Staten

In Nederland en de Verenigde Staten roken geregelde kerkgangers minder dan weinig- of niet-kerkgaanden. De puriteinse norm 'roken als profaan gedrag' blijkt het rookgedrag te beïnvloeden. Deze norm biedt geen aanknopingspunt voor anti-rookcampagnes. Waarschijnlijk is er een verband tussen geregelde kerkgang en mortaliteit. Aldus Drs. J. van Reek, als medisch socioloog verbonden aan de Rijksuniversiteit Limburg.

In sommige christelijke godsdiensten bestaan beperkingen ten aanzien van het consumptiegedrag. Richtlijnen hiervoor zijn te vinden in het Oude Testament. Zo geldt er een verbod van wijn en bedwelmende drank voor de dienstdoende priesters[1]. Voor gebruik van tabak wordt geen richtlijn gegeven, aangezien er geen tabak in de Bijbelse streken werd geteeld. In enkele sekten als de Zevende-Dags-Adventisten en Mormonen geldt echter een verbod van tabaksgebruik. Blijkens onderzoek is de tabaksconsumptie bij Zevende-Dags-Adventisten en Mormonen inderdaad zeer laag[2,3]. Het verband tussen roken en godsdienst is evenwel maatschappelijk algemener. In Nederland is het percentage rokers lager bij protestanten dan bij rooms-katholieken en onkerkelijken[4].
De bedoeling van dit artikel is het verband tussen roken en de grote godsdiensten in Nederland en de Verenigde Staten te analyseren, waarbij speciale aandacht wordt besteed aan geregelde kerkgangers.

Gegevens en methoden

De twee gebruikte surveys zijn Nationaal Onderzoek Persmedia-1982 (N=6732: personen van 20 jaar en ouder uit een steekproef van 13 jaar en ouder) en National Survey of Drug Use-1971 (N=2611: personen van 18 jaar en ouder). De oorspronkelijke data werden ter beschikking gesteld door de Stichting NOP en het voormalige Drug Abuse Epidemiology Data Center. Beide surveys zijn landelijk representatief en volgens de voor grote surveys gebruikelijke methoden uitgevoerd. Blijkens onderzoek worden vragen naar het wel of niet roken valide beantwoord[5]. Vragen naar godsdienst kunnen in een volkstelling tot problemen leiden, maar ze worden in vertrouwelijke surveys slechts door enkele procenten van de respondenten niet beantwoord. Voor het Nederlandse survey is geregelde kerkgang gedefinieerd als tenminste één kerkgang per week; voor het andere survey is zo'n nauwkeurige definiëring niet mogelijk.

Resultaten

Geregelde kerkgangers roken relatief minder. Binnen deze categorie roken minder protestanten dan rooms-katholieken. Bij de niet- of geregelde kerkgangers verschilt het percentage rokers weinig tussen protestanten, rooms-katholieken en onkerkelijken *(tabel 1)*.

Men kan veronderstellen dat de gevonden verschillen afhankelijk zijn van regionale verschillen in cultuur. Dit is gedeeltelijk getoetst door in drie gebieden het rookgedrag van rooms-katholieke vrouwen te analyseren: de 'Calvinistische' provincies Groningen, Friesland, Drente, Overijssel en Zeeland, de 'gemengde' provincies Gelderland, Utrecht, Noord- en Zuid-Holland en de 'Bourgondische' provincies Noord-Brabant en Limburg. In alle drie provincies roken niet of weinig geregeld kerkgaande katholieke vrouwen *(tabel 2)*, hetgeen de geoppperde veronderstelling onwaarschijnlijk maakt.

Men kan ook veronderstellen dat de samenhang tussen roken en kerkgang kan worden verklaard door middel van samenhangen met andere variabelen. Dit is getoetst door stapsgewijze lineaire regressieanalyse van het percentage rokers met geregelde kerkgang, leeftijd (34 jaar en jonger/35 jaar en ouder), schoolopleiding (lager onderwijs/meer dan lager onderwijs) en urbanisatie (platteland/stad) uit te voeren voor Nederland en de VS naar geslacht. In alle vier analyses is de samenhang tussen het percentage rokers en geregelde kerkgang significant: in drie gevallen is het zelfs de hoogste samenhang *(tabel 3)*, hetgeen de geopperde veronderstelling weerlegt.

Tabel 1. Percentages rokers naar godsdienst, geregelde kerkgang en geslacht bij volwassenen.

	Nederland in 1982		VS in 1971	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
geregelde kerkgangers:				
protestanten	49	18	29	22
rooms-katholieken	55	22	35	37
niet of weinig geregeld kerkgaanden:				
protestanten	55	33	49	43
rooms-katholieken	56	48	52	47
onkerkelijken	58	48	41	54

Tabel 2. Percentages rokers bij rooms-katholieke vrouwen in geselecteerde provincies.

	kerkgang	
	tenminste eenmaal per week	niet of weinig geregeld
Groningen, Friesland, Drente, Overijssel en Zeeland	21	48
Gelderland, Utrecht, Noord- en Zuid-Holland	26	48
Noord-Brabant en Limburg	18	50

Tabel 3. Correlatiecoëfficiënten van stapsgewijze lineaire regressie van roken en verklarende variabelen.

	Nederland in 1982		VS in 1971	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
geregelde kerkgang	-0.05	-0.17	-0.18	-0.17
leeftijd	-0.02	-0.15	-0.04	-0.07
schoolopleiding	-0.10	0.00	-0.02	0.02
urbanisatie	0.05	0.06	0.02	0.07
verklaarde variantie	12%	26%	19%	21%

* $p < 0.05$

Discussie

In Nederland en in de Verenigde Staten roken geregelde kerkgangers en protestanten minder dan respectievelijk weinig- of niet-kerkgaanden en rooms-katholieken of onkerkelijken. Bij verdere ▶

analyse blijkt het verband tussen roken en godsdienst niet afhankelijk te zijn van regionale cultuurkenmerken en andere mogelijk doorkruisende variabelen.
De verklaring voor het verband tussen roken en godsdienst ligt voor de hand. De puriteinse norm 'roken als profaan gedrag' beïnvloedt het rookgedrag. Bij de protestanten is dit in belangrijke mate een uitvloeisel van het Calvinisme. Bij de rooms-katholieken is er ook een neiging tot onthouding van wereldse geneugten, hetgeen onder meer in het Vasten is geconcretiseerd. Het verband tussen roken en geregelde kerkgang wijst op een groepsinvloed bij de instandhouding van de puriteinse norm. Godsdienst en in het bijzonder geregelde kerkgang is een betere voorspeller van het percentage rokers dan leeftijd, geslacht, schoolopleiding en urbanisatie. Niettemin komt het verband tussen roken en godsdienst zelfs niet aan de orde in de betere literatuur over het rookgedrag bij volwassenen, hetgeen duidt op een gebrek aan sociaal-wetenschappelijke ervaring op dit gebied[6-8].
Men kan veronderstellen, dat de opvatting van roken als profaan gedrag het stoppen met roken bevordert. Met behulp van het Amerikaanse survey kan evenwel worden berekend, dat er geen verband tussen ex-roken en godsdienst is. Roken als profaan gedrag is dus een traditionele norm en biedt geen aanknopingspunt voor anti-rookcampagnes. Weliswaar is het Vijfdagenplan van de Zevende-Dags-Adventisten bruikbaar gemaakt voor het grote publiek, maar zeer weinig ex-rokers hebben van deze methode gebruik gemaakt[9].
Uiteraard wordt via het verband tussen riskante gewoonten zoals roken en godsdienst de gezondheid beïnvloed. Belangwekkend is het verschil in coronaire morbiditeit tussen Trappisten en Benedictijnen, hetgeen samenhangt met verschillen in leefwijzen[10]. Latere onderzoekingen naar de sterfte bij Zevende-Dags-Adventisten doen wat anekdotisch aan. Er wordt voorbijgegaan aan het mogelijk algemener verband tussen godsdienst en mortaliteit. In één Amerikaans onderzoek wordt er evenwel in het begin van de jaren zeventig een verband tussen kerkgang en mortaliteit gevonden[11]. Daarna was er weinig aandacht voor een algemene samenhang tussen godsdienst en gezondheid. ■

Literatuur

1. Leviticus 10: 8-11.
2. Berkel J. (1980) Het reine leven: aspecten van voedings- en gezondheidsstatus van Zevende-Dags-Adventisten in Nederland. Hart Bulletin 1980: 11: 72-6.
3. Lyon JL, Gardner JW, Klauber MR et al. Low cancer incidence and mortality rates in Utah. Cancer 1977: 39: 2608-18.
4. Van Reek J.Rookgedrag in Nederland van 1958-1982. T Alc Drugs 1983: 9: 99-103.
5. Doel DV, Becklake MR. The use of alveolar carbon monoxide in validating questionnaire reported smoking history in adolescents. In: Abstracts of papers accepted for the 9th International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association, Edinburgh, 1981.
6. Reeder LG. Sociocultural factors in the etiology of smoking behavior: an assessment. In: Jarvik ME et al. (ed.) Research on smoking behavior. Washington DC, National Institute of Drug Abuse: 1977; 186-201.
7. US Departement of Health, Education and Welfare. Smoking and health. Washington DC, US 1979. Printing Office: appendix.
8. The health consequences of smoking for women. US Departement of Health, Education and Welfare.Washington DC, US 1980, Printing Office: 15-42.
9. Versteegh HD (1981) 'Wat doen wij voor rokers die willen stoppen?' In: 'Trekt de rook op?' Stichting Volksgezondheid en Roken, 's-Gravenhage: 29-35.
10. Groen JJ, Tijong KB, Koster M et al. The influence of nutrition and ways of life on blood cholesterol and the prevalence of hypertension and coronary heart disease among Trappist and Benedictine monks. Am J Clin Nutr 1962; 10: 456-70.
11. Comstock GW, Partridge KB. Church attendance and health. J Chron Dis 1972; 25: 665-72.

PROMOTIES

Aan de onderstaande universiteiten zijn tot doctor in de geneeskunde gepromoveerd:

Katholieke Universiteit Nijmegen

A. J. J. Verhofstad, proefschirft: 'The adrenal medulla'. Promotores: Prof. Dr. H. J. Lammers en Prof. Dr. R. Nieuwenhuys.

A. H. B. M. Vermeulen, proefschrift: 'Een decennium evaluatie van partiële prothesen'. Promotor: Dr. A. F. Käyser.

A. N. Vermeulen, proefschrift: 'Immunologically significant proteins of sporozoites; an experimental study in a rodent malaria model'. Promotor: Prof. Dr. J. H. E. Th. Meuwissen. KU Nijmegen.

Rijksuniversiteit Groningen

M. Nap, proefschrift: 'Carcino embryonic antigen (CEA), an immuno histochemical study'. Promotores: Prof. Dr. Ph. J. Hoedemaeker en Prof. Dr. J. D. Elema.
J. Pols, proefschrift: 'Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Th. S. Szasz'. Promotor: Prof. Dr. W. K. v. Dijk.
C. J. A. J. Sloof, proefschrift: 'De klassificatie en het beloop van schizofrene en reactieve psychosen'. Promotor: Prof. Dr. R. Giel.
A. Syperda, proefschrift: 'Thyreoglobuline by hyperthyreoide en schildkliercarcinoom'. Promotores: Prof. Dr. W. D. Reitsma en Prof. Dr. H. Doorenbos.



C. N. Tromp, proefschrift: 'Gevolgen van hydrocephalus'. Promotores: Prof. Dr. J. W. F. Beks en Prof. Dr. P. E. Boeke.
G. J. Schuurhuis, proefschrift: 'Radiation damage to erythrocytes'. Promotor: Prof. Dr. I. Molenaar.
J. de Vries, proefschrift: 'Beenmergembolie en cryochirurgie'. Promotor: Prof. Dr. J. Olthoff.
W. R. de Vries, proefschrift: 'Ervaringen met de chirurgische behandeling van borstwandtumoren'. Promotor: Dr. A. Eijgelaar.

BENOEMINGEN

Aan de onderstaande universiteiten hebben de volgende benoemingen plaatsgevonden:

Universiteit van Amsterdam

F. J. Oppenoorth tot hoogleraar in de toegepaste entomologie.
Dr. J. W. Delleman tot bijzonder hoogleraar in de ophthalmogenetica.

Vrije Universiteit

Dr. J. Schoemaker tot hoogleraar in de pathofysiologie van de menselijke voortplanting.

Erasmus Universiteit

Prof. Dr. Th van Joost tot hoogleraar in de dermatologie en venerologie.
Dr. R. N. Lemon tot hoogleraar in de neuroanatomie.
Dr. P. J. van der Maas tot hoogleraar in de maatschappelijke gezondheidszorg.
Dr. F. J. G. Oostvogel tot bijzonder hoogleraar in de medische gerontologie/geriatrie.

Rijksuniversiteit Limburg

Dr. W. Albers tot hoogleraar in de medische statistiek.
Prof. Dr. Tj. de Boorder tot hoogleraar in de arbeidsgeneeskunde.
Dr. F. Th. Bosman tot hoogleraar in de pathologie.
Dr. G. J. Kok tot hoogleraar in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Katholieke Universiteit Nijmegen

Dr. V. C. H. H. Ropers tot hoogleraar in de anthropogenetica.

Technische Hogeschool Twente

Dr. G. Zilvold tot bijzonder hoogleraar in de revalidatietechniek.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht; Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. Telefoon 030-885411 (17 lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	Dr. J. J. H. M. Daniëls, voorzitter; F. N. M. Bierens, ondervoorzitter; Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw, Dr. R. C. Schokker en Th. W. J. Derksen, leden; W. J. de Regt (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD), C. F. A. Heijen (ondervoorzitter LSV) en J. Bosman (voorzitter LVSG), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Vroom-Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijn en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken. Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, directeur; Mw. J. M. Mantel-Dusamos, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) **College voor Sociale Geneeskunde (CSG)** **College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)**	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. H. Fermin, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissié (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, ambtelijk secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Bibliotheek	Prof. Dr. G. A. Lindeboom, bibliothecaris. p/a Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk

MC

Nr. 51/52 – 21 december '84 – 39e jaargang

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

CP

25 jaar Permanent Comité van artsen der EEG

Europa, zinvol voor artsen?

Terugblik en vooruitzicht bij het 25-jarig bestaan van het Permanent Comité van artsen der EEG

Het 25-jarig bestaan van het Permanent Comité (CP) biedt, naast het aanbieden van gelukwensen, gelegenheid het verleden en de toekomst van het comité onder ogen te zien. Een van de vragen die daarbij opkomt betreft het rendement van het CP voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap. Tezelfdertijd vraagt men zich af in hoeverre de inspanningen welke een aantal artsen zich getroost inzake de Europese problematiek van de gezondheidszorg worden beloond en overeenkomen met hetgeen door de medische professie wordt verwacht. In deze bijdrage komen achtereenvolgens het ontstaan en de werkwijze van het CP, de aspecten die van belang zijn voor de Europese eenwording, de bereikte resultaten van het CP en de invloed van haar werkzaamheden op de ontwikkeling van de gezondheidszorg aan de orde.

Ontstaan en werkwijze

Het in 1957 gesloten verdrag van Rome leidde tot besprekingen van vertegenwoordigers van de artsenorganisaties van de op dat moment zes lidstaten: België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg en Nederland. Deze besprekingen werden afgesloten met de oprichting van het CP in 1959 te Amsterdam met als voornaamste doelstellingen:
- het bestuderen en bevorderen van de hoogste kwaliteit van de medische opleidingen en de gezondheidszorg binnen de Europese Gemeenschap (EG);
- het vertegenwoordigen van de medische professie van de EG-lidstaten op het niveau van de EG;
- het bestuderen en bevorderen van de vrije artsenuitwisseling binnen de EG.

Het CP komt eenmaal per jaar plenair bijeen; eenmaal vergaderen de delegatiehoofden en tweemaal per jaar zijn er commissievergaderingen. Er zijn commissies betreffende sociale verzekering, juridische vraagstukken, bedrijfsgeneeskunde, ziekenhuisartsen, huisartsen, beroepsopleiding, medische ethiek, medische hulpmiddelen en gesalarieerde artsen. Er is voorts een liaisoncommissie van artsen met de farmaceutische industrie.
Het CP onderhoudt betrekkingen met verschillende internationale organisaties welke ten dele zijn geformaliseerd, zoals bijvoorbeeld de Europese Unie van medisch specialisten (UEMS), de Europese Unie van huisartsen (UEMO), de Europese associatie van ziekenhuisartsen (AEMH), de Europese Federatie van gesalarieerde artsen (FEMS) en de International Conference of Orders (publiekrechtelijke lichamen). Het formele contact met de officiële organen van de EG te Brussel verloopt voor wat deze organisaties betreft middels het CP. Het CP heeft verder relaties met de World Medical Association, met de Permanent Working Group of European Junior Doctors, met liaisoncommissies van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en vormt een gezamenlijke studiegroep met de Ziekenhuiscommissie van de EG. Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zweden en Zwitserland zenden waarnemers naar het CP. Door het toetreden tot de EG zijn in 1973 Denemarken, Engeland en Ierland en in 1981 Griekenland ook lid geworden van het CP. Het toetreden van Portugal en Spanje ligt in het verschiet. Besluiten van het CP worden in beginsel genomen in unanimiteit, hetgeen enerzijds betekent dat er van een feitelijk vetorecht sprake is en anderzijds dat een eenmaal genomen besluit wordt ondersteund door alle lidstaten en het CP in dat geval derhalve de spreekbuis vormt voor de omstreeks 550.000 artsen van de EG. In de ontwikkeling van de Europese Gemeenschap zijn enkele aspecten met name te noemen die een belangrijke rol spelen, zoals de motivatie tot eenwording, de socioculturele verschillen en het taalverschil.

Motivatie tot eenwording van de Europese Gemeenschap

De nationale gevoelens tot behoud van de eigen identiteit en de complexiteit van de problemen waarvoor de EG zich gesteld ziet eisen een hoge tol van de bereidheid tot samenwerking. De nadruk welke vanaf het ontstaan van de EG is gelegd op economische facetten heeft het relatieve belang hiervan sterk doen toenemen en vormt hierdoor een aanzienlijke rem op werkelijke integratie. De motieven tot deelname aan de werkzaamheden van de EG zijn voor de lidstaten niet identiek en op zichzelf niet van een zodanige aard dat er sterke impulsen van uit gaan. Op recente vurige pleidooien voor Europese eenheid van de huidige voorzitter van de EG is wel positief gereageerd, doch de tegengestelde onderstroom is hiermee nog niet gekeerd.
Het is dan ook alom de verwachting dat de toekomstige ontwikkeling weinig spectaculair zal zijn en in elk geval zal worden gekenmerkt door een laag tempo.
De problematiek waarmee de artsen in Europees verband worden geconfronteerd vormt uiteraard slechts een bescheiden onderdeel van de totale Europese problematiek, hetgeen niet wil zeggen dat vraagstukken op het gebied van de medische professie en de gezondheidszorg minder complex dan wel minder fundamenteel zouden zijn. De motivatie tot deelname aan het CP is dan ook niet altijd gelegen in de wens om een Europese Gemeenschap te vormen, maar meer in doelstellingen die voortkomen uit de nationale situatie op het gebied van de gezondheidszorg.

Het socioculturele verschil

De lange en rumoerige geschiedenis van Europa kent diverse hoofdlijnen van ontwikkeling, welke tot de huidige indeling in landen, cultuur- en taalgebieden heeft geleid. De lokale ontwikkelingen op sociaal, cultureel, politiek en ander gebied heeft in de lidstaten een bont palet van de gezondheidszorg doen ontstaan. De verschillen in bijvoorbeeld de educatie van de medische professie beïnvloeden in hoge mate het latere functioneren van de beroepsbeoefenaren, waardoor onder meer de kwaliteit van de zorg niet goed is te vergelijken.
De verschillen in de praktische beroepsuitoefening en de gevolgen daarvan in immateriële en materiële zin zijn aanzienlijk groter dan men oppervlakkig gezien zou vermoeden. Wanneer wij hierbij denken aan bijvoorbeeld de rechtspositie, de beloningsmethodiek, de differentiatie in specialismen, de organisatievorm, de wijze van staatstoezicht, de wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg en andere belangrijke facetten, dan is het duidelijk dat een aanzienlijke afstand moet worden overbrugd alvorens een standpunt in unanimiteit kan worden bepaald. In sommige opzichten zijn de verschillen dermate groot of fundamenteel dat ten hoogste overeenstemming kan worden bereikt over de algemene grondbeginselen.

Het taalverschil

De mogelijkheden tot samenwerken in de EG worden zeker belemmerd door het verschil in taal en het grondrecht om in de eigen moedertaal te mogen spreken in de vergaderingen. Uiteraard wordt hierbij gezorgd voor simultane vertaling, maar het onderlinge begrip wordt nogal eens op de proef gesteld door de omstandigheid dat identieke woorden een inhoudelijk verschillende betekenis blijken te hebben, zodat bij herhaling sprake is van misverstand, waardoor moeizame discussies ontstaan die veel vergen van het uithoudingsvermogen van de deelnemers.

Het CP bezigt vier officiële talen: Duits, Engels, Frans en Italiaans, welke tijdens vergaderingen actief worden vertaald, terwijl Deens, Grieks en Nederlands slechts passief worden vertaald. Voor dit doel zijn acht à negen tolken in functie die elk drie à vier talen beheersen. Bij de toetreding van Portugal en Spanje zal dit aantal exponentieel toenemen en de door de lidstaten i.c. de beroepsorganisatie gedragen kosten navenant. Een Nederlands voorstel om alleen Engels en Frans te spreken teneinde de eenwording te bevorderen, het vergaderrendement te verhogen en de kosten te beperken is vooralsnog onderwerp van discussie, waarbij met name de Duitse en Italiaanse delegatie ernstige bezwaren naar voren brengen.
Het moge duidelijk zijn dat bovengenoemde verschillen in motivatie, cultuur en taal een zware druk leggen op de deelnemende collegae en in belangrijke mate een vlotte voortgang van de werkzaamheden verhinderen.

Wat heeft het CP tot dusver bereikt?

In het volgende overzicht wordt een aantal stellingnamen vermeld die van verderstrekkend belang zijn:
In 1967 werd de Declaratie van Neurenberg (artikel 57-3 van het verdrag van Rome) door het CP aangenomen. Deze declaratie vormt de basis van de verdere besluitvorming en zover kan worden nagegaan is hiervan geen Nederlandse vertaling gepubliceerd, noch opgenomen in de Gedragsregels voor Artsen.
Hieronder volgt de tekst in een door een beëdigd tolk-vertaler geleverde vertaling:

Verklaring van de Permanente Commissie van Artsen van de EEG met betrekking tot de uitoefeningen van de geneeskunde binnen de Gemeenschap (artikel 57-3 van het Verdrag van Rome), aangenomen door de zitting van de Plenaire Vergadering, gehouden te Neurenberg op 24 en 25 november 1967.

1. Ieder mens moet de vrijheid hebben zijn arts te kiezen.
Ieder mens moet ervan verzekerd zijn dat, wat de verplichtingen van de arts ook mogen zijn ten opzichte van de maatschappij, al hetgeen hij zijn arts en diegenen die hem assisteren toevertrouwt geheim zal blijven.
Ieder mens moet de zekerheid hebben dat de arts die hij raadpleegt volledig onafhankelijk is, zowel op ethisch als medisch gebied en dat de arts de vrije keuze heeft in de wijze van behandeling.
Het menselijk leven vanaf het eerste begin en de mens als zodanig moeten, zowel in materieel als geestelijk opzicht, het onderwerp zijn van absoluut respect.
Waarborgen van deze rechten van de patiënt impliceren een gezondheidsbeleid dat voortvloeit uit een duidelijke overeenkomst tussen diegenen die verantwoording verschuldigd zijn aan de Staat en de georganiseerde medische professie.

2. Het doel dat ten grondslag ligt aan zowel het gezondheidsbeleid van de landen als aan het uitoefenen van de geneeskunde is het beschermen van alle burgers.
Het is de plicht van de Staten om alle voorzorgsmaatregelen te treffen die ervoor moeten instaan dat alle maatschappelijke lagen van de bevolking – zonder enige vorm van discriminatie – toegang hebben tot alle medische verzorgingen die zij nodig hebben.
Ieder mens heeft er recht op van de sociale instellingen en de medici die hulp te verkrijgen die hij nodig heeft om zijn gezondheid in stand te houden, te verbeteren, of te herstellen: hij heeft de plicht aan deze doelstellingen bij te dragen, zowel in materieel als in moreel opzicht.
De economische groei ontleent een van haar belangrijkste rechtvaardigingen ten opzichte van de mensheid aan de verbetering van de hulpmiddelen bestemd voor de gezondheid; de medische professie heeft de intentie alles te doen wat in haar vermogen ligt om het rendement van de geneeskunde op menselijk en maatschappelijk gebied te verhogen.

3. De bijzonder noodzakelijke samenspraak tussen de arts en zijn patiënt houdt rekening met het feit dat deze twee partners deel uitmaken van één gemeenschap, een voorwaarde voor elk gezondheids- en sociaal beleid. Maar er moet wederzijds vertrouwen bestaan tussen de patiënt en zijn arts, gebaseerd op de overtuiging dat de arts bij zijn behandeling de dienstverlening aan de mens ten zeerste hoogacht en bewust al zijn kennis in dienst daarvan stelt.
Hoe hij de geneeskunde ook uitoefent en hoe hij daarvoor ook wordt schadeloos gesteld, de arts moet toegang hebben tot de bestaande middelen die noodzakelijk zijn voor het medisch ingrijpen; hij moet vrij zijn in zijn keuze, rekening houdend met de belangen van zijn patiënt en de concrete mogelijkheden die de vooruitgang van de wetenschap en de medische vaardigheden met zich meebrengen.
Het moet artsen vrij staan hun praktijk samen op te zetten op een wijze die voldoet aan de technische en sociale behoeften van het beroep, mits de morele en technische onafhankelijkheid wordt gewaarborgd en de persoonlijke verantwoordelijkheid van iedere deelnemer wordt gehandhaafd.

4. De medische professie is één, onafhankelijk van de manier waarop de praktijk wordt uitgeoefend. Deze manieren zijn complementair. Zij vinden hun oorsprong in dezelfde deontologie, ook al zijn zij misschien onderworpen aan verschillende organisatorische voorwaarden.
Eerbied voor de morele rechten en grondbeginselen van de uitoefening van de geneeskunde wordt verzekerd door onafhankelijke instellingen afkomstig uit de medische beroepsgroep en toegerust met disciplinaire en rechterlijke macht, met name onder toezicht van de belangrijkste rechtsprekende instanties van het land.
Leden van de professie kunnen en moeten strijden voor eerbied voor de grondbeginselen bij de uitoefening van de geneeskunde, op voorwaarde dat de rechten van de patiënt worden beschermd.

5. De uitrustig van een ziekenhuis moet zijn aangepast aan haar specifieke opdracht ten dienste van de gehele bevolking. Haar vestiging is het vervolg van een gezamenlijk beleid, waaraan de overheid en de georganiseerde vakgroep deelnemen en dat aan de overheid en het particulier initiatief een ruimere verdeling van de instellingen voor gezondheidszorg toewijst. Het is opgebouwd uit een verscheidenheid aan instellingen,onderling geordend en gerangschikt, die de taak of de verschillende taken die haar zijn toebedeeld vervullen: voorkómen, verzorgen, revalidatie, onderwijs, wetenschappelijk onderzoek.
Deze organisatie moet in zijn geheel rekening houden met de uitgangspunten, vastgelegd in het ziekenhuishandvest, opgemaakt door de Permanente Commissie van Artsen van de EEG, en zij moet de autonomie respecteren van iedere instelling die een administratief en medisch bestuur moet hebben.
De beroepsmatige onafhankelijkheid van de ziekenhuisarts moet worden gegarandeerd door middel van onaanvechtbare benoemingscriteria en statuten die hem een duurzame functie, economische onafhankelijkheid en maatschappelijke bescherming verzekeren.
De technische vooruitgang van onze industriële beschaving en de economische groei die daar het gevolg van is hebben als hun natuurlijk doel, met name door toedoen van een gezondheidsbeleid, de volledige lichamelijke en geestelijke ontplooiing van de mens, van alle mensen tot bloei te brengen.

Aldus de Declaratie van Neurenberg.

In 1967 werd een charter aangenomen betreffende de ziekenhuisartsen in de EG, waarin regels werden gesteld ten aanzien van de beroepsuitoefening van ziekenhuisartsen waaraan de lidstaten tenminste dienden te voldoen om de vrije uitwisseling van deze artsen mogelijk te maken.
In 1968 werd een charter aangenomen betreffende gesalarieerde artsen, waarin regels werden gesteld betreffende beloning, promotie, werkomstandigheden en sociale voorzieningen en voorwaarden vastgelegd ter waarborging van de professionele onafhankelijkheid.
In 1969 werd te Brussel een charter aangenomen betreffende bedrijfsgeneeskunde, waarin als doel werd omschreven het bevorderen en in stand houden van het fysieke, mentale en sociale welzijn van werkers in alle beroepen. Dit charter werd in 1979 in Kopenhagen herzien en in 1980 te Dublin door het CP aanvaard. In deze laatste versie, waarbij onze landgenoot collega Dr. L. de Boer een grote rol heeft gespeeld,

wordt een uitvoerig overzicht gegeven van de verschillende aspecten van bedrijfsgeneeskunde en de status van de bedrijfsgeneeskundige.
In 1972 werd te Hamburg in een gezamenlijke declaratie van het CP en de Ziekenhuiscommissie van de EG een uitvoerig reglement vastgelegd betreffende de relatie ziekenhuismanagement-medische staf en de onderwerpen van wederzijds belang voor informatie en discussie.
In 1975 werden na veel voorbereidend werk van het CP door de Europese Commissie de richtlijnen voor artsen aanvaard, waardoor wederzijdse diploma's werden erkend en vrije uitwisselingen van artsen binnen de lidstaten mogelijk werd.
In de richtlijnen werden de eisen geformuleerd waaraan de medische basisopleidingen dienden te voldoen zodat gelijkwaardigheid van het eindprodukt zou worden verkregen. Dit besluit van de Europese Commissie leidde overigens tot de merkwaardige situatie dat later tot de EG toetredende staten verzekerd zijn van directe erkenning van het artsdiploma in de EG, zoals Griekenland in 1981 en in de nabije toekomst Portugal en Spanje.
In 1977 werd te Kopenhagen een motie aangenomen betreffende de huisartsopleiding waarin artikel 8 van de richtlijn 75/362/CEE als volgt diende te worden geïnterpreteerd: dat dezelfde grondbeginselen gelden als bij de opleiding van medisch specialist en dat deze voorlopig strekken – op basis van tijdelijke rechten – tot de wederzijdse erkenning van specifieke opleidingen in de huisartsgeneeskunde door de lidstaten waar een zodanige opleiding bestaat.
In 1978 werd te Kopenhagen een aanbeveling gegeven voor de specifieke opleiding tot huisarts waarin tot uitdrukking werd gebracht dat: de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde voor de huisartspraktijk essentieel is; deze opleiding zowel elementen van opleiding in het ziekenhuis als in de huisartspraktijk diende te bevatten; deze opleiding tenminste twee jaar zou duren. Verder werd aanbevolen dat de specifieke opleiding tot huisarts in 1985 verplicht of vrijwilig zou worden ingevoerd in alle lidstaten van de EG en vervolgens dat elke arts die naar een lidstaat migreert, waar deze opleiding verplicht is gesteld, deze verplichting dient na te komen voordat hij in dat land als huisarts kan praktizeren.
In 1978 werd te Kopenhagen een declaratie betreffende de kosten van de gezondheidszorg in de EG door het CP aanvaard. De positie van de arts werd beschreven in de situatie dat de middelen voor de gezondheidszorg afnemen. Daarin werd onder meer gesteld dat artsen wel de verantwoordelijkheid aanvaarden voor de door hen ter zake gegeven adviezen,maar dat zij zich niet kunnen vereenzelvigen met om politieke of economische redenen genomen beslissingen op het gebied van de gezondheidszorg.
In 1979 werden te Kopenhagen de principes aangenomen betreffende contracten met gesalarieerde artsen, waarbij de minimumvoorwaarden werden omschreven waaraan dezen dienden te voldoen in de lidstaten.
In 1980 werd na veel stuwend werk van het CP het Raadgevend Lichaam voor de medische opleidingen opgericht waarin vertegenwoordigers van overheid, universiteit en professie zitting hadden. Het doel hiervan was het opstellen van standaardeisen voor de medische opleidingen en advisering hieromtrent aan de Europese Commissie.
In 1982 werd te Dublin de declaratie betreffende de nascholing vastgesteld en door het CP aanvaard. In een veertiental punten werd nader uitgewerkt dat nascholing een ethische verplichting is van iedere praktizerende arts gedurende zijn beroepsleven. Van belang is punt 10 dat vermeldt dat nascholing niet zal worden afgedwongen door straf, dwang of het intrekken van de erkenning met als motivering dat het verzekeren van deelname aan de nascholing geen garantie is voor enige baat en tevens een onaanvaardbare druk legt op het beroepsleven.
Na het totstandkomen van de richtlijnen voor artsen in 1975 is het aandachtsgebied van het CP belangrijk uitgebreid hetgeen moge blijken uit een aantal niet nader te noemen stellingnamen betreffende onder meer: de gezondheidszorgwetgeving in Italië, de toename van artsen, de vrije circulatie van ziekenhuisartsen in opleiding, de verantwoordelijkheid voor schadelijke stoffen, het charter van ziekenhuispatiënten van de Ziekenhuiscommissie van de EG, stralingsbescherming, Europese gezondheidskaart, onderwijs in medische ethiek, numerus clausus, opleiding van bedrijfsgeneeskundigen, gezondheidseconomie, opslag van medische gegevens in computers, enz.
Curieus is de stellingname in 1977 in Kopenhagen, alwaar men zich uitsprak tegen een taaltest in welke vorm dan ook in het geval van migratie naar een andere lidstaat.
De arts heeft de ethische verplichting de taal van het gastland te spreken teneinde aan zijn beroepsverplichtingen te kunnen voldoen en de lidstaten zijn er verantwoordelijk voor dat de geëmigreerde arts faciliteiten ter beschikking worden gesteld teneinde de noodzakelijke taalbeheersing te verwerven.

Kanttekeningen

Na dit beknopte overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen (de officiële stukken van de afgelopen 25 jaar hebben de omvang van meters) zou ik, refererend aan het begin van deze beschouwing, enkele kanttekeningen willen plaatsen betreffende het rendement en de betekenis voor de medische professie van de in Europees verband verrichte inspanningen en inzet van de participerende delegaties.
Bij rendement in het geval van internationale betrekkingen denkt men aan wederzijds voordeel of aan het gezamenlijk belang. De keuze van de parameters hangt hierbij in belangrijke mate af van de visie welke men heeft op internationale betrekkingen en van de waarde die men hecht aan de doelstellingen, zoals eenwording en integratie. Het staat wel vast dat deze doelstellingen van de EG niet in alle gevallen voor de betrokken lidstaten van voordeel zijn. Degenen immers die zich op een bepaald gebied boven de mediaanlijn bevinden zullen bij integratie moeten inleveren en in het geval dat hetgeen op nationaal niveau is bereikt een zodanige betekenis heeft dat men dat niet wenst prijs te geven, zal in de overige lidstaten eerst de achterstand moeten worden ingelopen alvorens tot overeenstemming kan worden gekomen.
De goede organisatiegraad van de medische beroepsbeoefenaren in Nederland en de ten onzent bestaande traditie op het gebied van bijvoorbeeld opleiding, registratie, beroepsuitoefening, nascholing en dergelijke, plaatsen ons land in de voorste regionen. Er is derhalve onzerzijds weinig geneigdheid om enige vermindering van het bereikte niveau toe te staan en Nederland heeft door deze houding in het CP een belangrijke plaats als voorbeeld voor de ontwikkelingen in de overige lidstaten.
Het feit dat beslissingen in unanimiteit dienen te worden genomen heeft weliswaar een aanzienlijke vertraging van de besluitvorming ten gevolge, maar anderszijds heeft een eenmaal genomen besluit een verderstrekkende betekenis doordat in de lidstaten met enige achterstand op een bepaald gebied het lokale proces van bewustwording bij de betrokkenen wordt versneld en tevens de richting van de ontwikkeling wordt geleid volgens het aangenomen principe.
Deze gang van zaken heeft tot gevolg dat er een gemiddelde verhoging optreedt van het niveau van de kwaliteit van de gezondheidszorg in de lidstaten van de Europese Gemeenschap en uiteindelijk dat integratie toeneemt en eenwording mogelijk wordt gemaakt.
Een zeker oordeel over de invloed van het CP op het gebied van de ontwikkeling van de gezondheidszorg is evenwel niet te geven, daar een en ander niet is te kwantificeren. Men mag veronderstellen dat er enige positieve invloed aanwezig is en het regelmatig samenkomen van de delegaties heeft tenminste als gunstig gevolg dat wederzijdse kennis en begrip toenemen.
De artsen die hun land in het CP vertegenwoordigen vormen een voorhoede die zich inzet voor het bewaren en binnen de EG veilig stellen van die waarden die voor de medische professie essentieel zijn.
De doelstellingen van het CP welke in 1959 bij de oprichting zijn geformuleerd hebben hun betekenis behouden en bij herhaling heeft het CP gebruik gemaakt van de gelegenheid om op de daartoe geëigende plaatsen de opvattingen van de medische professie te laten horen.
Enige bescheidenheid is echter ten aanzien van de bereikte resultaten wel op zijn plaats, hoewel moet worden opgemerkt dat zonder de voordurende inzet van vele collegae in de lidstaten – waarbij ten onzent Landheer en Van Nieuwenhuizen met ere mogen worden genoemd – geen enkel resultaat was verkregen.
Het bereiken van de wederzijdse erkenning van de artsdiploma's mag

een pover resultaat lijken, wanneer men bedenkt dat het CP de periode van 1959 tot 1975 daarvoor nodig heeft gehad; dit resultaat dat vrije uitwisseling van artsen mogelijk maakte werd echter als eerste bereikt bij de beroepsgroep artsen; andere beroepsgroepen zijn daarna gevolgd met het door de artsen geconcipieerde model als leiddraad. De mogelijkheid tot vrije uitwisseling van artsen is evenwel zeer beperkt benut, in Italië is minder dan 0.01% van de artsen afkomstig uit de EG en in Nederland omstreeks 1% als uitersten in de reeks.
De besluiten van het CP zijn in het algemeen bij de medische beroepsbeoefenaren weinig bekend en de betekenis ervan heeft voor de artsen in de lidstaten een verschillend karakter. Van de bovengenoemde charters gaat een sturende invloed uit op het functioneren van artsen, bijvoorbeeld in ziekenhuizen of in dienstverband. Het standpunt betreffende bedrijfsgeneeskunde heeft een merkbare invloed op de ontwikkeling in die landen waarin deze vorm van beroepsuitoefening in de kinderschoenen staat. Hetzelfde geldt onder meer voor de declaratie over de nascholing. De richtlijnen voor de specifieke opleiding tot huisarts zijn onder meer door interne problemen in Duitsland lange tijd opgehouden, maar mede door de voortdurende aandrang van het CP in samenwerking met de UEMO zal de Europese Commissie zich omstreeks eind 1984 uitspreken (dit is/was althans de bedoeling). De conclusie lijkt gewettigd dat het CP in de afgelopen 25 jaar enkele besluiten heeft genomen die een positieve invloed hebben op de ontwikkeling en het peil van de gezondheidszorg in de EG. De deelname daaraan door de Nederlandse delegatie is zinvol geweest.

Beschouwing

De eerder beschreven aspecten verhinderen een vlotte werkwijze en het tempo waarin besluitvorming tot stand komt is soms ergeniswekkend laag, waardoor nauwelijks een anticiperend beleid kan worden gevoerd en uitspraken van het CP achter de feitelijke ontwikkeling aanlopen. Daarbij komt dat de energie van de aanvangsperiode voornamelijk is gestoken in het bereiken van de vrije artsenuitwisseling binnen de EG in 1975 en dat daarna een zodanig grote hoeveelheid onderwerpen ter hand is genomen dat logischerwijs de effectiviteit ernstig is gedaald.
Bij herhaling is er door de Nederlandse delegatie op gewezen dat de complexe structuur onder meer leidt tot de onoplosbaarheid van een aantal vraagstukken, zodat deze derhalve beter niet op de agenda kunnen worden opgevoerd dan uitsluitend ter wederzijdse informatie. Voorstellen onzerzijds tot aanpassing van de werkwijze hebben nog weinig effect gesorteerd.
Recent heeft het secretariaat (momenteel gevestigd in Parijs) een voorstel tot wijziging van de statuten gedaan om te komen tot een uitbreiding van het CP met de leden van de Raad van Europa die geen lid zijn van de EG, zonder verandering van de werkwijze! Ten einde de discussie over dit voorstel een bredere dimensie te geven is door ons een tegenvoorstel gedaan om te komen tot een organisatie van artsen in Europa mét aanzienlijke veranderingen van de werkwijze!
Het is wel zeker dat voor het uitdragen van de algemene grondbeginselen van de medische professie een breed draagvlak van de artsen gewenst is. De geneigdheid tot een andere organisatievorm te geraken is bij de betrokken landen niet erg groot; er bestaat eerder de neiging om het voorlopig maar bij het oude te houden.
Mondiaal speelt er het probleem van de World Medical Association, waarvan langzamerhand meer dan de helft van de aardbol geen lid meer is of zelfs niet is geweest. De World Health Organisation erkent de WMA niet meer als een voor de artsen representatief orgaan.
Een internationaal platform waarop de leden van de medische professie elkaar kunnen ontmoeten en van gedachten wisselen over de grondbeginselen van de beroepsuitoefening en vanwaaruit de opvattingen van de medische professie ter zake kunnen worden uitgedragen wordt door ieder van de betrokken landen als gewenst gezien, doch over de vorm bestaan verschillen van mening. Het CP kan een platform vormen voor de artsen van de EG en zich in unanimiteit uitspreken over zaken van algemeen en gemeenschappelijk belang. Het draagvlak is evenwel beperkt en de werkwijze op dit moment is niet toereikend voor dit doel.

Sinds enige tijd zijn gesprekken gaande tussen onder andere Engeland, Ierland, Nederland en de Scandinavische landen ten einde een basis te vinden waarop op vruchtbare wijze kan worden samengewerkt in een context van een min of meer gelijkende sociale en culturele structuur, waardoor de verschillen kleiner zijn en er efficiënter kan worden gewerkt. Vooralsnog zal het een utopie blijven dat de bestaande verschillen in cultuur en taal tussen de landen van de EG worden opgelost; een groepering van de landen in de noord-west regio van Europa is wellicht in dat opzicht beter tot een eenheid om te smeden.
Het streven naar een op bredere basis gestoeld platform dat op adequate wijze de opvattingen van de medische professie kenbaar kan maken heeft onze warme instemming, maar zal niet eenvoudig kunnen worden gehonoreerd.
Het CP in de huidige vorm is voor dit doel een minder geschikt instrument en in feite na 25 jaar aan een ingrijpende renovatie toe om aan de eisen van de toekomst te kunnen voldoen.

Samenvattend

Bij gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het Comité Permanent van de artsen van de EG wordt een terugblik en een overzicht gegeven van de bereikte resultaten welke enige invloed hebben gehad op de ontwikkeling van het peil van de gezondheidszorg in de lidstaten van de EG. Door de aanmerkelijke verschillen in onder meer motivatie, cultuur en taal kan slechts overeenstemming worden bereikt ten aanzien van algemene onderwerpen die de medische professie regarderen.
Het blijft noodzakelijk dat de medische professie zich op een zo breed mogelijke basis organiseert, ten einde de grondbeginselen van de medische professie te bewaken en uit te dragen. Het CP vormt een dergelijk platform en kan spreken namens de artsen van de EG, maar de huidige werkwijze is van dien aard dat de gewenste doelstelling niet voldoende tot zijn recht komt.
De bereidheid tot een andere meer efficiënte organisatievorm is in het algemeen gering.
Wanneer het CP zijn doelstellingen wil waarmaken dan is na 25 jaar wellicht het tijdstip voor renovatie aangebroken.

Dr. J. L. A. Boelen,
voorzitter KNMG-delegatie CP

Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met doodzwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld.

Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder. Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningsplein 27 in Den Haag, telefoon 070-631923

SIRE

Publicatie aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Ideele Reclame

KNMG

Kort verslag HB-vergadering d.d. 4 december 1984

Verkiezingen
Het hoofdbestuur kiest tot voorzitter voor het jaar 1985 F. N. M. Bierens, apotheekhoudend huisarts te Wehl (Gld).
Tot ondervoorzitters voor het jaar 1985 worden gekozen Th. W. J. Derksen, verzekeringsgeneeskundige te Malden en W. H. Cense, huisarts te Urk.

Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG)
Het hoofdbestuur bespreekt de concept-nota van de commissie-FOG, welke nota de KNMG-bijdrage is aan het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over het FOG 1986 van het ministerie van WVC. Na een uitvoerige discussie wordt de nota vastgesteld.

Participatie-actieplan
Het Hoofdbestuur keurt een notitie over taak en functie van de afdelingen goed. Deze notitie zal in het kader van het participatie-actieplan aan de betreffende KNMG-afdelingen worden toegezonden.

Vestigingsproblematiek
Van een KNMG-lid is een uitvoerige brief ontvangen over de problemen die deze arts in het kader van de vestigingsregeling heeft ondervonden. Aangezien de brief niet als een incidenteel signaal kan worden gezien, wordt besloten met de betreffende maatschappelijke vereniging een en ander op te nemen.

Waarneemtarieven 1985
Na ampel beraad besluit het hoofdbestuur de waarneemtarieven voor huisartsen voor 1985 niet goed te keuren. Het hoofdbestuur is van mening dat de hoogte der tarieven niet in overeenstemming is met de functiewaardering van een geregistreerd huisarts.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

KNMG

Restitutie inschrijf- en registratiegelden

De voordelen van het KNMG-lidmaatschap strekken zich ook uit tot een korting op inschrijf- en registratiegelden. Hoe eerder men KNMG-lid wordt, hoe hoger het financiële voordeel. Medische studenten kunnen al vanaf het D2-examen aspirant-lid worden.
Het nieuwe restitutiesysteem ziet er vanaf 1 januari 1985 als volgt uit: na 1 jaar lidmaatschap bedraagt de korting 20%, na 2 jaar 25%, na 3 jaar 30%, na 4 jaar 35%, na 5 jaar 40%.
Uiteraard geldt deze restitutie alleen voor KNMG-leden.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

LSV

Ledenvergadering d.d. 6 december 1984

In de Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging, donderdag 6 december jl. gehouden in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht, heeft LSV-voorzitter Dr. J. W. Imhof zijn waardering uitgesproken voor de wijze waarop momenteel de bewindslieden samen met de LSV het Generaal Akkoord verdedigen en verder inhoud geven. Hij onderstreepte dat als de LSV wat afspreekt zij zich daar dan ook met alle kracht achter zet. De LSV-voorzitter wees ook op de verbeterde contacten met de specialisten binnen de academische ziekenhuizen en op de wijze waarop gezamenlijk wordt geprobeerd het functiewaarderingsvoorstel van Binnenlandse Zaken van tafel te krijgen. Om de goede contacten te continueren zal een Commissie Academische Specialisten worden ingesteld, zoals er al een Commissie Ziekenhuisstaven is voor de overige ziekenhuizen.
Over het Generaal Akkoord werd medegedeeld dat met de wetenschappelijke verenigingen contact is geweest over het bepalen van norminkomen, normpraktijk en normatief kostenpakket. Het overleg over de functiewaardering is opgeschort vanwege de onacceptabele voorstellen met betrekking tot de functie van de academische medische specialisten. De uitkomsten van de onderhandelingen zullen waarschijnlijk grotendeels voor advies aan de Voorlopige Adviescommissie Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren (VAC) worden gezonden. Het betreft overleg over pensioen en sociale voorzieningen.

Het meewerken aan de ziekenhuisbudgettering is door de LSV verwoord in een gemeenschappelijke intentieverklaring met de NZR. Het degressief systeem bevordert op de lange duur de instroom. Per 1 juli zal dit tariefsysteem ook in de particuliere sfeer worden doorgevoerd. De LSV probeert de inning van een en ander voor de leden zo soepel mogelijk te laten verlopen. De tariefverlaging in de particuliere sfeer met 5% is per 1 november ingegaan. In de loop van 1985 volgt een nadere detaillering om te komen tot een uniforme codering (ziekenfonds/particulier).

Op 4 december heeft minister De Koning van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het rapport van de VAC aan de Eerste en Tweede Kamer gezonden. Tegelijkertijd is het naar de leden gegaan. Voluit heet het 'Advies interimoplossing 1983/1984 medische specialisten'. Er zijn enkele interpretatieproblemen die onder de aandacht van de minister zullen worden gebracht.

Staatssecretaris Van der Reijden van Volksgezondheid heeft op 5 december een voorstel ontvangen over de goodwill. Centraal staat daarin een regeling met betrekking tot de schadeloosstelling, een en ander conform het al eerder door de ledenvergadering ingenomen standpunt met betrekking tot het zogeheten WAPO-rapport.