

zijn. Deze specifieke klacht werd vlot verteld en dit deel van de anamnese verliep geheel volgens de instructie. Daarna nam het gesprek een enigszins andere wending. De patiënte was namelijk niet geïnstrueerd om in te spelen op een uitvoerige biografische anamnese en had dus geen ingestudeerd verhaal klaar als antwoord op de vrij gedetailleerde vragen die ik haar in deze context stelde. Om het spel toch zo goed mogelijk mee te spelen, ging ze mijn vragen beantwoorden op geleide van haar eigen feitelijke levensloop. Deze reactie ligt uiteraard voor de hand, aangezien het, zeker in de gestileerde omgeving van een volle collegezaal, onbegonnen werk is om ter plaatse improviserend een coherente biografie te verzinnen.

De plotselinge authenticiteit in de antwoorden die de patiënte gaf op mijn vragen, had echter één neveneffect in de vorm van een andere innerlijke reactie op die antwoorden. Op het moment zelf was ik -niet wetend dat een verhaal waarvan ik wist dat het verzonnen was, overging in een authentiek verhaal - nogal onzeker over dit verschil. Pas achteraf, toen patiënte in het nagesprek vertelde wat er gebeurd was, werd mij duidelijk dat ik, niet geheel bewust, het verschil tussen fictie en feit in het verhaal geregistreerd had.

Ervaringen als deze komen hoogst waarschijnlijk veel vaker voor. Ze bieden waardevol 'oefenmateriaal' om een van de meest waardevolle diagnostische 'instrumenten', de getrainde zelfobservatie tijdens het gesprek met de patiënt, systematisch verder te ontwikkelen.

H.S. Verbrugh

¹ Rethans JJ, Van Boven C. De dokter onderzocht. Simulatiepatiënten met mictieklachten op het spreekuur van de huisarts. Huisarts Wet 1988; 31: 3-11.

Naschrift

Bij wet zijn er twee bepalingen vastgesteld ten aanzien van de relatie tussen een doktersassistentenopleiding en de praktijk waar de stagiaire stage loopt. Ten eerste moet er een officiële samenwerkingsovereenkomst gesloten zijn voor iedere individuele stagiaire tussen de school en de stageverlenende huis-

arts; deze omvat onder meer werktijden en inhoud van de begeleiding.

Wij spraken in ons artikel inderdaad over criteria en Ten Cate heeft gelijk als hij stelt dat die er niet zijn, uitgezonderd de hiervoor vermelde bepalingen. Wel heeft de opleiding waar wij mee samenwerken, impliciete criteria ten aanzien van stageverlenende huisartsen. Deze zijn vooral tot stand gekomen door goede of slechte ervaringen met huisartsen die eerder stage verleenden. Wij hadden in ons artikel correcter moeten formuleren dat de deelnemende huisartsen niet aan expliciete criteria voldeden. Belangrijkste conclusie uit onze redenering was dat de onderzochte groep huisartsen zich niet van te voren in negatieve zin onderscheidde. In het licht van het voorgaande menen wij toch dat deze gehandhaafd kan blijven.

Verbrugh stipt een belangrijk probleem aan. Het is erg moeilijk om een simulatiepatiënt zo uitgebreid op zijn rol voor te bereiden dat hij elke benadering die de te bezoeken arts kan hanteren volledig kan 'volgen'. Deze diepgang van training zal in belangrijke mate volgen uit de aard van de klacht, maar zal inderdaad ook afhangen van de filosofie van de te bezoeken arts. Toch moet een gedegen training van de patiënt, ook op grond van eerdere ervaringen, hier de oplossing brengen.

De opmerking van Verbrugh dat ervaringen zoals hij die had zeer waardevol zijn, kunnen wij alleen maar beamen. Wel is het zo dat hij die ervaring kreeg in een situatie waarbij het hem duidelijk was dat hij met een simulatiepatiënt te maken had, terwijl de onderzochte groep artsen dit juist niet wist. Hierdoor kon Verbrugh het verschil tussen authentiek en gespeeld gedrag eerder ontdekken.

Jan-Joost Rethans
Cees van Boven

Twee bijdragen uit het Jaarverslag 1986 van het Amsterdams Peilstation Project. 'Verzoek om euthanasie' is van de hand van J.C.M. van Wieringen, 'Consult AIDS' van de hand van H. Moerkerk.

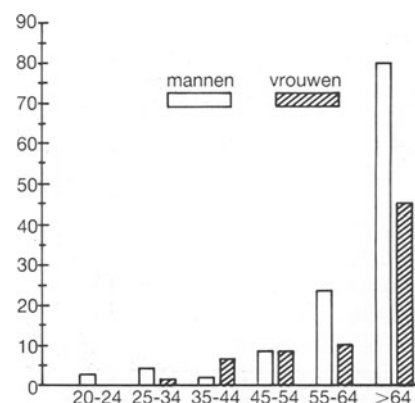
Verzoek om euthanasie

De laatste jaren is de euthanasie in de openbaarheid gebracht. In 1985 verscheen het rapport van de Staatscommissie euthanasie. Volgens de commissie zou euthanasie plegen ongestraft kunnen blijven, wanneer de zieke in een uitzichtloze noodsituatie verkeert en wanneer (volgens vier leden) zijn overlijden onafwendbaar aanstaande is.¹ Overigens heeft het kabinet in augustus 1987 zijn standpunt bekend gemaakt, dat inhoudt dat het Wetboek van Strafrecht ongewijzigd blijft ten aanzien van strafbaarheid van euthanasie.

In een ten behoeve van de Staatscommissie gemaakte notitie over de beschikbaarheid van (onderzoeks)gegevens wordt als conclusie gesteld dat onderzoek naar euthanasie moeilijk en schaars is. De enig beschikbare gegevens zijn die van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, waarbij sinds 1976 het verzoek tot toepassen van actieve euthanasie wordt geregistreerd, en die van de huisartsenpeilstations in Den Haag uit 1985 en 1986.²⁻⁴

Door sommigen wordt verondersteld dat iedere huisarts gemiddeld eenmaal per jaar euthanasie pleegt. Het leek vooralsnog niet haalbaar dit *handelen* te registreren. Besloten werd te beginnen

Figuur 1 Incidentie 'verzoek om euthanasie' in 1986 naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 10.000 per jaar.



met de registratie van het *verzoek* om euthanasie of om hulp bij zelfdoding.

In 1986 werden in totaal 91 gevallen van 'verzoek om euthanasie' door de huisartsen gerapporteerd. De meeste verzoeken om euthanasie werden gedaan door patiënten van 55 jaar en ouder (84 procent van het totaal). De incidentie van het verzoek om euthanasie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder is de incidentie bij mannen hoger dan bij vrouwen (*figuur 1*). In de jongere leeftijdsgroepen zijn de aantallen te gering om uitspraken over de incidentie te kunnen doen.

Op basis van de peilstationgegevens zouden 100 Amsterdamse praktijken per jaar 300 verzoeken om euthanasie kunnen verwachten: gemiddeld drie gevallen per praktijk per jaar. Deze aantallen liggen veel hoger dan in Den Haag, waar in 1984 68 gevallen van 'verzoek om euthanasie' per 100 huisartsen werden berekend. In 1986 bleek dit aantal gedaald tot 48 gevallen per 100 huisartsen.^{3 4} Ook in de Continue Morbiditeits Registratie worden lagere aantallen genoemd: 65 gevallen van 'verzoek tot actieve euthanasie' per 100 huisarts-deelnemers per jaar voor de jaren 1984 en 1985.²

Vermeld moet worden dat het landelijk peilstationsysteem het verzoek tot toepassen van euthanasie retrospectief, dus achteraf over het jaar, heeft verzameld. Mogelijk leidt dit tot een onder-rapportage. De auteurs uit Den Haag staan in voor de volledigheid van de registratie.

Daar beide peilstationverslagen geen leeftijdspecifieke incidentiecijfers geven, is niet direct te bepalen of een verschil in leeftijdsopbouw tussen de onderzochte populaties een verklaring is voor de gevonden verschillen. Een globale vergelijking toont aan dat in Amsterdam 22 procent en in Den Haag 25 procent van de bevolking tot de leeftijdscategorie van 60 jaar en ouder behoort (1983). Ook in Den Haag komt het grootste deel (circa 80 procent) van de verzoeken om euthanasie van personen uit deze leeftijdscategorie. Het gevonden verschil wordt dus niet verklaard door de leeftijdsopbouw van de bevolking.

Opgemerkt moet worden dat de in Den Haag gehanteerde definitie afwijkt van de Amsterdamse: 'euthanasie is handelen dat beoogt en bewerkstelligt de beëindiging van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk verzoek'. Het is niet duidelijk of hulp bij zelfdoding hierbij meegerekend werd. Verschil in definities zou dus een deel van het gevonden verschil kunnen verklaren. Andere verklaringen kunnen gezocht worden in een verschillende attitude ten opzichte van euthanasie tussen Amsterdammers en Hagenaars, in een ander morbiditeitspatroon of bijvoorbeeld in een grotere mate van eenzaamheid in Amsterdam. Hierover kan met de nu beschikbare gegevens geen uitspraak worden gedaan.

De registratie van het verzoek om euthanasie wordt in 1987 voortgezet en uitgebreid met een eventuele diagnose, de aanleiding voor het verzoek en het al dan niet inwilligen van het verzoek.

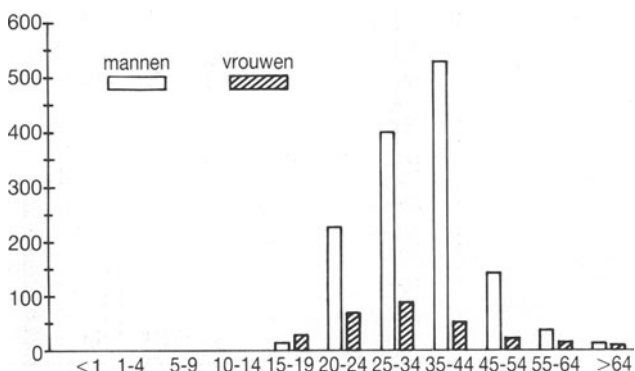
Consult AIDS

Sedert in 1983 de voorlichtingsactiviteiten met betrekking tot AIDS in Amsterdam zijn gestart, zijn huisartsen in toenemende mate geconfronteerd met *consulten* die betrekking hadden op vragen/angst over deze ziekte of met klachten die betrekking zouden kunnen hebben op AIDS of ziektebeelden als AIDS Related Complex (ARC). Meestal gaat het hier om patiënten uit de risicogroepen voor AIDS, zoals mannen met homoseksuele contacten of intraveneuze druggebruikers.

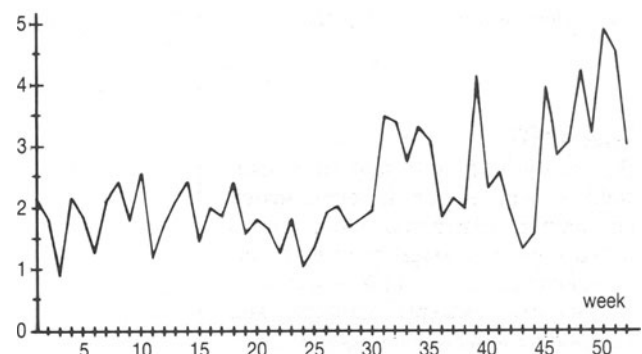
Seksuele voorkeur of druggebruik is niet geregistreerd door de peilstationartsen. De registratie beoogt inzicht te geven in het verloop van de consulten waarbij het onderwerp AIDS aan de orde kwam, met name in relatie tot de berichtgeving over AIDS en de intensieve voorlichtingscampagnes die in 1986 in Amsterdam zijn gevoerd.

In totaal werden door de peilende artsen 803 patiënten – 681 mannen en 122 vrouwen – geregistreerd vanwege een consult dat betrekking had op de AIDS-problematiek (*figuur 2*). De incidentie van AIDS-consulten was bij mannen 203 per 10.000. Bij vrouwen was dit aanzienlijk lager: 34 per 10.000 inwoners. De hoogste incidenties werden naar leeftijdscategorieën gezien bij mannen van 35-44 jaar, gevolgd door mannen van 25-34 jaar. Opvallend is dat de laatste twee kwartalen van 1986 een toename van het aantal AIDS-consulten te zien geven, met name bij mannen van 25-45 jaar. Bij vrouwen is de stijging veel langzamer (*figuur 3*).

Figuur 2 Incidentie van het 'consult AIDS' in 1986 naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 10.000 per jaar.



Figuur 3 Incidentie van het 'consult AIDS' in 1986 naar tijdstip. Aantallen per 10.000 per week.



Er kan een direct verband worden gelegd tussen het aantal contacten en een intensivering van de publiciteit rond AIDS. Op het einde van de zomer van 1986 begon in Nederland een constante stroom van perspublicaties los te komen, die met name op de risicogroepen was gericht; in die tijd begon ook het aantal consulten wegens AIDS steeds sterker te stijgen. Het valt te verwachten dat het merendeel van de patiënten afkomstig was uit de risicogroepen; de genoemde toename, de sterkere spreiding over de stad en het stijgend aantal vrouwen doen echter vermoeden dat ook patiënten met een heteroseksuele achtergrond in toenemende mate ongerust over AIDS begonnen te worden.

- ¹ Rapport van de Staatscommissie Euthanasie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
- ² Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1985. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ³ Oliemans AP, Nijhuis HGJ. Euthanasie(-verzoek). Epidemiologisch Bulletin (Den Haag) 1986; 21(2).
- ⁴ Schudel WJ. Euthanasie(-verzoek). Epidemiologisch Bulletin (Den Haag) 1987; 22(2).

Vervolg van pag. 134

- ¹⁰ Akerstedt T, Gillberg M. Sleep disturbances and shiftwork. In: Reinberg A, Vieux N, Andlauer P, eds. Night and shift work: biological and social aspects. Oxford: Pergamon Press, 1981; 127-38.
- ¹¹ Rutenfranz J. Occupational health measures for night- and shiftworkers. J Human Ergology 1982; 11(suppl): 67-86.
- ¹² Harrington JM. Shift work and health: a critical review of the literature. London: HMSO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1978.
- ¹³ Akerstedt T, Knutsson A, Alfredson L, Theorell T. Shift work and cardiovascular disease. Scand J Work Environm Health 1984; 10: 409-14.

H. M. PIETERS

Workshop on vocational training

Van 15 tot 18 oktober 1987 vond in het Leeuwenhorst Conferentie Centrum – de plaats waar in 1974 de originele Leeuwenhorst Group werd opgericht – een workshop plaats over de stand van zaken met betrekking tot de beroepsopleiding tot huisarts in Europa.

Ambitieuze programma

De EEG-maatregelen om de beroepsopleiding te verlengen tot drie jaar onderstrepen het feit dat we, wat de beroepsopleiding tot huisarts betreft, een nieuwe periode ingaan. De New Leeuwenhorst Group was in 1985 reeds tot de conclusie gekomen dat deze nieuwe periode voor een groep als deze, die zich bezig houdt met de promotie van huisartsgeneeskunde door 'learning and teaching', nieuwe taken met zich zou meebrengen. Met deze workshop wilde de New Leeuwenhorst Group het feit onder ogen zien dat de huisartsgeneeskunde nu een plaats in de universitaire wereld heeft verworven, die goed onderwijs vergt.

Om de discussie een bredere basis te geven, waren van elk land drie afgevaardigden gevraagd die elk in één van de drie discussiegroepen zitting zouden nemen. De eerste groep zou zich vooral bezighouden met de essentiële aspecten van het vak en hoe deze aspecten zijn te onderwijzen. Om dit te bereiken heb je praktiserende huisartsen nodig. Wat komt daarbij kijken? Hoe is het functioneren als goed huisarts te combineren met het opleider/docent zijn? Met dit dilemma zou de tweede groep zich bezighouden. De laatste groep zou zich vooral richten op het garanderen van deze kwaliteit met behulp van selectie en evaluatie van zowel opleiders/docenten als van de artsen in opleiding.

Dit ambitieuze programma zou in drie dagen door middel van introducties van de diverse afgevaardigden gevolgd door discussie in de groepen moeten leiden tot conclusies die een trend zouden moeten zetten voor de opleiding tot huisarts in Europa.

Beminnelijke Zwitser

Op donderdagmiddag werd na een welkomstwoord van voorzitter Spreeuwenberg en een introductie op de workshop door J. Heyrman (voorzitter van de workshop) direct gestart met de discussie in de verschillende groepen. Zelf nam ik deel aan de groep twee. Het is elke keer weer verrassend om in de discussies de positie van de huisarts in de diverse landen weerspiegeld te zien, hetgeen zijn consequenties heeft voor de opleiding tot huisarts. Dit maakt het ook moeilijk om zonder al te veel begripsverwarring op één

lijn te komen. Mijn groep werd echter voorgezeten door een zeer beminnelijke Zwitser, die een zeer goed klimaat in de groep wist te bewerkstelligen; hij stimuleerde een ieder tot een inbreng stimuleerde en liet elke afgevaardigde in zijn waarde. Dit had tot gevolg dat er een goede informatie-uitwisseling plaatsvond.

De discussies werden telkenmale voorzien van een conclusie voor de toekomst. Het geheel werd aan het eind van de discussie op een voortreffelijke manier samengevat door de secretaris van onze groep. Dit maakte dat het geheel ook voor de deelnemers met een handicap van de taal zeer goed te volgen was. Het waren zeer geanimeerde discussies. De Engelsprekende landen zetten wel hun stempel, maar mijns inziens niet al te nadrukkelijk.

Voor de conclusies verwijs ik geïnteresseerden naar het verslag van deze workshop.

Curriculum-constructie

Op de vrijdagmiddag werden de groepsdiscussies onderbroken door een plenaire bijeenkomst over: 'Hoe een nieuw curriculum te construeren?'. Deze presentatie werd verzorgd door enkele Nederlandse afgevaardigden: Van Geldorp, Grol en Pollemans. Zij verzorgden deze presentatie als oud-leden van de Commissie Curriculum Constructie Beroepsopleiding tot huisarts (CCBOH), die eind 1986 zijn rapport uitbracht aan het CHG. Mijns inziens een prima presentatie, maar voor enkele afgevaardigden op een onderwijskundig abstractieniveau dat in vele landen in Europa nog verre toekomstmuziek is. Overigens is hiermee aangegeven – dat moesten enkele jaloerse Engelse collega's bekennen – dat in Nederland de afgelopen jaren een onderwijskundig prima onderbouwd stuk werk is geleverd met betrekking tot de opleiding van huisartsen.

Rondetafel-conferentie

De zaterdagochtend werd gebruikt om de conclusies van de groepen samen te vatten en mogelijk toekomstige ontwikkelingen aan te geven. De middag was gereserveerd voor een rondetafel-conferentie over de ontwikkelingen in de beroepsopleidingen in de verschillende aan de conferentie deelnemende landen. Deze discussie verliep in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de UEMO, SIMG, AMEE en van het NHG als veronderstelde vertegenwoordiger van de colleges.

Uit hun korte inleidingen bleek dat al deze organen begaan zijn met de beroepsopleiding voor huisartsen, maar dat van een gecoördineerde aanpak nauwelijks sprake is. Dat beeld werd bevestigd in de daaropvolgende discussie: de verschillen in de gezond-

H.M. Pieters, huisarts te Breukelen, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.