



## redactioneel

- Als lid van de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bereidde Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, hoogleraar-directeur van het Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen, samen met Prof. Dr. B. M. S. van Praag de paragraaf 'Gezondheidszorg' uit het rapport 'De komende vijftientig jaar' voor. In een afzonderlijk artikel geeft Prof. Hogerzeil een indicatie van de gedachtengang die in het basisrapport voor de gezondheidsparagraaf van het 'grote' rapport is gevolgd: Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld.
- De medische professie als geheel zal zich moeten uitspreken omtrent haar toekomstverwachting betreffende de ontwikkeling van universitaire medische centra nu aanpassing van het beleid nog mogelijk is, aldus Dr. J. L. A. Boelen, die met oog hierop een belangrijke taak ziet liggen voor de KNMG.
- De sportartsen J. A. W. Bosboom en A. G. M. F. Brok proberen aan te geven hoe vanuit de sportgezondheidszorg wordt aangekeken tegen de negatieve publiciteit rondom sportgeneeskunde naar aanleiding van fouten en misbruiken op dit gebied.
- Dat er heel wat is tussen eerste en tweede echelon, hebben Posthuma en Van der Zee in drie nummers begripsafbakening wel aangetoond. Na de nodige literatuur over macro (=structurele) factoren die het verwijsgedrag van de huisarts bepalen te hebben bestudeerd, zijn zij zelf aan de slag gegaan. In dit nummer hun eerste van twee artikelen over de analyse die zij verrichtten van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Na een schematische weergave van de verwachtingen die bij hen waren gewekt op grond van wat zij bij anderen hadden gevonden, presenteren zij hun onderzoekmateriaal: cijfers uit het Jaarboek 1974 van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen. Voorts gaan zij nader in op het centrale begrip 'aanbod van ziekenhuisbedden' – aanbod en gebruik zouden huns inziens niet strikt aan elkaar moeten worden gekoppeld – alsmede op de redenen waarom zij bij het bestuderen van productiecijfers uit de gezondheidszorg aan gemeentelijke cijfers de voorkeur geven boven de vaak gebruikte gegevens per rayon.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	202
<i>Inzenders: W. C. C. Kamphuis, G. J. Kars, Mw. J. van de Broek-Ortheimer, J. J. de Lange, L. Tonnaer, G. van der Wal, W. J. Verkade.</i>	
Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld, door Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil .....	207
Wat verwacht de medische professie van universitaire medische centra? door Dr. J. L. A. Boelen .....	212
Misbruik van en in de sportgeneeskunde, door J. A. W. Bosboom en A. G. M. F. Brok .....	217
Uitspraak Raad van Beroep .....	220
Tussen eerste en tweede echelon, door B. H. Posthuma en J. van der Zee .....	219
Geschiedenis der geneeskunde .....	228
Nieuwe cursus voor huisartsen (en specialisten) .....	230
Uit de Ziekenfondsraad .....	231
OFFICIEEL .....	233
Inhoudsopgave officieel .....	236



MEDISCH CONTACT  
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

#### Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;  
B. Q. A. Enneking,  
onder-voorzitter;  
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M.  
Kemperstraat 5, Utrecht);  
G. A. C. Bosch, penningmeester;  
Dr. R. A. de Melker.

#### Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;  
R. A. te Velde, redacteur;  
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,  
redactrice;  
Mw. C. R. van der Goot-van der  
Sluijs, secretaresse;  
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,  
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan  
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

#### Uitgeverij

Tijl Media BV  
Texelstraat 76-80,  
Amstelveen,  
telefoon: 020-433851,  
telex: 15230.  
Afd. facturering 020-470221

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG  
f 82,70; losse nummers f 2,35 (inclusief  
BTW); buitenland f 87,90.  
Opgave van abonnementen uitsluitend  
bij de uitgever.

#### Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring  
der redactie en kunnen zonder  
opgaaf van redenen worden geweigerd.  
Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

#### Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de  
afdeling Ledenregister der Maatschappij,  
Lomanlaan 103, Utrecht.  
Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven  
zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.*

### TAKENPAKKET EN NIEUWE BLAUWDRUK

#### (Herplaatsing)

Door een technische storing ter zetterij is – in een voor de redactie oncontroleerbaar stadium – een aantal storende fouten geslopen in het ingezonden stuk van de heer Kamphuis over het Takenpakket en de Nieuwe Blauwdruk van de LHV (MC nr. 4/1978, blz. 100). Deswege wordt het stuk, compleet met naschrift van de LHV, nogmaals afgedrukt.

Het is zeer opmerkelijk, dat na het verschijnen van de Nieuwe Blauwdruk in Medisch Contact van 5 augustus 1977 daarop nauwelijks is gereageerd. Toch zal uitvoering van dit plan veel grotere consequenties hebben voor een kwart van de Nederlandse huisartsen als indertijd de invoering van het pensioen. Ik vrees dat, net als toen, degenen die het aangaat pas wakker worden als het te laat is.

Zowel de nieuwe als de oude Blauwdruk gaan er van uit, dat het takenpakket van de huisarts is verwaarloosd en dat daardoor een verkleining van de praktijknorm nodig zal zijn. Nu zegt de Commissie Takenpakket in een brief aan het Centraal Bestuur (zie MC nr 24/1977, blz. 775) dat er geen enkel wetenschappelijk onderzoek bestaat dat aangeeft hoeveel tijd de uitvoering van dit takenpakket vergt. De commissie stelt zelf met nadruk vast dat daarvoor geen 'harde' gegevens ter beschikking staan. Het is dan ook volkomen onjuist, dit Takenpakket als argument te gebruiken om tot verkleining van de rekennormpraktijk te komen. Naar mijn idee wordt de kreet van de continu overbelaste huisarts zo vaak herhaald, dat ieder begint te denken dat die waar is.

Nu behoor ik tot die grote groep huisartsen met een praktijk boven de 2.600 zielen. Aangezien dat al twintig jaar zo is, heb ik me afgevraagd waarom ik niet overspannen afgeknapt ben. Het antwoord daarop heeft me eigenlijk zelf verbaasd: sinds vroeger is het alleen maar gemakkelijker geworden om als huisarts te functioneren.

Om ieder misverstand te voorkomen: er is stellig een grote verschuiving in het takenpakket. Om een aantal eenvoudige feiten eens naast elkaar te zetten: Van negen spreekuren per week (zes ochtend, drie avond) ben ik teruggegaan naar vijf ochtendspreekuren. Die duren wel langer, maar zijn door het afspraakstelsel veel minder belastend als het open spreekuur. Van dertig tot veertig visites per dag ben ik teruggegaan naar twaalf tot vijftien. Van dertig bevallingen per jaar naar tien. Woonden eerder honderden patiënten aan zandwegen, thans kan ik ieder over

verharde wegen bereiken. Zeer veel mensen hebben telefoon, daardoor worden veel (na)boodschappen voorkomen. De mobilifoon maakt mij overal en te allen tijde bereikbaar.

Wat is *toegenomen* is de vrije tijd: Van twee weken vakantie naar vijf. Het vrije weekend begon eerder op zaterdag om vier uur, nu in feite vrijdagmiddag om vijf uur. Er is een avonddienst: nog maar één avond in de week beschikbaar zijn!

De conclusie moet wel zijn, dat de samenstellers van de Blauwdruk niet meer bereid zijn voor een flink inkomen (waar wel wat weinig van over blijft) ook flink te werken!

Wat de Nieuwe Blauwdruk betreft, wil ik mij beperken tot enkele consequenties van de maximering.

Driekwart van de huisartsen heeft een praktijk van of kleiner dan 2.600 zielen. Voor hen heeft de maximering geen consequenties. Voor een kwart of ongeveer 1.200 huisartsen wel! Wanneer ik mag aannemen dat van deze groep het gemiddelde aantal patiënten 3.000 bedraagt, zullen 1.200 maal 500 Nederlanders het recht van vrije artskeuze verliezen. Dat is meer dan een half miljoen. Die ruim een half miljoen Nederlanders kunnen nu, als ze met hun huisarts niet tevreden zijn, een andere huisarts opzoeken. Gaat de maximering door, dan worden ze tot verandering gedwongen (tevreden of niet) maar van vrije artskeuze is geen sprake meer. Het inkomen van deze groep huisartsen zal *gemiddeld* met f 25.000,— per jaar worden verminderd, hetgeen velen van hen niet direct welkom zal zijn.

Als maar de helft van deze 1.200 huisartsen, als eerste bezuiniging, het lidmaatschap van de KNMG opzegt, kost dat deze Maatschappij ruim f 700.000,— per jaar aan inkomsten, maar ook het recht om namens alle artsen in Nederland op te treden. In de Statuten van de KNMG staat als een der doelstellingen: de behartiging van de maatschappelijke belangen van de geneeskundigen. We hebben al beleefd dat de LHV zelf aan het nivelleren is geslagen. Aanvaarden van dit onderdeel van de Blauwdruk betekent dat de LHV ook voor scalperen of zelfs, voor sommigen, decapiteren (in maatschappelijke zin) niet bang is. Hetgeen mij duidelijk in strijd lijkt met deze doelstelling.

Stadskanaal, 29 december 1977

W. C. C. Kamphuis


## TOEKOMSTVERKENNING

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft een rapport aan de regering uitgebracht met als inhoud een toekomstverkenning voor Nederland in de komende vijftientig jaar. De Raad, waarvan de positie bij de wet van 30 juni 1976 is geregeld, heeft onder meer tot taak de regering wetenschappelijke informatie te verstrekken die het de centrale overheid mogelijk moet maken een samenhangend beleid op langere termijn uit te stippelen. Het rapport behandelt een groot aantal onderwerpen, waaronder gezondheidszorg en sociale dienstverlening.

De Commissie Algemene Toekomstverkenning die het rapport opstelde is uitgegaan van de feitelijke omstandigheden en opvattingen die ten tijde van het formuleren van die verwachtingen golden, wat niet uitsluit dat op deelgebieden rekening is gehouden met veranderende waarden en veranderend gedrag. Een realistisch uitgangspunt, dat meer aanknopingspunten voor een beleid biedt dan alle mogelijke utopische uitspraken en plannen. Een tweede uitgangspunt van de commissie was de continuïteit in de ontwikkeling; besloten werd niet te werken met een onoverzienbaar aantal alternatieven. Ook dit is dachten wij een realistisch uitgangspunt. Voorts werd bij het schrijven van het rapport uitgegaan van twee varianten in de economische groei, namelijk een groei van 3% per jaar en een geleidelijke daling tot 0% van 1990 tot het jaar 2000. Betekent dit dat een toekomstvoorspelling met zulke beperkingen nauwelijks zin heeft? Het blijkt van niet. Ook bij het

uitsluiten van hevige veranderingen kan een dergelijk onderzoek toekomstige problemen aan het licht brengen. Het is daarbij niet te vermijden dat persoonlijke opvattingen van de auteurs in hun bijdrage doorklinken.

In een drietal opeenvolgende nummers van Medisch Contact zal aandacht worden geschonken aan het rapport: 'De komende vijftientig jaar; een toekomstverkenning voor Nederland'. Het eerste artikel is van de hand van Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, een van de auteurs van dit rapport. Het geeft de



*Een realistisch uitgangspunt, dat meer aanknopingspunten voor een beleid biedt dan alle mogelijke utopische uitspraken en plannen*

gedachtengang weer die in het hoofdstuk 'Gezondheidszorg en sociale hulpverlening' verder is uitgediept. Centraal staat daarbij de vraag hoe de weg gevonden moet worden van een bekende geneeskunde naar een onbekende gezondheidszorg. Met de auteur zijn we het eens, dat het verschil tussen geneeskunde en gezondheidszorg eerst duidelijk boven tafel moet komen alvorens de vraag naar de behoefte aan geneeskunde en naar de behoefte aan andere vormen van gezondheidszorg kan worden beantwoord. De beantwoording

van die voorvraag kan vele, soms heftige reacties van diverse beroepsbeoefenaren voorkomen. In een tweede artikel zal H. de Graaf, eveneens een der auteurs van het rapport, zijn visie geven op de toekomst van de eerstelijns samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijnszorg. Zijn conclusie – en hiermee lopen zijn opvattingen parallel met die van Hogerzeil – is dat er binnen tien jaar een verdubbeling is te verwachten van het aantal cliënten voor de sociale hulpverlening en dat de geneeskunde – in casu de huisarts – zich weer meer met de somatische geneeskunde zal gaan bezighouden, hetgeen niet een vermindering maar wel een verdieping van het werk zou inhouden.

In een derde artikel wijdt Dr. P. C. J. van Loon, raadadviseur van Volksgezondheid, à titre personnel een beschouwing aan dit rapport. In het bijzonder richt hij kritiek op wat hij noemt de zorgsystemen van Hogerzeil. Hij vreest dat teveel beschermingsgordels gemakkelijk kunnen leiden tot het afschuiven van de eigen verantwoordelijkheid en daarnaast tot een ver doorgevoerde professionalisering in de hulpverlening met de daarbij behorende bureaucratie. Het rapport 'De komende vijftientig jaar' geeft niet aan welke middelen gecreëerd en gehanteerd moeten worden om de verwachtingen in goede banen te leiden. Het geeft de overheid niettemin voldoende handvaten voor het uitstippelen van een duidelijk beleid. Het toont daarnaast aan dat dit overheidsbeleid samen met de professie – en niet alleen de medische professie – moet worden uitgezet.

B.

## Naschrift bureau LHV

Moeten wij begrijpen van collega Kamphuis dat de door hem gesignaleerde werktijdverkorting en andere feiten de enige verschuivingen in zijn takenpakket zijn? Ongetwijfeld zijn er zaken ook in zijn praktijk veranderd. Veel huisartsen zien hun patiënten juist vaker (toename aantal *cara*-patiënten, maar ook groter beroep op de huisarts bijvoorbeeld door grotere mondigheid) en intensiever (toename aantal psycho-somatische klachten) dan vroeger. Het bestuur van de LHV is bovendien voorstander van meer nascholing, consultatie, samenwerking, intra- en interdisciplinair, en van meer aandacht voor anticiperende geneeskunst. De bedoeling van de Nieuwe Blauwdruk is meer mogelijkheden voor de huisarts in dit opzicht te scheppen.

## DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT(I)

Toen destijds door de MC-redactie de serie 'Dagboek van een co-assistent' werd aangekondigd, suggereerde men dat de schrijver er zelfs literaire kwaliteiten in aan de dag legde. Na de twaalfde aflevering weet ik niet alleen dat dit niet het geval is – het haalt nauwelijks het niveau van een matig schoolopstel – maar ook dat het aardig smakeloos begint te worden. Deze irritante stoerdoenerij zal, vrees ik, er niet toe bijdragen het publiek vertrouwen te doen stellen in de aankomende generatie artsen. De redactie zou er goed aan doen deze serie als een nachtkaaars uit te blazen.

Nijmegen, 20 januari 1978

G. J. Kars, arts

## DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (II)

Ik heb mij geërgerd aan 'Dagboek van een co-assistent' (12) in MC 3/1978, blz. 72. Het geschrijf van deze co-assistent getuigt van zo weinig respect voor een overledene en voor het verdriet van de familie, dat ik hoop dat hij het niet verder brengt dan co-assistent. Om artsen die geestig doen over zulk soort zaken zit niemand verlegen.

Zaandam, 23 januari 1978

Mw. J. v.d. Broek-Ortheimer

## ONTWIKKELINGSHULP: EEN BEROEP OP OUDERE ARTSEN

Zowel Prof. Muntendam als de hoofdredacteur vermeldt, dat de leprabestrijding dringend behoefte heeft aan jongeren respectievelijk jonge artsen (MC 4/1978). Waarom steeds het beroep op jonge mensen (ook te horen bij ontwikkelingshulp)? Dank zij onze gezonde leefwijze zijn er veel 65+ artsen die nog zeer

vitaal zijn. Mede door pensioenuitkeringen zal voor velen van hen een gering salaris voldoende zijn, zodat een beroep op idealen niet zo nodig is. Nederland verliest dan niet zijn idealistische jongeren, de jongeren hoeven hun carrièreopbouw niet te onderbreken door afwezigheid buitenslands, en bovendien maken de ouderen nog plaats voor de jongeren ook. Het probleem bijscholing van oudere artsen is er tevens mee opgelost. Het kan zelfs zijn, dat de ouderen hiermee de idealen uit hun jeugd terugvinden.

Amsterdam, 28 januari 1978

J. J. de Lange, anesthesist

## DE ARTS IN DE ZWAKZINNIGENZORG

De laatste alinea van de ingezonden brief van collega J. Verheul in MC nr. 51/1977, blz. 1590, versterkte het vermoeden dat ik had bij het lezen van het voorafgaande: een volledige ontwetendheid en/of onbegrip over de werkzaamheden van een sociaal-geneeskundige. Of uw gramschap over het feit dat u na vijf jaar werken in de zwakzinnigenzorg uw registratie als huisarts verliest terecht of onterecht is, kan ik niet geheel beoordelen.

De suggestie, die op hoog niveau is gedaan, de arts in de zwakzinnigenzorg onder te brengen bij de sociaal-geneeskundigen is, afhoewel er zeker argumenten voor pleiten, aanvechtbaar. Maar niet op grond van het argument dat u aanhaalt.

Het van achter naar voren opzeggen van de artikelen van de AWBZ behoort niet tot de standaardvaardigheden waarover een sociaal-geneeskundige dient te beschikken. Voor sommige sociaal-geneeskundigen, die betrokken zijn bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten, is kennis van die wetten onontbeerlijk. Deze kennis is niet op het 'van achter naar voren opzeggen'-niveau. Het goed en zorgvuldig toepassen van deze wetten op zieke medemensen, tegen de achtergronden van de sociale context waarin ze zich bevinden, vereist een specifieke deskundigheid. Bij sociaal-geneeskundigen kan deze worden gevonden. Een goede internist is niet degene die van achter naar voren de symptomen en therapie van het ulcus duodeni kan opnoemen (dit voorbeeld is zeker niet willekeurig gekozen).

De opmerkingen van collega Verheul zullen de broodnodige communicatie tussen sociaal-geneeskundigen en de 'curatieve sector' zeker niet bevorderen. Om een indruk te krijgen van het uitgebreide en boeiende arbeidsterrein van de sociale-geneeskundige is het, denk ik, voldoende om gedurende één jaar een abonnement te nemen op het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde.

Bemmel, 24 januari 1978

L. Tonnaer

## VOOR EEN ANDER BELEID

### Oproep aan alle werkers, instellingen en organisaties in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

De actieweek 'Het is nu tijd voor een ander beleid' van 21 t/m 25 november 1977 was georganiseerd als protest tegen de aangekondigde bezuinigingen in de begrotingen van Volksgezondheid en CRM. Deze begrotingen waren nog opgesteld door het demissionaire kabinet Den Uyl/Van Agt. Tijdens deze actieweek is gediscussieerd en geprotesteerd door duizenden werkers en ook gebruikers, gesteund door talrijke instellingen en organisaties. Deze begrotingen zijn overgenomen door het op CDA en VVD steunende kabinet Van Agt/Wiegel en worden vanaf 22 februari in de Tweede Kamer behandeld.

De gezamenlijke actiegroepen, georganiseerd in het LAK (Landelijk Aktie Comité Gezondheidszorg) en het LOVEL (Landelijk Overleg van Eerste Lijs werkers), roepen u daarom op nu deel te nemen aan een manifestatie in Den Haag op 21 februari, waarvoor ook de desbetreffende kamerleden en bewindslieden zijn uitgenodigd.

### Waarom deze manifestatie?

In de begroting voor 1978 worden tal van bezuinigingen aangekondigd, terwijl daarvoor vrijwel iedere motivering ontbreekt. Alsof bezuinigen normaal geworden is en niet meer behoeft te worden uitgelegd. Alsof de behoefte van de bevolking aan medische en sociale hulpverlening en de noodzaak tot behoud en verbetering van de kwaliteit ondergeschikt zijn aan de visie van het telraam. Dit alles leidt tot bevrozing of zelfs verlaging van het voorzieningenpeil. Want waartoe kan het anders leiden als de wijkverpleging, de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk miljoenen in moeten leveren, als er in de komende 4 jaar zo'n 1100 ziekenhuisbedden afgestoten moeten worden en als het gecoördineerd bejaardenwerk pas op de plaats moet maken? Op deze wijze kan er van vernieuwing, herstructurering en kwaliteitsverbetering geen sprake zijn. Daarom staan de hoofdeisen van de actieweek van november jl. nog recht overeind:

- intrekking van de bezuinigingen;
- werkelijke versterking van de eerste lijn;
- behoud en vernieuwing van ziekenhuisvoorzieningen;
- medebeslissingsrecht voor werkers en gebruikers;
- goede werkomstandigheden en opleidingen.

Als aan deze eisen niet tegemoet wordt gekomen, als de begrotingen ongewijzigd de Kamer passeren dan wordt volledig voorbijgegaan aan alle protesten én

alternatieve voorstellen, zoals die duidelijk naar voren zijn gebracht in vele acties en ook in officiële reacties van artsenuitvoeringsorganisaties, ziekenhuisdirecties, besturen van instellingen enz. Dat mag niet gebeuren! Dat hoeft ook niet, zoals is aangetoond door eerdere acties, die er toe hebben geleid dat de bezuinigingen op de wijkverpleging voor 1977 werden gehalveerd, dat in de gezinsverzorging de alpha-hulp niet zonder meer kon worden ingevoerd en dat diverse ziekenhuissluitingen werden voorkomen.

#### *Waarom niet afwachten?*

In sommige kringen wordt gesteld dat we moeten afwachten. Bijvoorbeeld omdat we nog niet weten of en zo ja op welke wijze de nieuwe CDA-VVD regering de begroting van het vorige kabinet zal 'bijstellen'. Of zelfs afwachten totdat de eigen CDA-VVD miljoenennota voor 1979 bekend zal zijn. Anderen willen afwachten of het in de regeringsverklaring beloofde overleg waar gemaakt zal worden. Het LAK en het LOVEL menen dat er *niet afgewacht* mag worden, dat er juist nu opgetreden dient te worden. Niet alleen omdat dezelfde bezuinigingsvoorstellen er nog liggen, maar vooral omdat we een aantal zaken wel goed weten.

#### Bijvoorbeeld:

- dat het beleid van Hendriks door de huidige regeringspartijen vrijwel steeds gesteund is; verzet tegen de bezuinigingsmaatregelen van Meyer was er evenmin;
- dat de reeds in de actieweek afgewezen bezuinigingen waren gebaseerd op de 1% operatie (inhoudend dat de uitgaven voor de collectieve voorzieningen met niet meer dan 1% per jaar mogen stijgen), terwijl de verkiezingsprogramma's van het CDA en de VVD deze stijging niet meer mag zijn dan 0,6 à 0,7% resp. 0,0%. Wat betekent dit anders dan nog meer bezuinigen?

Wij moeten dus zeer verontrust zijn over de komende daden van dit kabinet. Wij hebben de verantwoordelijkheid te protesteren vóórdat het kwaad geschied zal zijn. Een motie zoals die werd aangenomen op de Amsterdamse afsluiting van de actieweek, namelijk dat een ander beleid slechts van een progressieve en niet van een CDA-VVD regering verwacht kan worden, geeft het perspectief van deze actie aan.

Met andere woorden: *'Voor een ander beleid = Geen verscherping maar intrekking van de bezuinigingen'*.

Amsterdam, 28 januari 1978

LAK/LOVEL

G. van der Wal, huisarts

## OUDE MENSEN EN ZIEKENHUIZEN

Dit artikel in Medisch Contact van 25 november jl gaf aanleiding tot enkele reacties. Zie die van collega Akkerman met mijn antwoord in deze rubriek in MC van 23 december jl. De in MC van 27 januari jl weergegeven brief van collega Fuldauer heb ik hem persoonlijk beantwoord met verwijzing naar mijn antwoord aan collega Akkerman. Ik heb de redactie van MC hiervan op de hoogte gebracht, en daarmee zou de discussie naar genoegen geregeld zijn, doch dat blijkt achteraf niet het geval te zijn.

Verder maakte MC een fout: in mijn artikel staat op pag. 1479: tot zover overgenomen uit . . . enz. Deze klein gedrukte verwijzing moest staan op pag. 1478 in de derde kolom na . . . verpleegtechnieken. Wat daarna volgt hoort niet thuis in een leerboek en als het daarin zou staan zou collega Fuldauer volkomen gelijk hebben als hij daartegen bezwaar aantekent.

Dit is allemaal niet zo erg. Het deed mij al deugd dat twee gerieters de moeite namen op mijn 'noodkreet' in te gaan, hoewel eruit blijkt dat zij beiden gepreoccupeerd zijn door hun visie vanuit het verpleegtehuis. Ik heb geschreven vanuit mijn visie in een ziekenhuis en heb alleen willen zeggen: werk geen verpleeghuisopnamen in de hand door het opnemen van oude mensen in een ziekenhuis; kijk eerst of die ziekenhuisopname beslist nodig is. Op dit punt zal ik ook wel gepreoccupeerd zijn, want ik zie dit met een zekere regelmaat gebeuren en word dan (terecht) ingeschakeld bij het zoeken naar een oplossing. Mijn kennis van het verpleeghuiswezen is niet blijven stilstaan in 1960; mijn dagelijkse werk is verweven met de circuits anno 1978, maar daar gaat het niet om.

Ik had een stille hoop op reacties van bijvoorbeeld internisten, chirurgen, neurologen of andere ziekenhuis-specialisten, maar die bleven uit. Waarschijnlijk omdat het socio-psycho-somatische denken en handelen moeilijk is in te bouwen in het werk van de orgaanspecialisten; zij worden hiertoe niet opgeleid en bovendien is het een zeer tijdrovende benadering. Revalidatie-artsen zijn hier wel in getraind en het behoort tot hun taak hier de weg te vinden en te wijzen, samen met anderen o.a. maatschappelijk werkers. Zij moeten zo vroeg als mogelijk is medische aan maatschappelijke prognoses koppelen. Daarnaast zou het mij heel dierbaar zijn als de 'organologen' meer rekening konden houden met het hospitalisatiesyndroom en de maatschappijstructuur, omdat voorkomen beter blijft dan genezen.

Doorn, 29 januari 1978

W. J. Verkade, revalidatiearts



**KNCV 75 jaar** — Ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose te Rotterdam en de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose (KNCV) wordt een wetenschappelijk symposium georganiseerd op *zaterdag 15 april 1978* in de Doelen te Rotterdam. Onderwerp: 'Chemotherapy in tuberculosis'. Op het programma staan lezingen van Prof. J. Grosset (Parijs): 'Bacteriological aspects of chemotherapy'; Dr. Wallace Fox (Londen): 'Program research in chemotherapy'; Prof. Dr. G. Dahlström (Uppsala): 'Clinical aspects of chemotherapy'; en Dr. J. Douma (Soest): 'Pitfalls in the application of chemotherapy', alle voordrachten gevolgd door discussies. De slotdiscussie wordt geleid door Dr. Douma. Voor verdere inlichtingen: secretariaat KNCV, postbus 146 – 2501 CC, Den Haag. Telefoon 070-558600.

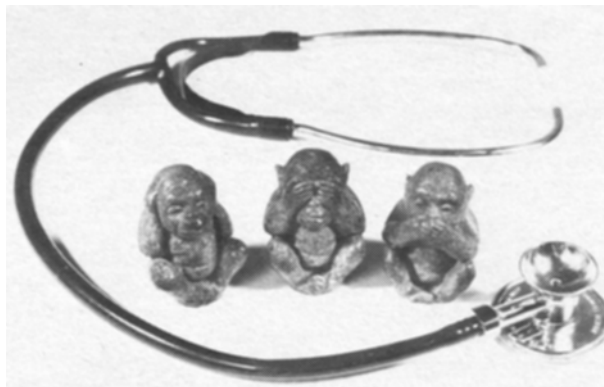
**'Geven voor leven'** — In 'Uitleg', het weekblad van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, is een overzicht gepubliceerd van de besteding van het geld dat is ingezameld tijdens de landelijke actie 'Geven voor Leven'. Eind november 1974 leverde deze actie, die was gericht op de bestrijding van kanker bij kinderen, het totaalbedrag van f 62.356.905,— op. Het geld zal grotendeels worden gestoken in het opzetten van kinderoncologische centra bij de academische ziekenhuizen. De rente van de beleggingen van het bedrag van ruim f 62 miljoen maakt het mogelijk projecten tot een bedrag van f 82 miljoen te dekken. Hierdoor is het mogelijk naast de opzet van kinderoncologische centra, f 14 miljoen te besteden aan de uitbreiding van het fundamentele kankeronderzoek. Daarnaast is nog eens f 3 miljoen beschikbaar voor de studie en behandeling van leukemie bij kinderen en aan de centrale documentatie en studie van solide gezwellen bij kinderen.

**S-1 — Samenwerkingsproject eerste lijn NHI-NK-JOINT** — Van 13 tot en met 17 maart 1978 organiseert S-1 een 'training hulpverlening' voor werkers in eerstelijns samenwerkingsverbanden. Deze training biedt de mogelijkheid het gedrag als hulpverlener in een samenwerkingsverband onder de loep te nemen, daarmee te

experimenteren en nieuwe ideeën of inspiratie op te doen. Bij deze training wordt er vanuit gegaan dat de persoon van de hulpverlener op zich een belangrijk instrument voor een goede hulpverlening is. Meer dan technieken en hulpmiddelen staat daarom dan ook je eigen persoon als hulpverlener centraal. Afhankelijk van de voorkeur van de deelnemers kunnen onderwerpen aan de orde komen als: gesprekken met patiënten/cliënten, onderlinge verwijzing, psychosomatiek, gebruik maken van verstand, gevoel en intuïtie, multidisciplinaire en geïntegreerde hulpverlening, preventie, groepsgewijze behandeling etc. Voor wie op de hoogte is met stromingen in de trainings- en psychotherapiewereld: er zal worden gewerkt met benaderingen ontleend aan Gestalt-therapie, bioënergetica, psychosynthese en groepsdynamica. De training vindt plaats in een conferentieoord (intern) en zal beginnen op maandag 13 maart om 10.00 uur en eindigen op vrijdag 17 maart om 17.00 uur. De kosten bedragen f 750,— p.p inclusief verblijf (reductie mogelijk). Een folder en nadere informatie kunt u aanvragen bij Elita Zoer, p/a Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-319946.

**Vertrekkende huisartsen** — Van 1 januari 1972 tot en met 31 december 1975 legden 790 Nederlandse huisartsen hun algemene praktijk neer, een gemiddeld verloop van 4,3% per jaar. Het aantal artsen dat de praktijk vóór zijn 65e verliet bedroeg gemiddeld 3,2%. Dit blijkt uit een onderzoek, dat P. P. Groenewegen en J. van der Zee op basis van gegevens uit de huisartsenregistratie van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) hebben verricht. Bij 351 van de 790 huisartsen die verdwenen was er sprake van natuurlijk verloop, bij 439 van het overgaan op ander werk. De meesten, 53%, stapten over op de sociale geneeskunde; 18% kreeg een hoge beleidsfunctie (inspecteur voor de Volksgezondheid, ziekenhuisdirecteur) of vertrok naar het wetenschappelijk onderwijs (15 van de 78 werden lector of wetenschappelijk medewerker); 16% ging zich specialiseren (15 van de 69 in de radiologie of de radiotherapie); 13% nam de zorg voor speciale groepen op zich en werd studentarts, legerarts, verpleeghuisarts of algemeen arts in een inrichting of tehuis. Nader onderzoek naar de achtergronden van het vertrek uit de huisartspraktijk wordt door het NHI in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging verricht; een verslag van dit onderzoek verschijnt binnenkort. 'Vertrek uit de huisartspraktijk 1972-1975' omvat een samenvatting zowel als een nadere uitwerking van deel I uit de serie 'Studies uit de huisartsenregistratie van het NHI'. Het kan worden besteld bij het Nederlands Huisartsen Instituut, Postbus 2570 3500 GN, Utrecht, tel. 030-319946; prijs: f 11,— (exclusief porto- en verzendkosten).

## ANATOMIE VAN HET GEVOEL



### Boter in het bloed bij mijnheer E.

*Gisteren heb ik iets vreselijk stoms gedaan. Met mijn assistent onderzocht ik een patiënte. Ik merkte dat de assistent iets in haar buik voelde en toen ik mocht palperen vroeg ik hem: 'Zit hier die weerstand?' Arme patiënte en stomme ik. Ze zal nu wel weten dat ze kanker heeft. De hoofdzuster vertelde mij, dat ze op de röntgenafdeling wat dit betreft de patiënt 'het best voorlichtten': 'Kom eens kijken wat ik nu gevonden heb. Een voetbalgrote tumor onder de maag'. Leve de vakidiotie!*

*Arme mijnheer E. Eigenlijk zonder noemenswaardige klachten werd hij bij ons opgenomen. Goed, de bezinking was wat aan de hoge kant, maar aan de rest van de lab-lijst mankeerde niets. Maar tijdens zijn verblijf in ons paviljoen ging het alras slechter. De temperatuur vloog vervaarlijk omhoog. De leverfuncties begonnen verraderlijk te schommelen en ook de longfoto's, die bij zijn aankomst nog zo gaaf waren, begonnen ineens 'witte uitpattingen' te vertonen. Maar nog erger is zijn arteriosclerose. Het been aan de linkerkant wil niet meer zo best. Ja, het is inderdaad wat warm en het teken van Homan is positief, maar hiervoor moet je zijn voet met zo'n klap naar achteren rukken dat alle gewrichtsbanden rond de enkel op knappen komen te staan. Bleef die trombose maar in zijn been; maar helaas, ook de vaten in zijn hoofd moeten eraan geloven. En mijnheer E. wordt nu met de dag verwarder. Hij schuifelt een beetje hopeloos door de gang. Wanneer je iemand hoort stoffen, is hij het. Dan gaat heel stilletjes de deur van de assistentenkamer open . . .*

— *Dag, mijnheer E.*  
— *Ik zoek mijn hoed en mijn jasje.*  
— *Maar dan zit U fout, want dit is niet Uw kamer.*  
— *Oh, maar dat is toch mijn raam.*

— *U kijkt inderdaad op dezelfde kant uit, maar U woont enkele kamers verder.*  
— *Welke kant uit?*  
— *Die kant, mijnheer E.*  
— *Woon ik daar?*  
— *Daar is Uw kamer. Ik zal U wel even brengen.*  
— *Maar mijn vrouw weet van niets . . .*  
— *Nee, U gaat niet naar huis, maar naar Uw kamer in het ziekenhuis.*

*Vandaag hebben we nog iets moois met hem meegemaakt. Mijnheer E. heeft gewetenswroeging en wil gaan scheiden. Wij waren op visite in een kamer met drie dames. Eén dame lijdt verschrikkelijk veel pijn; mijnheer E. was*



*naast haar gaan zitten. Op een gegeven moment zei hij: 'Zeg, geloof je, dat het geen tijd wordt om te scheiden?', en zo ging hij verder. De broeder heeft hem moeten halen.*

*Vanmiddag heb ik mijn eerste praatje voor de verpleging gehouden. Ik had het goed voorbereid. Achteraf vond men de stof interessant, maar niet gemakkelijk. Gelukkig waren de verpleegsters en verplegers niet ontevreden.*

**Alexander van Es**



# Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld

In de afgelopen jaren zijn een *Structuurnota* (1974) en een aantal *wetsvoorstellen* (1977) verschenen welke ten doel hebben de structuur van de gezondheidszorg te verhelderen en de organisatie daarvan beter beheersbaar te maken.

De praktische voorstellen van het departement, welke op initiatief van staatssecretaris Hendriks in relatief korte tijd tot stand kwamen, hebben veel waardering verkregen. Dat wil niet zeggen dat er geen kritiek werd gegeven in talrijke nota's, memoranda, artikelen en toespraken. Ook het woord 'onaanvaardbaar' werd vernomen. Het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de Wet Gezondheidszorgvoorzieningen (1977) geeft door een evenwichtige kanalisatie der kritiek een goede samenvatting van een aantal punten die nadere overweging, herformulering of aanvulling behoeven. In de nota en in de wetsvoorstellen is echter een duidelijke richtlijn uitgezet die het beleid in de komende jaren zal bepalen. Iedereen is het over de noodzaak hiervan eens; er dient een duidelijke algemene richtlijn te zijn waaraan men zich bij de eigen planning kan houden.

## Vragen

Toch blijft er naast deze instemming met de behoefte aan structurele duidelijkheid en organisatorische zekerheid een dieperliggende onrust bestaan over de ingeslagen koers. Deze onrust komt niet voort uit de problemen rond de regionalisatie, de samenstelling van de Nationale Raad of de rechtspositie van personen, instanties of instellingen in het bestel, al realiseert men zich zeer wel dat deze problemen nog heel wat overleg behoeven. Die

*Als lid van de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bereidde de auteur samen met Prof. Dr. B. M. S. van Praag de paragraaf 'Gezondheidszorg' uit het rapport 'De komende vijftientig jaar' voor.*

*Bijgaand artikel is een indicatie van de gedachtengang die in het basisrapport voor de gezondheidsparagraaf van het 'grote' rapport is gevolgd.*

door Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil



De heer Hogerzeil is hoogleraar-directeur van het Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen.

onrust en onzekerheid hebben een andere oorzaak. Bij velen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn, leeft op de achtergrond van hun dagelijkse werk *de nog onvoldoende geformuleerde vraag of wij wel weten wat gezondheidszorg inhoudelijk betekent, waarop zij gericht dient te zijn en hoe zij moet worden uitgevoerd.*

De Nederlandse en buitenlandse literatuur van de laatste dertig jaar geeft talrijke indicaties voor het bestaan van deze vraag. Actiegroepen, toename van alternatieve geneeswijzen, patiëntenverenigingen, vragen van andere disciplines en politieke programma's zijn andere voorbeelden, evenals de soms heftige

en defensieve reacties van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg op suggesties voor verandering.

Overeenstemming via structuurnota's of wetsvoorstellen inzake posities, functies, financiële toewijzingen en machtsverdeling bieden op zich nog geen bedding aan de nieuwe stromen, welke als kernvraag gemeen hebben hoe de weg gevonden moet worden van een bekende geneeskunde naar een onbekende gezondheidszorg. Deze discussie over het verschil tussen geneeskunde en gezondheidszorg dient expliciet te worden gevoerd, om hierdoor te voorkomen dat er een versluerende identificatie van beide activiteiten optreedt. Deze identificatie zou de duidelijkheid in de structuur welke wij allen noodzakelijk achten, geruime tijd kunnen ophouden. In het verlengde van deze discussie rijst tevens de vraag naar de behoefte aan geneeskunde en naar de behoefte aan andere vormen van gezondheidszorg.

## Klassificatie

De beantwoording van deze vragen lijkt urgent, omdat deze beantwoording de veranderingsprocessen in gang kan zetten die nodig zijn om de huidige gezondheidsproblemen in onze bevolking en de situatie waarmee deze bevolking moet leven, aan te pakken.

In het onderstaande wordt als bijdrage aan deze discussie een analytisch denkpatroon beschreven voor een structurering van de gezondheidszorg in zorgsystemen, gebaseerd op een klassificatie der gezondheidsproblemen *naar procesfase*. We gebruiken een werkwijze welke vanuit een (arbitrair) gekozen doelstelling via vooraf vastgestelde criteria voert naar een klassificatie der gezondheidsproblemen in gedefinieerde, eenduidige termen. Deze termen vormen de complementaire schakels naar de hierbij passende zorgsystemen, welke gezamenlijk de gewenste structuur van de gezondheidszorg bepalen. Door een kwalitatieve en kwantitatieve analyse van het vóórkomen van gezondheidsproblemen per gedefinieerde klasse kan de organisatie en behoefte aan personen, voorzieningen, middelen, methoden en opleidingen worden berekend. Periodiek onderzoek naar dit vóórkomen van gezondheidsproblemen maakt periodieke bijsturing van de organisatie mogelijk.

Voor een omschrijving van de *doelstelling der gezondheidszorg* kiezen we allereerst een eenvoudige *formulering 1*:

- ‘het oplossen van gezondheidsproblemen, welke door de populatie of de professie als zodanig worden onderkend en gesignaleerd.’

In de wetenschap van de gezondheidszorg gaat het om de structurering van oplossingen voor de gesignaleerde problemen, welke door analyse onderzocht en door theorievorming geklassificeerd zijn. In de organisatie van de gezondheidszorg gaat het om de operationalisatie der behoeften aan zorg en de hiervoor bestaande oplossingen in: beleid (prioriteitskeuzen), beheer (voorzieningen, personen, middelen, methoden en opleidingen) en uitvoering (omgeving-, populatie-, individu- of orgaangerichte zorgverlening). De zojuist genoemde klassificatie der gezondheidsproblemen vormt een belangrijk hulpmiddel in de wetenschapsbeoefening welke op theorievorming in de zorgverlening en hierop volgende structurering is gericht.

## Criteria

In de klassificatie benoemt men de problemen met eenduidige, unieke termen volgens vooraf vastgestelde criteria (vergelijk Interimrapport Werkgroep Classificatie en Coderingen RGR/TNO, 1975), waardoor uniform gebruik wordt gegarandeerd. Deze termen zijn niet alleen nodig voor theorievorming en onderlinge communicatie hierover, zij vormen ook de complementaire binding naar de geëigende zorgsystemen en zij maken een kwalitatieve en kwantitatieve inventarisatie met hieruit afgeleide behoeftenraming mogelijk. We zullen achtereenvolgens eerst de klassieke criteria bespreken en daarna aangeven welke criteria in de huidige situatie moeten worden gebruikt.

De klassieke geneeskunde, die tussen 1900 en 1945 haar hoogtepunt bereikte, gebruikte twee criteria voor een klassificatie der gezondheidsproblemen: hulpzoekgedrag en symptoom. Bij het gebruik van deze criteria worden de gezondheidsproblemen: ziekte (ongeval) of fysieke invaliditeit. De populatie wordt gevormd door personen met (ziek/invalid) of zonder (gezonder/genezen) hulpzoekgedrag. De zorgsystemen worden geneeskunde bij ziekte of ongeval en charitatieve hulp of revalidatie bij invaliditeit. Hierdoor ontstaat *tabel 1* bij een indeling der populatie en de zorgsystemen op basis van hulpzoekgedrag en symptoom. Bij deze keuze van criteria gaat men ervan uit dat het gezondheidsprobleem een op zichzelf staand incidenteel symptoom is met een relatief korte duur, eindigend met genezing, defect of dood. Het verschijnsel is in principe reversibel: geneeskunde kan de dood of het fysieke defect voorkomen. De geneeskunde heeft tot taak de *vis medicatrix naturae*, de ingebouwde genezingskracht van het lichaam, te ondersteunen of te vervangen. De

ziekte, zoals het symptoom + het hierbij voorkomend gedrag in klachten en lichamelijke presentatie genoemd werd, leek in grote lijnen op een ongeval. Beide werden verondersteld te worden veroorzaakt door een soort noodlot, waardoor men werd getroffen. In een periode zoals deze tot rond 1900 duurde, waarin infectie en voedselgebrek het ziektepatroon bepaalden, was deze keuze van criteria begrijpelijk.

Sinds die periode hebben wij door de ontwikkeling van de medische wetenschap en de ervaringen met de geneeskunde geleerd dat deze criteria alleen bruikbaar zijn bij afwijkingen of ziekten welke gekenmerkt zijn door:

- een relatief korte duur;
- toepasbaarheid van geneeskunde in medicament, operatie of immunisatie;
- een afloop bepaald door de kans op volledige genezing, dood of stationair defect.

In de periode tussen 1900 en 1945 veranderde de frequentie van dit type afwijkingen. Door bestrijding van de natuurlijke symptoomverwekkers in de omgeving, de micro-organismen en de deficiënte voeding, verdween een groot deel van dit type natuurlijke ziekten. Alleen de respiratoire aandoeningen bleven over. Afwijkingen die door sterfte op jonge leeftijd vroeger weinig voorkwamen, namen in frequentie toe. Dit betrof met name de langdurige aandoeningen welke niet zoals de infectie- of deficiëntieziekten het leven bedreigden, maar wel het sociaal kunnen functioneren in de eigen situatie of levensopgave belemmerden. Er kan nog een ander feit worden gesignaleerd. De ziekten of aandoeningen met een ‘natuurlijke’ oorzaak werden opgevolgd door aandoeningen, afwijkingen en klachten met een ‘culturele’ oorzaak, gelegen in culturele omgevings- en gedragsfactoren. Deze aandoeningen en functiestoornissen door een

*Tabel 1. Indeling populatie en zorgsystemen op basis van hulpzoekgedrag en symptoom.*

gezondheidsprobleem	populatie-indeling	zorgsysteem
geen symptoom/hulpvraag	gezonder/genezen	geen geneeskunde
defect/hulpvraag	ziek	{ charitatieve hulp
	invalid	{ revalidatie



on-natuurlijke oorzaak, waarbij het lichaam bovendien met een kunstmatige omgeving en hierbij voorkomend gedrag werd geconfronteerd, bleken slecht toegankelijk voor geneeskundig ingrijpen met medicament, operatie of immunisatie. Ze bleken wel corrigeerbaar en soms bestuurbaar, maar niet geneesbaar/reversibel te zijn. *Men ging niet dood, maar men werd ook niet beter.*

Ook na de behandeling bleven vaak gezondheidsproblemen bestaan. Deze ervaring dwingt ons andere criteria te gebruiken dan hulpzoekgedrag en symptoom voor een indeling der gezondheidsproblemen. Het lijkt verstandig hiervoor aansluiting te zoeken bij de wijze waarop fysiologische veranderingen in biologische systemen plaatsvinden. Alle veranderingen in biologische systemen, zoals de cel, het orgaan, het lichaam, verlopen volgens elkaar systematisch opvolgende fasen: stofwisseling, voedselverwerking, energie-omzetting, groei, ontwikkeling, veroudering, etc. Hetgeen men waarneemt is nooit een incidenteel symptoom, ook al doet de chemische analyse, het microscopisch preparaat of de röntgenfoto dit vermoeden; het waargenomene is altijd een fase in een proces. Begin en eind van dit proces worden bepaald door de soort verandering en de uitgebreidheid van het biosysteem dat men onderzoekt. In de geneeskunde heeft men op antropocentrische en pragmatische gronden het lichaam van de mens als uitgebreidheid van dit systeem gekozen. Men kan de uitgebreidheid van dit systeem gemakkelijk vergroten of verkleinen zonder het principe van het tot stand komen van veranderingen via procesfasen geweld aan te doen. Bij een vergroting van de uitgebreidheid van het lichamelijke biosysteem betrekken we ook de omgeving van de lichamelijke mens in onze beschouwing: de bio-omgeving, de maatschappelijke ruimte, het gedrag en het genenpatroon. Na deze insluiting der omgeving gaan we na of we de gezondheidsproblemen kunnen onderzoeken onder de titel 'procesfasen in de verandering van de biologische infrastructuur van de mens en de presentatie hiervan in gedrag onder invloed van de omgeving'. Ieder gezondheidsprobleem is daarbij een procesfase, gekenmerkt door vooraf

vastgestelde criteria, ontleend aan de omgeving, de biologische infrastructuur van het lichaam of de presentatie hiervan in gedrag.

### Klassen

Met gebruikmaking van deze criteria ontstaan zeven klassen gezondheidsproblemen, welke door hun specifieke kenmerken eenduidig van elkaar te onderscheiden zijn. Iedere klasse omvat alle gezondheidsproblemen welke aan de criteria van de betreffende fase beantwoorden. Hierdoor kunnen we ook de personen in de populatie benoemen naar hun gezondheidsproblemen. Voor deze populatie-indeling naar gezondheidsproblemen gebruiken we de volgende *criteria en termen*:

- Personen met een gezond lichaam, een 'normaal' genenpatroon en een gezond gedrag, levend in een optimale omgeving (optimale humane biotoop of homotoop) noemen we *gezonden*.
- Gezonden met een schadelijk gedrag voor de gezondheid en/of levend in een schadelijke omgeving, noemen we *bedreigden*.
- Personen met beginnende afwijkingen of een afwijkend genenpatroon, zonder subjectieve klachten of perceptie van de afwijking, noemen we *risicodragers*.
- Personen met door hen gepercipieerde afwijkingen én klachten ± hulpzoekgedrag noemen we gedurende de dynamische periode *zieken*.
- Personen bij wie de dynamische periode der afwijkingen en klachten

met of zonder behandeling tot stilstand is gekomen, maar bij wie restafwijkingen bestaan welke het (sociaal) functioneren belemmeren, noemen we *functiebeperkten*.

- Personen bij wie deze functiebeperking tot functie-uitval is geworden, welke gehele of gedeeltelijke zelfredzaamheid in de alledaagse functies onmogelijk maakt, noemen we *hulpafhankelijken*.
- *Overledenen*.

Samengevat ontstaat nu *tabel 2*.

Iedere subpopulatie heeft een eigen zorgsysteem, gericht op de gezondheidsproblemen welke voorkomen in de procesfase waarin de subpopulatie verkeert. Hierdoor ontstaan zes zorgsystemen. In *tabel 3* (volg. pag.) zijn deze zes zorgsystemen met hun diagnostische en zorgverleningsactiviteiten, samen met de subpopulatiegroepen waarop zij zijn gericht, in één tabel gebracht. In het kader van deze beschrijving zullen we deze zorgsystemen niet nader toelichten, evenmin als de eerder genoemde criteria voor de procesfasen. De in het begin gegeven *doelstelling der gezondheidszorg (1)* zullen we met het denken in procesfasen in overeenstemming brengen, waardoor deze doelstelling nu als volgt gedefinieerd moet worden (2):

- de mens een volwaardige biotoop te verschaffen,
- hem te informeren over de opvattingen der gezondheidszorg omtrent zijn lichaam en de externe functies hiervan,
- de afwijkingen in zijn lichaam (biosysteem) te voorkomen, op te sporen of in overleg met hem te behandelen,

*Tabel 2. Indeling populatie naar gezondheidsproblemen op basis van procesfasen.*

fase	indeling gezondheidsproblemen naar procesfasen	indeling populatie naar gezondheidsproblemen
1	gezonder gedrag, optimale opgeving, gezond lichaam, normale genen	gezonden
2	schadelijk gedrag en/of schadelijke omgeving	bedreigden
3	beginnende afwijking zonder klachten	risicodragers
4	afwijking + klachten	zieken
5	restafwijking + functiebeperking	functiebeperkten
6	restafwijking + functie-uitval	hulpafhankelijken
7	dood van het organisme	overledenen

Tabel 3. Indeling populatie en zorgsystemen op basis van procesfasen.

populatie	zorgsystemen
gezonden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– onderzoek homotoop (humane biotoop)</li> <li>– structurering <ul style="list-style-type: none"> <li>• optimale homotoop (humane biotoop)</li> <li>• gezondheidsbevorderend gedrag, GVO</li> </ul> </li> </ul>
bedreigden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– systematisch signaal onderzoek</li> <li>– preventie <ul style="list-style-type: none"> <li>• GVO beïnvloeding schadelijk gedrag</li> <li>• hygiëne (milieu-, psycho- en sociale)</li> <li>• afscherming</li> <li>• weerstandsverhoging</li> <li>• genetisch advies</li> <li>• voorkomen ongewenste zorg (iatrohygiëne)</li> </ul> </li> </ul>
risicodragers	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opsporing beginnende afwijkingen</li> <li>– interventie <ul style="list-style-type: none"> <li>• vroeggeneeskunde</li> <li>• advisering</li> <li>• controle</li> </ul> </li> </ul>
zieken	<ul style="list-style-type: none"> <li>– diagnostiek van klachten</li> <li>– geneeskunde <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicament/operatie</li> <li>• leefregel</li> <li>• uitwendige behandeling</li> <li>• revalidatie</li> </ul> </li> </ul>
functiebeperkten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– belastbaarheid vaststellen</li> <li>– sociaal-medische zorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• heroriëntatie</li> <li>• resocialisatie</li> <li>• beïnvloeding maatschappelijke ruimte</li> </ul> </li> </ul>
hulpafhankelijken	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ADL-meting</li> <li>– verzorging <ul style="list-style-type: none"> <li>• dienstcentra</li> <li>• verpleeghuizen</li> </ul> </li> </ul>

– problemen bij het functioneren met het lichaam en in het lichaam in overleg met hem op te lossen, en in dit alles zijn keuzemogelijkheden voor het gezond zijn te vergroten.’

## Discussie

In het voorgaande is een referentiekader met criteria aangegeven door de gezondheidsproblemen en de hiermee corresponderende zorgsystemen. Door het toepassen van evaluatie en plantechnieken is het theoretisch mogelijk met dit referentiekader een gezondheidszorg te construeren en de taken en functies van de verschillende professies hierin op te sommen.

Door het abstractieniveau van het gebruikte denkpatroon blijft er een groot aantal theoretische en organisatorische vragen bestaan en

zullen er vele weerstanden moeten worden overwonnen, voordat men er in de praktijk van de gezondheidszorg mee kan werken. Onderstaand worden deze vragen en moeilijkheden kort besproken.

### 1. Gezondheidsproblemen

Er is niet duidelijk aangegeven wat nu precies met een gezondheidsprobleem wordt bedoeld. Geldt dit de omgeving, de afwijking in het biosysteem, het gedrag met de afwijking, of andere aspecten? Heeft dit begrip dezelfde inhoud voor de populatie, de professie en politici of actiegroepen? Voorlopig beperken we ons tot de omschrijving van het gezondheidsprobleem zoals gegeven in doelstelling 1: ‘als zodanig onderkend door populatie of professie’. In het dagelijks spraakgebruik betekent dit zoiets als: ‘alles wat voor de

gezondheid schadelijk is’. Voor de wetenschap van de gezondheidszorg kunnen we de kring iets nauwer maken: gezondheidsproblemen zijn verschijnselen/factoren welke het functioneren van het biosysteem van de mens of het functioneren van de mens met of in dit biosysteem in zijn leefsituatie schadelijk beïnvloeden, belemmeren of verhinderen.

Het is een *raamdefinitie*, die per gezondheidsprobleem ingevuld moet worden. Een klassificatie is een eerste aanzet voor het referentiekader dat hiervoor nodig is.

### 2. Individu en procesfase

Een individu kan tegelijkertijd in verschillende procesfasen verkeren, als hij bij meer dan één proces betrokken is. Hij kan dus in meerdere populaties worden ingedeeld, afhankelijk van het proces dat men op het moment van indeling kiest. Aantal individuen en aantal problemen in een populatie kunnen dus verschillen. We klassificeren in feite de afwijking, het gezondheidsprobleem, niet de mensen.

### 3. Generalisatie van het begrip ‘procesfase’

We zijn bij de bespreking uitgegaan van een generalisatie in die zin dat we menen dat iedere afwijking een fase van een proces is; iedere afwijking komt via een proceskarakter tot stand. Deze aanname berust op een algemeen biologisch principe. Ook de fysiologische processen vertonen een proceskarakter: energie-opbouw, voeding, verbranding, informatieverwerking, groei, ontwikkeling. In het gebruikte concept gaat het echter niet alleen om fasen in het biosysteem, maar evenzeer om fasen welke daarbuiten liggen, zoals omgeving en gedrag.

### 4. Inhoudelijke betekenis en predictie

We hebben gesproken over een kwalitatieve inventarisatie van de gezondheidsproblemen in een populatie. Hierbij staan we voor de vraag of het mogelijk is aan een waarnemingsuitkomst inhoudelijk betekenis toe te kennen voor de

indeling van het waargenomen in een specifieke procesfase. Dit is alleen mogelijk, indien we aan een waarneming een predictieve waarde kunnen ontleen of toekennen. Toch zal wel bijna niemand het aandurven vanuit de waarneming over de omgeving, afwijking, gedrag, externe functies, duidelijke predicties aan te geven, zodat de volgende fase van het proces in de tijd kan worden voorspeld. Er is een groot verschil tussen analyse achteraf en gezondheidszorg vooraf: de analyse die tot de conclusie leidt dat de afwijking een proceskarakter toont, geeft nog allerminst zekerheid over de predictieve waarde van een waarneming, over het verloop van het proces vanaf een bepaald moment. Dit is een van de vele problemen waar de gezondheidszorg voor staat. Gezondheidszorg, hoe ook en door wie ook gegeven, is altijd *vooraf-zorg*, ingrijpen in een proces op grond van de aanname van geldende predicties en op grond van aannamen over de effecten van de zorg voor het bereiken van een *toekomst-doel*.

#### 5. Evaluatie van de effecten

Indien men het effect van de verschillende zorgsystemen op het proces onderling vergelijkt, kan men op grond hiervan tot prioriteitskeuzen komen. Een volgende fase van het proces is daarbij gelijk aan het constateren van het falen van het voorafgaande zorgsysteem, dat niet in staat was het proces in die fase tot stilstand te brengen. 'Och waren alle mensen wijs, deez' aarde was een paradijs'. Aangezien deze aarde volgens velen geen paradijs is, moeten we concluderen dat de mensen niet wijs zijn ofwel dat de hypothese wijs/paradijs niet juist is. Vrij vertaald in gezondheidstermen: er zullen altijd volgende procesfasen blijven voorkomen. Volledige preventie voor iedereen van elke volgende procesfase is een irreële en soms zelfs amorele wensdroom. Toch zal men deze effectberekening moeten toepassen, zowel voor de vergelijking van het effect van de zorgsystemen onderling als voor de vergelijking van opvattingen en methoden binnen een zorgsysteem. Nog afgezien van de relatieve betrouwbaarheid van de uitkomsten van de effectberekening moet men zich realiseren dat de opvattingen van populatie, professie, politici,

belangengroepen etc. over het bereikte effect op het gezondheidsprobleem sterk kunnen en ook zullen uiteenlopen.

#### 6. ICD en klassificatie naar procesfasen

De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert als classificatiesysteem de ICD. Deze organisatie hanteert tegelijkertijd als definitie van gezondheid: 'een volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden.' *Er is echter door de WGO nooit een poging ondernomen haar classificatiesysteem in overeenstemming te brengen met haar definitie van gezondheid: de gezondheidstoestand van een bevolking wordt nog steeds uitgedrukt in morbiditeits- en mortaliteitscijfers van ICD-categorieën: hetzelfde geldt voor de verzuimstatistieken van Ziektewet en WAO en voor CBS-statistieken.*

Toch moet men zich afvragen of een dergelijke klassificatie de analyse van de gezondheidsproblemen niet ten zeerste beperkt. Het functioneren van de mens in zijn situatie kan men er niet in plaatsen. Toch is het (niet) kunnen functioneren het belangrijkste gezondheidsprobleem voor de mens, waarbij hem de oorzaak van het niet kunnen functioneren in wezen niet interesseert. De oorzaak van het niet kunnen fietsen kan zijn: een gebroken been, een neurologische aandoening,

een vaataandoening, een ulcus cruris, maar het resultaat voor de mens is hetzelfde: hij kan niet fietsen. Omgekeerd kan één bepaald gedrag of één bepaalde factor in bio-omgeving of maatschappelijke ruimte tot zeer verschillende ICD-diagnoses leiden. De conclusie moet zijn, dat men de ICD-categorieën moet beperken tot het gezondheidsprobleem ziekte en het zorgsysteem geneeskunde. Men moet de ICD-klassificatie dwars op de gezondheidsproblemen zetten en niet omgekeerd.

#### 7. Plantechnieken

Iemand die de opdracht krijgt een plan te maken voor de organisatie van het gezondheidszorg of voor de opleiding van de hierin gewenste professies, zal na het lezen van deze discussiepunten er verstandig aan doen de opdracht te weigeren als hij geen oneigenlijke motieven heeft om deze toch te aanvaarden. Voor plantechnieken en structurering van organisaties zijn gegevens, criteria en omschreven doelen nodig. Deze voorwaarden zijn niet of onvoldoende vervuld. Indien men een wetenschap van de gezondheidszorg wil opbouwen, zal men hierover ernstig moeten gaan nadenken. De mogelijkheid tot structurering op basis van gegevens, criteria en doelen is hierbij een nuttige toets voor de mate waarin men in deze wetenschap is gevorderd.

---

### Wie heeft ervaring met het medisch tuchtrecht?

## OPROEP

Dit jaar wordt herdacht dat de Medische Tuchtwet 50 jaar en de KNMG-rechtspraak 75 jaar bestaat. Een speciale serie artikelen in Medisch Contact zal hierop worden afgestemd. Een van de onderdelen van die serie zal zo mogelijk worden gewijd aan ervaringen van beroepsbeoefenaren met deze vorm van rechtspraak.

Ondergetekende verzoekt die collegae die bereid zijn mee te werken aan een vraaggesprek hierover — waarvan de weerslag absoluut anoniem zal worden behandeld — contact met hem op te nemen.

Utrecht, januari 1978

F. A. Bol, hoofdredacteur Medisch Contact

---

# Wat verwacht de medische professie van universitaire medische centra?

## Inleiding

Op de verschillende plaatsen waar de basisopleiding tot arts wordt gegeven is een streven merkbaar naar een zodanige structuur dat de integratie van de vakgebieden welke voor het latere functioneren als arts van belang zijn zoveel mogelijk plaatsvindt op één lokatie. Men spreekt hierbij over een universitair medisch centrum (UMC), waaronder men verstaat het geheel dat wordt gevormd door het academisch ziekenhuis, de laboratoria van de medisch-biologische wetenschappen en de instituten van de medisch-maatschappelijke wetenschappen.

Verondersteld wordt dat op één lokatie voor de betreffende disciplines ruimte en gelegenheid is voor zowel de eigen specifieke werkzaamheden, onderzoek en ontwikkeling, als voor onderwijs en onderlinge samenwerking. In het bijzonder betekent dit binnen een UMC een in ruimte en tijd zeer intensief samengaan van gezondheidszorg en onderwijs.

Teneinde te bereiken dat aan de studerende een zo volledig mogelijk pakket kan worden aangeboden om een optimaal studieresultaat te behalen is het een vereiste dat gezondheidszorg wordt verleend op eerste echelonsniveau, verder specialistische geneeskunde, geavanceerde geneeskunde (zogenaaamde topfuncties) en experimentele geneeskunde. Het onderwijs aan een UMC zou omvatten: het basisonderwijs tot arts, de voortgezette opleiding tot specialist, sociaal-geneeskundige en huisarts en in de nabije toekomst het post-academisch onderwijs. De onderlinge samenhang en wederkerige beïnvloeding van deze

---

door Dr. J. L. A. Boelen



---

taken zijn van een zodanige omvang en hebben een zodanige betekenis voor het medisch onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg dat er naar wordt gestreefd tevoren zoveel mogelijk belemmeringen in tijd, ruimte en personen te elimineren. Onder deze gunstig lijkende omstandigheden zal het mogelijk zijn de diverse aspecten van medisch wetenschappelijk onderzoek, onderwijs in de geneeskunde en de opvoeding tot arts tot voordeel van elkaar en tot voordeel van de patiënt – om wie een en ander is begonnen – te integreren en de basis voor de toekomstige ontwikkeling van de geneeskunde te verbreden. Het tot stand komen van een universitair medisch centrum kan dan ook betekenen dat de kwaliteit van de gezondheidszorg verbetert. Van een arts mag worden verwacht dat hij – ongeacht de plaats waar of de wijze waarop hij werkzaam is – gezondheidszorg levert waarbij het geluk, welzijn en belang van de individuele patiënt prevaleren boven medisch-technische mogelijkheden, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs, maatschappelijke omstandigheden en beroepsbelangen

van de medische professie. Het gehalte van de opleiding dient zodanig te zijn dat vanaf de aanvang van de praktijk op verantwoorde wijze kan worden gewerkt. Daarbij is een arts verplicht er uit eigen beweging voor zorg te dragen dat hij een hoog peil van werken handhaaft en waar mogelijk verbetert. Deze uitgangspunten zijn van belang bij het tot stand komen van een UMC. De opvattingen welke leven onder de universitair of perifeer werkzame medici stemmen – wat deze uitgangspunten betreft – grotendeels overeen; ten aanzien van de oplossing van afzonderlijke vraagstukken wordt echter in een aantal gevallen – afhankelijk van de positie waarin men verkeert – verschillend gedacht. De toekomstbepalende rol welke een UMC zou kunnen spelen en de bestaande verschillen in opvatting tussen universitair en perifeer werkzame medici maken het noodzakelijk dat de medische professie zich als geheel uitsprekt omtrent haar verwachtingen ten aanzien van het oprichten van universitaire medische centra.

*Zonder aanspraak te willen maken op volledigheid en zonder in details te willen treden is in het onderstaande getracht een aantal overwegingen betreffende de gewenste structuur en doelstellingen van universitaire medische centra te verwoorden. Een en ander dan te zien door de bril van de medicus practicus die werkzaam is buiten de universitaire gemeenschap en kritisch aankijkt tegen grootschaligheid en centralisatie, daarbij verwachende enig gehoor te vinden voor zijn persoonlijke denkbeelden en aanleiding te geven tot een vruchtbare discussie over een onderwerp dat voor de toekomst van de geneeskunde in Nederland van groot belang is.*

Teneinde te kunnen bereiken dat een universitair medisch centrum een waardevol element wordt in de toekomstige ontwikkeling van de geneeskunde en beantwoordt aan de doelstelling om artsen af te leveren van hoge kwaliteit, is het gewenst dat niet alleen rekening wordt gehouden met de voorwaarden welke volgen uit de eisen te stellen aan onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg ter plaatse van het UMC. Een dergelijk centrum zou een belangrijk deel van zijn betekenis kunnen ontleenen aan de plaats die het in de gemeenschap inneemt; in feite zou het met zichzelf in tegenspraak zijn wanneer het zich geïsoleerd opstelt en zich afgesloten van de wereld daarbuiten ontwikkelt.

Hoewel er in de universitaire wereld krachten aan het werk zijn welke tot aansluiting met het maatschappelijk gebeuren streven, bestaat van oudsher meer de geneigdheid tot een buitenmaatschappelijke, of – zo men wil – een bovenmaatschappelijke ontwikkeling. Een UMC zou vanaf de oprichting mede als duidelijke doelstelling dienen te hebben een intensieve samenwerking met de omringende instellingen, organisaties en personen die op hetzelfde terrein werkzaam zijn. Men mag dit een voorwaarde noemen voor het welslagen van een multidisciplinair project op het gebied van de gezondheidszorg.

In het bijzonder is de samenwerking met de medische professie buiten het UMC een *conditio sine qua non* en dat niet alleen in de vorm van affiliatie met enkele algemene ziekenhuizen, maar ook in de vorm van hechte relaties met huisartsen en sociaal-geneeskundigen onder waardering voor en begrip van elkaars werkzaamheden. Het lijkt daarbij van belang te zijn dat men zich ten aanzien van de mate van samenwerking niet beperkt tot het doen van een beroep op de periferie, wanneer het UMC onvoldoende mogelijkheden heeft tot het geven van praktisch onderwijs. Men zou een deel van de taken op het gebied van onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg moeten delegeren aan de perifeer werkzame artsen en instellingen. Daarbij zou het UMC dan het leidinggevende orgaan binnen het samenwerkingsverband moeten blijven en toezicht dienen te houden op de resultaten.

De door de medische professie

## Levenslang studeren

Wanneer de arts na het beëindigen van de studie kennis maakt met de samenleving, ervaart hij (of zij) niet zelden dat in de benodigde kennis en houding enige witte plekken zijn, welke zijn veroorzaakt door de niet altijd volledige aansluiting van de opleiding op de te leveren beroepsprestatie. Gewoonlijk vindt er een snelle adaptatie plaats, waarbij oudere collegae een belangrijke rol spelen. Daarna volgt echter in de meeste gevallen een langdurige periode waarin de arts, ver verwijderd van de impulsen die van de opleidingsinstelling kunnen uitgaan, zijn dagelijkse arbeid verricht. Al doende realiseert men zich dat arts zijn levenslang studeren betekent. Ieder zoekt zich een *modus vivendi* om

## Samenwerking

Onder diverse geleidingen van de samenleving is de afgelopen jaren een niet onbelangrijke stroming ontstaan, waarbij academische ziekenhuizen worden beschouwd als algemene ziekenhuizen en waarbij de regels welke gelden voor algemene ziekenhuizen onverkort op academische ziekenhuizen worden toegepast. De geavanceerde zorg welke in de academische ziekenhuizen wordt gegeven verplicht hen tot samenwerking in regionaal verband; in sommige gevallen in nationaal of internationaal verband. In het bijzonder betreft dit samenwerking met

algemene ziekenhuizen.

Het verschil in de verleende zorg tussen academische en algemene ziekenhuizen bestaat voornamelijk in de zogenaamde topfuncties. Door medisch onderzoek en onderwijs worden echter andere eisen gesteld aan het academisch ziekenhuis dan die welke gelden voor het algemeen ziekenhuis. Door het grote verschil in infrastructuur zou een directe vergelijking leiden tot oversimplificatie welke onrecht doet aan het eigen karakter van het academisch ziekenhuis. Een op te richten UMC zal in het gehele stelsel van gezondheidsvoorzieningen een volstrekt eigen plaats innemen en naar eigen specifieke maatstaven moeten worden beoordeeld. Dit betekent overigens niet dat geen rekening hoeft te worden gehouden met de omringende voorzieningen. Niet zonder meer kan door het UMC in alle opzichten de eerste plaats worden geclaimd.

Het lijkt gewenst dat men zich bezint omtrent de specifieke taken van het UMC ten aanzien van het verlenen van het gehele scala van gezondheidszorgvoorzieningen. Samenwerking met de periferie zou onder meer kunnen betekenen dat de omvang van het academisch ziekenhuis niet noodzakelijkerwijs 900 bedden of meer behoeft te zijn.

Een goede taakverdeling betreffende gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek zou tot gevolg kunnen hebben dat het aantal bedden in een UMC relatief bescheiden wordt gehouden, waardoor meer ruimte aanwezig is voor onderzoek, onderwijs en poliklinische voorzieningen op het gebied van huisartsgeneeskunde, specialistische geneeskunde en sociaal-geneeskundige activiteiten. Een bijkomstig – maar niet geheel onbelangrijk – probleem vormt de binding die een academisch ziekenhuis heeft met zowel het departement van Onderwijs als dat van Volksgezondheid. De normen die door beide departementen worden gehanteerd zijn niet altijd congruent. De overheid heeft daarbij in de vorm van de te verlenen financiële middelen een instrument in handen waarmee de door haarzelf vastgestelde normen kunnen worden gerealiseerd. Een door beide staatssecretarissen opgestelde basisfilosofie academische ziekenhuizen en intentieverklaring is weliswaar in voorgaande jaren geconcipeerd, maar een dergelijke

verklaring – zonder dat mankracht en middelen ter beschikking worden gesteld en zonder dat wordt aangegeven hoe de beheersstructuur van de academische ziekenhuizen in feite zou dienen te zijn geregeld – levert weinig perspectief op voor de nabije toekomst.

De uit dit dualisme voortvloeiende bestuurlijke en organisatorische problemen kosten alle betrokken ter plaatse veel tijd en energie die beter aan onderzoek en onderwijs zou kunnen worden besteed. Bij de oprichting van een UMC lijkt een noodzakelijke voorwaarde voor goed functioneren te zijn dat de bestaande wettelijke regelingen zodanig worden gewijzigd dat een efficiënte organisatie mogelijk is.

### Achterhaald

Aan de totstandkoming en ontwikkeling van een UMC zou niet alleen de universitaire wereld en de daarbuiten werkzame medische professie een bijdrage kunnen leveren, ook de ontwikkeling van de samenleving in al haar aspecten en in het bijzonder ten aanzien van de gezondheidszorg is daarbij van groot belang. De afgelopen decennia zijn gekenmerkt door veranderingen in het medisch handelen en wijzigingen in de aan de medische professie aangeboden problematiek.

Het overwegend medisch-technisch curatieve handelen is geruime tijd beschouwd als de meest geëigende vorm van medisch functioneren, maar deze opvatting is onder invloed van veranderingen in de samenleving geleidelijk achterhaald. Niet alleen betreft dit de ontwikkeling van sociaal-geneeskundige vakgebieden, maar ook de integratie van datgene dat uit de raakgebieden met andere wetenschappen en de randgebieden van de geneeskunde afkomstig is en waarvan is gebleken dat het voor de patiënt van voordeel kan zijn. Deze andere vormen van medisch handelen hebben in het geheel van basis-opleiding, voortgezette opleiding en blijvende scholing een groeiende betekenis en verwacht mag worden dat de invloed hiervan zal toenemen. De geavanceerde medische technieken vormen een bescheiden – zij het soms spectaculair – onderdeel van de scala van mogelijkheden waarover een arts kan beschikken. Het is in de perifere praktijk echter zinnvoller voor de arts

om te weten wat er ten bate van zijn patiënten mogelijk is dan deze techniek te beheersen. Men mag veronderstellen dat iemand slechts dan een goed arts kan zijn wanneer hij in theoretisch opzicht in voldoende mate is geschoold; de beheersing van medisch-technische kennis is in dit verband een belangrijk onderdeel.

De samenleving stelt inmiddels de eis dat de arts deze kennis toepast binnen het kader van de maatschappelijke structuur en verlangt daarbij dat ook in de opleiding meer aandacht wordt gegeven aan factoren die de latere beroepsuitoefening beïnvloeden. De scholing in de theoretische aspecten dient een zodanig gehalte te hebben dat iedere arts beschikt over een ruime, gedegen en gemeenschappelijke basiskennis.

Het onderling begrijpen en verstaan van artsen – ongeacht hun wijze van functioneren – is hier mee in hoge mate gediend en tevens biedt het geven van een brede basis de mogelijkheid de gemiddelde kwaliteit van de artsen te verhogen. Deze scholing kan uiteraard het beste plaatsvinden in een centrum waar de ontwikkeling op de voet wordt gevolgd en voldoende

onderwijspotentieel aanwezig is, hetgeen overigens niet uitsluit dat een UMC geen gebruik zou kunnen maken van perifere onderwijsmogelijkheden. De verlangens van de samenleving, om artsen in haar midden te hebben die hun kennis toepassen mede naar de behoefte van de samenleving, kunnen beter en sneller tot uitdrukking worden gebracht in de voortgezette opleiding en nascholing. Dit zou kunnen betekenen dat het onderwijs op dit niveau in grotere mate buiten een UMC kan plaatsvinden dan geldt voor de basisopleiding. In de huisartsgeneeskunde wordt de afgelopen jaren al steeds meer nadruk gelegd op de integratie van medisch-technisch kunnen en maatschappelijke relevantie. De centrifugale ontwikkeling van de geneeskunde heeft ongetwijfeld bij het ontstaan van deze stroming een belangrijke rol gespeeld, maar weinig meetbare factoren als status en niveau van beroepsuitoefening en beter meetbare factoren als de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg hebben er eveneens toe bijgedragen.

Het is op dit moment nog niet geheel duidelijk in welke richting zich uiteindelijk de huisartsgeneeskunde zal ontwikkelen en welke de voordelen zijn



ten opzichte van de eerder bestaande opleidingsvorm. In ieder geval is er sprake van een verschuiving binnen bestaande patronen, waardoor in en om de academische ziekenhuizen geleidelijk meer ruimte voor de beoefening van eerste echelonszorg ter beschikking komt. Bij de opzet van een UMC dient hiermee terdege rekening te worden gehouden. *'Overigens ben ik van mening dat de beroepsopleiding tot huisarts tot drie jaar verlengd moet worden'* (vrij naar Cato).

De kwaliteit van de voortgezette opleidingen is afhankelijk van het gehalte van de basisopleiding, waaromtrent enige bezorgdheid eerder werd geuit (MC 1976). De mogelijkheden welke ter plaatse van een UMC aanwezig dienen te zijn om de voortgezette opleiding te verzorgen, omvatten elementen tot wetenschappelijke en praktische vorming die de gespecialiseerde arts in staat stellen zelfstandig en verantwoord te kunnen werken direct na de inschrijving in het register van respectievelijk specialist, sociaal-geneeskundige of huisarts. Dit betekent voor een UMC dat alle specialistische activiteiten zoveel mogelijk op één lokatie aanwezig moeten zijn en over voldoende ruimte en middelen moeten beschikken om de doelstellingen van onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg te kunnen waarmaken.

Het volume van een UMC zou onder de druk van deze verlangens ondoelmatig groot kunnen worden. Dit lijkt een reden te meer om er naar te streven in samenwerking met de perifere medische professie te zoeken naar een oplossing waarbij zowel ten aanzien van onderzoek en onderwijs als ten aanzien van gezondheidszorg de gehele periferie wordt ingeschakeld bij de verschillende vormen van voortgezette scholing. Daar komt nog bij dat er in een UMC ruimte dient te zijn voor de ontwikkeling van nog niet erkende of zelfs nog niet bekende specialismen, die de gelegenheid zouden moeten krijgen aan te tonen dat er reden bestaat voor zelfstandigheid.

Ook andere dan medische disciplines dienen toegang te hebben tot een UMC, daar de wederzijdse bevruchtende werking van grote betekenis kan zijn voor de toekomstige wetenschappelijke ontwikkelingen. Dit betreft dan niet alleen de medisch-biologische en medisch-maatschappelijke vakken – welke overigens van wezenlijk belang

zijn voor de kwaliteit van de basisopleiding en ter plaatse van een UMC dienen te zijn gevestigd – maar ook alle overige wetenschappen die een raakvlak hebben met de geneeskunde. De zogenaamde hogere beroepsopleidingen, voor zover relevant voor de gezondheidszorg, zouden eveneens in de onmiddellijke nabijheid van een UMC gevestigd dienen te zijn.

### Geneeskunst

Bovenstaande praktische verlangens bepalen echter niet alleen de opzet van een UMC. Een aantal immateriële overwegingen – uiteraard moeilijk in maat en getal uit te drukken – is van wezenlijk belang voor de wetenschappelijk of praktisch werkzame arts.

Het arts zijn is een dienende functie bij uitstek en naast geneeskunde zal men in de gelegenheid moeten worden gesteld zich te bekwamen in *geneeskunst*. De basis van de geneeskunde zal voornamelijk natuurwetenschappelijk blijven, maar de toepassing van de kennis hieromtrent schiet in toenemende mate tekort bij de vragen om hulp die de praktiserende arts bereiken. Het blijkt dat een aanzienlijk deel van de problematiek geen oorzaak vindt in een organisch lijden.

Toenemende terughoudendheid is dan ook geboden bij de toepassing van – in het bijzonder – geavanceerde medische techniek. De arts is echter niet in alle gevallen zodanig opgeleid dat hij orgaanspecialistische onderzoeken en behandelingswijzen kan nalaten wanneer een vraag om hulp hem bereikt.

Deels uit faalangst, deels op grond van de in vrijwel alle opleidingsinrichtingen vigerende opvatting dat een organisch lijden moet worden uitgesloten, worden de aangeleerde vormen toegepast. De geneeskunde schiet hier tekort en men kan het de patiënt niet euvel duiden dat hij bezwaren heeft tegen deze schabloonmatige toepassing van een medisch-technisch ritueel en zijn toevlucht zoekt tot alternatieve geneeswijzen.

Het is ieders goed recht zich af te vragen waar de grenzen liggen waarbuiten geen medische hulp meer kan en behoeft te worden geboden en waarbuiten geen medisch-technische kennis aanwezig behoeft te zijn. De waardering voor de geneeskunst heeft

wel eens te lijden onder de overwaardering van de geneeskunde; dit niet alleen van de zijde van de medische professie zelf.

Met meer nadruk zal aan de arts – dit geldt in sterkere mate wanneer deze zich specialiseert – moeten worden geleerd met de eenvoudige middelen van anamnese, lichamelijk onderzoek en epicrise diegenen uit het grote aanbod van patiënten te selecteren die niet organisch ziek zijn. Het gebruik van hulpmiddelen kan daarbij tot een minimum worden beperkt en de weinig beschikbare hulpmiddelen kunnen efficiënt worden gebruikt voor hen die het werkelijk nodig hebben. Bij de behandeling van de niet-organisch zieke mens moet de arts vrij zijn te kiezen uit die vormen van geneeswijzen waarvan aannemelijk is gemaakt dat er een heilzaam effect van is te verwachten.

Het aanvaarden van het nut van een andere inbreng in een UMC dan van strikt medisch-technische zijde is overigens meer een kwestie van attitude. De geneeskunst heeft wijdere grenzen dan de geneeskunde en de doelstelling van de opleiding in een UMC zou meer hierop gericht kunnen zijn.

### Verschillen

Het is een bekend gegeven dat het functioneren van artsen landelijk aanzienlijke verschillen vertoont in kwantitatief opzicht. Cijfers, verzameld door de Stichting Medische Registratie en door de ziekenfondsen in het LISZ-project, tonen onder meer verschillen in het aantal specialistische verrichtingen per individu en het aantal ziekenhuisopnamedagen bij eenzelfde aandoening. In de werkzaamheden van de huisartsen zijn verschillen onder andere in het aantal verwijzingen naar specialisten en in de kosten van de voorgeschreven geneesmiddelen per verzekerde. Naast algemene factoren, zoals urbanisatiegraad, leeftijdsopbouw van de bevolking, bereikbaarheid van medisch-technische voorzieningen en artsendichtheid zouden deze verschillen in de hand worden gewerkt door de aangeleerde vorm van medisch handelen, die afhankelijk van de opleidingsinstelling een eigen karakter heeft.

Het lijkt gewenst de gesignaleerde verschillen in dit opzicht nader wetenschappelijk te onderzoeken en

het zou geen kwaad kunnen wanneer er inmiddels naar zou worden gestreefd in het bijzonder ten aanzien van onderzoek en onderwijs de werkzaamheden van de toekomstige universitaire medische centra zoveel mogelijk te coördineren.

### Afhankelijk

In een academisch ziekenhuis zou de neiging kunnen bestaan de gezondheidszorg, uitgedrukt in per individu verrichte diensten, te maximaliseren. De natuurlijke rem, die in de perifere praktijk aanwezig is door een groter patiëntenaanbod per arts en het minder gemakkelijk ter beschikking staan van medisch-technische hulpmiddelen, is in een academisch ziekenhuis minder werkzaam. Er zou moeten worden voorkómen dat ditzelfde gebeurt in een UMC.

De wens om binnen een UMC tevens algemene gezondheidszorg te verlenen, mede met het oog op het aan de studerende aanbieden van een zo evenwichtig mogelijk pakket, zal vergezeld dienen te gaan van de intentie zo min mogelijk gebruik te maken van medisch-technische hulpmiddelen in al die gevallen die zich daartoe lenen. De noodzakelijkheid om geavanceerde zorg te kunnen bieden aan daartoe geselecteerde patiënten maakt de bereikbaarheid groter van de daartoe benodigde hulpmiddelen en leidt derhalve tot een ruimer gebruik, waardoor de arts tijdens de opleiding in grotere mate afhankelijk zou kunnen worden gemaakt van medisch-technische voorzieningen dan wellicht voor het verlenen van een optimale gezondheidszorg in de zin van de beoefening van de geneeskunst wenselijk is.

Enige bescheidenheid van de zijde van de academische ziekenhuizen lijkt op zijn plaats te zijn, zolang niet is aangetoond dat de aldaar verleende zorg op korte of lange termijn van voordeel is voor de patiënt ten opzichte van de perifeer verleende zorg in gelijksoortige gevallen waarbij geen geavanceerde technieken noodzakelijk zijn.

Het morbiditeitspatroon van de patiënten, die aan een academisch ziekenhuis worden aangeboden, is zonder twijfel anders van karakter dan in de perifere praktijk door de voorselectie welke – afhankelijk van plaats en omstandigheden – niet in alle gevallen gelijk is. Dit kan tot gevolg

hebben dat de ervaring welke gewenst is voor de behandeling van bepaalde ziektebeelden in de algemene ziekenhuizen groter is.

Het effect hiervan zou kunnen worden versterkt doordat de bemanning van de academische ziekenhuizen voor een aanzienlijk deel uit eigen gelederen is gerecruteerd en persoonlijke perifere ervaring in dat geval ontbreekt. Naast andere redenen is het ook hierom zeer gewenst dat een UMC de regio betreft bij zijn werkzaamheden en in goede samenspraak met de betrokkenen in de regio tracht de nadelen van zijn uitzonderingspositie voor de patiënt zo gering mogelijk te doen zijn.

De vorming in een UMC van actieve klinische stafconventen – naar analogie van de medische staven in de algemene ziekenhuizen – kan voorts voorkómen dat interne communicatiestoornissen nadelige effecten hebben voor de patiënten. Daar de centrifugale ontwikkeling van de geneeskunde het risico in zich bergt van onderlinge vervreemding is het tevens gewenst dat vormen van samenwerking tot stand komen met de huisartsen en sociaal-geneeskundigen naar hetzelfde model.

Het op één lokatie aanwezig zijn van huisartsgeneeskunde, poliklinische en intramurale specialistische geneeskunde, alsmede sociale geneeskunde biedt de mogelijkheid aan de arts een meer longitudinale opleiding te geven, waardoor meer reële aansluiting met de werkelijkheid van de samenleving tot stand komt. Voorwaarden voor het welslagen hiervan zijn goede samenwerkingsvormen tussen de verschillende echelons en een overzichtelijke structuur van het UMC.

Als bijzondere voorwaarde zou kunnen worden gesteld dat de binnen een UMC verleende zorg het karakter heeft van de perifere praktijk voor zover de aangeboden problematiek dat toelaat en niet strijdig is met de belangen van onderzoek en onderwijs. Het zou verder van wijsheid getuigen wanneer functies – van welke aard dan ook – waarvan in de loop van de tijd blijkt dat de betekenis voor het UMC verloren is gegaan, werden opgeheven om ruimte te scheppen voor andere meer relevante activiteiten.

Bij de bouw van een UMC zal rekening moeten worden gehouden met de reeds jaren in gang zijnde geleidelijk verschuiving van klinische naar poliklinische werkzaamheden en met

de veroudering van de bevolking, waardoor ongetwijfeld in de toekomst andere eisen zullen worden gesteld aan een UMC ten aanzien van onderzoek, onderwijs en gezondheidszorg. Een uiterst flexibele opzet van elk binnen dit kader te bouwen project is daarom beslist noodzakelijk.

Nog niet genoemd, maar daarom beslist niet van minder betekenis, lijkt de noodzaak dat naast alle boven beschreven verlangens ruimte en gelegenheid aanwezig is voor ieder die daartoe de eigenschappen bezit om creatief bezig te zijn. De huidige studieduurverkortingen en efficiënte programmering van met name het basisonderwijs veroorzaken in toenemende mate minder gelegenheid voor studerende om scheppende arbeid te verrichten en daarmee de basis te leggen voor een latere wetenschappelijke carrière. Een UMC met bovenstaande mogelijkheden zou de broedplaats bij uitstek kunnen zijn voor een volgende generatie kwalitatief hoogstaande beoefenaren van de medische wetenschap en praktiserende medici.

### KNMG-taak

Deze verwachtingen van een medicus practicus zijn niet zo eenvoudig te realiseren in een tijdperk waarin onze welvaart een halt is toegeroepen en de overheid verplicht is op vele terreinen te bezuinigen en ten aanzien van bestedingen prioriteiten moet stellen. Bij een gelijkblijvend beleid van de overheid zullen universitaire medische centra slechts uiterst moeizaam tot stand kunnen komen en zullen wellicht academische ziekenhuizen worden gebouwd waarin het nimmer mogelijk zal zijn het concept van een UMC gestalte te geven.

De medische professie als geheel zal zich moeten uitspreken omtrent haar toekomstverwachting betreffende de ontwikkeling van universitaire medische centra nu aanpassing van het beleid nog mogelijk is. De kost gaat voor de baat uit, lijkt in dit geval in sterke mate te gelden. Uitstel van actie zou ernstig toekomstig kwaliteitsverlies van de gezondheidszorg in ons land kunnen betekenen.

Er ligt hier een belangrijke taak voor de KNMG, waar haar eerste doelstelling in het geding is: '... de geneeskunst in haar ruimste omvang in het Koninkrijk der Nederlanden te bevorderen'.



## Misbruik van en in de sportgeneeskunde

Het zal mogelijk enige verbazing wekken dat in deze serie over de sportgeneeskunde ook het onderwerp 'misbruik van en in de sportgeneeskunde' wordt belicht. Op alle gebieden in de geneeskunde worden evenwel handelingen verricht die ethisch op zijn minst discutabel moeten worden geacht. Vele fouten worden gemaakt die zowel op onbekwaamheid als tekort schieten aan kennis zijn terug te voeren. De sportgeneeskunde onderscheidt zich in deze noch in gunstige noch in ongunstige zin van andere takken der geneeskunst.

Dat fouten in de sportgeneeskunde desondanks zo breed worden uitgemeten is terug te voeren op het feit dat de sport in al haar facetten onevenredig veel en vaak sterk emotioneel getinte publiciteit krijgt. Wij noemen hier als voorbeeld het dopinggebruik en het toedienen van anabole steroïden. Ook de sportletsels in het betaalde voetbal halen met grote regelmaat de sportpagina's. Dit heeft gemaakt dat deze aspecten teveel aandacht krijgen, waardoor tendentieuze en soms zeer subjectieve berichtgeving schuld draagt aan onbegrip en vooroordeel omtrent de sportgeneeskunde.

Veel onjuist handelen in de sport door medici en paramedici kan stoelen op zakelijke belangen, waarbij ethische motieven het onderspit delven. Het betreft hier vooral de zogenaamde professionele sporten. Daarnaast speelt bij veel landen heel sterk het nationale prestige mee, waardoor medische handelingen, verricht met het doel de prestatie te verhogen, oogluikend dan wel openlijk worden toegestaan. In Nederland neemt de Vereniging voor Sportgeneeskunde het standpunt in, dat alle medisch handelen

door **J. A. W. Bosboom**  
en **A. G. M. F. Brok**



J. A. W. Bosboom is als revalidatie-arts verbonden aan het Prot. Chr. Ziekenhuis 'De Lichtenberg' te Amersfoort,

A. G. M. F. Brok (rechts) is Hoofd Bedrijfsgeneeskundige dienst GG en GD te Utrecht.

dat tot doel heeft op onnatuurlijke wijze de prestatie te verhogen, onjuist is en met klem dient te worden afgewezen.

Het ligt in onze bedoeling u in deze bijdrage een aantal voorbeelden te geven van die medische handelingen, die wij als artsen werkzaam in de sportgezondheidszorg onjuist en onverantwoord achten.

### Doping

Doping staat op dit moment weer in het brandpunt van de belangstelling. Per maand verschijnen tientallen artikelen in dag- en weekbladen en ook de sportrubrieken van radio en televisie brengen het dopingprobleem regelmatig onder de aandacht, waarbij vooral het beroepsvoetbal en het wielrennen het moeten ontgelden. Het

is moeilijk uit te maken wat hier schijn is en wat werkelijkheid.

Over doping bestaat zulk een uitgebreide literatuur dat het niet doenlijk is ook maar een poging tot samenvatting te geven. Voor de geïnteresseerde lezer vermelden wij graag een drietal Nederlandstalige artikelen, dat op vele facetten van doping ingaat, namelijk een bijdrage van Vree en Ketelaars in *Sport en Wetenschap*<sup>1</sup>, van Hueting en Poulus in *Sport, Lichamelijke Vorming en Wetenschap*<sup>2</sup> en een farmacologisch caput selectum van Van Rossum en Vree in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*<sup>3</sup>.

Tot 1965 concentreerden de discussies zich voornamelijk rondom de vragen hoe doping precies moest worden gedefinieerd en of doping in Nederland wel voorkwam.

Geen enkele definitie is volledig en op alle facetten van de praktijk afgestemd. In onvolledigheid schuilt het gevaar dat er toch misbruik van 'geneesmiddelen' plaatsvindt, zonder dat er afdoende maatregelen kunnen worden genomen. Daarom zal naast een definitie, die ruwweg het omvangrijke gebied van doping aangeeft, een lijst van verboden stoffen het misbruik tegen moeten gaan.

In 1967 werd door het Comité van Ministers van de Raad van Europa (Résolution 1967, 12) de volgende definitie opgesteld. 'Doping is de toediening aan een gezond individu of het gebruik door deze – op welke wijze dan ook – van stoffen die vreemd zijn aan het organisme, dan wel van fysiologische stoffen in abnormale hoeveelheden of langs abnormale weg, zulks met het enige doel de kunstmatige en oneerlijke beïnvloeding van de prestatie van deze persoon bij zijn deelneming aan een wedstrijd.'

Volgens deze definitie wordt doping door sportmensen gebruikt met het doel de prestatie te verbeteren. Of dit inderdaad gebeurt is een tweede. Voor dit doel worden vooral amfetaminen en haar derivaten aangewend. Al deze stoffen die als dope worden gekenmerkt staan op lijsten welke zijn opgesteld door o.a. het Comité de l'Education Extrascolaire van de Raad van Europa in 1964 en het Internationaal Olympisch Comité in 1968. Van tijd tot tijd wordt aan deze lijsten weer een middel toegevoegd. Zo was dit recent het stimulans Stimul<sup>®</sup>, een derivaat van pemoline dat de laatste tijd veel door wielrenners was gebruikt, omdat het tot voor kort niet kon worden aangetoond in de laboratoria die zich met dopingcontrole bezighouden.

Bij de samenstelling van een dopinglijst is men er niet in de eerste plaats van uitgegaan of deze stoffen inderdaad het prestatievermogen op kunnen voeren. Voorop staat of bij gebruik van geneesmiddelen schade kan worden berokkend aan de lichamelijke of geestelijke gezondheid. Het opnemen van een stof op een gespecificeerde dopinglijst dient aan strenge criteria te worden getoetst, waarbij men moet denken aan bewezen prestatieverhoging door die stof, toxiciteit en de mogelijkheid haar aan te tonen.

Door doping probeert men de door aanleg en training vastgelegde individuele prestaties te verleggen. De vermoeidheid die het bereiken van de belastbaarheidsgrens aangeeft wordt uitgeschakeld. Dit is het gewenste effect omdat met het verdwijnen van de bekende symptomen die bij vermoeidheid optreden ook de gevolgen, namelijk reductie van lichamelijke activiteit, wordt opgeheven. Gevolg is de mobilisatie van prestatiereserves die onder normale omstandigheden door onze wil niet kunnen worden gemobiliseerd. Depots raken totaal uitgeput en organen worden overbelast, waardoor direct gevaar voor de gezondheid aanwezig is.

Een ander gevaar is dat er een psychische afhankelijkheid kan ontstaan, zodat niet meer persoonlijke eierzucht de directe motivatie vormt voor de inzet bij een wedstrijd, maar een omweg wordt bewandeld via stimulatie door een medicament. De discussies over doping komen nu geleidelijk uit de sfeer van definitie en speculaties omtrent frequentie van

voorkomen en er komt meer lijn in het stadium van bestrijding, controle en bestraffing.

Men heeft ook niet alleen met medische problemen te maken. Psychologische, juridische sociaal economische, sportethische alsmede zuiver technische mogelijkheden spelen mee. Wat het laatste betreft zijn er nog veel schakels in de totale dopingcontrole die voor verbetering vatbaar zijn. Steeds zullen er echter weer produkten zijn die nog niet kunnen worden geanalyseerd. Goede begeleiding, goede voorlichting moeten voorop staan en zouden dopingcontrole overbodig moeten kunnen maken, maar deze wens zal wel onvervuld blijven.

In de wielwereld wordt nu nog veel met stimulantie gewerkt en dit komt vooral omdat van de renners veel te veel wordt gevraagd. Het rijden van wedstrijden van meer dan 200 kilometer vraagt bijvoorbeeld om moeilijkheden. Hoewel het niet valt te verdedigen, is het wel te begrijpen dat de renner zijn vermoeidheidsgrenzen probeert te verleggen en zich tracht te wapenen tegen de verveling van de lange, eentonige rit. Ook lopen rond de renners veel figuren rond op wier integriteit wel het een en ander valt aan te merken. Daar geldt nog steeds niet stinkt zullen deze lieden zolang ze de kans krijgen voorlopig nog wel actief blijven.

Voorts bevreemdt het ons nog steeds dat in andere landen, waar soms een ware heksenjacht op overtreders van het dopingverbod wordt gemaakt, de stimulantia vaak zo gemakkelijk zijn te verkrijgen. In Nederland vallen bijvoorbeeld de amfetaminen – terecht – onder de opiumwet en kunnen apothekers levering van deze middelen nauwlettend in de gaten houden. In feite bestaat er slechts één reële indicatie voor amfetamine en dat is de narcolepsie.

In het betaalde voetbal wordt ook de laatste tijd veel geschreven en gepraat over doping. De indruk bestaat dat doping in de voetbalwereld hooguit incidenteel zal voorkomen, omdat het nuttig effect nihil is en er meer nadelen dan voordelen van kunnen worden verwacht. De Medische Commissie van de KNVB gaat thans beginnen met een inventarisatie en zij heeft de aanzet gegeven voor een onderzoek teneinde meer inzicht te krijgen in het al dan niet voorkomen van doping bij het betaalde voetbal.

## Bloeddoping

Tijdens de Olympische Spelen van Montreal in 1976 werd plotseling veel gesproken over bloeddoping. Met name de Fin Lasse Viren werd na zijn spectaculaire overwinningen op de 5 en 10 kilometer beschuldigd van deze nieuwe vorm van doping. De discussies hierover waren nogal verward en van sommige zijde niet helemaal vrij te pleiten van afgunst op Virens prestaties.

Wat is eigenlijk bloeddoping? In feite is het een autotransfusie. Bij de getrainde atleet wordt 300 tot 500 cc bloed afgenomen dat vervolgens wordt bewaard. De atleet traint door, vult zijn totale bloedvolume weer aan en krijgt kort voor de wedstrijd zijn eigen bloed weer toegediend, waardoor het vermogen zuurstof te transporteren toeneemt. Met trainen op grote hoogte (boven 2000 meter) gedurende drie tot vier weken verkrijgt men overigens een zelfde effect. De Zweed Ekblom heeft nogal wat onderzoek verricht over bloeddoping en hierin positieve zin over gepubliceerd. In Scandinavië werd bloeddoping dan ook voor het eerst toegepast. Latere onderzoekers hebben het nuttig effect echter niet kunnen aantonen. Het getransfundeerde bloed werd snel afgebroken, waardoor ook de prestaties snel afnamen. Bovendien achten vrijwel alle andere onderzoekers deze wijze van prestatieverhoging op ethische en medische gronden dubieus en discutabel<sup>4</sup>. Zeer recent is overigens aangekondigd dat bloeddoping kan worden aangetoond, waardoor controle op deze vorm van oneigenlijke prestatiebeoordeling mogelijk zou zijn<sup>5</sup>.

## Anabolica

Naast doping hebben ook de anabolica recent weer veel aandacht gekregen. Volgens Haak<sup>6</sup> hebben de anabolica slechts een zeer beperkt indicatiegebied, namelijk

- osteoporose (bij de man);
- enkele zeldzame vormen van anaemie, bijvoorbeeld de aplastische anaemie;
- mammacarcinoom, waarbij de anabole steroïden een duidelijke functie hebben bij de behandeling.

Daarnaast wordt in een commentaar in het NTvG gesteld dat de anabolica,

gezien de vele bijwerkingen, als middelen van laatste keus dienen te worden beschouwd<sup>7</sup>. Recent beschreef Bakker bijvoorbeeld nog een tweetal gevallen van levercarcinoom ten gevolge van het langdurig gebruik van deze androgene steroïden<sup>8</sup>. Het mag dan ook verwondering wekken dat deze anabole steroïden ondanks alle bekende informatie nog in zulke grote hoeveelheden aan sportmensen worden toegediend. Vooral de krachtsport en de technische nummers bij atletiek (discuswerpen, kogelstoten, kogelslingeren) hebben de naam dat veel atleten anabolica gebruiken omdat dankzij het eiwitsparend effect van deze hormonen meer absolute kracht zou kunnen worden verkregen. Deze opvatting blijkt op nogal dubieuze gronden te berusten. Uit onderzoeken die met name in Amerika zijn verricht, is gebleken dat:

- een combinatie van anabole steroïden, een eiwitrijke voeding en een zware training een snellere krachttoename gaven dan voeding en training alleen;
- het echter niet bekend is of het maximale prestatievermogen ook toeneemt;
- een duidelijk placebo-effect is aangetoond;
- het effect op het uithoudingsvermogen dubieus is.

In het kort komt het dus hierop neer dat na het gebruik van anabole steroïden een snellere krachttoename kan worden bereikt, doch dat de maximale prestatie niet toeneemt. De atleet kan hetzelfde hoge niveau bereiken, doch hij bereikt dat niveau op een later tijdstip. In hoeverre het placebo-effect wel de maximale prestatie doet toenemen is discutabel. Onderzoeken die hiertoe zijn verricht, zijn nogal onvolledig gebleken<sup>9</sup>.

Samengevat kan derhalve worden gesteld dat het nuttig effect van de anabole steroïden in geen enkel opzicht opweegt tegen de schadelijke bijwerkingen. Deskundige trainingsbegeleiding en adequate voeding kunnen hetzelfde resultaat bereiken. Van een aantal topatleten is ook bekend dat zij nimmer anabolica hebben gebruikt en zich toch op een hoog prestatieniveau hebben weten te handhaven.

Voor de sportgeneeskunde ligt er de taak voortdurend op de gevaren van het gebruik van de anabole steroïden te wijzen. Ook hierbij bestaat echter weer het probleem dat deze middelen elders

vrij gemakkelijk zijn te verkrijgen. Hierdoor kunnen dubieuze soigneurs en slecht geïnformeerde artsen op laakbare indicaties hun gang gaan. De oplossing ligt hier dan ook niet zozeer in uitbundig en duur onderzoek naar sporen van urinemonsters, doch in het streng reglementeren van het voorschrijven en leveren van deze middelen door apothekers. Op de allereerste plaats dient echter de preventie te staan door goede sportmedische begeleiding en voorlichting.

### Lokale verdoving.

Bij de 'behandeling' van sportblessures wordt nogal eens gebruik gemaakt van lokaal verdovende injecties bij bijna genezen, dan wel bij nog lang niet genezen blessures. De sportman wil graag in actie komen en ook de trainer doet in het belang van het elftal (en zijn eigen positie) een bewogen beroep op de arts, de man door middel van een 'spuit' speelklaar te krijgen. Deze situatie is volledig te vergelijken met het rijden onder invloed: het gaat goed zolang het goed gaat en dat is meestal niet lang.

Het uitschakelen van de pijnprikkel betekent het uitschakelen van een belangrijk waarschuwingssignaal, waardoor recidive c.q. verergeren van een bestaande blessure gemakkelijk kan optreden en niet meer valt te beoordelen in hoeverre tijdens de wedstrijd blijvende schade wordt aangericht. Het plaatselijk verdoven van blessures met het doel een sportman of -vrouw speelklaar te krijgen moet ten sterkste worden ontraden gezien de blijvende schade die kan ontstaan.

### Corticosteroidtherapie

Een andere vorm van injectietherapie die in de sportgeneeskunde nogal eens op dubieuze gronden wordt toegepast is de corticosteroidtherapie. Het indicatiegebied betreft meestal chronische laesies van de weke delen, doch soms wordt ook intra-articulair geïnjecteerd. De Keizer<sup>10</sup> heeft erop gewezen dat intra-articulaire injecties met cortison in de sportgeneeskunde gecontraïndiceerd en gevaarlijk zijn. Onder invloed van de corticosteroiden veranderen o.a. de mechanische eigenschappen van het gewrichtskraakbeen, dat zachter

wordt, terwijl tevens een remming optreedt in de synthese van de eiwitten en mucopolysacchariden. Bij belasting bestaat dan het grote gevaar van grove beschadigingen van het kraakbeen met een versnelde arthrosis deformans als resultaat.

Bij laesies van weke delen zijn cortisoninjecties niet altijd gecontraïndiceerd. Chronische bursitiden en peritendi-ostosen kunnen een indicatie zijn voor enkele injecties met een cortisonpreparaat. Ook bij de 'tennis-elbow' wordt deze therapievorm regelmatig toegepast, doch men beseft te weinig dat deze injecties pas zin hebben als de extensoren van de onderarm geen spoor meer tonen van hypertonie. Bij alle overige spierletsels dient men uiterst terughoudend te zijn met het toedienen van cortison. In diverse onderzoeken is aangetoond dat corticosteroiden, geïnjecteerd in de weke delen, later klachten kunnen geven. Er vindt namelijk niet alleen remming van ontstekingsverschijnselen plaats, doch ook remming van de weefselgroei, waardoor de normale wondgenezing wordt vertraagd (mesenchymnarcose). De collageen vezelstructuren worden aangetast. Injecties in pezen moeten zelfs als een kunstfout worden beschouwd!<sup>11, 12, 13</sup>. De corticosteroiden (sterk antiphlogistisch werkzaam) onderdrukken de normale ontstekingsreparatieve veranderingen in gelaedeerd weefsel. Hierdoor kan de pijn sterk verminderen, waardoor dit maskerend effect bij voortzetting van (sportieve) activiteiten een verergering van het letsel kan geven. Niet zelden treden bij belasting peesrupturen op! Een sportverbod kan nodig zijn waarbij men zal trachten zo snel mogelijk functioneel gericht te gaan behandelen (fysiotherapie). Doel moet zijn: volledig herstel zonder risico, alvorens men weer volledig gaat belasten. Samenvattend kan worden gesteld dat voor wat betreft de sportgeneeskunde het indicatiegebied voor injectietherapie met corticosteroiden uiterst gering is. Toepassen van deze middelen kent meer na- dan voordelen, omdat ernstiger afwijkingen als het ware kunnen worden gepromoveerd<sup>14</sup>. Het 'natuurlijk' gebruik van de ledematen is de beste therapie; spuitkuren voor uitschakeling van de pijn of genezing op korte termijn zijn onzinnig en hebben niets met therapie te maken.

De sportgeneeskunde is door de in het voorgaande genoemde misbruiken vaak in de negatieve publiciteit geweest. Wij achten dit onjuist, omdat de sportgeneeskunde hierbij ten onrechte wordt geassocieerd met deze dubieuze praktijken. In dit artikel hebben wij – summier overigens – willen aangeven hoe hier vanuit de sportgezondheidszorg zelf tegenaan wordt gekeken.

### Literatuur

1. T. B. Vree en H. C. J. Ketelaars: Sport en doping; Sport en Wetenschap, De Vrieseborch, Haarlem (1976)
2. J. E. Hueting en A. J. Poulus: De invloed van amfetamine op de maximale prestatie, de inspanning en de vermoeidheid; Sport, Lichamelijke Vorming en Wetenschap, Meander, Leiden (1972).
3. J. M. van Rossum en T. B. Vree: Dopingmiddelen met centraal stimulerende werking; NTvG 113, 44 (1969), 1944-1958.
4. M. H. Williams e.a.: Drugs and athletic performance; Thomas, Springfield, Illinois (1974).
5. Bloeddoping binnenkort aantoonbaar; persbericht ANP, 25 maart 1977.
6. A. Haak: Anabole steroïden in de geneeskundige praktijk; themanummer Geneeskunde en Sport, 8,1 (1975), 11.
7. Leverafwijkingen na langdurig gebruik van anabole steroïden of orale anti conceptiva; Commentaar NTvG 120, 50 (1976), 2224.
8. K. Bakker e.a.: Leverafwijkingen bij langdurig gebruik van anabole steroïden en orale anticonceptiva; NTvG 120, 50 (1976) 2214.
9. H. G. Westra: Training en anabole steroïden; themanummer Geneeskunde en Sport 8,1 (1975) 13.
10. G. de Keizer: Fysiologie en pathofysiologie van gewrichtskraakbeen en het effect van intra-articulaire cortisontoediening; Geneeskunde en Sport 10,5 (1977), oktober 1977.
11. G. P. H. Hermans: Het pathologisch anatomisch substraat van surmenageletsels, hun lokalisatie en het effect van lokale corticosteroid-injecties; Geneeskunde en Sport, 10,5 (1977), oktober 1977.
12. A. G. M. F. Brok: Achillespeesrupturen als gevolg van cortisoninjecties; Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift 29,4 (1976) 181.
13. J. C. Kennedy and R. Baxter Willis: The effects of local steroid injections on tendons; a biomechanical and microscopic correlative study; The American Journal of Sports Medicine, vol 4,1 (1976) 11.
14. J. A. W. Bosboom: Fysiotherapie in de sportgeneeskunde; Geneeskunde en Sport, 10, 2 (1977) 11.

## Uitspraken Raad van Beroep

### Waarschuwing in plaats van berisping

De beklagde huisarts constateerde bij een patiënte tijdens een visite aan huis een ontsteking in de rechter voet zonder daarbij – naar later bleek – een wond te vinden. De visite vond – naar beklagde ter zitting stelde – plaats onder zeer ongunstige omstandigheden bij slechte verlichting.

Hij schreef sulfametazine voor en natte verbanden, waarbij hij er op wees dat deze niet mochten worden afgesloten met taft of plastic. Bijna een week na de eerste visite vroeg de echtgenoot van patiënte opnieuw een visite van de huisarts aan.

Tijdens dat telefoongesprek probeerde beklagde wat meer te weten te komen over de toestand van de patiënte. De informatie die hij verkreeg was echter gebrekkig maar omdat bleek dat de toestand toch niet was verbeterd, schreef hij toen penicilline V capsules voor als vervolg op het eerder verstrekte medicament. Enige dagen later werd hem nogmaals verzocht zelf naar zijn patiënte te komen kijken. Door een misverstand kwam hij echter tevergeefs aan de deur. Na opheldering van dit misverstand bezocht hij zijn patiënte alsnog later op de dag. Hij trof haar toen in ernstig zieke toestand aan en liet haar onmiddellijk opnemen; nog dezelfde dag moest het rechterbeen van patiënte wegens gasgangreen boven de knie worden geamputeerd. Patiënte overleed de volgende dag aan gasgangreen.

In zijn klacht bij de districtsraad stelde klager dat de ziekte van zijn echtgenote wellicht een ander beloop zou hebben genomen als beklagde aan het tweede verzoek tot het afleggen van een visite had voldaan.

De districtsraad legde de beklagde de maatregel van berisping op, van welke uitspraak deze in beroep kwam.

De Raad van Beroep behandelde de zaak ter zitting; klager is niet verschenen.

De Raad overwoog dat beklagde niet had mogen volstaan met het voorschrijven van een ander medicament uitsluitend op grond van de gebrekkige informatie die klager hem verstrekke, en dat hij, toen bleek dat klager niet in staat was met zijn echtgenote op het spreekuur te komen, zich ter plaatse van de toestand op de hoogte had dienen te stellen. Hij had zich daarvan niet door de ongunstige omstandigheden ter plaatse mogen laten weerhouden.

Door een persoonlijk onderzoek achterwege te laten, dat hij – zoals ter zitting bleek – wel noodzakelijk achtte, heeft appellant zich in de onmogelijkheid geplaatst zijn patiënte op de juiste wijze te behandelen. Dit afgezien van de vraag of een onderzoek op dat moment de fatale afoop nog zou hebben kunnen voorkomen. Hierdoor schoot beklagde in zijn zorg voor de patiënte te kort en daarmee heeft hij het vertrouwen in de geneeskundige stand ondermijnd, hetgeen hij achteraf ook zelf inzag. De Raad heeft de maatregel van berisping die door de districtsraad was opgelegd gewijzigd in een waarschuwing.

**Rectificatie** – Boven de uitspraak van de Raad van Beroep in Medisch Contact nr. 5/1978, blz. 150, stond in een globaal samenvattende kop vermeld: 'Huisartsen gebruikten onjuiste middelen tegen praktijkuitoefening van collega'. In plaats van *collega* was het juist geweest de klager hier te kwalificeren als *verloskundige*.  
**Red. M.C.**



# Tussen eerste en tweede echelon

Analyse van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (1974)  
uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen

## I: Verwachtingen en onderzoekopzet

In de voorgaande drie artikelen hebben we een aantal recente en relevante onderzoeken op het gebied van 'modellenbouw' in de gezondheidszorg kritisch besproken. Het betrof hier alle onderzoeken op 'macroniveau', die probeerden de invloed van structurele factoren, zoals de omvang van eerste en hogere echelons-voorzieningen, op 'productiecijfers' van de gezondheidszorg, zoals verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers, vast te stellen. De voor de Nederlandse situatie zeer belangrijke studies rond 'het ziekenhuis in de gezondheidszorg' van de medewerkers van het economisch instituut van de Rijksuniversiteit Leiden vormden een belangrijk onderdeel van deze bespreking.

Nu wij zelf op bescheiden schaal met materiaal uit de jaarboeken van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen hebben geprobeerd het onderzoek van de Leidse werkgroep min of meer te repliceren en aan te vullen, is het goed om het verslag daarvan te beginnen met een opsomming van de uit de besproken literatuur\* af te leiden verwachtingen. Vervolgens zullen opzet en resultaten van het door ons verrichte onderzoek worden geschetst.

### Verwachtingen

Voordat men een econometrisch model kan construeren dat tracht de invloed van structurele factoren op 'productiecijfers', zoals verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers, te kwantificeren, behoort men eigenlijk uit te gaan van een theorie die de samenhang tussen de verschillende variabelen duidt. Vanuit die theorie kan

*In de voorgaande nummers hebben de auteurs gesproken over recente onderzoeken op het gebied van de modellenbouw in de gezondheidszorg. Zij behandelen daarin de macro- (= structurele) factoren die het verwijsgedrag van de huisarts bepalen. Deze en volgende week schrijven zij over eigen onderzoek op dit vlak, een onderdeel van een grotere studie naar verschillen in huisartsverwijscijfers die wordt ondernomen door het Nederlands Huisartsen Instituut en het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen.*

*In dit eerste van twee artikelen over een eigen onderzoek op macroniveau naar de achtergronden van verschillen in huisartsverwijscijfers beschrijven de auteurs, na een schematisch overzicht van hun verwachtingen op grond van de door hen bestudeerde literatuur, het onderzoekmateriaal: in het LISZ-jaarboek 1974 gepubliceerde gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers.*

*In een hoofdstuk 'Toevoegingen, correcties en bewerking' gaan zij nader in op het centrale begrip 'aanbod van ziekenhuisbedden'. In het algemeen wordt het beddenaanbod rechtstreeks ontleend aan de cijfers voor het bedgebruik op basis van de herkomstgegevens van opgenomen patiënten. Het verdient volgens Posthuma en Van der Zee echter aanbeveling aanbod en gebruik niet zo strikt aan elkaar te koppelen – dat contamineert maar.*

*Tenslotte zetten de auteurs uiteen waarom zij bij het bestuderen van productiecijfers uit de gezondheidszorg aan gemeentelijke cijfers de voorkeur geven boven de vaak gebruikte gegevens per rayon.*

door **B. H. Posthuma**  
en **J. van der Zee**

*Drs. B. H. Posthuma, econoom, is medewerker van het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. W. W. Hogerzeil).*

*Drs. J. van der Zee, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).*

schatting kan het inzicht in de samenhang der verschijnselen vergroten;

2. met behulp van een geschat model kan men voorspellingen doen over het verloop van de te verklaren variabelen, zo nodig kan men nagaan wat het effect van de te beïnvloeden variabelen op de te verklaren variabelen zal zijn.

Wij hebben ons in onze onderzoekopzet enigszins moeten beperken. Zo werken we wat de demografische variabelen betreft alleen met het percentage inwoners van 65 jaar en ouder, en wat betreft de 'aanbodsvariabelen' slechts met het aantal beschikbare bedden in

men het model opstellen. De schatting der verschillende relaties van het model kan dan weer een aantal doelen hebben, waarvan we een tweetal noemen:

1. de in de theorie veronderstelde samenhangen worden door schatting getoetst. De wisselwerking tussen theorie en

\* Zie voor de literatuurlijst MC nr. 6/1978, blz. 180-181.

ziekenhuizen, in plaats van evenzeer relevante variabelen als aantal specialisten (per specialisme) per 1.000 inwoners, aantal bedden (per specialisme) per 1.000 inwoners, etc. De belangrijkste reden voor deze beperkingen en dus onvolledigheid is gelegen in de mate waarin binnen het bestek van dit vooronderzoek gegevens *direct* beschikbaar waren. Variabelen als specialisten of bedden per specialisme zijn op gemeenteniveau niet binnen handbereik van de onderzoeker.

In ons vooronderzoek zullen we wel gebruik maken van econometrische modellen, maar we pretenderen niet met de specificaties en schattingen der vergelijkingen een model te presenteren dat een voorspellende waarde heeft. Dit ontbreken van voorspellingskracht van het model is niet alleen te wijten aan de onvolledigheid der opgenomen (verklarende) variabelen, maar eveneens aan het ontbreken van goede theorieën over verwijzen, opnemen en verpleegduur op lagere aggregatieniveaus: de niveaus waarop beslissingen over deze aangelegenheden worden genomen (zie eerste artikelenreeks: Algemene inleiding). De door ons gevonden verbanden moeten dan ook in het licht van het vergroten van het inzicht in de samenhang der verschillende fenomenen worden gezien. Vandaar dat we hieronder beginnen met een overzicht van de verwachtingen van de in onze analyses opgenomen gegevens. De op grond van door anderen verricht onderzoek verwachte resultaten zijn schematisch weergegeven in *schema 1*. Vervolgens verwachten wij een sterke relatie tussen aantallen verwijzingen per 1.000 verzekerden en aantallen opnemingen, en een negatieve relatie tussen aantal opnemingen en gemiddelde verpleegduur. Dit laatste verband is afgeleid van het algemeen bekende verschijnsel dat er een (haast logische) negatieve relatie is tussen frequentie en duur van een verschijnsel. De aard van de verwachtingen is enigszins dubieus; in de meeste onderzoeken worden óf alleen verwijzingscijfers óf alleen opnamecijfers bestudeerd. Het uiteindelijke effect van de te verklaren variabelen op bijvoorbeeld opnamecoëfficiënt of gemiddelde verpleegduur, *gegeven respectievelijk het verwijs- en opnamecijfer*, laat zich dan ook moeilijk voorspellen. Onze, in ons

eerste artikel beschreven, begripsmatige indeling in beslissingen en conventies in het spanningsveld tussen huisartsen, klinische specialisten en patiëntengroep, vindt men in grote trekken terug in geformuleerde verwachtingen. Kort samengevat verwachten we een *afname van de invloed van herkomstvariabelen* in de structuurvergelijkingen en *toename van de invloed van kenmerken van de hogere echelons-voorzieningen* op het continuüm verwijzingen-opnamen-verpleegduur. De *verwijsmogelijkheid*: de aanwezigheid van of de afstand tot klinische voorzieningen, zal als conditie een onafhankelijke invloed op de hoogte der verwijzingscijfers uitoefenen. De regionale verschillen zouden kunnen voortkomen uit een zekere verwondering over de regelmaat waarmee met name tussen Noord/West

en Zuid grote verschillen in frequentie van epidemiologische verschijnselen optreden, die niet aan een verschil in bevolkingsopbouw kunnen worden toegeschreven. Dat neemt niet weg, dat een verklaring van deze verschijnselen daardoor (nog) niet kan worden gegeven: het is heel goed mogelijk, dat de omvang van klinische of eerstelijns voorzieningen met deze regionale lijnen wordt omschreven.

## Beschrijving LISZ-materiaal

Zoals reeds gezegd bestaat het door ons gebruikte LISZ-materiaal uit de per gemeente gepubliceerde cijfers in het LISZ-jaarboek 1974 (pagina's 202-214<sup>1</sup>; zie voor de noot de volgende pagina). De aldaar gepubliceerde cijfers zijn vrijwel letterlijk overgenomen en geponst. Het betreft hier de volgende gegevens:

*Schema 1. Schematische voorstelling van de op grond van door anderen verricht onderzoek verwachte resultaten.*

variabele	bron	verwachting	afkomstig uit
<i>urbanisatiegraad</i>	CBS/LISZ	minder verwijzingen en opnamen op platteland, meer in grotere steden	Kruidenier (1976, 1977) Drop (1971, 1972 b) Van Es en Pijlman Van Praag (1973, 1975) Gruyters en Slikker
<i>regio</i>	CBS/LISZ	meer verwijzingen en opnamen in het Zuiden, minder in het Noorden des Lands	Hoogendoorn (1974) Kruidenier (1976)
<i>afstand</i>	eigen afstands-meting	hoe dichter bij een ziekenhuis, hoe meer verwijzingen en opnamen	Gruyters en Slikker Raupp Drop (1971)
<i>percentage bejaarden</i>	CBS	sterke relatie met ligduur	Van Praag (1973) Gruyters en Slikker
<i>gemiddelde praktijk-grootte</i>		geen relatie met verwijzingen, opnemingen of ligduur (zie onze kritiek op Van Praag)	Gruyters en Slikker Kruidenier (1976, 1977) Raupp Van Es en Pijlman Drop (1971, 1972 b)
<i>aantal beschikbare ziekenhuis-bedden</i>	NZI*/ GHI**	positieve relatie met verwijzingen, opnemingen en ligduur	Van Praag (1973, 1975) Gruyters en Slikker
<i>percentage verzekerden</i>	LISZ	geen interpreteerbare relatie verwacht	Van Praag (1973, 1975)

\* NZI = Nationaal Ziekenhuis Instituut.  
\*\* GHI = Geneeskundige Hoofdininspectie.

### 3.1. Produktiecijfers

1. aantal verwijskaarten per 1.000 verzekerden;
2. aantal opnamen per 1.000 verzekerden in
  - a. eigen gemeente (indien mogelijk),
  - b. eerste andere gemeente (inclusief CBS-gemeentecode),
  - c. tweede andere gemeente (inclusief CBS-gemeentecode),
  - d. overige gemeenten;
3. aantal verpleegdagen in a, b, c, d;
4. aantal verpleegdagen/365 = bedgebruik in a, b, c, d;
5. aantal verpleegdagen/aantal opnamen in a, b, c, d = gemiddelde verpleegduur.

Definities, volgens het eerder genoemd LISZ-jaarboek:

*verwijskaart*: een door een specialist bij het ziekenfonds ingediende en geaccepteerde verwijskaart voor poliklinische hulp gedurende één maand (academisch ziekenhuis: jaarkaart);

*verzekerde*: persoon verzekerd in de zin van de Ziekenfondswet;

*opneming*: een door het ziekenfonds op grond van een afgegeven machtiging gehonoreerd verblijf van langer dan 24 uur van een verzekerde in een ziekenhuis, welke opneming in het referentiejaar is beëindigd;

*verpleegdag*: een dag van een in het referentiejaar geëindigde opneming van een verzekerde in een ziekenhuis, welke op grond van een afgegeven machtiging door het ziekenfonds is betaald.

Men bedenke, dat een in 1974 begonnen opneming die is geëindigd in 1975 niet bij het aantal verpleegdagen en opnemingen voor het referentiejaar 1974 wordt geteld. Maar omgekeerd, bij een opneming begonnen in 1973 maar beëindigd in 1974, werd deze wel geteld bij de cijfers voor 1974. We nemen aan dat de fouten in het cijfermateriaal die aldus ontstaan, indien we opnemingen en verpleegdagen relateren aan het aantal verzekerden en inwoners, niet systematisch zullen zijn en te verwaarlozen.

### 3.2. Overige gemeentekennmerken

1. CBS-gemeentecode, provincie en urbanisatiegraad 1960;
2. gemiddeld aantal inwoners over 1974;
3. aantal huisartsen per 31 december 1974;
4. aantal verzekerden gemiddeld over de vier kwartalen van 1974;
5. aantal in het kader van de ziekenfonds en AWBZ erkende bedden in algemene, academische, psychiatrische en categorale ziekenhuizen.

Deze gegevens zijn *niet* weergegeven voor alle gemeenten; uit overwegingen van bescherming van persoonlijke levenssfeer zijn slechts gegevens uit gemeenten met minimaal drie huisartsen gepubliceerd.

Een tweede belangrijke eigenschap van de cijfers is de wijze waarop ze zijn samengesteld (geaggregeerd). De verwijskaarten, opnemingen, verpleegdagen en aantallen verzekerden zijn niet verkregen door gegevens van de inwoners der gemeente te sommeren, maar door optellingen van de praktijkgegevens van de in de gemeente gevestigde huisartsen. Dit betekent, dat in de gepubliceerde gemeentecijfers ook gegevens van niet in de gemeente woonachtige maar wel bij de aldaar gevestigde huisarts ingeschreven verzekerden zijn verwerkt. Dit kan de cijfers van de kleine verzorgende kernen vertekenen; wij moeten daarmee bij de analyse rekening houden.

Van de hierboven opgesomde gegevens is alleen het gegeven 'aantal huisartsen' niet ondubbelzinnig. Uit de wijze van aggregatie van van de gemeentegegevens blijkt al hoe belangrijk dit gegeven voor het LISZ-materiaal is. Daarom is het des te meer te betreuren, dat wij nog niet van de gegevens van het NHI-huisartsenregistratiesysteem gebruik hebben kunnen maken (deze zijn, tot de herziening ervan is voltooid, per gemeente niet betrouwbaar genoeg). Zodra deze cijfers ter beschikking komen zullen wij onze analyse herhalen. Tot dat moment moeten we volstaan met de LISZ-huisartsengegevens, die overigens wat bijvoorbeeld de totalen van provincie en urbanisatiegraad betreft in absolute zin enigszins (de NHI-cijfers zijn enkele procenten lager) maar in relatieve zin niet van de NHI-cijfers afwijken.

### Toevoegingen, correcties en bewerking

Aangezien wij geïnteresseerd zijn in de relatie tussen structurele kenmerken van de gemeente en verwijs-, en opname- en verpleegduurcijfers, hebben we zelf nog enige gegevens aan het bestand toegevoegd<sup>2</sup>.

### Splitsing beddenbestand

Onder het hoofdje 'Ziekenhuisbedden'

zijn in het LISZ-jaarboek alle algemene, categorale en psychiatrische ziekenhuisbedden in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ vermeld. Hoewel voor al deze bedcategorieën geldt dat het aantal en de afstand daartoe invloed hebben op de opnamecijfers per gemeente (voor Nederland vond Drop (1972) dit wat betreft opnamen in psychiatrische inrichtingen) heeft opsplitsing van het beddental geen zin, omdat de verwijs- en opnamecijfers slechts als totaliteit zijn weergegeven. Gezien het geringe aandeel van psychiatrische of categorale verwijzingen en opnamen in het totaal (in Oegstgeest bijvoorbeeld, waar alleen psychiatrische bedden zijn, vindt slechts 3% van de opnamen in eigen gemeente plaats) en de in het geheel niet met elkaar overeenkomende verdeling van categorale en psychiatrische ziekenhuisbedden over de diverse gemeenten, is voor ons slechts het aantal algemene ziekenhuisbedden van belang<sup>3</sup>.

Hoewel dus de verwijs- en opnamecijfers niet alleen op algemene ziekenhuizen betrekking hebben, hebben we per gemeente het aantal algemene en academische<sup>4</sup> ziekenhuisbedden kunnen vaststellen per 1 januari 1975, aan de hand van de tabellen in de Atlas van de intramurale

1. Inmiddels is ook het LISZ-jaarboek 1975 verschenen. De hierin genoemde cijfers zijn wel reeds verwerkbaar gemaakt, maar niet bij deze analyse betrokken. Wel zijn enige foutjes uit het jaarboek 1974 met behulp van de cijfers van 1975 gecorrigeerd.

2. Wij zijn de volgende personen en instellingen erkentelijk voor hun hulp bij het verstrekken van de voor het onderzoek benodigde gegevens: het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen, voor de inzage in extra gegevens over de oriëntatie van gemeenten op centra van intramurale zorg; de heer Jhr. Van Suchtelen, medewerker van de Geneeskundige Hoofinspectie te Leidschendam, voor de inzage in de nog niet gepubliceerde gegevens over de oriëntatie van gemeenten op centra van intramurale zorg (GHI-tellingen 1974); en de afdeling Bevolkingsstatistiek van het Centraal Bureau der Statistiek, waarvan wij de gegevens over het aantal bejaarden per gemeente op 1 januari 1975 zeer snel konden krijgen.

3. Zij het dat we wiegen van gezonde zuigelingen van het beddental aftrekken.

voorzieningen uitgegeven door het Nationaal Ziekenhuis Instituut<sup>4</sup>.

### *Afstand tot ziekenhuis*

Ten tweede hebben we de afstand berekend van elke gemeente tot de gemeente op welks *algemeen* ziekenhuis men is georiënteerd. De afstand is gemeten over de weg en wel van de hoofdwoonkern van de gemeente (gemeente van consumptie) tot de plaats waar in de andere gemeente het ziekenhuis is gevestigd (gemeente van produktie). Als hoofdwoonkern hebben we opgevat: de woonkern waar het gemeentehuis gevestigd is. Naarmate de gemeente van consumptie of produktie homogener is (één hoofdwoonkern, geen verspreide woonkernen) is het gevonden aantal kilometers een betere indicator voor de werkelijk af te leggen afstand tussen woonomgeving en ziekenhuis.

In alle gevallen waarin een ziekenhuis binnen de gemeente is gelegen, is de afstand gelijk nul gesteld, hoewel binnen de zogenaamde heterogene gemeenten (een speciale term van het CBS voor de gemeenten met groot oppervlak en een aantal ontwikkelde woonkernen) de afstand van de woonkernen tot de locatie van het ziekenhuis aanzienlijk kan zijn. Verder maakten we de volgende afstandsklassificatie: afstand t/m 5 km, afstand 6 t/m 15 km, afstand groter dan 15 km.

### *Percentage bejaarden*

Tenslotte zijn in een later stadium aan het materiaal nog toegevoegd: het aantal inwoners van 65 jaar en ouder

4. Weliswaar is de recruterende van patiënten van academische ziekenhuizen een andere dan die van het doorsnee algemene ziekenhuis, maar daar staat tegenover dat academische ziekenhuizen in de wijde omgeving wel degelijk een algemene functie hebben. Dit laatste heeft voor ons het zwaarst gewogen.

5. De termen 'gemeente van consumptie' en 'gemeente van produktie' worden in de LISZ-jaarboeken gebruikt om respectievelijk de gemeente waaruit de opgenomen inwoners afkomstig zijn en de gemeente waarin ze worden opgenomen aan te duiden.

6. Bron: Lijsten van de Geneeskundige Hoofdingspectie, ziekenhuisgegevens 1974.

per 1 januari 1975 en het totaal aantal inwoners per 1 januari 1975. Dit laatste gegeven is uiteraard nodig om het aantal bejaarden per 100 inwoners te kunnen berekenen. Gezien de beperkte beschikbare tijd en middelen hebben we voor dit onderzoek niet gestreefd naar een volledige leeftijds- en geslachtsverdeling (bijvoorbeeld per 5-jaars klasse). De nu gebruikte cijfers waren in het kader van een ander onderzoek op het CBS verzameld en direct beschikbaar.

Bejaarden, met name vrouwen ouder dan 65 jaar, vormen een groep die zeer intensief van intramurale voorzieningen gebruik maakt. Gezien het feit dat gemeenten onderling tamelijk sterk kunnen verschillen in de proportie 65-plussers, moet bij fluctuaties in consumptie en produktiecijfers met deze verschillen rekening worden gehouden.

### *'Aanbod' van bedden*

Bij het vaststellen van het aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners stuit men al snel op enkele voetangels en klemmen, die het op het eerste gezicht zo duidelijk aandoende begrip 'aanbod' omgeven. Het lijkt zo eenvoudig: 'Aanbod is toch gewoon het aantal beschikbare bedden per hoofd van de bevolking?' Beamt men deze stelling, dan gaat men echter voorbij aan het feit dat het niet eenvoudig is het 'aanbod' los van de 'vraag' te definiëren, of anders gezegd het aantal beschikbare bedden te kwantificeren los van het feitelijk gebruik van bedden.

Bekijkt men Nederland als geheel, dan is er geen probleem: er zijn 13 miljoen inwoners en 70.000 bedden, hetgeen neerkomt op 5 en nog wat per 1.000 inwoners. De eenheid waarop het beddental wordt betrokken is ondubbelzinnig; het aantal niet-Nederlanders in Nederlandse ziekenhuizen en Nederlanders in ziekenhuizen buiten Nederland mag men verwaarlozen. Wil men echter binnen onze landsgrenzen verschillen in de relatieve beschikbaarheid van bedden bestuderen, dan doemen ogenblikkelijk problemen op. Hoe bepaal je op welke populatie een bepaald beddental moet worden betrokken? Voor welke groep geldt het 'aanbod'? Hoe bereken je eigenlijk het aantal bedden per 1.000 inwoners? Meestal (door de Geneeskundige Hoofdingspectie, door de Leidse

werkgroep) wordt dit gedaan op grond van *feitelijke* oriëntatiegegevens van bepaalde (meestal gemeentelijk gedefinieerde) populaties op de betreffende ziekenhuizen.

Het aantal opgenomen patiënten is per gemeente bekend, de verdeling van de patiënten over de Nederlandse ziekenhuisgemeenten is bekend; zo kan men eenvoudig de mate van oriëntatie uitrekenen per gemeenten van consumptie<sup>5</sup> alsook per gemeente van produktie<sup>5</sup> de bevolkingsomvang van het verzorgingsgebied, door van iedere gemeente van consumptie een proportie inwoners naar rato van het oriëntatiepercentage tot zich te rekenen. Een voorbeeld moge dit verduidelijken: In het Sophia Ziekenhuis in Zwolle<sup>6</sup> was in 1974 één inwoner uit het Groningse Bedum opgenomen. Het totaal aantal in enig Nederlands ziekenhuis opgenomen Bedumers bedraagt 758. Bedum had per 1 januari 1975 8.956 inwoners. Volgens de berekening van de Inspectie tellen nu  $1/758 \times 8.956 = 12$  inwoners van Bedum mee in het rayon van het Zwolse Sophia Ziekenhuis. In het nabijgelegen ziekenhuis de Weezenlanden treft men geen Bedumer bij de opgenomen patiënten aan, dus bij de berekening van de oriëntatie van het gehele verzorgingsgebied Zwolle worden totaal 12 Bedumers geteld.

Zo beschreven maakt een dergelijke rayonconstructie een ietwat absurde indruk, en wanneer het hier slechts een incidenteel verdwaalde patiënt zou betreffen is de invloed op de rayongrootte en bedden per 1.000 inwoners als te verwaarlozen te beschouwen. Telt men echter de aan Zwolle toegekende inwonertallen bij elkaar op, dan vindt men het respectabele aantal van 19.021 'inwoners' van het Zwolse rayon. Dit is op een totaal van 269.151 ongeveer 7%. Nu is het wel zo, dat een klein deel van de inwoners van Zwolle zelf en van de omliggende plaatsen (met een oriëntatie van meer dan 90%) niet in Zwolse ziekenhuizen is opgenomen; die inwoners zou men eigenlijk weer terug moeten halen, want 'aanbod' geldt voor *alle* inwoners: het is een 'potentieel' begrip in *tabel 1* (blz. 225) ziet men het resultaat van de rayonomvang na deze correcties. Nu is de keuze van een grens van 10% tamelijk arbitrair; het verdient zeker aanbeveling in een latere fase nog eens de consequenties van verschillende grenzen empirisch vast te stellen.

Bovendien moet men bedenken dat, op deze wijze geconstrueerd, de rayons geografisch gesloten gebieden benaderen maar *dat een geografische benadering niet de enige relevante is*. De confessionele grondslag van een ziekenhuis kan de geografische recruitering beïnvloeden. Algemeen bekend is dat de mate van zeldzaamheid van de superspecialismen en top-klinische voorzieningen de omvang van recruiteringsgebieden sterk bepaalt. Onze benadering van het conceptuele 'aanbod' probleem is dan ook slechts een eerste poging om de welhaast onvermijdbare contaminatie<sup>7</sup> met de 'vraag' naar specialistische hulp, het feitelijk gebruik van specialistische voorzieningen, enigszins te reduceren. Nader onderzoek op dit gebied is dringend gewenst.

Na deze zijspgong weer terug naar de feitelijke berekening van het beddenaanbod per gemeente. Zoals reeds gezegd, is bij de berekening van het aantal bedden per 1.000 inwoners *per gemeente* een aantal tussenstappen gemaakt. Eerst zijn er aan de hand van de verdeling van verzeerden (uit de LISZ-tabellen) of van alle patiënten (uit de lijsten van de GHI, wanneer het LISZ-materiaal tekortschoot<sup>8</sup>) per gemeente van produktie rayons berekend. Bij deze berekening werden gemeenten met een oriëntatiepercentage van meer dan 90 geacht in hun geheel bij het rayon te behoren en is de bevolking van gemeenten die voor 10% of minder op een produktiegemeente is betrokken

7. Een van de onze verschillende benadering van het 'aanbod' begrip is uitgevoerd in het reeds genoemde onderzoek van Drop (1971). Weliswaar berekent zij de omvang van haar rayon op grond van de gemiddelde oriëntatiepercentages per gemeente over een aantal jaren, maar zij gaat voor de gemeenten die van deze rayons deel uitmaken niet uit van het gewogen beddental maar van het maximaal beschikbare aantal verpleegdagen per inwoner, wanneer de volledige capaciteit van de ziekenhuizen waarin de inwoners worden opgenomen zou worden gebruikt.

8. In de LISZ-tabellen gaat de uitsplitsing van gemeente van consumptie naar gemeente van produktie niet verder dan twee produktiegemeenten. Wanneer de patiënten uit een gemeente voor meer dan 10% over meer dan twee andere gemeenten waren verdeeld, werd de GHI-tabel gebruikt.

Tabel 1. Gecorrigeerde rayonomvang Zwolle.

		aantal bedden per 1-1-1974 (excl. wiegen gez. zuig.)	bedden per 1.000 inw.
aantal inwoners rayon Zwolle volgens GHI patiëntentelling 1974 .....	269.151	1.014	3,767
minus aantal 'inwoners' afkomstig uit gemeente met oriëntatie 10% .....	- 19.021		
plus verschil feitelijk aantal inwoners en toege- wezen aantal inwoners per gemeente met oriën- tatiepercentage 90% .....	+ 11.188		
gecorrigeerde rayongrootte verschil 2,9% .....	261.318	1.014	3,880

niet meegeteld. Het inwonerstal van de overige gemeenten (oriëntatiepercentage tussen 10 en 90) is verdeeld. Na vaststelling van het beddental (het aantal bedden genoemd in NZI-publikatie 1975 exclusief wiegen voor gezonde zuigelingen) per rayon, zijn de gevonden aantallen bedden per 1.000 inwoners weer toegedeeld aan de bijbehorende gemeenten. Berekening van het aantal beschikbare bedden *per gemeente* per 1.000 inwoners, het aanbod van bedden, vond tenslotte plaats door de per rayon gevonden aantallen te wegen naar het oriëntatiepercentage. (Voorbeeld: de gemeente Wijhe is voor 65% op Zwolle en voor 35% op Deventer georiënteerd: voor Wijhe geldt dan een aantal beschikbare bedden, groot 0,65 maal het aantal bedden per 1.000 inwoners van het produktierayon Zwolle, plus 0,35 maal het aantal bedden per 1.000 inwoners van het produktierayon Deventer.)

#### Incidentele correcties

Tenslotte zijn met behulp van het jaarboek 1975 enkele onwaarschijnlijkheden in het materiaal 1974 gecorrigeerd. Het betreft hier de verwijscijfers van Bolsward en Abcoude. Voor de verwijscijfers van de gemeenten in de regio Den Haag zijn, omdat in 1974 een telfout werd gemaakt, gegevens over 1975 ingevoerd. Bovendien is voor de gemeente Druten (225) als gemeente van produktie Nijmegen vastgesteld (geen gegevens 1974, overgenomen gegevens 1975).

#### De eenheid van analyse: rayon of gemeente?

Van Praag e.a. stellen op pagina 67 van hun interimrapport (1975) een viertal eisen aan de gebieden waarin zij Nederland verdelen:

1. de gebieden moeten geheel Nederland bedekken en mogen elkaar niet overlappen;
2. de gebieden moeten zo groot zijn dat een betrouwbare invulling met cijfermateriaal uit verschillende cijferbronnen mogelijk is;
3. de gebieden moeten niet te groot zijn omdat dan hun aantal te klein wordt;
4. het indelingscriterium moet een bepaalde mate van homogeniteit bezitten om de gebieden gelijkwaardig te doen zijn.

Op grond van deze eisen menen zij dat 'de (te grote) provinciale en de (te kleine) gemeente-indeling niet voldoen' en komen zij tot een indeling in ziekenhuisrayons en werkingsgebieden van ziekenfondsen. Afgezien van het feit dat slechts door gebruik van analytische kunstgrepen de rayons rond algemene ziekenhuizen elkaar niet overlappen en men eerder een soort van rekenkundige rayons dan tastbare oriëntatiegebieden construeert, wordt een mogelijke keuze voor de gemeente als eenheid van onderzoek zo wel heel snel van tafel geveegd.

Drop (1971) geeft in haar interimrapport een uitvoerige verantwoording van: a. de keuze van

gemeente als eenheid van onderzoek, en b. de door haar uitgevoerde homogenisering van het gemeentemateriaal. Voor haar telt zwaar, dat het gemeenteniveau beleidsrelevant is: allerlei maatregelen ter bevordering van welzijn en gezondheidstoestand worden daar uitgevoerd. Ten tweede zijn per gemeente niet alleen zogeheten analytische gegevens (geaggregeerde individuele gegevens) maar ook globale karakteristieken zoals urbanisatiegraad, ligging, grootte, etc. beschikbaar, die het wel en wee van de inwoners voor een belangrijk deel bepalen. Op grond van een soortgelijke redenering als bij Van Praag onder punt 2 selecteert zij slechts gemeenten van meer dan 5.000 inwoners; de door haar onderzochte afwijkende en ziektegedrag-variabelen moeten immers een redelijke kans hebben om vóór te komen. Tenslotte wordt een groot aantal gemeenten niet in het onderzoek opgenomen omdat ze heterogeen van samenstelling zijn: de vier grootste steden, de door het CBS als heterogeen betitelde gemeenten en de gemeenten met naast de hoofdwoonkern één of meer woonkernen met 1.000 of meer inwoners, en gemeenten met woonkernen van minder dan 1.000 inwoners voor zover zich daarin meer dan 30% van de bevolking bevindt (pagina 25). Bovendien worden nog gemeenten buitengesloten waarvan bekend is dat meer dan 5% van de bevolking bestaat uit vaste bewoners van inrichtingen en tehuizen.

9. Het enige gegeven waarvoor de betrouwbaarheid van de invulling dubieus is, is het aantal huisartsen per gemeente. Dit is een zwakke plek in ons onderzoek; zodra de betrouwbare NHI-cijfers per gemeente beschikbaar zijn, zullen we de analyse overdoen.

10. De methode van gegeneraliseerde kleinste kwadraten.

11. Zoals eerder is vermeld, bestaat het LISZ-gemeentemateriaal uit aggregatie van de LISZ-huisartsengegevens en niet uit een somming van de gegevens per inwoners. Gemeenten waarvan de huisartsen een gebied buiten de gemeente verzorgen (en waar het aantal verzekerden het aantal inwoners kan overstijgen) zijn buiten beschouwing gelaten. Bovendien is (om ingewikkelde constructies te vermijden) gekozen voor gemeenten die voor tenminste 50% op één ander centrum voor intramurale zorg zijn georiënteerd.

Kortom, laat men de eis van ‘bedekking van heel Nederland’ vallen, dan voldoen de wat grotere gemeenten (meer dan 5.000 inwoners of, zoals in het LISZ-materiaal, maar dan twee huisartsen) zeer wel aan de eis van ‘betrouwbare invulling’ (per slot van rekening gaat het bij een opnamecoëfficiënt van rond de 10% om minimaal 400-500 opnemingen per jaar)<sup>9</sup>. Bovendien bestaan er, ook door Van Praag gebruikte, statistische methoden<sup>10</sup> om de effecten van ongelijke omvang van de analyse-eenheden te neutraliseren.

Een groter probleem vormt de *homogeniteit* van de gemeente als eenheid. Door steeds verdergaande reductie van het aantal gemeenten neemt het aantal als ‘homogeen samengesteld’ te beschouwen gemeenten steeds verder af. Aangezien wij op andere gronden<sup>11</sup> al een aantal waarnemingseenheden hebben moeten laten vallen, hebben we in dit geval tamelijk bewust gekozen voor relativering van het homogeniteitsprincipe, omdat het aantal relevante waarnemingen anders te zeer zou teruglopen. Dit betekent een toename van de hoeveelheid ‘ruis’ in het materiaal en dus lagere percentages verklaarde variantie, maar een al te rigoreuze selectie – zoals in het geval van Kruideniers verslag van een nadere analyse van de LISZ-cijfers (1976) – ontnemt de onderzoeker vrijwel elke bewegingsvrijheid.

In ons geval geldt, dat de voornaamste reden voor de keuze van gemeenten als onderzoekseenheid is gelegen in de *relevantie van op gemeenteniveau wél (of beter) en op het rayonniveau niet (of slechter) te meten variabelen*. Het gaat hier voornamelijk om gemeentekennmerken als urbanisatiegraad en afstand tot centra van intramurale zorg.

Modelspecificatie

Voor de analyse gebruikten we deels ‘echte’, deels ‘onechte’ (of dummy-)variabelen. Echte variabelen stellen de omvang van een fenomeen vast met behulp van een meting waarbij een schaal wordt gebruikt die een nulpunt bezit en waarbij de getallen 1, 2, 3 enz. op gelijke afstanden van elkaar liggen<sup>12</sup>. Onechte variabelen kunnen worden gebruikt om de invloed van kwalitatieve grootheden te kwantificeren. Deze variabelen kunnen slechts de waarden 0 en 1 aannemen. Bijvoorbeeld: we veronderstellen verbanden tussen de te verklaren variabelen en de graad van urbanisatie der gemeente. In deze urbanisatie-klassificatie onderscheiden we de klassen platteland, verstedelijk platteland, kleine stad en grote stad. Een dergelijke klassificatie in vier klassen laat zich weergeven door drie onechte variabelen. In *tabel 2* ziet men welke waarde de drie dummy-variabelen dan zullen aannemen, indien de waarneming van de te verklaren variabelen behoort tot één der vier onderscheiden klassen. Zouden we onze analyse – naar het bovenstaande voorbeeld – beperken tot deze drie onafhankelijke variabelen en de relatie lineair specificeren, dan geven de coëfficiënten der drie variabelen bij de schattingsmethode met behulp van kleinste kwadraten het verschil weer met die klasse waarvoor al de drie onafhankelijke variabelen de waarde nul hebben. In het algemeen kan elke klassificatie met *n* klassen worden weergegeven door *n*-1 variabelen. De coëfficiënten van deze *n*-1 variabelen relateren we aan elkaar (verschillen de ‘opgenomen’ klassen onderling significant) en aan de ogenschijnlijk weggelaten klasse van de onderhavige klassificatie. We gebruiken gemeentecijfers, die zijn gevormd door samenvoeging van huisartsengegevens. Voorzichtigheid

Tabel 2. Urbanisatie-klassificatie.

de waarneming <i>y</i> (te verklaren variabele) behoort bij:	waarde dummy- variabelen		
	<i>x</i> <sub>1</sub>	<i>x</i> <sub>2</sub>	<i>x</i> <sub>3</sub>
klasse 1: platteland (A1-4) .....	0	0	0
klasse 2: verst. pl. land (B1-3) .....	1	0	0
klasse 3: kleine stad (C1-3) .....	0	1	0
klasse 4: grote stad (C4-5) .....	0	0	1



bij interpretatie is geboden, voor zover gevonden relaties lijken te kunnen worden vertaald naar het niveau van de huisarts; Johnston wijst nadrukkelijk op dit aggregatieprobleem<sup>13</sup>. Samenvoeging van data, van huisartsengegevens tot gemeentegegevens, heeft niet alleen gevolgen voor de grootte van de verstoringsterm – dit kan worden ondervangen door in plaats van ‘gewone kleinste kwadraten’ de gegeneraliseerde kleinste kwadratenmethode te kleinste maar ook kan de multiële correlatiecoëfficiënt van de relaties aanmerkelijk groter zijn dan de multiële correlatiecoëfficiënt van het gedesaggregeerde oorspronkelijke verband. Daarenboven zullen de coëfficiënten der te verklaren variabelen als gevolg van deze aggregatie onzuiver worden geschat. De methode om de schade te beperken is dan ook ervoor te zorgen dat we de variaties binnen de gegroepeerde waarnemingen met betrekking tot de verklarende variabele, waarvan we een hypothese van een ‘lager niveau’ wensen te toetsen, minimaliseren. Of aan deze voorwaarde ten aanzien van de praktijkgrootte van huisartsen (geaggregeerd tot gemeentegegevens) is voldaan, wagen we sterk te betwijfelen. Significante relaties tussen de gemiddelde praktijkgrootte van huisartsen en verwijscijfers kunnen dan ook niet zonder meer worden vertaald naar causale verbanden tussen het verwijsgedrag van een huisarts en de grootte van zijn praktijk. Immers, kleine en minder kleine praktijken worden per gemeente op één hoop gegooid in de waarde voor de variabele gemiddelde praktijkgrootte per gemeente. En deze variabele moet dan een bijdrage leveren in de verklaring der fluctuaties van de afhankelijke variabele.

Een soortgelijk probleem doet zich voor met die variabelen die we aan de gemeenten toebedeelden maar die afgeleid zijn van een hoger niveau. Hier liggen de zaken evenwel wat eenvoudiger. Bij eventueel rayongebonden kenmerken, die op de

12. Rijken van Olst: Inleiding tot de sociale statistiek, dl. 1, Assen 1964, bladzijde 37.

13. Johnston: *Econometric Methods*, Tokyo 1972, blz. 228.

14. Johnston: *Econometric Methods*, Tokyo 1972, bladz. 377 e.v.

een of andere wijze zijn gerelateerd aan te verklaren variabelen, kunnen door ‘verstrooiing’ over gemeten eventuele verbanden zoek raken; bevestiging van significante relaties door toetsing op gemeenteniveau staat ‘rayonuitspraken’ echter toe. In ons model trachten we de fluctuaties van verwijkskaarten per 1.000 verzekerden, opnemingen per 1.000 verzekerden en gemiddelde verpleegduur per opname per gemeente, in onderlinge afhankelijkheid en in relatie met een aantal (exogene) onafhankelijke variabelen te verklaren.

De *structuurvergelijkingen* geven onze veronderstellingen weer ten opzichte van de werking van het systeem tussen verwijzen, opnamen en ligduur. Het verwijscijfer wordt beïnvloed door een aantal exogene variabelen: de eerste structuurvergelijking; het aantal opnemingen door het verwijscijfer plus een aantal exogene variabelen: de tweede structuurvergelijking, en de gemiddelde ligduur door het verwijscijfer, het aantal opnemingen en weer een aantal exogene variabelen: de derde structuurvergelijking. We specificeren deze structuurvergelijkingen lineair, omdat we in eerste instantie slechts geïnteresseerd zijn in de significantie der verbanden en omdat we geen overwegingen kennen die ons op voorhand zouden doen kiezen voor een andere functiespecificatie. Structuurvergelijkingen (die lineair recursief zijn) kunnen dan afzonderlijk worden geschat met behulp van de gegeneraliseerde kleinste kwadratenmethode<sup>14</sup>, gegeneraliseerd omdat per gemeente het aantal huisartsen verschilt (en hierdoor de grootte van de verstoringsterm).

#### Overzicht gebruikte variabelen

##### Verklarende variabelen

###### a. dummy-variabelen

1. regio
  - a. Noord – Groningen, Friesland, Drenthe;
  - b. Oost, Midden – Overijssel, Gelderland, Utrecht;
  - c. West – N. Holland, Z. Holland, Zeeland;
  - d. Zuid – Brabant, Limburg;

###### 2. afstand

- a. nul – ziekenhuis in gemeente zelf;
- b. vijf – ziekenhuis tussen 1 en 5 km van gemeente;
- c. tien – ziekenhuis tussen 6 en 15 km van gemeente;
- d. vijftien – ziekenhuis op meer dan 15 km van gemeente;

###### 3. urbanisatiegraad

- a. platteland – CBS urb. graad 1960 A1-4;
- b. verstedelijkt pl. land – CBS urb. graad graad 1960 B1-3;
- c. kleinere steden – CBS sub. graad 1960 C1-3 (tot 50.000 inw.)
- d. grote steden – CBS urb. graad 1960 C4-5.

###### b. echte variabelen

1. gemiddelde praktijkgrootte 1974;
2. percentage verzekerden 1974;
3. percentage inwoners van 65 jaar en ouder 1 januari 1975;
4. aantal per 1.000 inwoners van de gemeente beschikbare bedden van algemene en academische ziekenhuizen.

##### Te verklaren variabelen

1. verwijkskaarten per 1.000 verzekerden over 1974;
2. opnemingen per 1.000 verzekerden over 1974;
3. gemiddelde ligduur per opname 1974.

##### Selectie gemeenten

Uit de 442 in het LISZ-jaarboek 1974 vermelde gemeenten met minimaal drie in het LISZ-systeem geregistreerde praktiserende huisartsen is de volgende selectie gemaakt: geselecteerd zijn gemeenten die voor minstens 50% op één andere ziekenhuisgemeente zijn georiënteerd en waar het percentage ziekenfondsverzekerden niet hoger is dan 90. Na deze selectie resten 331 gemeenten.

# Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw

## IV: Besluit

### Over moederschap in oude tijden

Tot aan de 16e eeuw waren op verloskundig gebied de opvattingen van Celsus, Galenus en Soranos overheersend.

*Celsus* ( $\pm 25$  v. Chr. –  $\pm 50$  n. Chr.) verbeterde de operationele techniek door in te voeren de kering op de voet en daarop volgende extractie, uitdrukkelijk echter alleen bij gestorven kinderen en dwarsligging. *Soranos* (begin 2e eeuw n. Chr.) schreef het eerste boek dat uitsluitend handelt over verloskunde. Het bepleitte het gebruik van de baringsstoel\* en wijdde voor het eerst aandacht aan de bescherming van het perineum.

Uitvoerig beschreef hij de zorg voor de pasgeborene. Van de vroedvrouw verlangde hij, dat zij haar handen goed zal verzorgen, met name ze verre houden van onreinheid en vóór iedere bevalling goed wassen.

*Galenus* (130 –  $\pm 210$  n. Chr.) scheidde voor het eerst de ontsluitingsperiode van de uitdrijvingsperiode, beschreef nauwkeurig de werking van de buikpers en vermeldde o.a. de zogenaamde zwangerschapstoxicosen van de moeder.

In zijn artikelen over de zorg van het moederschap in oude tijden vat Van Rooy (1929) hun kennen en kunnen aldus kort samen:

a. Aangaande het wezen van het bevruchtingsproces wist men niets,

\* De vroeger meest gebruikte houding van de barend was de geheel zittende of de half-liggende, half-zittende. De hiervoor aangewende hulpmiddelen waren drieërlei: de schoot van een andere persoon (zogenaamde 'schootster', de barings- of kraamstoel en een speciaal kraambed of korte-bed (Muller, 1927).

door Prof. Dr. A. C. Drogendijk Sr.



want noch de eicel, noch de zaadcel waren bekend.

b. Men kende de bouw der vrouwelijke voortplantingsorganen zeer onvolledig; men kende wel de vorm van de baarmoeder, de eileiders en de eierstokken, maar begreep van de laatste twee noch de bestemming, noch de functie.

c. De diagnostiek der zwangerschap was tot een vrij hoge graad van ontwikkeling gekomen.

d. Betreffende de ligging van de vrucht in de baarmoeder bezat men enige kennis ten aanzien van de laatste weken van de zwangerschap; men nam verder aan dat gedurende het grootste deel van de zwangerschap de vrucht zich vrij en onbelemmerd in de baarmoeder kon bewegen.

e. Het normale baringsproces kende men goed en men had enig inzicht in enkele pathologische baringen;

f. Aan de barend vrouw werd over het algemeen goede hulp verleend; bij moeilijkheden kon in sommige gevallen de arts nog uitkomst brengen, hetzij met de hand, hetzij met eenvoudige instrumenten; het voornaamste verloskundig instrument van onze

dagen, te weten de tang, was nog niet bekend.

g. Aan de kraamvrouw werd lange rust voorgeschreven en voor het zogen der kinderen werd met kracht geijverd.

### Ontwikkeling van de verloskunde

Toen na de 16e eeuw de anatomie ging bloeien, brak voor de verloskunde een nieuwe periode aan. Met name was dit het geval in Frankrijk. De Fransman François Mauriceau (1637-1709) ontdekte weer de kering op de voet, wendde voor het eerst de extractie aan de stuit aan en zette de kunst van het toucheren uiteen. De handgreep van Mauriceau is tot op heden elke medicus bekend. Ook was hij de eerste die de eclampsie duidelijk heeft beschreven. Paul Portal (?-1703) was de eerste die de anatomie en de verschijnselen van placenta praevia uiteenzette. Van belang was ook zijn waarschuwing, de geboorte niet te snel kunstmatig te beëindigen. Te Parijs werd in 1630 de eerste verloskundige kliniek opgericht, waar men de verloskunde ook praktisch kon onderwijzen. Onder de Franse vroedvrouwen kwamen beroemde verloskundigen voor, als Louise Bourgeois, die in haar boek voor de eerste maal in de geschiedenis melding maakte van het uitzakken van de navelstreng (Baumann, 1918).

Maar ook Nederland is voor de ontwikkeling van de verloskunde niet zonder betekenis geweest. In dit verband zou ik de volgende namen willen noemen: Allereerst Hendrik van Deventer (1651-1724), volgens Baumann (1915) een van de interessantste persoonlijkheden van zijn tijd. Oorspronkelijk wilde hij goudsmid

worden, maar later werd hij opgeleid tot chirurg. In 1701 verscheen zijn beroemd boek, later in het Latijn, Frans, Engels en Duits vertaald, getiteld: 'Manuale Operationen, eerste deel, zijnde een nieuw Licht voor Vroedmeesters en Vroedvrouwen'. Van Deventer noemde dit boek zelf 'de vrugt van de ingewanden mijns verstands en bevindingen, mijnen eerstgeborene'.

Het tweede deel van dit werk verscheen ruim twintig jaar later, om precies te zijn in 1724.

Een zeer bekwaam man was ook *Jacob Denys (1681-1741)*. Dit blijkt reeds uit zijn vele functies: 'Ordinaris stads-chirurgijn, operateur van den steen, vroedmeester en voorlezer ter onderwijzing van de vroedvrouwen binnen de stad Leiden'. Naast het uitwendig onderzoek bracht hij ook het 'onderslaan', het inwendig onderzoek, in praktijk; hij schijnt zelfs bij tijd en wijle bimanueel te hebben gepalpeerd. Zijn rijke ervaringen legde hij vast in een in 1733 gepubliceerd geschrift, getiteld: 'Verhandelingen over 't ambt der vroedmeesters en vroedvrouwen' (Baumann, 1915).

Volgens Schripsema (1936) heeft *Hendrik van Roonhuysen (17e eeuw)* zijn verloskundig instrumentarium niet gekocht van de Engelsman Peter Chamberlain (die algemeen als de uitvinder van de verloskundige tang wordt aangemerkt, maar om financieel voordeel zijn ontdekking geheim hield) maar zou hij dit zelf ontworpen hebben. 'Zijn geheimdoenerij, hoewel passend in het karakter van dien tijd, is af te keuren; maar als bekwaam verloskundige heeft hij op de juiste wijze een eenvoudig instrument, namelijk den hevel, weten aan te wenden, terwijl zijn tang van minder practisch belang is geweest'.

Aan *Paulus de Wind (1714-1771)* komt de verdienste toe voor het eerst zowel de bekkeningang als de bekkenuitgang in maten te hebben uitgedrukt (1751).

Van grote betekenis voor de ontwikkeling van de bekkenleer is verder geweest *Nicolaas Cornelis de Fremery*, die in 1793 voor het eerst een oorzakelijke verklaring gaf voor het tot stand komen van het normale en het abnormale bekken.

De Groningse hoogleraar *Petrus*

*Camper (1723-1789)* is de eerste geweest die in dierexperimenten op jonge varkens het nut van de symphyseotomie heeft aangetoond (1769). Hij durfde deze operatie evenwel niet op zijn patiënten toe te passen. Grote bewondering verdient daarom *Johan van Munster*, een Hollander die van 1772-1774 te Parijs prakticeerde, waar hij de schaambeendoorsnijding op lijken experimenteerde en, in ons land teruggekeerd, zesmaal deze operatieve ingreep bij barende vrouwen verrichtte.

### Obstetrisch onderwijs op universitair niveau

Tot de ontwikkeling van de verloskunde in die dagen heeft ook bijgedragen, dat in de 18e eeuw het onderwijs in de verloskunde aan de *Academiën* ter hand werd genomen. Als we Van Reeuwijk (1911) mogen geloven, zou men eerst omstreeks 1750 met obstetrisch onderwijs op universitair niveau zijn begonnen. Het onderwijs in de verloskunde werd gegeven door de hoogleraar in de anatomie en chirurgie, die hiervoor wel de aangewezen man was. Erg vlot ging het met dit onderwijs overigens niet, want toen bijvoorbeeld in Leiden Prof. Albinus met emeritaat ging, is er aldaar gedurende geruime tijd geen verloskundig onderricht gegeven. En op de andere *Academiën* (Utrecht, Harderwijk, Franeker en Groningen) was het volgens Van Reeuwijk niet veel beter gesteld.

Aanvankelijk bepaalde het onderwijs zich uitsluitend tot de theorie. Pas veel later werd het praktisch onderwijs in de obstetrie ter hand genomen. Wanneer wij het bovenstaande overzien, kunnen wij Baumann (1918) gelijk geven, als hij zegt dat de 18e eeuw een voornamelijk periode in de geschiedenis van de geneeskunde is geweest. In deze tijd heeft de wetenschap zich ontzaglijk ontwikkeld, zeker niet het minst de medische wetenschap. 'De geneeskunde differentieert zich in een aantal afgeronde deelen, hulpwetenschappen en speciale onderdeelen, welke hunne eigen ontwikkeling doorloopen, zonder toch het onderling verband te verliezen, integendeel in nauwen samenhang blijven. Zoo ontstaat dan de geneeskunde als een wetenschappelijk organisme.'

Samenvattend zegt Van Rooy (1929) dat voor de periode van de 17e tot het midden van de 19e eeuw vastgesteld kan worden, dat 'door scherpzinnige waarnemers en waarneemsters – vroedmeesters en vroedvrouwen – een veel vollediger begrip verkregen was van het mechanisme der baring; dat dientengevolge de kliniek voor het bieden van goede hulp belangrijk verbeterd was en dat men in de verloskundige tang, de keizersnede en verschillende methodes van keering en uithaling der vrucht, over hulpmiddelen was gaan beschikken, die het mogelijk maakten beter een volmaakter zorg aan de barende vrouwen te verleen dan ooit in de voorafgaande eeuwen mogelijk was geweest.'

De grenslijn tussen de 'oude en de nieuwe tijden der verloskunde' – en hiermede besluiten wij deze artikelenreeks – wordt gevormd door de volgende uiterst waardevolle ontdekkingen:

In 1846 werd door de chirurg J. C. Warren in Boston de eerste aethernarcose toegepast; in 1847 gebruikte James Young Simpson, hoogleraar in de obstetrie te Edinburg, het eerst chloroform bij een bevalling. In hetzelfde jaar stelde de Hongaarse geneesheer Ignaz Philipp Semmelweiss (1818-1865) te Wenen vast, dat de oorzaak van de beruchte kraamvrouwenkoorts in contactinfectie was gelegen, namelijk door het indringen van een of andere smetstof van buiten af in het lichaam van de vrouw; door deze ontdekking werd hij de grondlegger van de antiseptische verloskunde. Pas vele jaren later zou door de ontdekkingen van de bacteriën, door respectievelijk de chemicus Louis Pasteur (1822-1895) en de arts Robert Koch (1843-1910), en de uitvinding van de antiseptische wondbehandeling, door de Engelse chirurg Josef Lister (1827-1912), de onschatbare waarde van het werk van Semmelweiss worden erkend.

\* Volgens De Lint (1932) zou ook de Belg Jaan Palfijn (1650-1730) zelfstandig de verloskundige tang hebben uitgevonden ('mains de Palfijn').

## Nieuwe cursus voor huisartsen (en specialisten)

Vanaf begin 1978 is een nieuw cursustype beschikbaar in de vorm van een driedaagse training op het gebied van Patiënt-Arts-Communicatie (PAC). Het nieuwe is gelegen in het doel van de cursus, de methode en het gebruik van de middelen. Dit doel is onder meer de deelnemers binnen het tijdsbestek van drie dagen (twee weekdagen met zes maanden later een vervolgdag) een afgeronde training te geven in observatie en exploratie van het patiënt-arts-contact. In groepen van maximaal vijftien artsen worden onder deskundige begeleiding drie videobanden van 'gewone' spreekuur-consulten bestudeerd. Deze banden worden minutieus bewerkt, waarbij niet in de eerste plaats aandacht wordt besteed aan gesprekstechniek, maar wel aan het waarnemen en bewust gebruik maken van de non-verbale en ook verbale signalen, die patiënt en arts naar elkaar uitzenden (observatie van de patiënt en observatie van de arts). Deze gegevens worden vervolgens gebruikt voor een exploratie-methodiek waarmee de arts verkent wat er aan de hand is. Daarbij wordt een manier van vragen toegepast die erop gericht is de waargenomen objectieve en subjectieve gegevens te integreren. Tenslotte worden een aantal basis principes behandeld die van belang zijn voor het tot stand komen van een goed contact. De wijze waarop de communicatie tussen arts en patiënt verloopt is immers van beslissende betekenis voor diagnose en therapie.

### Didactische opzet

Het is een duidelijk gestructureerde cursus met een grote mate van zelfwerkzaamheid. Er wordt gewerkt met praktijkvoorbeelden die op video en op schrift zijn vastgelegd en aan de hand van de observaties van de cursisten. Iedere deelnemer krijgt dus de gelegenheid zijn eigen werkwijze en waarnemingen te vergelijken met die van de anderen. De verschillende onderdelen van het programma worden kort ingeleid zonder uitgebreide theoretische uiteenzettingen, maar er is ruim tijd voor discussie. Op grond van ervaring met een tweetal proefcursussen in Nederland, de deelname van ruim vijfduizend huisartsen en specialisten in Zwitserland, Duitsland en Oostenrijk en op basis van onze eigen indrukken zijn wij van mening dat deze praktische cursus een nuttige aanvulling vormt op de reeds bestaande (na-)scholingsmogelijkheden. De cursus is ons inziens van evenveel waarde voor artsen die geen speciale belangstelling voor

medische psychologie of psychosomatiek hebben, als voor hen die op dit gebied al de nodige ervaring hebben. De cursus heeft niet alleen betrekking op patiënten met primair somatische maar ook op patiënten met primair functionele of psychosociale klachten. Een en ander is voor ons reden deze cursus bij de Nederlandse artsen aan te bevelen.

### Adviesraad en cursusleiding

Van het in andere landen gebruikte programma is op initiatief van Hoffmann-La Roche, die ook als sponsor van de cursus optreedt, een geheel Nederlandse versie gemaakt. Deze versie, PAC-cursus Roche genaamd, is tot stand gekomen in nauw overleg tussen een kleine stafgroep, een groep trainers die de cursus gaan begeleiden en een adviesraad. De stafgroep heeft het voorbereidend 'dagelijks' werk gedaan en samen met de groep van zeven begeleiders de Nederlandse vormgeving ontwikkeld. De adviesraad heeft de essentiële onderdelen van de oorspronkelijk cursus meegemaakt en in drie bijeenkomsten haar adviezen voor de Nederlandse versie gegeven. Deze adviezen zijn zoveel mogelijk in de nu bestaande cursus verwerkt. Behalve bij de inhoud is de Adviesraad betrokken bij de evaluatie en de opzet van eventuele vervolgcursussen. Tijdens de follow-up dagen zal namelijk rekening worden gehouden met de mogelijke behoefte aan vervolgcursussen. De cursus kan desgewenst worden ingepast in de (na-)scholing van huisartsen-opleiders en co-assistenten.

### Organisatie

De cursus zal in verschillende delen van het land georganiseerd worden voor groepen die lokaal, regionaal of landelijk samengesteld zijn, met een capaciteit van twee tot vier cursussen per maand (maximaal 20 per jaar) gedurende één of meer jaren.\* Naast huisartsen kunnen ook klinische specialisten en sociaal-geneeskundigen inschrijven, want deze nieuwe methode is ook in hun dagelijkse praktijk direct toepasbaar. *Aanmelding* kan geschieden bij de Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411). De deelnemerskosten voor de drie dagen bedragen circa f 300,—, exclusief verblijfskosten. *Inlichtingen* over het programma zijn te verkrijgen bij de heer A. H. M. Schoenmakers, coördinator PAC-cursus Roche, p/a Hoffmann-La Roche B.V.,

afdeling Educatieve Projecten, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht, tel. 02979-3251. Nadere inlichtingen over de inhoud van de cursus bij Mevrouw E. Sleuwenhoek-Hajek (en bij de andere stafleden), p/a Nijverheidsweg 38, Mijdrecht.

Binnenkort zullen alle huisartsen een brochure over deze cursus ontvangen. Andere geïnteresseerden kunnen deze brochure aanvragen bij de SNH.

### Stafgroep

De Stafgroep bestaat uit Mevrouw Sleuwenhoek-Hajek als trainer-agoog, bij wie de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de cursus berust, Mevrouw de Vries Robles, psycholoog en plaatsvervangster van Mevrouw Sleuwenhoek, de heer Veldhuyzen van Zanten als huisarts-adviseur en de heer Schoenmakers die als coördinator namens de firma Hoffmann-La Roche verantwoordelijk is voor de organisatie.

### Adviesraad

Prof. Dr. J. Bastiaans, hoogleraar psychiatrie, Leiden  
Prof. Dr. J. J. C. B. Bremer, hoogleraar medische psychologie, Maastricht  
Prof. Dr. W. Brouwer, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Maastricht  
Prof. Dr. K. J. van Deen, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Groningen  
Prof. Dr. H. J. Dokter, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rotterdam  
Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Utrecht  
Dr. Prof. F. J. A. Huygen, hoogleraar in de geneeskunde van het gezin, Nijmegen  
Dr. M. Saan, huisarts, bestuurslid van de Stichting Nascholing Huisartsen  
R. C. Veldhuyzen van Zanten, huisarts te Enter

### De Cursusbegeleiders

H. C. Fluri, agoog, Hilversum  
W. Frankenberg, arts, stafid afd. Sociale Psychiatrie, R. U. Groningen  
J. van Helsing, sociaal psycholoog, K. U. Nijmegen  
L. J. Krol, arts, stafid afd. Medische Psychologie, G. U. Amsterdam  
D. J. van der Laan-Bouwman, andragoloog, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut  
M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, studentenarts, K. U. Nijmegen  
E. L. Sleuwenhoek-Hajek, agoog, Bilthoven  
C. D. de Vries Robles, sociaal psycholoog, Amsterdam

J. I. van der Leeuw, arts, centrale coördinator SNH

\* De cursusdata voor eerste halfjaar 1978 (steeds 2 parallel-cursussen):  
25, 26 januari te Driebergen – volgeboek  
9, 10 februari te Nijmegen – volgeboek  
1, 2 maart te Amersfoort; 17, 18 maart te Zeist; 7, 8 april te Lage Vuursche; 20, 21 april te Lage Vuursche; 24, 25 mei te Driebergen; 9, 10 juni te Driebergen.  
Voor afzonderlijke groepen in de regio: op aanvraag.

---

## UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

Bij de opening van het werkjaar 1978 van de Ziekenfondsraad op 26 januari hield *Mr. J. Kramer*, plaatsvervangend voorzitter van de raad een *jaarrede*, waaraan de volgende punten zijn ontleend.

### Sociale verzekering en economie

Het besef van de samenhang tussen sociale verzekering en andere sectoren van de economie is de laatste tijd toegenomen. Dit heeft mede geleid tot meer begrip voor de eigen plaats van de sociale verzekeringen tegen ziektekosten binnen de gezondheidszorg en de totaliteit der sociale verzekering. Enerzijds legt de sociale verzekering beslag op een deel van het verdiende inkomen, anderzijds draagt de sociale verzekering de verkregen middelen over, hetgeen uitmondt in de vraag naar goederen en diensten en derhalve van invloed is op de werkgelegenheid. De vraag naar goederen en diensten die de sociale verzekering met de verkregen middelen uitoefent, is echter niet voor alle takken van de sociale verzekering gelijk. Gaat het om inkomensvervangende of aanvullende uitkeringen (Ziekewet, WAO AOW, enz.) dan zijn de gezinshuishoudingen vrij om de verkregen middelen te besteden naar believen. Bezuinigingen op deze uitkeringen zullen in de vorm van verminderde bestedingsmogelijkheden hun effect hebben op de economie in haar totaliteit, maar dan gespreid over de sectoren waarin de uitkeringen worden besteed. Gaat het daarentegen om verstrekkingen door Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), dan worden de verkregen middelen besteed in de

bedrijfstak gezondheidszorg, die voor zijn voortbestaan grotendeels op deze middelen is aangewezen. Bij bezuinigingen in de ziekenfondswet- en AWBZ-sfeer komen daardoor vragen aan de orde inzake een mogelijke aantasting van de kwaliteit van de zorg en van de werkgelegenheid in de sector gezondheidszorg. Aan de andere kant kan het raadzaam zijn, dat wanneer op grond van gebleken behoeften overwogen wordt verstrekkingen in het kader van de Ziekenfondswet op de AWBZ uit te breiden, bij het beoordelen van de gevolgen niet alleen aan de verzware van de premiedruk maar ook aan een mogelijke verruiming van de werkgelegenheid aandacht te schenken. Hierbij dient te worden opgemerkt, dat de investeringen per arbeidsplaats in de gezondheidszorg niet mogen worden onderschat. Voorts, dat de relatieve toename van het aantal bejaarden aanleiding geeft om te veronderstellen dat ook op lange termijn de behoefte aan werkers in de gezondheidszorg zal blijven toenemen. De samenhang tussen de sociale verzekering en de overige sectoren van de economie zal sterk worden beïnvloed door de maatregelen van de centrale overheid. Afgewacht zal moeten worden welke beleidsvoornemens het nieuwe kabinet terzake kenbaar zal maken.

### Premiepercentages

De ziekenfondsraad heeft onlangs geadviseerd het premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering met ingang van 1978 te verhogen van 8,2 tot 8,5. De regering kon deze verhoging echter niet inpassen in haar loon- en prijsbeleid. Door een Rijksbijdrage van f 230 miljoen kon

een verhoging van het premiepercentage achterwege blijven. Hierbij dient te worden opgemerkt, dat als gevolg van loonstijging dit gelijkblijvende premiepercentage toch tot een premieverhoging van gemiddeld 7% voor de verplicht verzekerden heeft geleid. Deze premiestijging geldt eveneens voor verzekerden die zijn ingeschreven in de bejaardenverzekering en voor vrijwillig verzekerden die voor reductie in aanmerking komen. Voor de overige vrijwillig verzekerden kon de premiestijging gemiddeld worden beperkt tot 3,1%, doordat de meeste ziekenfondsen konden besluiten hun overschotten door meevallers over 1976 daarvoor te gebruiken. De premie-aanpassingen zijn de laatste jaren in gunstige zin beïnvloed door de omstandigheid dat sinds 1973 in de gezondheidszorg een meer gematigde kostenstijging is opgetreden dan in de jaren 1963 tot 1972. Afgewacht moet worden of deze matiging van een blijvende aard zal zijn.

Met betrekking tot de vrijwillige ziekenfondsverzekering heeft de raad de regering nog eens gewezen op de bijzondere positie van een aantal groepen alleenstaanden met een laag inkomen, die — gelet op dat inkomen — een hoog percentage aan premie voor hun ziektekostenverzekering betalen. Een uitbreiding van het reductiestelsel kon per 1 januari 1978 echter niet worden verwezenlijkt. Van de kant van de regering is erop aangedrongen, dat de raad het premiestelsel in de vrijwillige ziekenfondsverzekering nog eens in zijn geheel bestudeert. Verwacht wordt, dat deze studie in de loop van 1978 tot een tastbaar resultaat kan leiden. Er zijn, aldus Mr. Kramer.

redenen om een aantal plooiën glad te strijken.

### Hartluchtbrug

Ook in 1977 werden de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars geconfronteerd met een nog toenemend aantal hartpatiënten die een open hartoperatie ondergingen met gebruikmaking van een der zogeheten luchtbruggen naar buitenlandse ziekenhuizen. In 1977 werden in Houston (VS) 251 patiënten geopereerd, in Genolier (Zwitserland) 369 patiënten en door middel van de sedert september 1977 functionerende hartluchtbrug op het St. Anthony's Hospital te Londen (Engeland) 83 patiënten. De gemiddelde kosten per operatie die in 1977 zijn betaald, hebben voor in Houston, Genolier en Londen geopereerde patiënten respectievelijk f 26.000,—; f 24.000,— en f 14.800,— bedragen. De aandrang tot het doen opvoeren van operatiemogelijkheden voor hartpatiënten in Nederland heeft er in 1977 toe geleid, dat de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid toestemming heeft gegeven aan het Ziekenhuis Zonnestraat te Hilversum en aan het Medisch Centrum De Klokenberg te Breda om een hartchirurgische afdeling op te richten. Of en in welke mate deze uitbreiding gevolgen zal hebben voor de thans functionerende hartluchtbruggen, is in dit stadium nog niet te overzien.

### Zeeuws-Vlaanderen

De enigszins geïsoleerde ligging van Zeeuws-Vlaanderen geeft moeilijkheden bij het invoeren van bepaalde vormen van specialistische hulp, die aldaar niet te verkrijgen zijn. Deze moeilijkheden bestaan voornamelijk uit lange reistijden naar en van ziekenhuizen elders in het land die de betreffende voorzieningen wél kennen.

In verband hiermee verzocht de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid te bevorderen, dat in sterkere mate dan voorheen in een aantal gevallen gebruik zou kunnen worden gemaakt van de meer naburige Belgische ziekenhuisvoorzieningen. Het daarop gevolgde overleg tussen de Nederlandse en Belgische instanties heeft er inmiddels toe geleid dat, vermoedelijk per 1 maart aanstaande,

aan het verzoek van de toenmalige staatssecretaris kan worden voldaan. Niet onvermeld wilde Mr. Kramer laten, dat bij dit overleg het Onderling Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuws-Vlaanderen zeer actief is geweest.

### Eerstelijns gezondheidszorg

Een landelijk uniform financieringssysteem voor wijkgezondheidscentra ontbreekt tot dusverre. In verband hiermede heeft een commissie uit de Ziekenfondsraad zich in 1977 dan ook beraden over de wijze waarop door de raad kan worden tegemoetgekomen aan financiële belemmeringen bij het tot stand komen en het blijven functioneren van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg. Voorts bestudeert een door het presidium van de raad ingestelde werkgroep de gevolgen van het eventueel onder de sociale verzekering brengen van het kruiswerk. De resultaten van beide studies zullen binnen afzienbare tijd aan de raad worden aangeboden.

### Fusie ziekenfondsen

Met betrekking tot de in 1977 opgerichte Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), waarin de tot dan bestaande vier ziekenfondsorganisaties zijn opgegaan, stelde Mr. Kramer vast dat deze nieuwe vereniging het ziekenfondswezen een sterke gezagspositie heeft verschaft. Verwacht mag volgens Mr. Kramer worden, dat na een periode van betrekkelijke rust van één jaar — na de samensmelting van de ziekenfondsorganisaties tot één overkoepelende organisatie — zich binnenkort meer lijn zal aftekenen in de regionalisatiegedachten van de ziekenfondsen.

### Declaraties medewerkers

Aan de 'werkgroep verschrijvingen' zijn tot nu toe 47 gevallen voorgelegd — waarvan 14 in 1977 — van niet juist declareren door medewerkers. In 20 gevallen is het betrokken ziekenfonds geadviseerd, aangifte te doen bij de justitie van het vermoeden van een strafbaar feit; dit betrof 14

apotheekehoudende huisartsen, 1 specialistenassociatie, 2 tandartsen, 1 apotheker en 2 fysiotherapeuten. Inmiddels zijn 2 apotheekehoudende huisartsen en 1 tandarts veroordeeld. In 2 gevallen is de officier, na betrokkenen een zogenaamd 'parketstandje' te hebben gegeven, niet tot vervolging overgegaan; deze gevallen betroffen 1 apotheekehoudend huisarts en 1 specialistenassociatie. De rechtbank sprak 1 apotheekehoudend huisarts vrij; tegen deze uitspraak is de officier in beroep gegaan. De overige gevallen zijn nog in behandeling. Voorts is op advies van de werkgroep over het niet juist declareren door 1 apotheekehoudend huisarts een klacht ingediend bij het Medisch Tuchtcollege. Dit college heeft de klacht gegrond verklaard en betrokkene de maatregel van berisping opgelegd.

### Automatisering

De ziekenfondsraad nodigde onlangs de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen uit voor overleg over de concretisering van een beleidsplan voor de gemeenschappelijke ontwikkeling van informatiesystemen. Een en ander is het gevolg geweest van in het jaar 1977 gebleken ontwikkelingen op het gebied van de automatisering, die een nadere bezinning vragen. Het beleidsplan zal betrekking dienen te hebben op de gehele uitvoeringsorganisatie. Als elementen zal het onder meer moeten omvatten:

- een duidelijke organisatiestructuur op automatiseringsgebied (een aantal regionale computercentra met de daarbij aangesloten ziekenfondsen);
- een duidelijke opzet van de aard en de capaciteit van de bij de automatisering te gebruiken apparatuur (zowel bij de regionale centra als bij de individuele ziekenfondsen);
- een duidelijke opzet van het bij de automatisering te hanteren systeem (een in principe uniform ziekenfonds-administratiesysteem).

In verband met het vorenstaande is aan de ziekenfondsen meegedeeld, dat in afwachting van de resultaten in beginsel geen nieuwe ontwikkelingen, noch op het gebied van de apparatuur noch op dat van het systeem, in gang dienen te worden gezet.





## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

#### Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

#### Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, 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. Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.  
Telefoon 030-887021 en 885411.

## van het hoofdbestuur

### ‘Recht van initiatief’

De Algemene Vergadering van 16 september 1977 is akkoord gegaan met het voorstel van het hoofdbestuur, aan besturen van verenigingen van artsen en eventueel andere werkers op het terrein van de gezondheidszorg onder bepaalde voorwaarden het recht te geven tot het indienen van door de Algemene Vergadering te behandelen onderwerpen en voorstellen.

Met dit ‘recht van initiatief’ wordt beoogd, ook niet tot de KNMG behorende organisaties van gezondheidszorgwerkers meer te betrekken bij de meningsvorming in en de standpuntbepaling van de Maatschappij, conform een van de intenties van de werkgroep functioneren Algemene Vergadering.

Het ‘recht van initiatief’ is neergelegd in een nieuw artikel 405a van het Huishoudelijk Reglement. Het hoofdbestuur acht het van belang nog eens op dit artikel en op enkele andere die daarmee direct samenhangen te wijzen, opdat geïnteresseerde groeperingen in voorkomend geval van het recht op juiste wijze gebruik maken.

#### Art. 405a lid 1 luidt:

‘Door de Algemene Vergadering te behandelen onderwerpen en voorstellen kunnen worden ingediend door:

- a. het hoofdbestuur;
- b. een afdeling, tenminste vijf afgevaardigden, de centrale besturen van de LHV, de LSV en de LAD en het bestuur van Medisch Contact;
- c. het bestuur van een vereniging van artsen en eventueel andere werkers op het terrein van de gezondheidszorg, mits tenminste 25% van de leden van deze organisatie arts is en tenminste 50 artsen als lid staan ingeschreven, en mits het onderwerp of voorstel betrekking heeft op één der in art. 1 genoemde aandachtsvelden\* en de behandeling ervan past in het kader van de in art. 1 van de statuten genoemde doelstelling van de Maatschappij, een en ander ter beoordeling van het hoofdbestuur.’

\* De ‘aandachtsvelden’ in art. 1 van het Huishoudelijk Reglement waarnaar wordt verwezen zijn o.a.:

- alles wat tot bevordering van geneeskundige wetenschap en kennis kan strekken;
- de opleiding en het voortgezet theoretisch en praktisch geneeskundig onderwijs;
- de openbare gezondheidsregeling, geneeskundige statistiek en epidemiologie in Nederland;
- het hooghouden van de gedragsregels voor artsen;
- de belangen van de artsen;
- de bevordering van een goed functionerend ziekenfondswezen en in het algemeen van de sociale verzekeringen.

#### Lid 2 van art. 405a luidt:

‘De onderwerpen of voorstellen van de in het eerste lid onder b en c genoemde indieners moeten schriftelijk en zo mogelijk acht, maar tenminste vier weken vóór de Algemene Vergadering ter kennis van het hoofdbestuur worden gebracht.’

Verder kunnen worden genoemd:

#### Art. 405b lid 2:

‘Het HB voorziet de in art. 405a lid 1 onder b en c bedoelde voorstellen van een pre-advies.’

#### Art. 409 en 410 lid 1:

‘Alleen het HB heeft de bevoegdheid andere personen dan leden tot de vergadering uit te nodigen of toe te laten.’

‘Na een eventuele inleiding en na een eventuele toelichting van of namens de indieners van een bepaald onderwerp of voorstel, wordt aan de afgevaardigden en de plaatsvervangend afgevaardigden de gelegenheid geboden éénmaal het woord te voeren.’

Namens het hoofdbestuur

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

## Puntenverslag 71ste bestuursvergadering

*Puntenverslag van de 71ste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, gehouden op 8 november in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.*

De voorlichting over de pensioenregeling is via de Specialistenbrief van start gegaan. Regelmatig zal deze informatie worden gepubliceerd.

Door de LSV is de commissie ‘Premiedruk’ in het leven geroepen die tot taak heeft een studie te maken van de samenhang tussen pensioenniveau en honorarium. Van de zijde van het pensioenfonds zullen de heer C. J. van der Kamp en de directeur in deze commissie zitting nemen. In een toelichting op het beleggingsbeleid geeft de directeur zijn visie op de te verwachten economische ontwikkelingen. Een kort verslag wordt uitgebracht over de vastgoedsector. Het bestuur keurt het beleggingsadvies van de directeur goed.

Het jaarverslag 1976 wordt besproken. Ruime aandacht wordt aan de balanspost ‘Reserve voor pensioenverbeteringen’ besteed. In het verslagjaar stegen de uitkeringen met ruim 50%, de ontvangen interest met 30%, het vermogen met bijna 30%, de premies met 15% en de kosten met 3%.

Het actuariële rapport wordt door de actuaaris toegelicht. De premiereserve is in de analyse per reserve afzonderlijk opgenomen. Het rapport zal in de eerstkomende vergadering van de deelnemersraad aan de orde worden gesteld. Enige verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule worden conform het advies van de commissie uit het bestuur gefiatteerd.



## Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen.

### Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

per 1 september 1977 – Dr. J. Admiraal te Hengelo.  
per 1 september 1977 – J. Hartanto te Rijswijk.  
per 1 september 1977 – P. Nijenhuis te Overveen.

### Tak jeugdgezondheidszorg

per 2 februari 1977 – Mw. E. S. Oonk-Groen te Oegstgeest.  
per 20 juni 1977 – H. L. M. Dinjens te Drunen.  
per 20 juni 1977 – M. H. Zijlmans te Eersel.

### Tak algemene gezondheidszorg

per 10 mei 1977 – A. M. Blans te Puiflijk.  
per 20 mei 1977 – A. A. Wehrman te Berkel Enschoot.  
per 24 juni 1977 – A. J. Eerdmans te Gronsveld.

### Tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde

per 5 oktober 1977 – G. S. Anema te Leiden.



## Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 oktober 1977 t/m 31 december 1977 de navolgende specialisten ingeschreven:

### Anesthesie

J. A. Agbeko, Urkerstraat 18, Amstelveen, per 1.7.1977  
K. G. Branch, Eibergseweg 36a, Groenlo, per 18.5.1977  
R. M. V. van Cauter, De Vang 6, Malden, per 1.11.1977.  
J. Damen, Willem van Abcoude laan 21, Driebergen, per 1.7.1977  
E. Fibbe, De Wilden 48, Bergschenhoek, per 1.10.1977  
Mw. Mw. M. I. Hosea-Wibawa, Kannenburg 319, Colmschate-Deventer, per 1.4.1977  
G. Langelaar, Sweelinckhof 4, Voorschoten, per 1.9.1977  
Mw. L. van Leeuwen, Overste Den Oudenlaan 25, Aerdenhout, per 15.9.1977  
M. Pop Lazic, Basilicumhof 22, Duivendrecht, per 29.9.1977  
F. Roelfsema, Schubertstraat 16, Almelo, per 11.8.1977  
J. Ruprecht, Schiedamsesingel 221 b, Rotterdam, per 1.9.1977  
J. L. Schuller, Nachtwachtlaan 52, Amsterdam, per 15.8.1977

### Bacteriologie

Mw. S. I. S. Dirks-Go, Kleiweg 17, Baambrugge, per 1.9.1977  
J. E. Landheer, Sarphatipark 126, Amsterdam, per 1.12.1977

### Cardiologie

J. J. R. M. Bonnier, Duindoorn 9, Krimpen a/d IJssel, per 15.9.1977  
W. A. A. J. van Eken, Hoefijzerlaan 43, Bunnik, per 1.10.1977  
P. Fioretti, Andante 6, Krimpen a/d IJssel, per 13.9.1977  
P. de Groot, Laan van Meerdervoort 476, Den Haag, per 1.10.1977

Mw. H. A. Rebel-de Vries, Geldersedijk 89, Hattem, per 1.9.1977  
E. J. D. M. Vanagt, Breedveldsingel 87, Rotterdam, per 6.9.1977  
R. R. A. P. Webb, Putterlaan 2, Bilthoven, per 1.10.1977

### Cardiopulmonale chirurgie

R. de Geest, Nijenheim 22-27, Zeist, per 26.4.1977  
Dr. A. C. Moulijn, Tempelierstraat 14, Haarlem, per 1.2.1977;  
hiermede komt zijn inschrijving als chirurg te vervallen.

### Dermatologie

L. P. Montnor, Distelvinder 9, Leiden, per 1.8.1977  
P. H. I. R. Schönfeld, Burg. Hogguerstraat 569 CW 1064 Amsterdam, per 1.11.1977  
R. C. Vooy, Amersfoortsestraatweg 61, Bussum, per 1.9.1977

### Heelkunde

E. G. Colthoff, Alkenoord 56, Capelle a/d IJssel, per 1.1.1978  
C. M. Dijkhuis, Zwethkade 30, Delft, per 1.7.1977  
E. W. Kummer, Karbouwstraat 33, Bussum, per 16.8.1977  
S. W. van Leeuwen, Rozenlaan 127a, Rotterdam, per 22.9.1977  
Dr. P. Leguit Jr. Tafelbergweg 61, Laren, per 1.11.1977  
M. A. Melsom, Arnhemseweg 82, Ede, per 26.4.1977  
J. L. Th. Oomen, Treilerstraat 141, Zaandam, per 1.9.1977  
Dr. E. D. Schwilden, Nachtwachtl. 297, A'dam, per 13.9.1977  
G. T. The, Parelvisserlaan 112, Amstelveen, per 13.9.1977

### Inwendige geneeskunde

J. A. Beker, Hofbrouwckerlaan 17, Oegstgeest, per 1.11.1977  
W. P. L. van Boven, p/a Laar 34, Nistelrode (NB), per 1.8.1977  
F. H. M. Derkx, Zernikeplaats 161, Rotterdam-Ommoord, per 1.11.1977  
W. M. V. Dolmans, Dingostraat 114, Nijmegen, per 15.5.1977  
P. de Graaf, A. van Neslaan 529, Oegstgeest, per 1.10.1976  
R. J. Hené, Schermerhornlanen 28, Woerden, per 1.10.1977  
P. I. T. Ho, Rosenburg 9, Leiderdorp, per 11.9.1977  
Mw. E. Jansen, Rietzangerstraat 155, Amersfoort, per 13.10.1977  
J. R. Juttman, Mezenhof 11, Ouderkerk a/d IJssel, per 1.10.1977  
R. H. Kauffmann, Plantsoen 85, Leiden, per 1.11.1977  
J. P. van de Merwe, Touwbaan 36, Maassluis, per 25.9.1977  
Mw. M. A. Nooij, Tobias Asserlaan 399, Diemen, per 1.11.1976  
D. M. Prenger, Lijsterlaan 8, Dongen, per 16.10.1977  
J. Smit, Keverdijk 71, Naarden, per 1.11.1977  
K. D. Strang, Jan v.d. Capellerstraat 46, Krimpen a/d IJssel, per 1.10.1977

### Keel-, neus-, oorheelkunde

P. B. Brunt, Ambachtstraat 10, Utrecht, per 1.5.1977  
P. H. A. M. Gerritsma, Schaepmanlaan 90, Groningen, per 1.9.1977  
J. N. Krant, Polderdijk 69a, Maasdam, per 15.9.1977  
S. J. Rietema, Stationsweg 49, Ede, per 1.10.1977  
P. F. Schouwenburg, Tintorettostr. 7, A'dam, per 1.10.1977

### Kindergeneeskunde

C. Bendien, Stationsstraat 4, Grijpskerk, per 1.4.1977  
A. J. da Costa, Poortenaarlaan 44, Nieuwegein, per 1.9.1977  
F. J. A. M. Holtus, Schout Brijhartstraat 10, Oisterwijk, per 1.7.1977  
Mw. E. C. van Meeuwen, Johan Wagenaarlaan 39, Heemstede, per 18.10.1977

### Longziekten en tuberculose

Mw. D. F. Hayes, p/a Nolet Ziekenhuis, Stadhouderslaan 98, Schiedam per 18.5.1977  
Dr. J. M. E. Thijs-van Nies, Kleingenhautersteeg 15, Hulsberg-Arensgeinhout, per 15.9.1977

### Neurochirurgie

Z. D. Goedhart, Wilgenlaan 13, Rijnsburg, per 1.10.1977  
E-R. R. Radhakishun, Stanvastestraat 1 Zorg en Hoop, postbus 2000 Paramaribo Suriname, per 1.4.1977

## Oogheelkunde

Dr. D. A. Leighton, Breezeholm, Homestead Road, Disley, Cheshire SK 2 JN England, per 6.9.1977  
P. A. M. Leonard, Lange Leemstraat 128, Antwerpen, per 11.10.1977  
J. S. Stilma, Manus Peetstraat 37, Amstelveen, per 1.10.1977  
M. K. J. Vegting, Vondelstraat 106, Amsterdam, per 1.11.1977  
T. G. Wardhana, Mauritsstr. 44, H. Ido Ambacht, per 1.1.1978

## Orthopedie

E. P. Abbink, Eikendonk 12, Helvoirt, per 1.8.1977  
P. F. van Akkerveeken, Achthoven 26, Lexmond, per 1.5.1977  
Dr. K. J. Hamelynck, Cannenburg 92, Amsterdam, per 1.10.1977; hiermede komt zijn inschrijving als chirurg te vervallen.  
R. J. Itz, Kapellerweg 5, Sittard, per 1.11.1977  
O. Schreuder, v. Oldenbarnevelplaats 224, Rotterdam, per 1.9.1977  
W. A. J. Zwart, Bilderdijklaan 19, Baarn, per 1.7.1977

## Pathologische anatomie

Mw. D. M. D. S. Go, Voltastraat 31, Badhoevedorp, per 1.10.1977  
Dr. C. J. L. M. Meijer, Bateweg 27, Woubrugge, per 1.9.1977  
R. F. M. Schapers, Bisweide 34, Grubbenvorst, per 1.10.1977  
R. P. Wegener, Plaggenweg 227, Bussum, per 1.10.1977  
D. Willebrand, Acacialaan 3, Soest, per 15.9.1977

## Plastische chirurgie

Z. Giedrojc Juraha, Brederostraat 2, Beek (Nijmegen) per 29.9.1977

## Radiodiagnostiek

R. J. P. Brouerius van Nidek, Juliana van Stolberglaan 36, Eerbeek per 1.9.1977  
Th. F. M. Ex, Lange Voren 16, Oosterhout, per 1.9.1977  
P. H. Hoogland, Koninginnelaan 67, Rijswijk, per 1.5.1977  
Th. Hose, Vivaldihof 28, Alphen a/d Rijn, per 1.9.1977  
H. S. G. M. J. Kint, Eglantierlaan 3, Antwerpen, per 30.6.1977  
L. M. Vencken, Cortenbacherdreef 7, Voerendaal, per 1.8.1977; hiermede komt zijn inschrijving als neurochirurg per 16.5.1970 te vervallen.

## Radiotherapie

G. Botke, S. van Galamawei 33, Mantgum, per 1.11.1977  
W. H. Leers, Valkenstraat 10, Teteringen, per 1.10.1977  
M. van Reijn, Ackersdijkstraat 80a, Rotterdam, per 16.6.1977  
T. A. M. Verschueren, Welterlaan 30, Heerlen, per 1.8.1977

## Reumatologie

H. S. Goei The, Haagweg 43, Leiden, per 1.11.1977  
J. M. J. P. van der Linden, Karel Doormanlaan 10, Oegstgeest, per 1.7.1977

## Revalidatie

N. Constantinescu, Terschellinglaan 4, Son, per 1.9.1977  
C. M. H. Hageraats, Azuriet 33, Leusden, per 1.9.1977  
Y. A. van Orshoven, Heymansweg 2, Neerglabbeek België, per 2.11.1977  
F. H. J. Schreurs, Weg naar As 30, B-3600 Genk, (B) per 21.9.1977  
J. de Vries, Kinkelenburg 15, Ugchelen, per 1.11.1977  
Mw. K. C. Wiersema, August Vördingstraat 81, Hengelo, per 1.9.1977

## Urologie

P. C. L. Docter, Kudelstaartseweg 104, Aalsmeer, per 1.11.1977

Dr. W. R. Förtig, Winterleitenw. 59a, Würzburg, Dld. per 29.9.1977

## Verloskunde en gynaecologie

R. C. M. Appels, Planetenhof 64, Maastricht, per 1.9.1977  
Y. C. M. M. J. Belva, Vlonderstraat 15a, Nieuwstadt (L) per 30.6.1977  
Dr. R. Corbey, Laan van Habraken 13, Gemonde, per 1.8.1977  
F. Driessen, Livingstonelaan 606, Utrecht, per 1.8.1977  
J. C. Dijkstra, Niagara 16, Amstelveen, per 1.10.1977  
Dr. A. van Enk, Boekanierlaan 32, Hoofddorp, per 1.9.1977  
P. H. M. Holland, Groenhof 233, Amstelveen, per 1.10.1977  
M. D. Kloosterman, Jacob Catslaan 48, Leiden, per 1.8.1977  
F. H. F. Plantema, Baarschot 2, Esch (NB), per 1.9.1977  
N. T. C. M. de Pree, Terbaansweg 24, Roermond, per 1.11.1977  
Mw. E. G. C. v. Seumeren, Wichmannl. 32, Utrecht, per 1.2.1977  
P. A. A. M. Sleijffers, Loonsebaan 42, Vught, per 1.8.1977  
G. A. Wennink, Palestrinalaan 1, Bilthoven, per 1.8.1977

## Neurologie

H. R. F. Böttger, Bieleveldlaan 63, Hoogeveen, per 1.10.1977  
D. Haan, Wilhelminalaan 25, Haren, per 1.8.1977  
C. J. Höweler, 1e Sweelinckstraat 64, Den Haag, per 1.9.1977  
J. A. M. Kuster, Lijsterbeslaan 80, Rotterdam, per 1.7.1977  
Dr. G. J. Lammers, Hatertseweg 30, Nijmegen, per 1.7.1977  
H. L. P. B. Verschueren, Rubenslei App. 1 Antwerpen, per 15.8.1977  
L. de Vries, Bentincklaan 65 C, Rotterdam, per 1.10.1977  
F. Zwols, Woltenlaan 8, Schildwolde, per 1.7.1977

## Psychiatrie

G. van Atten, Waardeellaan 36, Gieten, per 1.8.1977  
J. W. B. M. van Berkestijn, Groningerstraat 32, Vries, per 1.9.1977  
J. A. F. Colaço Belmonte, Minervalaan 88<sup>III</sup> Amsterdam, per 1.11.1977  
E. M. J. Corsmit, 'De Boeckhorst' Schouwweg 69, Wassenaar, per 1.11.1977  
S. W. Hofman, Woonschip 'Compaën', Lammenschansplein, Leiden, per 1.9.1977  
E. L. P. Hünteler, Langeveldeweg 28, Noordwijkerhout, per 1.12.1976  
N. G. M. Koelink, Lindeseweg 14, Vorden, per 1.11.1977  
J. B. Mallens, Pr. Willem Alexanderpark 531, Veenendaal, per 1.10.77  
Mw. R. H. E. R. Meyers, Deylerweg 50, Wassenaar, per 21.9.1977  
Dr. M. M. W. Richartz, Blekerij 56, Maastricht, per 13.9.1977  
P. M. Rood, Koninginneweg 261 hs, Amsterdam, per 1.12.1977  
P. M. Siegel, P. Pauwstraat 20<sup>IV</sup>, Amsterdam, per 1.3.1977  
J. A. Steeneveld, Korte Prinsengracht 40, Amsterdam, per 1.10.1977

## Zenuw- en zielsziekten

M. M. Klaver, Wolfhorn 5, Eelde, per 1.10.1977

## Aantekening klinische neurofysiologie

K. ten Napel, Boerzand 1, Tijnarlo, per 1.10.1977  
J. Posthuma, Grotenend 13, Gasselte, per 1.10.1977  
G. L. Potma, Zuidersingel 1, Assen, per 1.4.1972  
H. A. W. Sinnige, Akkerwinde 91, Capelle a/d IJssel, per 1.8.1977  
Mw. J. G. van Woerkom, Heemraadsingel 207 a, Rotterdam, per 1.11.77

## INHOUD OFFICIEEL

Nr. 7 – 7 februari 1978

### KNMG – van het hoofdbestuur:

'Recht van initiatief' ..... 234

### SPMS:

Puntenverslag 71ste bestuursvergadering ..... 234

### SGRC:

Nieuwe inschrijvingen ..... 235

### SRC:

Nieuwe inschrijvingen ..... 235