



redactioneel

- Over ruim een maand komt in Arnhem het dertigste Ledencongres van de KNMG bijeen. Er is inmiddels al een groot aantal aanmeldingen binnen, maar . . . zoals ieder jaar zullen vele laatkomers pas op de valreep hun inschrijfformulier inzenden. Om de zaken nog enigszins te bespoedigen wordt bij dit MC-nummer een eerder in Medisch Contact opgenomen congreskatern gevoegd waarin ook het inschrijfformulier is opgenomen. De congrescommissie heeft de inschrijvingstermijn wat verruimd, dus u bent nog niet te laat als u dezer dagen kans ziet het aanmeldingsformulier ingevuld op te sturen naar Arnhem.
- Mevrouw F. M. Haaijer-Ruskamp, verbonden aan het Instituut voor Klinische Farmacologie van de Rijksuniversiteit te Groningen, brengt verslag uit van een studie van de Werkgroep Sociale Farmacologie over de invloed van de medische specialist op de huisartsenreceptuur. De invloed van de specialist blijkt vooral merkbaar in een toename van de totale kosten per aflevering en in het geneesmiddelen spectrum, maar die invloed varieert nogal per huisarts.
- Sportmanifestaties, protestbijeenkomsten, muziekfestivals, enz. zijn frequent plaatsvindende gebeurtenissen. Bij de organisatie daarvan wordt vaak een plaats ingeruimd voor de medische, respectievelijk psychosociale opvang van mensen die dit bij die gelegenheden nodig blijken te hebben. Aan de hand van verkregen gegevens tijdens een groot popfestival bespreken de huisartsen C. A. J. de Jong en W. J. B. Swart een aantal kenmerken van deze specifieke zorg.



Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1070
<i>Inzenders: J. E. B. Nijeholt, Willem Schuurmans Stekhoven (2x), J. de Pater</i>	
Directe invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur door Mw. E. M. Haaijer-Ruskamp	1073
KWF-Commissie 'Adviezen chemotherapie'	1076
Medische zorg tijdens een grote manifestatie, door C. A. J. de Jong en W. J. B. Swart	1077
Het gebruik van video op een PAAZ (II). Ethische reflecties, door A. M. Lazeroms	1081
Enkele aspecten van het meerkeuze-examen, door J. ten Holter, A. J. Buitenhuis en O. P. Bijsterveld	1085
Continuïteit van de zorg. Ziekenhuis-wijkverpleging	1088
OFFICIEEL	1089



Dit 'Portret' (olieverf op doek – 70 x 84 cm) is van de hand van A. B. L. Wermenbol, huisarts te Reuver. Het was te bewonderen op de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. De voorkeurstechnieken van de heer Wermenbol zijn: olieverf, aquarel en pastel. Zijn motivatie: 'Liefde voor de schoonheid van de natuur en alles om me heen; vooral het proeven van de sfeer en het weergeven daarvan'.

Foto: H. Frese, arts te Bergumbacht.



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 en 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. W. F. Plomp-Düren, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltofen, secretaresse.

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG f 82,70; losse nummers f 2,35, excl. portokosten (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.

VERSCIJNINGSPLICHT

Willem Schuurmans Stekhoven schrijft in MC nr. 30 van 28 juli jl. dat een arts niet verplicht is gevolg te geven aan het verzoek van een geneeskundig inspecteur of aan een oproep voor een tuchtcollege zich te komen verantwoorden. Het eerste zal wel waar zijn – ik neem tenminste niet aan dat Schuurmans Stekhoven in één zin twee onjuistheden verkondigt –, maar ik geloof dat een arts, door de geneeskundig inspecteur uitgenodigd zijn handelen toe te lichten, zich daaraan redelijkerwijs niet kan onttrekken. Indien een arts door een college voor medisch tuchtrecht wordt opgeroepen zich te komen verantwoorden, laat hij dan vooral niet menen geen verschijningsplicht te hebben. Het college kan, ook zonder verwijzing naar het algemeen belang van een zaak, bepalen dat de arts over wie geklaagd is, op een bepaalde zitting moet verschijnen. Het college kan dit zelfs afdwingen op grond van art. 54, lid 2 van het Reglement Medische Tuchtwet, waarin staat dat het college de Officier van Justitie kan verzoeken de betrokken arts op de zitting te doen voorgeleiden.

Breda, 3 augustus 1978

J. E. B. Nijeholt, huisarts

POLIOVACCINATIEDWANG?

Scheffer Sr.'s interessante betoog over 'geweten en volksgezondheid' noemt wel terloops 'geloof en Gods wil', daarmee zichzelf en de gelovige afvragend of er wel een God bestaat. Maar hij koppelt daaraan de stelling vast, dat een zelfstandige mening een vorm van geestelijke terreur is. Hij meent ten onrechte dat niet-gevaccineerden een gevaar voor hun (gevaccineerde)medemensen vormen. De onjuistheid daarvan kan hij lezen in het artikel van Dekking in nr. 31/1978 van het NTvG, waaruit blijkt dat praktisch alleen de sterk geïsoleerde groepen niet-gevaccineerden worden bedreigd. Doel van dit ingezonden stukje is echter meer erop te wijzen dat vaccinatie dwang bij personen die daartegen gewetensbezwaren of godsdienstbezwaren

hebben wettelijk ongeoorloofd is, in strijd met het door Nederland aanvaarde supranationale Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, het zogenaamde Verdrag van Rome van 4 november 1950: art 9, Een ieder heeft recht op vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst . . . Staatssecretaris Veder-Smit heeft voor de TV al volmondig erkend dat deswege vaccinatie dwang wettelijk niet mogelijk is.

Er gebeuren in ons land meer dingen die in strijd zijn met dit verdragsartikel. Een mooi voorbeeld is de wisselbloedtransfusiedwang bij icterus neonatorum als gevolg van rhesus antagonisme bij babies van Jehovah's getuigen, die op grond van bijbelteksten bloedtransfusie verwerpen. Daaraan zal thans op korte termijn een eind worden gemaakt.

Naarden, 4 augustus 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

MEDISCHE BEHANDELING GEDETINEERDEN

Als arts-advocaat (en geëxamineerd in de gerechtelijke geneeskunde) werd ik door een van de RAF-raadsleden geconsulteerd over het recht op vrije artskeuze van zijn cliënt. Op mijn zeer positief advies is toen in de correspondentie met de minister van Justitie een beroep gedaan. Van die zijde is toen het compromis gesloten van de instelling van een groep 'vertrouwensartsen'. Een compromitterend compromis, omdat die artsen niet werden toegelaten zonder tegenwoordigheid van gevangenebewaarders. Ik ben over dat compromis niet geraadpleegd. Anders zou ik daartegen krachtig hebben geprotesteerd. Ik zou niet geheel afwijzend hebben gestaan tegen de aanwezigheid van de gestichtsarts(en) van de desbetreffende penitentiaire inrichting. Die hebben ter zake een medisch beroepsgeheim dat nadrukkelijk terecht tegenover de directie van de inrichting is erkend. Indien dit niet

Doorlezen naar blz. 1072.

LANGDURIG ZIEKTEVERZUIM

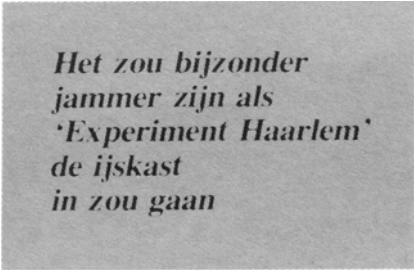
In 1975 publiceerden Dr. J. van Masvelt c.s. een voorlopige analyse van 272 neurologische keuringsrapporten die in de periode 1967-1972 voor de Raad van Beroep in Haarlem waren vervaardigd (MC nr. 3/1975, blz. 79). Een van hun conclusies luidde dat er door gebrek aan communicatie en constructief overleg tussen de behandelende en de verzekeringsgeneeskundige sectoren in 15% van de bestudeerde gevallen van langdurig ziekteverzuim kon worden gesproken van iatrogene invaliditeit.

Mede naar aanleiding van deze conclusies werd bij de staf van het Elisabeth Gasthuis te Haarlem bij wijze van experiment een consultant verzekeringsgeneeskundige aangesteld. Deze functionaris, Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, kreeg als opdracht in overleg met de staf een onderzoek in te stellen naar eventuele knelpunten in de communicatie tussen behandelend geneeskundige en verzekeringsgeneeskundige; hij zou ook met suggesties moeten komen met betrekking tot de wijze waarop een verbetering zou kunnen worden bereikt. De gelden voor deze proefneming, die duurde van 1974 tot en met 1976, kwamen van de Sociale Verzekeringsraad.

Eind 1977 kwam Dr. Eeftinck Schattenkerk gereed met zijn rapport 'Experiment Haarlem'. De conclusies die Van Masvelt had getrokken bleken door dit experiment in het algemeen te worden bevestigd. Dat een aanzienlijk deel, ongeveer een derde, van de ziekteverzuimgevallen tenminste vier weken langer duurt dan de specialist heeft geschat bleek te kunnen worden verklaard uit een tekortschietende communicatie tussen behandelend en verzekeringsgeneeskundige sector. De oorzaak daarvan bleek voor een belangrijk deel te zijn gelegen in de structuur en de uitvoering van de sociale verzekeringswetten. Zo is het meestal noch aan de patiënt noch ook aan de specialist bekend bij welke van de

26 bedrijfsverenigingen de patiënt is aangesloten en evenmin wie de betrokken verzekeringsgeneeskundige is.

Ook de gang van zaken op de polikliniek werd tegen het licht gehouden. Een kwart van de polikliniekbezoekers die verzuimden bleek door de specialist als arbeidsgeschikt te worden beschouwd. Dit verzuim kan worden teruggevoerd op een vijftal knelpunten. Hier noemen wij alleen de medische behandeling, die als zodanig tot niet gerechtvaardigd (althans niet op medische gronden berustend) arbeidsverzuim kan leiden. Het komt voor, indien een onderzoek door meerdere specialisten maanden in beslag neemt en tenslotte aantoonde dat er geen duidelijke afwijkingen kunnen worden vastgesteld, dat de onderzochte persoon zelf meent toch 'ziek' te zijn: de langdurige



*Het zou bijzonder
jammer zijn als
'Experiment Haarlem'
de ijskast
in zou gaan*

onderzoekperiode heeft invaliderend gewerkt. Er is dan sprake van iatrogene factoren van verzuim.

De conclusie die Eeftinck Schattenkerk daaruit trekt is dat de curatieve sector zozeer is gericht op het stellen van een diagnose en op het verstrekken van een behandeling, dat denken of praten over arbeids-(on)geschiktheid niet als een belangrijk onderdeel van het werk wordt gezien. Reeds bij het begin van een specialistisch onderzoek zou tussen specialist en arbeidsgeneeskundige overleg moeten worden gepleegd over eventuele arbeidsgeschiktheid tijdens het onderzoek.

Uit de aanbevelingen van het rapport blijkt dat de oplossing wordt gezocht in het aantrekken van een speciale functionaris door het ziekenhuis als schakel tussen curatieve zorg enerzijds en verzeke-

ringsgeneeskundige zorg anderzijds. Het onderzoek heeft aangetoond dat zo'n ziekenhuis-sociaal geneeskundige (z.s.g.) vermijdbaar ziekteverzuim kan voorkomen. Tijdens het experiment is gebleken dat er bij de leden van de staf en bij de verpleegkundigen een opvallende bereidheid bestaat om verzekeringsgeneeskundige aspecten bij onderzoek en behandeling te betrekken. De inbreng van de sociaal geneeskundige werd in Haarlem gunstig tot zeer gunstig beoordeeld. Er zijn uiteraard bezwaren tegen het rapport aan te voeren. Een van die bezwaren is dat het niet gaat om een strikt wetenschappelijk onderzoek. Die pretentie hebben de experimenteers ook niet gehad. Het is zelfs de vraag of een dergelijk onderzoek ooit strikt wetenschappelijk kan worden opgezet. Vergelijking van een situatie in een ziekenhuis met de situatie van enkele jaren later – en daar ging het om in Haarlem – is nauwelijks mogelijk, omdat een van de typische kenmerken van een ziekenhuis nu eenmaal is dat er constant wat verandert. Het wordt dan moeilijk veranderingen die zijn waargenomen uitsluitend aan één bepaald feit – in casu de aanwezigheid van een ziekenhuis-sociaal geneeskundige – toe te schrijven. Bovendien ging het hier om een betrekkelijk gering aantal 'proefpersonen', namelijk om verzuimers die langer dan vier weken als arbeidsongeschikt stonden geregistreerd. Dat is op zich niet verwonderlijk: in ons land heeft 54% van het aantal ziekte-dagen betrekking op slechts 10% van het aantal ziektemeldingen. Het zou bijzonder jammer zijn als 'Experiment Haarlem' de ijskast in zou gaan. Het heeft in ieder geval sterke aanwijzingen opgeleverd dat de communicatie tussen de verschillende medische disciplines nog lang niet is zoals ze behoort te zijn.

Een nader uitgewerkt onderzoek en/of een herhaling van het experiment in andere ziekenhuizen is gewenst.

B.

was erkend zouden zij een aanstelling als zodanig niet hebben kunnen aanvaarden. Strikt juridisch hebben de gestichtsartsen een extra ambtsgeheim tegenover hun directie, op overeenkomstige wijze als de bedrijfsartsen dat wettelijk tegenover de bedrijfsdirecties bezitten. Volkomen wordt dezerzijds het pleidooi van de 'vertrouwensartsen' onderschreven voor wat zij eufemistisch nu eens verandering van de 'hechtenisvoorwaarden' en dan weer van de 'gevangenisomstandigheden' noemen. Dezerzijds wordt geen ogenblik gearzeld zes maanden eenzame opsluiting te brandmerken als 'onmenselijke behandeling', zoals uitdrukkelijk wordt verboden in art. 3 van het ook door Nederland geratificeerde supranationale Verdrag van Rome tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van 4 november 1950. Dezerzijds wordt het tot de taak van de gestichtsartsen gerekend erop toe te zien – als onderdeel van hun 'behandeling' (geneeskundige raad en bijstand in de zin van art. 1 van de wet van 1865) – dat hun patiënten niet 'onmenselijk behandeld' worden in de zin van genoemd verdrag.

Naarden, 11 augustus 1978

Willem Schuurmans Stekhoven

NIET VOORZIEN

Alleen voor niets gaat de zon op

Het praktijkperikel in MC nr. 30/1978, blz 928 getiteld 'Niet voorzien' eindigt met de retorische vraag: Is dit een billijke gang van zaken?

Een collega van ruim 75 jaar krijgt een nota voor medische behandeling, terwijl hij alleen voor ziekenhuiskosten verzekerd is. Ik kan hem gerust stellen. Ja hoor, het is een billijke gang van zaken. Er is immers gedurende meer dan dertig jaar door hem slechts een lage premie betaald, alleen ter dekking van ziekenhuiskosten. Daar is gelukkig wel wat op overgehouden.

Het valt mij verder wel op dat deze collega ruim tien jaar na ingang van de pensioengerechtigde leeftijd nog steeds praktijk doet, ondanks het tekort aan vestigingsplaatsen. Is dit een billijke gang van zaken?

Rotterdam, 1 augustus 1978

J. de Pater

NHI vraagt medische adresboeken

Voor zijn onderzoek naar veranderingen in omvang en samenstelling van de Nederlandse huisartsengroep in de naoorlogse periode heeft het Nederlands Huisartsen Instituut dringend medische adresboeken nodig uit de jaren 1945-1970 (*Geneeskundig adresboek voor Nederland*).

Wie over deze jaargangen beschikt en ze – al dan niet tegen betaling – aan het NHI zou willen afstaan, wordt verzocht telefonisch contact op te nemen met Drs. P. P. Groenwegen of Drs. J. van der Zee (030-319946).



Boerhaave cursus 'Cerebellum' – Inzichten in de cerebellaire (dys)functie die recent werden verworven zijn nog geen algemeen verbreid goed. Met de cursus 'Cerebellum' die de Boerhaavecommissie op donderdag 30 november en vrijdag 1 december 1978 in Leiden wil houden wil zij de belangstelling voor dit deel van het centrale zenuwstelsel opwekken. De cursus is erop gericht fundamentele en klinische overzichten te verschaffen die zijn opgesteld in het licht van die pas verworven inzichten. De doelgroep wordt met name gevormd door klinische en niet-klinische werkers in de neurologische wetenschappen in de ruimste zin des woords; ook zij die zich bezighouden met motorische functiestoornissen van het zich ontwikkelend menselijk organisme zullen met vrucht van het programma kennis kunnen nemen. Inlichtingen: Boerhaave-Commissie voor Postacademisch Onderwijs, p/a Academisch Ziekenhuis Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

Voordelig – Kleurenatlasjes met 'tenminste 25% korting'. Kennelijk menen uitgever Bakker in Baarn en een farmaceutische industrie, die deze Engelstalige boekjes aanbieden, het goed met de dokter. Een universitaire boekverkoper, lid van de Medical Books Europe group: 'De atlasjes worden uitgegeven in Engeland bij de uitgever Wolfe Medical Publications Ltd., welke in Nederland wordt vertegenwoordigd door Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom te Lochem; deze laatste distribueert deze en andere uitgaven van Wolfe via de boekhandel, alwaar een ieder kennis kan nemen van de inhoud van deze uitgaven. De overige boeken uit de aanbieding komen van Blackwell Scientific Publishers in Oxford. De atlasjes zijn de afgelopen jaren verschenen, de eersten dateren dan

ook reeds van 1969. De datum van verschijnen wordt niet genoemd in de aanbieding. Meer dan de helft van de 'lecture notes' zijn zo oud, dat deze zelfs door de uitgever niet meer worden geleverd. De uitgeverij Bakker is niet alleen geen vertegenwoordiger van de Engelse uitgeverijen Wolfe en Blackwell, maar is ook binnen de vakorganisatie van uitgeverij in Nederland, de Koninklijke Nederlandse Uitgeversbond (KNUB) onbekend, hetgeen betekent: geen lid en ook geen erkend uitgever. Ook het kortingsvoordeel, immer het wervende element van dit soort aanbiedingen, gaat niet op: er zijn aanbiedingsprijzen bij die hoger liggen dan betaald moet worden in de boekhandel.' Het is maar een weet.

NAV-vergadering – Het Nederlands Artsenverbond (NAV) houdt op zaterdag 23 september aanstaande zijn 7e Algemene Ledenvergadering in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht; aanvang 10.30 uur, vanaf 10.00 uur ontvangst van de leden. NAV-voorzitter K. F. Gunning zal de vergadering inleiden, waarna voordrachten worden gehouden door Prof. Dr. J. Douma, hoogleraar ethiek te Kampen, en Prof. Dr. P. H. van Laer, emeritus-hoogleraar in de thomistische wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit te Leiden, gewijd aan het thema 'Medicus-natuurrecht'. Na de lunchpauze zal de vergadering worden voortgezet met de behandeling van de gebruikelijke reeks huishoudelijke zaken. Na afloop van de vergadering vindt een bijeenkomst van het NAV-bestuur met de leden van de Raad van Advies plaats.

Rectificatie – Het verdient aanbeveling dat óók schrijvers van ingezonden stukken hun kopij (laten) uittypen ter voorkoming van onder meer de volgende fout. In MC nr. 33/1978, blz. 1016 schrijft Dr. J. Schuler in de laatste alinea 'De samenvatting van het rapport van de werkgroep wekt de indruk dat haar leden ons onvoldoende hebben georiënteerd over de problemen die de ten uitvoerlegging van de TBR-maatregel met zich meebrengt'; dit laatste had moeten zijn: '... zich onvoldoende enz.'.

Directe invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur

Inleiding

In principe kunnen vele factoren het gebruik van geneesmiddelen beïnvloeden. Eén daarvan is het consumptiegedrag van patiënten (Jessen 1974)¹, een andere – in ons land niet onderzochte factor – het prescriptiepatroon van de huisarts. Een interdisciplinaire werkgroep Sociale Farmacologie van de Rijksuniversiteit in Groningen houdt zich bezig met het bestuderen van variabelen die deze laatste factor, het prescriptiepatroon, beïnvloeden en wel in het bijzonder de invloed van de opleiding.

Het prescriptiepatroon wordt – althans wat betreft de ziekenfondspraktijk – weerspiegeld in de zogenaamde signaallijsten. Deze lijsten bevatten de totale prescriptie per arts uitgesplitst naar categorie geneesmiddelen.

Alvorens deze signaallijsten echter te hanteren als materiaal om de invloed van de verschillende factoren te bestuderen leek het gewenst eerst te onderzoeken in hoeverre de gegevens van deze signaallijsten worden bepaald door de invloed die de specialist heeft op het

door Mw. F. M. Haaijer-Ruskamp



Mevrouw F. M. Haaijer-Ruskamp, verbonden aan het Instituut voor Klinische Farmacologie der Rijksuniversiteit Groningen, brengt verslag uit van een studie van de Werkgroep Sociale Farmacologie, bestaande uit vertegenwoordigers van de (klinische) farmacologie, sociologie, sociale psychiatrie, huisartsgeneeskunde, sociaal-medische wetenschappen en van het ziekenfonds. Deze studie was mogelijk dank zij de steun van de Ziekenfondsraad.

voorschrijfpatroon van de huisarts – dit mede op suggestie van de LHV. Om van deze invloed een indruk te krijgen is een pilot-study gedaan bij acht huisartsen uit het ziekenfondsrayon Twente.

Vraagstelling en methode

In de pilot-study is nagegaan, wat de directe invloed van de specialist is op het aantal afleveringen, op de kosten en op het assortiment van geneesmiddelen van de huisarts wat betreft de ziekenfondspraktijk. Hiertoe hebben acht huisartsen gedurende het tweede kwartaal van 1977 hun receptuur voor

ziekenfondspatiënten gescheiden bijgehouden naar wat op advies van de specialist was voorgeschreven en wat op eigen initiatief². Deze gegevens werden verwerkt door het Recepten Uitreken en Controle Bureau (RUCB) Twente, waarna een verdere analyse plaats had. Op deze wijze werd informatie verkregen over de invloed van de specialist op de volgende kenmerken van de huisartsenreceptuur:

- a. het aantal afleveringen en de kosten van specialités, magistrale en gewone receptuur;
- b. het aantal afleveringen en de kosten per verschillend specialité;
- c. het spectrum van voorgeschreven geneesmiddelen.

Onder *aflevering* wordt verstaan een tussen de ziekenfondsorganisaties en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie overeengekomen eenheid van hoeveelheid geneesmiddelen, gebruikt voor de berekening van de vergoeding aan de apotheker. Onder *specialités* worden verstaan die geneesmiddelen die in de handel worden gebracht onder een merknaam en in een standaardverpakking. Als *magistrale receptuur* worden die geneesmiddelen aangemerkt die door de arts zelf zijn samengesteld en die enkele specialités, duurder dan f 1,50 per aflevering, die toch als locopreparaat mogen worden afgeleverd.

De *gewone receptuur* bestaat uit alle geneesmiddelen die per aflevering minder kosten dan f 1,50.

Aan de hand van de verwijspercentages van 1976 (verkregen door het Landelijk

1. Jessen, J.L. (1974). Medische Consumptie, Sociologisch Instituut, RU Groningen.

2. Letterlijk is het volgende gevraagd: Zoudt U al uw receptuur van 1-4-'77 t/m 31-6-'77 willen merken met een S als het om een voorschrift gaat, dat u door de specialist is geadviseerd (hetzij bij deze gelegenheid, hetzij als iteratie). En zoudt U met een H willen merken, die recepten, die door U op eigen initiatief worden uitgeschreven.

Informatie Systeem Ziekenfondsen) en het aantal ziekenfondspatiënten per praktijk (verkregen van het RUCB Twente) in het tweede kwartaal 1977 kon worden vastgesteld, dat de acht huisartsen met betrekking tot deze variabelen niet significant afwijken van alle Twentse huisartsen.

Resultaten

De acht huisartsen verschilden sterk in de frequentie van voorschrijven — de spreiding is van 1,65 — 3,24 afleveringen per ziekenfondsverzekerde met een gemiddelde van 2,67 voor het tweede kwartaal van 1977. Ook indien hetgeen op advies van de specialist werd voorgeschreven buiten beschouwing wordt gelaten, is de verhouding tussen de meest en de minst voorschrijvende huisarts 2:1. Op advies van de specialist werd gemiddeld 10,2% van het totaal aantal afleveringen voorgeschreven (zie tabel 1); het meest was dit het geval bij de specialités (11,3%). Van de totale kosten werd gemiddeld 14,1% veroorzaakt door geneesmiddelen voorgeschreven op advies van de specialist (zie tabel 2). Er is echter sprake van grote, significante verschillen tussen de acht huisartsen³; wat betreft de aflevering liep dit verschil van 2,0% - 17,4%, wat betreft de kosten van 2,6% - 23,7%³. Naast de invloed van de specialist op de gehele receptuur is ook bestudeerd wat deze was per geneesmiddelengroep van specialités. Van de 60 geneesmiddelen waren er wat betreft het aantal afleveringen 18 met een meer dan gemiddelde invloed en wat betreft de kosten 21. Drie hiervan vormden samen een relatief groot deel van zowel afleveringen (18,4%) als kosten (23,7%) van de specialités, de diuretica, de angina pectoris-middelen en de bloeddrukverlagende middelen - alle drie dus hart- en vaatmiddelen. De drie groepen, die wel wat betreft de kosten, maar niet wat betreft het aantal afleveringen meer dan gemiddeld werden beïnvloed door de specialist, waren de centraal

3. Met behulp van de χ^2 -toets berekend, significantie-niveau 5%.
4. Met behulp van de t-toets berekend, significantie-niveau 5%.

Tabel 1: Het aantal afleveringen, voorgeschreven in het tweede kwartaal 1977 in acht huisartsenpraktijken.

	door de huisarts voorgeschreven		door de specialist geïnduceerd		totaal		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	% soorten van het totaal
specialités	27797	88,7	3527	11,3	31324	100	65,9
magistrale receptuur	1560	90,8	158	9,2	1718	100	3,6
gewone receptuur	13331	91,2	1183	8,1	14514	100	30,5
totaal	42688	89,8	4868	10,2	47556	100	100

Tabel 2: De kosten in guldens van de in het tweede kwartaal 1977 voorgeschreven afleveringen in acht huisartsenpraktijken.

	door de huisarts voorgeschreven		door de specialist geïnduceerd		totaal		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	% soorten van het totaal
specialités	160220,90	85,3	27526,56	14,7	187747,46	100	89,4
magistrale receptuur	11598,98	90,0	1292,24	10,0	12891,22	100	6,1
gewone receptuur	8591,05	93,4	803,88	8,6	9394,93	100	4,5
totaal	180410,93	85,9	29622,68	14,1	210033,61	100	100

werkende spierrelaxantia, de niet-penicilline antibiotica en de sympathico-mimetica. Of deze middelen door de huisarts zelf voorgeschreven waren of op advies van de specialist maakte een groot verschil uit: de kosten per aflevering waren respectievelijk f 8,79 en f 27,79, f 13,90 en f 21,90, f 3,35 en f 8,00. Deze middelen werden echter niet vaak voorgeschreven; samen vormden zij 6% van de specialités. De kosten per aflevering van de op advies van de specialist voorgeschreven geneesmiddelen waren significant hoger dan van die, welke op initiatief van de huisarts zelf waren voorgeschreven ($p < 0,001$)⁴. Het verschil was gemiddeld f 1,87 per aflevering. Dit verschil werd veroorzaakt door de specialités ($p < 0,01$)⁴, in geval van de magistrale en de gewone receptuur was dit verschil niet significant. Om na te gaan in hoeverre dit de totale kosten per aflevering beïnvloedde zijn de kosten per aflevering van de op

initiatief van de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen vergeleken met de totale kosten per aflevering. Op deze wijze wordt duidelijk of de totale kosten per aflevering vertekend waren door de invloed van de specialist. Voor de gehele receptuur bleken de totale kosten per aflevering significant toe te nemen met gemiddeld f 0,20 en bij de specialités met gemiddeld f 0,25 (beide $p < 0,01$)⁴. Per geneesmiddelengroep was de invloed van de specialist op de totale kosten per aflevering te verwaarlozen, met uitzondering van de corticosteroïden, de sympathico-mimetica en de anti-aritmica ($p < 0,05$)⁴. Tenslotte is getracht een indruk te verkrijgen van de indirecte invloed van de specialist door na te gaan of veel dan wel weinig voorschrijven op eigen initiatief samenging met veel dan wel weinig voorschrijven op advies van de specialist, gesplitst naar specialités, magistrale en gewone

receptuur. Slechts bij de magistrale receptuur was er sprake van een significant verband ($r = 0,76$)⁵, welke echter slechts 3,6% van de voorgeschreven geneesmiddelen vormde.

De kosten werden voornamelijk bepaald door het aantal afleveringen. Dit gold zowel voor de gehele receptuur ($r = 0,98$) als voor de door de huisarts zelf voorgeschreven geneesmiddelen ($r = 0,97$), als voor de op advies van de specialist voorgeschreven geneesmiddelen ($r = 0,98$). Ook de relatieve invloed van de specialist op de totale kosten werd voornamelijk bepaald door het op zijn advies voorgeschreven aantal afleveringen.

Er werd een sterk verband gevonden tussen het aantal afleveringen per ziekenfondsverzekerde en de kosten per aflevering ($r = 0,84$); dit gold echter alleen voor de 'eigen' huisartsenreceptuur ($r = 0,79$) en niet voor de op advies van de specialist voorgeschreven geneesmiddelen ($r = 0,25$). Met andere woorden: veel voorschrijven van de huisarts hing samen met duur voorschrijven en hierop had de specialist geen invloed.

Het geneesmiddelspectrum van de gehele receptuur – het assortiment van voorgeschreven geneesmiddelen – werd door de invloed van de specialist breder. Gemiddeld bevatte de gehele receptuur 303 specialités, de eigen receptuur van de huisarts 276 en de door de specialist geïnduceerde receptuur 77 specialités. De netto-toename door de invloed van de specialist was dus gemiddeld 27 specialités van de gehele receptuur en deze toename was significant⁴. Bij een aantal geneesmiddelengroepen werd ook het groepsspectrum significant breder⁴; deze waren: anti-epileptica, anti-histaminica, anti-lipaemica, anti-reumatica, bloedsuikerverlagende middelen, corticosteroiden, angina pectoris-middelen, vaatverwijdende middelen, neuroleptica.

5. Het is bijvoorbeeld denkbaar, dat de receptuur van de dermatoloog (zalven e.d.), die vaak een eigen 'magistraal' karakter heeft, de huisarts zelf ook aanzet tot het hanteren van deze receptuur voor soortgelijke gevallen.

Conclusie

De invloed van de specialist op de huisartsenreceptuur was – althans wat betreft de ziekenfondspraktijk – zowel wat betreft het aantal afleveringen als de kosten sterk verschillend per arts. Het gemiddelde kan derhalve niet worden beschouwd als een algemene indicator van deze invloed. Het verschil tussen de artsen liep voor het aantal afleveringen van 2,0%-17,4% met een gemiddelde van 10,2%, en voor de kosten 2,6%-23,7% met een gemiddelde van 14,1%. Wel was het zo, dat de op advies van de specialist voorgeschreven middelen per aflevering meer kostten dan die welke op initiatief van de huisarts waren voorgeschreven. Of dit resulteert in een significante toename van de totale kosten per aflevering (het gegeven in de signaallijsten) is afhankelijk van de grootte van het verschil en van de verhouding tussen het aantal afleveringen voorgeschreven op advies van de specialist en die van de 'eigen' huisartsenreceptuur.

De grootte van het verschil wordt bepaald door het verschil in de voorgeschreven geneesmiddelen. De huisarts maakte op eigen initiatief over het algemeen gebruik van een breder spectrum, inclusief de goedkopere geneesmiddelen, waardoor de gemiddelde kosten per aflevering van een geneesmiddelengroep daalde; op advies van de specialist werden vooral de duurdere geneesmiddelen voorgeschreven.

Er was sprake van een significante toename van de totale kosten per aflevering voor de gehele receptuur met gemiddeld f 0,20 en voor alle specialités met gemiddeld f 0,25. Per geneesmiddelengroep vertoonden de volgende groepen een dergelijke toename; de corticosteroiden, anti-aritmica en de sympathico-mimetica. Van de drie geneesmiddelengroepen echter, die een uitzonderlijk groot verschil in kosten lieten zien, wanneer voorgeschreven door de huisarts zelf of op advies van de specialist (de centraal werkende spierrelaxantia, de niet-penicilline antibiotica en de sympathico-mimetica), resulteerde dit verschil slechts in één groep (de sympathico-mimetica) in een significante toename van de totale kosten per aflevering. De centraal-werkende spierrelaxantia en

de niet-penicilline antibiotica werden te weinig voorgeschreven op advies van de specialist om te leiden tot een significante toename van de totale kosten per aflevering. Daarentegen was er bij de drie relatief vaak op advies van de specialist voorgeschreven

geneesmiddelengroepen geen significante toename, aangezien het verschil in kosten per aflevering zeer gering was.

Verder blijkt uit deze pilot-study, dat de specialist er geen invloed op had of de huisarts veel dan wel weinig voorschrijft op eigen initiatief, met uitzondering van de magistrale receptuur. Evenmin werd het gevonden verband tussen veel en duur voorschrijven verklaard door de invloed van de specialist; dit gold namelijk alleen voor de 'eigen' huisartsenreceptuur.

Tenslotte blijkt het door de huisarts zelf gebruikte spectrum van geneesmiddelen door de invloed van de specialist met gemiddeld 27 specialités te worden uitgebreid. Bij analyse per geneesmiddelengroep blijkt dat negen groepen een breder spectrum vertoonden, namelijk de anti-epileptica, de anti-histaminica, de anti-lipaemica, de anti-reumatica, de bloedsuikerverlagende middelen, de angina pectoris-middelen, de vaatverwijdende middelen en de neuroleptica.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de invloed van de specialist vooral merkbaar is in een toename van de totale kosten per aflevering en in het geneesmiddelspectrum, maar dat die invloed sterk varieerde per huisarts.

KWF-Commissie 'Adviezen Chemotherapie'

In maart van dit jaar werd de vorming van de KWF-Commissie Adviezen Chemotherapie aangekondigd*. De commissie werd ingesteld op initiatief van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds. Zij heeft inmiddels de noodzakelijke voorbereidingen voltooid, zodat advisering op een verantwoorde wijze nu mogelijk is. De commissie heeft voor iedere tumorsoort richtlijnen voor chemotherapie opgesteld.

In september wordt de commissie officieel door de voorzitter van de Stichting KWF, de heer Van Es, geïnstalleerd. Begin september start de commissie met haar activiteiten. Een advies berust enerzijds op de gegevens die door de adviesvrager over de patiënt worden verstrekt, anderzijds op algemene richtlijnen die door de commissie voor de betreffende tumor werden geformuleerd.

De commissie komt enkele malen per jaar bijeen ter evaluatie van de activiteiten en om eventueel noodzakelijke wijzigingen in de richtlijnen aan te brengen en deze up to date te houden. Therapieën die in een experimentele fase verkeren, worden niet aanbevolen. Voor bepaalde tumoren wordt geadviseerd de patiënt naar een ziekenhuis te verwijzen, waar speciale ervaring met de behandeling van de betreffende tumor bestaat. Dit geldt bijvoorbeeld voor tumoren als het testiscarcinoom of het choriocarcinoom. Verwijzing is echter geen algemeen beleid van de commissie. Ze blijft ernaar streven de behandelende internist een advies te geven dat is opgesteld naar de meest recente inzichten in de therapie van de

betreffende tumor waarvoor hij om advies vraagt.

Het blijft ter beoordeling van de behandelend arts of het advies wordt opgevolgd. Binnen de arts/patiënt-relatie blijft de behandelende arts dan ook verantwoordelijk voor de ingestelde behandeling.

De commissie streeft naar een spreiding van de advisering in Nederland naar regio. Door deze spreiding zullen adviseurs ruim tijd hebben voor de adviesvrager. De procedure verloopt als volgt:

1. De behandelende arts vraagt per telefoon advies aan een regionale adviseur.
2. De regionale adviseur vraagt in datzelfde gesprek de nodige patiëntengegevens en geeft dan advies.
3. De regionale adviseur legt de verkregen klinische gegevens van de patiënt schriftelijk vast op een formulier (A). De adviseur houdt dit formulier en stuurt twee copieën ervan naar de behandelende arts en één naar het secretariaat van de commissie in het KWF-bureau in Amsterdam dat onder supervisie staat van één van de leden van de commissie, Ten Bokkel Huinink. Tevens wordt het gegeven advies schriftelijk vastgelegd (formulier B) en met formulier A mee opgestuurd naar de behandelende arts en naar het secretariaat.
4. De behandelende arts vult formulier A verder in met aanvullende patiëntengegevens en een eventuele eerste ervaring met de behandeling. Het aangevulde formulier A wordt opgestuurd naar het secretariaat van de commissie. Een volledig ingevuld exemplaar A blijft met B (het gegeven advies) in bezit van de behandelende arts.
5. De adviesvrager wordt verzocht formulier A iedere 3 maanden aan te

vullen met de klinische gegevens en op te sturen naar het secretariaat.

Met deze laatste stap in de procedure wordt een follow-up mogelijk hetgeen van grote waarde is voor de commissie, onder meer voor het bijstellen van de adviezen, en uiteindelijk dus ook voor de adviesvrager.

De commissie is als volgt samengesteld:

Drs. Th. M. Brouwers, lid, Academisch Ziekenhuis, Groningen, 050-139123 ts. 2821, 9.00-12.00;
Drs. T. Tjabbes, lid, Sophia Ziekenhuis, Zwolle, 05200-77444, 15.00-16.00 beh. vrijdag;
Drs. G. J. Hoogendoorn, lid, St. Geertruidengasthuis, Deventer, 05700-76543, 8.00-18.00;
Dr. D. J. Th. Wagener, lid, St. Radboud Ziekenhuis, Nijmegen, 080-514762, 17.00-18.00;
Dr. L. Th. P. van Lange, lid, Radiotherapeutisch Instituut, Heerlen, 045-716204, 10.00-12.00;
Drs. A. M. Nijs, lid, Maria Ziekenhuis, Tilburg, 013-678123, 10.00-12.00 beh. donderdag;
Dr. H. M. Pinedo, voorzitter, Academisch Ziekenhuis, Utrecht, 030-372202, 9.00-17.00;
Drs. J. Mulder, vice voorzitter, Rotterdamsch Radiotherapeutisch Instituut, Rotterdam, 010-858800, 9.00-17.00;
Dr. A. T. van Oosterom, lid, Academisch Ziekenhuis, Leiden, 071-147222 tst. 3519, 9.15-10.00;
Drs. W. W. ten Bokkel Huinink, lid, Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis Amsterdam, 020-5129111, 8.30-17.15;
Prof. Dr. F. J. Cleton, lid, secretariaat, Bureau KWF, de Lairessestraat 33, 1071 NS, Amsterdam, 020-735575.

* Tijdschrift Kanker, 2e jaargang, nr 1, pag. 10

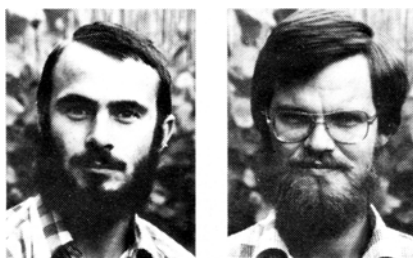
Medische zorg tijdens een grote manifestatie

Vanaf 1970 wordt op Tweede Pinksterdag in het sportpark van Geleen een grote manifestatie georganiseerd onder de naam 'Pink-Pop'. Centraal in dit gebeuren staat het produceren en beluisteren van popmuziek. De laatste jaren wordt het feest door zo'n 40.000 mensen bijgewoond. De organisatie verloopt soepel. Manifestaties van een dergelijke omvang zijn geen zeldzaamheid. Sportmanifestaties, protestbijeenkomsten en muziekfestivals zijn frequent terugkerende gebeurtenissen. Het organiserende bureau heeft een plaats ingeruimd voor de medische respectievelijk psychosociale opvang van mensen die dit nodig hebben. Aan de hand van gegevens verkregen tijdens het laatste festijn worden een aantal kenmerken van die zorg aangegeven.

Organisatie

Op grond van vroegere ervaringen wordt in 1978 wederom gekozen voor een *multidisciplinaire aanpak*. De medisch-somatische opvang is in handen van drie artsen (twee huisartsen en een psychiater in opleiding) en een doktersassistente. Er zijn twee sociaal-psychiatrisch werkers, drie maatschappelijk werkers en een orthopedagoog. Het Rode Kruis draagt zorg voor een deel van de outillage en werkt met een vrijwilligerscorps samen met bovengenoemde hulpverleners. In 1978 heeft een van de hulpverleners zich uitsluitend beziggehouden met administratieve zaken in het kader van dit onderzoek. Twee *doelgroepen* zijn aan te wijzen. In de eerste plaats de eerste

door *C. A. J. de Jong*
en *W. J. B. Swart*



De auteurs zijn beiden huisarts te Grave.

hulp-geneeskunde zoals die zich kan voordoen in de algemene praktijk. Daarnaast een speciale groep patiënten die moeilijkheden hebben ten gevolge van overmatig alcohol-respectievelijk druggebruik. Bij de eerste opvang wordt geen onderscheid gemaakt tussen beide groepen. Ruimtelijk gezien is de groep hulpverleners op een perifeer deel van het terrein in twee units ondergebracht. Hierin zijn brancards opgesteld. De mensen komen veelal op eigen initiatief. De post is met een Rode Kruisvlag als zodanig herkenbaar. Via een hooggeplaatste centrale controlepost en via surveillerende Rode Kruis-leden worden de spoedgevallen per mobilofoon gemeld. Een 'brancardteam' rukt uit, haalt de patiënt uit het feestgedruis en vervoert hem naar de post. Zo nodig vergezelt een arts het 'brancardteam'.

De *eerste unit* functioneert als eerste hulppost in engere zin. Het eerste onderzoek, voorlopige diagnose en behandeling vinden hier plaats. Er

kunnen zes patiënten liggend behandeld worden en vier tot zes zittend. Met het oog op eventuele calamiteiten is gekozen voor een relatief grote capaciteit. Beschikt kan worden over infuussystemen, beademingsapparatuur, uitgebreid wondhechtingsinstrumentarium en een partusset. Een met medicamenten voor drugproblemen uitgebreide apotheek staat tot beschikking. Een ambulance is continu aanwezig om met spoed patiënten te kunnen vervoeren naar een der ziekenhuizen in Sittard of Geleen, de ziekenhuizen zijn vooraf op de hoogte gesteld van de mogelijkheid van verwijzing.

De *tweede unit* biedt de mogelijkheid voor verdere observatie van patiënten die in de eerste unit zijn behandeld, maar voor wie het nog niet verantwoord is dat ze zelfstandig de festiviteiten bijwonen. De opvang van alcohol- en drugproblemen vindt hier ook plaats. Deze unit heeft een capaciteit van 20 'bedden' en heeft veel meer de functie van korte hospitalisatie. Aan elke patiënt in unit 2 is een verantwoordelijke hulpverlener toegewezen. De werkzaamheden houden in: verzorging, controle van vitale functies, gesprekspartner zijn e.d. Via direct overleg met een van de medici worden medische problemen doorgenomen. Door een vorm van frequent 'visite lopen' worden moeilijkheden in een vroeg stadium gesignaleerd en zo mogelijk behandeld.

Hulpvragen en behandeling

Een muziekfestival is een gebeurtenis voor jonge mensen. Dit weerspiegelt

zich ook in de leeftijd van de hulpvragers, zie tabel 1. Een vergelijking met het percentage aanwezigen per leeftijdsgroep is niet

Tabel 1. Hulpvragers naar leeftijd.

leeftijd	aantal	percentage
< 15 jr.	0	0
15 t/m 19 jr.	127	59,9%
20 t/m 29 jr.	80	37,8%
≥ 30 jr.	5	2,3%

mogelijk omdat gegevens over de leeftijd van de bezoekers niet voorhanden zijn. In totaal werd 212 maal hulp gevraagd (0,5% van het totaal aantal bezoekers), 142 maal door mannen en 70 maal door vrouwen. *Figuur 1* laat de verdeling van de hulpvragen verspreid over de dag zien. Het blijkt dat 77 hulpvragers uit Limburg, 110 uit de rest van Nederland en 22 uit het buitenland komen. Een verwijzing naar een van de ziekenhuizen vond plaats in 4 gevallen (1,9% van de hulpvragers).

De verwijsindicaties luiden:

spontane pneumothorax, onderbeenfractuur met commotio cerebri, en tweemaal een dubieuze polsfractuur. De eerste diagnosen werden bevestigd. De poislletsels blijken niet te berusten op een fractuur. Behandeling is verder verricht in het ziekenhuis.

Hulpvragen

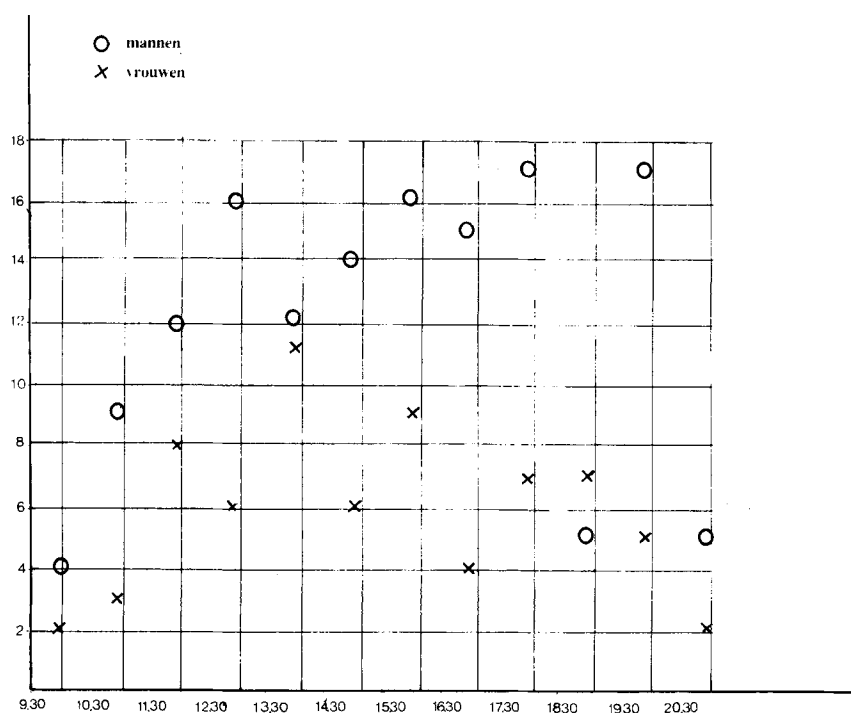
De 212 hulpvragen kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën, zie tabel 2.

Tabel 2. Hulpvragen naar categorie.

	aantal	percentage
hoofdpijn	43	20,2%
kleine chirurgie	65	30,6%
alcohol en/of drugs ..	57	26,8%
diversen	47	22,2%

Hoofdpijn. Er lijkt een lichte stijging van het aantal hoofdpijnklaften in de loop van de dag. Een hypothese die dit fenomeen zou kunnen verklaren is dat in de loop van de dag door het constante lawaai vermoeidheid en hoofdpijn optreden. Dat de intensiteit van het lawaai een rol speelt wordt gesuggereerd door de toename van de klacht hoofdpijn na 11.30 u., het

Figuur 1. Verdeling hulpvragen over de dag.



tijdstip waarop de eerste popgroep optreedt. Een aantal mensen kan dit ook wel beamen. De klacht komt bij mannen en vrouwen in gelijke mate voor (respectievelijk 23 en 19 maal). Een korte anamnese naar ontstaan, aard van de pijn en lokalisatie wordt afgenomen. Een enkele maal is een trauma de oorzaak. Eenmaal wordt een sinusitis waargenomen. Eenmaal berust de klacht op het niet dragen van een noodzakelijke bril. De therapie bestaat meestal uit het geven van 1 à 2 tabletten paracetamol à 500 mg. De patiënten krijgen het advies zich wat buiten het rumoer te houden. In één geval blijkt een ernstige migraine-aanval de oorzaak te zijn. Hier wordt ergotaminetartraat 0,5 mg i.m. toegediend; de aanval wordt hiermee doeltreffend gecoupeerd. Met de mensen wordt afgesproken dat ze zullen terugkomen wanneer de klachten niet verbeteren.

Kleine chirurgie. In 10 gevallen is in verband met een verse wond een wondhechting noodzakelijk. Dit wordt onder plaatselijke verdoving, zoveel mogelijk onder steriele omstandigheden, ter plaatse verricht. De patiënten krijgen het advies de

verdere verzorging en de eventuele tetanusprofylaxe door de huisarts te laten verrichten. De avond en nacht voor het festijn bestaat de mogelijkheid in een grote ruimte gezamenlijk de nacht door te brengen. Verder slapen er nogal wat mensen in tentjes of onder de blote hemel. Een aantal verwondingen, naar schatting een tiental is van dien aard dat een wondhechting noodzakelijk zou zijn geweest. Op het tijdstip dat hulp wordt gevraagd is dit niet meer mogelijk en wordt noodgedwongen gekozen voor een secundaire wondgenezing. Snijwondjes, blaren en eerste graadsverbrandingen worden vervolgens na onderzoek op de gebruikelijke wijze behandeld. Verder worden patiënten gezien met een paronychium, een subunguaal hematoom en een keelwond door een vork. Deze laatste patiënt wordt kortdurend geobserveerd. Er ontwikkelen zich verder geen problemen, zodat hij kan worden 'ontslagen'.

Diversen. In deze groep worden zeven mensen met maagpijn gezien. Enkelen hebben langere tijd niet gegeten, anderen hebben teveel gedronken en

één patiënte heeft na een hyperventilatie-aanval zoveel lucht ingeslikt dat dit haar klachten kan verklaren. Deze patiënten krijgen een antacidum (1 gr aluminiumhydroxide) met het advies te eten of het drinken van alcoholica te laten. Met drie patiënten die een hyperventilatie-aanval hebben gehad wordt een geruststellend gesprekje gevoerd. Zeven mensen hebben de menstruatie niet verwacht en worden met deze eenvoudig op te lossen problemen geholpen. Vijf patiënten hadden eerder de tandarts moeten raadplegen en hebben tand- of kiespijn. Zij worden symptomatisch met een analgeticum geholpen. Keelpijn wordt driemaal als klacht naar voren gebracht. Drie mensen hebben spierpijn. Bij deze klachten wordt na onderzoek een expectatief beleid gevolgd. Tweemaal wordt een oogheelkundige aangelegenheid gezien, te weten een hordeolum een traumatische cornealaesie; bij deze patiënten wordt eerste hulp verleend, waarna ze voor verdere behandeling naar hun huisarts worden verwezen. Twee diabetici komen zelf hun insuline spuiten. Eén patiënt klaagt over pijnlijke gewrichten. Bij onderzoek wordt een warm gezwollen kniegewricht gevonden; zijn oogleden zijn gezwollen; verdere afwijkingen worden na een uitgebreid lichamelijk onderzoek niet gevonden. Anamnestic blijkt hij een keelontsteking te hebben doorgemaakt. De mogelijkheid van acuut reuma wordt overwogen. Verwijzing naar de huisarts vindt plaats, omdat de patiënt niet uit de regio Geleen komt en mogelijke hospitalisatie beter kan plaatsvinden in zijn woonplaats. Zoals boven genoemd wordt één patiënt naar het ziekenhuis verwezen onder verdenking van een spontane pneumothorax. De overigen komen raad vragen, bijvoorbeeld omdat ze uit hun broek gescheurd zijn of in de brandnetels zijn gevallen. De 'Pink-Pop'-bezoekers die als tijdspassing of als gemakelijkheid de hulppost komen raadplegen zijn niet opgenomen in het onderzoek.

Alcohol, drugs en combinaties. Vaak is het moeilijk uit te maken of patiënten alcohol, drugs of een combinatie van meerdere stoffen hebben gebruikt. Differentiatie wordt in de 'Pink-Pop'-situatie gemaakt op

grond van auto- respectievelijk hetero-anamnestic gegevens, aangevuld met het klinisch beeld. Gemakkelijk is dit uiteraard niet. Dit brengt de noodzaak van nauwlettende observatie des te sterker naar voren. Tabel 3 geeft de verdeling aan zoals die zich heeft voorgedaan op grond

Tabel 3. Hulpvragen na gebruik van alcohol, drugs of combinaties, naar geslacht hulpvragers.

	man	vrouw	totaal	% totaal
alcohol	27	6	33	58
drugs	9	4	13	23
combinatie ...	11	—	11	19
	47	10	57	100
	(82,4%)	(17,6%)		

van bovengenoemde criteria. Opvallend is de oververtegenwoordiging van de mannen, namelijk 82%. Van de alcoholgebruikers moesten er 14 met een brancard worden gehaald; de rest komt op eigen initiatief, meestal ondersteund door vrienden. Drie van de dertien druggebruikers komen op een brancard binnen en 8 van de combinatiegroep. Dit laatste gegeven geeft enig idee van de ernst van de problemen veroorzaakt door combinaties. De behandeling van de acute alcoholintoxicatie is afhankelijk van de hoeveelheid alcohol die men heeft gedronken. Bij een lichte intoxicatie zien we euforie, stemmingslabiliteit, lichte opwindning, toegenomen agressiviteit, matige pupilverwijding, lichte dysarthrie, ataxie en een nystagmus bij zijwaarts kijken. Een matige vergiftiging is gekenmerkt door opwindning en agressiviteit, de pupillen zijn wijd, er is een constante nystagmus, eventueel is er strabismus, dysarthrie en ataxie nemen toe. Het lopen wordt moeilijker. De ernstige vormen gaan gepaard met duidelijke bewustzijns-pathologie, die kan variëren van sufheid tot diep coma. Correlaties tussen het klinisch beeld en het alcoholgehalte in het bloed zijn mogelijk (Beeson e.a.).

Behandeling.

Gesteld kan worden dat de licht geïntoxiceerden niet, de matige (19) op eigen initiatief en de ernstige patiënten (14) per brancard binnenkomen. De behandeling van de

matig geïntoxiceerde mensen is in feite eenvoudig (Dreisbach): verdere alcoholopname wordt tegengegaan, eventueel wordt braken opgewekt, de patiënt wordt zo mogelijk neergelegd om wat tot rust te komen. Bij agressiviteit of ernstige opwindning wordt medicamenteus ingegrepen met bijvoorbeeld 100 mg chloordiazepoxide of 10 mg chloorpromazine i.m. De ernstig geïntoxiceerden baren meer zorgen. Nauwgezette controle van de vitale functies en de diepte van het coma is noodzakelijk. De patiënten liggen in stabiele zijligging. Zoveel mogelijk wordt geprobeerd het bewustzijn terug te brengen door aanspreken of het toedienen van lichte pijnprikkels; dit in verband met het gevaar van aspiratie van braaksel. De patiënten worden warm gehouden of bij ondertemperatuur warm gewreven. In bijna alle gevallen wordt binnen vijftien minuten een terugkeer van het bewustzijn geconstateerd. Bij één patiënt wordt een verwijzing naar het ziekenhuis overwogen, omdat het comateuze beeld niet verbetert na dertig minuten; voordat de beslissing wordt genomen gaat de toestand vooruit en na een kwartier is de patiënt wekbaar. Bij druggebruik wordt ter differentiatie het boekje 'Drugs Eerste Hulp' gehanteerd. In de groep druggebruikers worden zeven mensen gezien met opwindings- en/of verwardheidstoestanden na het gebruik van cannabispreparaten. De psychische effecten van cannabis bij gebruik van grotere hoeveelheden is onder meer gekenmerkt door veranderingen van waarneming, denken en tijdsbeleving; bij hogere doses worden psychotische fenomenen evident (Geneesmiddelenbulletin). De patiënten worden gerustgesteld en krijgen ruim de gelegenheid om door praten uit de problemen te komen. Eén patiënt had hoofdpijnklachten na cannabisgebruik, voelde zich anders dan anders. Opvallend zijn de vrijwel niet op licht reagerende 'pin-point'-pupillen. Morfinegebruik, of gebruik van derivaten wordt stellig ontkend, zodat rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid van een menging van cannabis met een morfine-achtig preparaat. De organisatie wordt op de hoogte gesteld en het publiek wordt via de geluidsinstallatie gewaarschuwd voor

deze truc ('pushing').

Eén druggebruiker komt om methadontabletten vragen en wordt niet geholpen. Amfetaminegebruik wordt tweemaal geconstateerd.

Eenmaal is een i.m. injectie met 100 mg chloordiazepoxide nodig. Ten gevolge van cocaïne treden tweemaal ernstige opwindingsstoelstanden op, die met moeite door mankracht kunnen worden bedwongen en eveneens een medicamenteuze benadering rechtvaardigen (2×10 mg diazepam i.v. met een tussenpauze van één uur). Eenmaal wordt een overdosering van heroïne gezien, gekenmerkt wordt door diep coma en een ademhalingsstilstand. Beademing wordt toegepast en i.v. wordt 5 mg. nalorphinehydrochloride toegediend. De patiënt komt aan de naald bij, hij vraagt welke popgroep nu muziek maakt en wil weer opstappen. In de groep van een combinatie van middelen wordt in wezen hetzelfde beleid gevolgd als beschreven bij de alcohol abus; in verband met de interacties tussen de middelen worden alleen in noodgevallen medicamenten toegediend.

De controle op het innemen van alcohol en drugs na 'ontslag' is uiteraard onmogelijk. Een vijftal patiënten wordt dan ook 'heropgenomen' met wederom een intoxicatie.

Beschouwing

Het is gebleken uit het aantal hulpvragen en de aard ervan dat een hulpverleningsteam geen luxe is. Het beantwoorden van 212 hulpvragen die in twaalf uur worden gesteld vraagt een goede organisatie van het team. Zowel de bezoekers van het festival als de hulpvragers vormen een selecte steekproef uit respectievelijk de bevolking en de bezoekers. Vergelijkingen met andere situaties, bijvoorbeeld weekend-diensten van huisartsen (Van Eyk e.a.) zijn dan ook niet goed mogelijk. Het onderzoek is opgezet om een objectief beeld te krijgen van de hulpvragen en de ernst ervan. Door evaluatie van de gegevens zouden eventuele hiaten in de behandeling en opvang kunnen worden gesignaleerd. Voor zover ons bekend is deze hulpverlening niet eerder beschreven. Een indeling naar de aard van de hulpvragen, bijvoorbeeld volgens de

Klassificatie van Ziekten van de Stichting Medische Registratie, is niet zinvol omdat de diagnostiek in een aantal gevallen slechts richtingwijzend is geweest. Dit neemt niet weg dat een drietal specifieke groepen is aan te wijzen, te weten hoofdpijn, kleine chirurgie en alcohol en/of drugproblematiek. Een restgroep is niet goed te klassificeren.

Bij de beschrijving van ziektebeelden zijn reeds een aantal voorzichtige conclusies getrokken. Het aantal patiënten per tijdseenheid is zo groot dat slechts een oppervlakkige screening mogelijk is en dat veelal wordt volstaan met een symptomatische behandeling. Een verwijzingspercentage van 1,9% geeft aan dat deze beleidslijn verantwoord is. De patiënten wordt geadviseerd bij persisteren van de klachten terug te komen voor nadere diagnostiek respectievelijk verwijzing. De groep van alcohol- en druggebruikers blijkt het moeilijkste te beoordelen en vraagt de meeste zorg. Dit rechtvaardigt de scheiding in twee units en het toewijzen aan elke patiënt van een verantwoordelijke hulpverlener. De diagnostiek naar de mate van intoxicatie en de aard van het ingenomen middel is moeilijk. De algemene regels voor de behandeling van intoxicatie zijn bekend (zie o.a. Dreisbach en Kompas voor de huisarts).

Intensieve observatie door een van de medewerkers en coaching door een van de artsen zijn absolute voorwaarden om de patiënten op de bovenbeschreven wijze te behandelen. Indien dit niet mogelijk zou zijn, is snelle verwijzing naar een ziekenhuis noodzaak. Met betrekking tot de behandeling van drugsintoxicaties is kennis van door deze middelen veroorzaakte beelden noodzakelijk. Het gebruik van het boekje 'Drugs Eerste Hulp' is raadzaam. Onder andere aan de hand van dit boekje werd de apotheek uitgebreid met specifieke medicamenten.

Naast curatief werk liggen er ook preventieve taken. Het vaststellen van en het waarschuwen tegen cannabispreparaten die gemengd zijn met morfineachtige middelen is duidelijk preventief gericht. Dank zij de enthousiaste en intensieve inzet van de medewerkers en het Rode

Kruis is het gelukt de bovengeschetste organisatie soepel te laten verlopen. Het in teamverband willen en kunnen werken heeft er voor een groot deel toe bijgedragen dat zich geen calamiteiten hebben voorgedaan. In het kader van de medische zorg wordt niet verder ingegaan op de meer psychosociaal gerichte benaderingswijze van de andere hulpverleners.

Literatuur

Beeson, B. Mc Dermott, Textbook of Medicine, 13e druk, 138-140. W. B. Saunders Company, Londen 1971.

Dreisbach, R. H., Handbook of Poisoning, 9e druk, 43-91 en 162-165. Lange Medical Publications, California 1977.

Drugs Eerste Hulp. Overijssels Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg.

Eijk, J. Th. M. van, Gubbels, J., Koningh, A. G. J. de, Meer, K. van der, Noort, J. van, De weekenddiensten van huisartsen in Nederland. *Medisch Contact* nrs. 1, 2 en 3/1978, 17-22, 37-41 en 73-78.

Een venster op hennep. *Geneesmiddelenbulletin*, Jaargang nr. 3, 4, 5, blz. 14, 1976.

Hamersvelt, R. van, Toxicologie in het gezin, in Kompas voor de huisarts, blz. A2 1-6, 1977.

Het gebruik van video op een PAAZ (II)

Ethische reflecties

De voorgaande schets van de gebruiksmogelijkheden van video binnen het hulpverleningswerk (Van Alphen en Drippy) vraagt haast spontaan om een bezinning op een verantwoord gebruik ervan. Dit is op zich reeds typisch. In het hulpverleningswerk gebeurt heel veel routinematig. Expliciete bezinning hierop blijft dan achterwege, daar bij betrokkenen de overtuiging leeft dat het zoals het nu gebeurt ook ethisch verantwoord en goed is. Maar bij nieuwe ontwikkelingen (met name op technisch gebied) komen ethische overwegingen als zodanig wel weer aan de orde. Wanneer en hoe kan van deze nieuwe technische mogelijkheid een verantwoord gebruik worden gemaakt? Zo'n nieuwe mogelijkheid is 'de video'. In het volgende wordt gepoogd hierop een antwoord te formuleren. Bij het tot stand komen daarvan ben ik veel dank verschuldigd aan Prof. P. Sporken.

Ethiek en therapeutisch handelen

Wat is ethiek? Sporken (1977) geeft de volgende omschrijving: Systematische reflectie op probleemsituaties en de normen, daarin voorhanden of als nieuw voorgesteld, de verheldering van het mensbeeld dat in deze normen tot uitdrukking komt en de kritische toetsing van dit mensbeeld op zijn humaniteitskarakter. Kort samengevat komt het er dus op aan onze eigen vooronderstellingen, mensvisie of levensfilosofie, die telkens in concrete situaties in het geding is te onderkennen en deze te toetsen aan 'authentieke humaniteit'. Waar zijn we mee bezig, wat is het kader waarin probleemsituaties

Samenvatting

Video kan een waardevol instrument zijn in de hulpverlening. Deze techniek vraagt om toepassing in teamverband (intervisie, supervisie) en kan de last die de patiënt zou kunnen hebben van 'de gezellen' rondom de 'meester' verminderen. Misbruik of verkeerd gebruik van video (gebruik waarbij authentieke humaniteit schade lijdt) zal worden voorkomen bij voldoende openheid voor de drie vormen van 'ervaring': contrastervaring, controverserervaring en levenservaring.

door *A. M. Lazeroms*



De auteur werkt als arts-assistent op de PAAZ-Sittard.

ontstaan en welke zijn de toetsingscriteria voor dit handelen? Therapeutisch handelen heeft naast het centrale punt, namelijk het belang van de hulpvragende patiënt (cliënt) – in het vervolg door elkaar gebruikt – ook nog uitlopers in het sociale vlak. Immers niet alleen het individuele belang van de patiënt is in het geding, het gaat ook om zeer specifieke sociale belangen, telkens in wisselende mate, enerzijds gecentreerd rond de hulpvrager (bijvoorbeeld belangen van

echtgenote of kinderen), anderzijds rond de hulpverleners (bijvoorbeeld het belang van samenwerken). Daarnaast zijn er nog belangen in het geding die niet direct gerelateerd zijn aan die van de hulpvragende of hulpverlenende maar meer samenhangen met het geheel van de gezondheidszorg, maatschappelijk gezien bijvoorbeeld de kostenfactor, de efficiëntie, de organisatie, het wetenschappelijk onderzoek, de kwaliteitsbewaking.

Toch willen we ons met betrekking tot het gebruik van video in de volgende beschouwingen beperken tot zover van video gebruik wordt gemaakt min of meer in direct verband met het therapeutisch handelen. Het uitgangspunt van onze gedachten hierover is de eigen aard van de therapeutische relatie, de consequenties hiervan voor de hulpvrager en de hulpverlener. Verder menen wij dat ook de zorg voor de continuering van de hulpverlening onlosmakelijk met dit geheel is verbonden. We zullen daaraan dan ook, zij het kort, apart aandacht schenken.

1. Therapeutische relatie

De therapeutische relatie tussen

hulpvragende en zijn deskundige hulpverlener kan volgens Sporken (1977) het best worden aangeduid als *samenwerkingsrelatie*. Deze nu heeft enkele specifieke eigenschappen. Een samenwerkingsrelatie veronderstelt idealiter dat er twee werken en dat er een min of meer gelijkwaardige inbreng der partners is. Aan de hulpverleningsrelatie kleef in dit opzicht een noodzakelijk kwaad: tegenover de deskundige staat hier iemand die hulp nodig heeft. Het vertrekpunt in zo'n relatie is juist het tekort bij de hulpzoekende. Het meest duidelijk is dit bij de patiënt die niet zelf meer om hulp vraagt, bijvoorbeeld iemand in coma of in psychotische toestand. Hoezeer de hulpverlener ernaar zal streven deze ongelijkwaardigheid zoveel mogelijk ongedaan te maken, met name door op een verantwoorde wijze de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt intact te laten, in casu te laten groeien, aanvankelijk neemt de therapeut in kleine of grote mate verantwoordelijkheid over. Wat staat daar tegenover? Waaraan de houding van de therapeut te toetsen?

II. Spreekplicht patiënt

Elk therapeutisch samenwerkingsverband verloopt in twee fasen:

1. de diagnostische fase of de fase van de probleemanalyse, waarin het er om gaat zo breed en zo nauwkeurig mogelijk over de problematiek geïnformeerd te raken. Op grond daarvan kan dan een therapeutische strategie worden opgesteld.
2. de uitvoeringsfase van de therapeutische strategie, met de tussentijdse evaluaties om waar nodig te kunnen bijsturen.

Wat zijn hiervan de consequenties voor de patiënt? Dat de patiënt de plicht heeft prijs te geven die informatie, die de hulpverlener nodig heeft om tot therapeutisch handelen te komen. Een soort 'spreekplicht'. De spreekplicht reikt verder dan het individuele onderhoud met een individuele hulpverlener. Immers hoewel er steeds wel contact is geweest tussen hulpverleners, waarbij in het kader van hun werk een casus werd besproken, de laatste decennia is er een ontwikkeling in de richting van bewust en expliciet in teamverband hulp te verlenen . . . zonder daarmee tekort te willen doen aan de eigen

waarde van een individuele therapeutische relatie.

Uitdrukkelijker dan voorheen ervaren hulpverleners de noodzaak van samenwerking in teamverband (meerdere medewerkers betrokken bij het hulpverleningswerk), van overleg met hulpverleners van buiten de PAAZ die met de hulpvragende contact hadden of zullen krijgen, van intervisie en supervisie bij hun werk. Zij kunnen daardoor onder andere meer zicht krijgen op hun eigen blinde vlekken of weer op weg geholpen worden indien zij met een patiënt zijn vastgelopen. Het is ook een stimulans om adequater en completer hulp te kunnen bieden.

Een ander gegeven is het steeds groter belang dat gehecht wordt aan de rapportage door verpleegkundigen en andere medewerkers, weerslag van hun bevindingen uit de contacten met de patiënt in het sociotherapeutisch leefklimaat dat een PAAZ wil bieden. Deze ontwikkelingen brengen mee dat gegevens van de patiënt gemeengoed worden onder de teamleden. Parallel hiermee loopt de grotere aandacht voor het aanleggen van een begeleidend dossier over de problematiek van de patiënt. Men kan niet meer volstaan met het geheugen, in casu individuele aantekeningen van de bij onderzoek en behandeling betrokken specialist. Hoe te beoordelen welke gegevens gemeengoed mogen worden onder de teamleden en tot in welke details? Aan welke criteria zal het dossier moeten voldoen? Is het verantwoord dat zo'n dossier na afsluiting van de behandeling bewaard blijft; en wie kan er dan gebruik van maken (zie Van Herten)?

Video-opnamen kunnen wezenlijk bijdragen tot verbetering van bovengenoemde strevingen. Het in beeld en geluid vastgelegde gesprek, typische gedrag enz. kan een dieper ingrijpende en vollediger prijs gave van intimiteit zijn dan een weergave van een gesprek. Het maken van video-opnamen kan men ook zien als zeer congruent aan werken in teamverband. Video-opnamen kunnen de therapeut en teamgenoten bij de probleemanalyse meer zeggen dan een weergave van een onderhoud. Ook het eigen functioneren van de therapeut kan zodoende meer duidelijk worden aan zijn collega's. Tot slot kan bij de uitvoering van de therapeutische strategie een videoweergave de patiënt meer duidelijkheid schenken

over zijn probleem, over de op gang gekomen veranderingen, enz. Video-opnamen en het bewaren ervan, het aanleggen van een videotheek, dient men te beschouwen als een soort dossier. Hier gelden dan ook dezelfde vragen. Video wordt ook gebruikt ter observatie, meestal na afspraak met de patiënt, soms buiten de wil van de patiënt, bijvoorbeeld bij een plaatsing op een separeerkamer. Het kan een verlengd oog zijn van de verpleegkundige om er in levende lijve bij te zijn wanneer een toestand uit de hand dreigt te lopen. Het kan ook een lui oog zijn. Wat blijft er dan nog over van de privacy van de patiënt?

III. Meester-gezelsituatie

Hulpverlening is vaak ook een leerschool voor opleiding van nieuwe hulpverleners. Vanouds gebeurt dit in de verhouding van meester-gezel: De 'meester' bezig zien en het onder zijn toezicht oog ook zelf gaan doen, zijn daar voorbeelden van. Dit kan een belasting zijn voor de patiënt. Het is dan meer zinvol uitleg te geven waarom dit zo gebeurt dan om direct de 'leerling' te weren. Het is echter zeker gewenst de belasting voor de patiënt zo laag mogelijk te houden. Video-opnamen kunnen deze last verlichten. Ze kunnen ook voor de 'gezel' leertechnisch meer vruchten afwerpen.

Toetsingscriteria

1. De meest algemene consequentie die we uit de aard van de therapeutische relatie als hulpverleningsrelatie moeten trekken is wel dat bij al wat daarin gebeurt, bij elke stap, elke evaluatie, elke aantekening in een dossier, elke video-opname zich deze vraag aandient: is het *authentieke belang van de patiënt* ermee gediend? Natuurlijk moet ook voldoende rekening worden gehouden met belangen van personen uit het directe leefmilieu van de hulpvrager bijvoorbeeld echtgenote en kinderen. Ook dient te worden gedacht aan de in de inleiding genoemde maatschappelijke belangen. Maar centraal blijft bij dit wikken en wegen het authentieke belang van de hulpvragende. Wat is dan wel het authentieke belang van de hulpvragende en hoe is het te vinden? Het antwoord daarop zal afhangen van wat als zodanig wordt

gezien, enerzijds door de therapeut, anderzijds door de patiënt. Het antwoord is ook niet zonder meer voorhanden. Eigenlijk weten we niet zo precies wat menszijn in diepste wezen is en aan ethische eisen inhoudt. Bovendien is menszijn onvermijdelijk menszijn in wording, dynamisch, aan vele invloeden onderhevig. Hangt alles dan in het luchtledige? Niet helemaal. Er zijn met name drie wegen aan te wijzen, waarlangs we de inhoud van het authentieke belang en de authentieke humaniteit op het spoor komen:

- a. via de negatieve weg van de contrastervaring, bijvoorbeeld: dit is mensonwaardig;
- b. via de meer positieve weg van de controverse-ervaring, met andere woorden door te stoten op een tegengestelde visie. Uit het botsen van meningen kan waarheid worden geboren door correctie van eigen eenzijdigheden en verheldering van eigen nog niet helemaal heldere meningen;
- c. door levenservaring en levenswijsheid. Door schade en schande wijs geworden.

Aan deze drie wegen is gemeenschappelijk het woord 'ervaring'. Ervaren is leren door 'rechtstreeks' contact, de bekwaamheid om waarnemingen te verwerken. Onze reeds verworven ideeën en visies oriënteren hierbij onze opmerkzaamheid. Ervaring voltrekt zich in een dialectische verhouding tussen waarnemen en denken, en omgekeerd. Ervaren houdt ons denken open en voedt het (Schillebeeckx, 1977). Dit laatste vooral wanneer we op weerstand stuiten, op een contrastervaring, op een andere visie. Het laatste woord blijft hier echter aan de werkelijkheid, die zich op deze wijze opdringt. Ook de zogenaamde levenservaring zal zich – wil ze gezag hebben – moeten laten gezeggen door nieuwe ervaringen. Zelf iets te zeggen hebben en dan luisteren naar de reacties . . . dat is de weg die ons op het spoor houdt van authenticiteit humaan handelen.

2. Wat staat tegenover de 'sprekplicht' van de patiënt? De zwijgplicht van de hulpverleners! Het *beroepsgeheim*. De inhoud hiervan is de laatste decennia aan een sterke ontwikkeling onderhevig, parallel aan de verbreding van de therapeutische

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

relatie (Van der Mijn, 1976). De zwijgplicht geldt van oudsher als heilig. Terecht, deze plicht heeft immers betrekking op de beveiliging van het toevertrouwde bij zoeken om hulp. Het fundament waarop de zwijgplicht (beroepsgeheim) steunt is niet uitsluitend het recht op individuele privacy, maar ook de wijze van beroepsuitoefening van de hulpverlener (Sporken, 1977). Een andere wijze van beroepsuitoefening brengt ook verschuiving van de inhoud van het beroepsgeheim. In de (geestelijke) gezondheidszorg wordt, zoals reeds vermeld, steeds meer bewust in teamverband gewerkt. Het recht op individuele privacy ligt dan ook ingebed in een door de teamgenoten gedeeld beroepsgeheim. Men zal zo nodig hierop moeten wijzen. Anderzijds zal dit van een teamgenoot vragen, slechts dat in het team in te brengen wat nodig is: niet alles hoeft te worden (mee)gedeeld. Tevens zal iedere teamgenoot zich moeten weerhouden van al te subjectieve aantekeningen op papier die voor de andere teamgenoten toegankelijk zijn.

Bij het maken van deze aantekeningen kan men zich laten leiden door zich de vraag te stellen wie of wat is er mee gediend, dat dit hier zo wordt opgetekend? Zo ontstaat een dossier. Dit gaat weer een eigen bestaan leiden. Vaak wordt het in een archief opgeborgen. De toegankelijkheid van zo'n archief zal weer aanleiding zijn tot de vraag: wat wel en wat niet in dit archief? Mutatis mutandis geldt het bovenstaande ook voor video-opnamen en voor een videotheek. Het is zo iets als een duplicaat van de patiënt, waarbij de prijs-gave van de intimiteit nog verder

kan reiken dan door middel van een gesprek. Dan geldt des te stringenter een recht op privacy en . . . des te stringenter zwijgplicht, gedeelde zwijgplicht.

Wij zijn nog niet toe aan precieze concrete richtlijnen hierover, maar onze gedachten gaan in de richting van het aanwijzen van degene die hier de meeste verantwoordelijkheid draagt, namelijk de hoofdtherapeut. Van hem mag toch worden verwacht dat hij het best van alles op de hoogte is, van de aard van de privacy van de video-opname en van de eventuele andere belangen die in het geding zijn. Ten aanzien van het beroepsgeheim in al zijn aspecten en vormen blijft gelden dat de patiënt de sleutel van dit geheim behoudt. Beseft men dit, dan zal men niet argeloos omgaan met dossiers en video-opnamen. Men kan ze bijvoorbeeld niet zonder toestemming van de patiënt bewaren of anderen laten zien. Apart dient hier nog te worden stilgestaan bij het via de TV-camera observeren van patiënt buiten zijn wil om, bijvoorbeeld door verpleegkundigen. De betreffende verpleegkundige zal hiermee raad moeten weten vanuit zijn beroepsethiek; indien het niet buiten maar tegen de wil van de patiënt gebeurt, dan lijkt in ieder geval de grens van het humane overschreden. Wat verder nog te denken van het buiten de wil van patiënt om op videoband vastleggen van zijn gedrag, bijvoorbeeld omdat dit op zo'n klassieke wijze past in een bepaald syndroom? Zodra patiënt weer wel kan willen, zal dit met hem toch serieus moeten worden doorgenomen; zonder zijn toestemming kan zo'n opname niet worden bewaard of elders worden gebruikt.

3. Nog enige opmerkingen ten aanzien van gebruik van video in het kader van het *onderwijs en opleiding*. We zijn hier buiten het directe therapeutische klimaat. Als algemene regel zou men hier het volgende kunnen opstellen: bij het vertonen van video-opnamen van ziektebeelden, therapietechnieken, enz. dient men zich uitdrukkelijk af te vragen:

- Is het in het belang van de patiënt, of minstens: wordt het belang van betrokkene niet geschaad, ook niet achteraf?
- Welke belangen van anderen en welke andere belangen kunnen worden geschaad?

Bij onoplosbare conflicten dient het belang van de hulpvrager te prevaleren (Sporken, 1977). De antwoorden op beide bovengenoemde vragen zullen borg staan voor een verantwoord gebruik.

Literatuur

Alphen P. J. M. van, Dritti J. Het gebruik van video op een PAAZ. Mogelijkheden en begrenzingen. Medisch Contact (1978).

Sporken P. Ethiek en Gezondheidszorg. Baarn (Amboboeken) 1977, 2e druk, met name hoofdstuk 2, 4 en 5.

Schillebeeckx E. Gerechtigheid en liefde. Bloemendaal 1977, met name hoofdstuk 1, paragraaf 1 en 2.

Herten J. H. S. van. Gebruik van video op een PAAZ. Juridische overwegingen. Medisch Contact (1978)

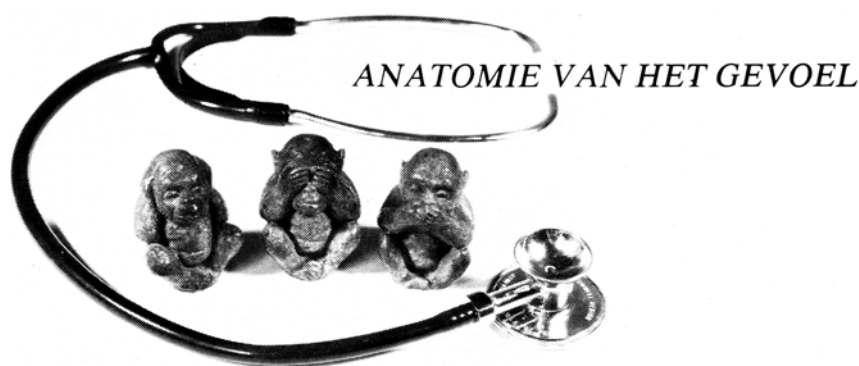
Mijn H. B. van der. Spreken en zwijgen over patiënten. Metamedica 55 (1976) 34-37.

Kindermishandeling bestaat. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld. Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder.

Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningsplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-6341923.

SIRE



Vaginaaltabletten voor mijnheer pastoor

De tumorbespreking tijdens de lunch hield niet veel in. We hebben het gehad over het 'uit het archief werken van doden'. De patholoog-anatoom vertelde met gerechvaardigde trots dat hij keurig alle overlijdensaankondigingen in de krant bijhoudt; wanneer het iemand betreft van wie op de pathologische anatomie materiaal is onderzocht, dan wordt zijn kaart uit het archief gewipt. Hij lichtte dit toe met wat cijfermateriaal. De radiotherapeut wilde ook een woordje meespreken en begon op te scheppen over het grote aantal doden op zijn afdeling; voor hem was het 'uit het archief werken' een nog veel groter probleem. Terwijl de radiotherapeut met de patholoog-anatoom zat te bekechten, kwam een derde ineens op de proppen met een verhaal van een collega die tijdens een lezing had gezegd dat 60% van de patiënten die de poliklinieken van het Alouïsiusziekenhuis bezoeken binnen drie jaar dood is. Zo groot is de driejaarsoverleving dus. Dan kun je beter een Hodgkin hebben. Op deze wijze onttaarde de tumorbespreking in een 'collegabespreking', hetgeen niet wegneemt dat er behoorlijk werd 'gekankerd'.

Vanmiddag werd ik door Dr. Wouters uitgenodigd voor een alternatieve tumorbespreking. Op deze bespreking ging het er heel wat serieuzer aan toe. Er werd niet zoveel geketterd; alleen af en toe kregen collega's van andere ziekenhuizen ervan langs. Tijdens deze alternatieve tumorbespreking kwam ook mijn patiënte met een ulcerend mammacarcinoom aan bod. 'We zijn helaas een jaar te laat', merkte Dr. Wouters terecht op. 'Nee, zij is een jaar te laat', diende de radiotherapeut hem van repliek.

Het gaat niet goed met deze patiënte. De oestrogenen hielpen niet en ook de anti-oestrogenen resulteerden niet in een positief effect. Door de nood gedwongen zijn we overgestapt op het grovere geschut: de cytostatica. Maar het is duidelijk dat dit een terminale zaak is. Ik heb sterk de indruk dat

de patiënte haar lot al heeft aanvaard. Ze is trouwens ook wat afgevlakt in haar emoties: ze is zelden of nooit meer echt blij of echt droevig, het zweeft er ergens tussenin. Net toen wij tijdens de alternatieve tumorbespreking een casus bespraken met een ongedifferentieerd, anaplastisch carcinoom, begon mijn maag verschrikkelijk te rommelen. Goulashpasteitjes, koude schootels, kaviaar en kreeftensalades trokken wreed aan mijn gedachten voorbij.

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (44)

Op de afdeling waar Noud werkt ligt een geestelijke. De goede man had de laatste weken last van keelpijn, iets wat natuurlijk niet door de beugel kan in verband met de preek. Hij ging dus naar een van die bekwame huisartsen die zo goed op de hoogte zijn van de psyche van de mens. Na een kort babbeltje werd er een receptje uitgeschreven, waarmee de herder Gods zich naar de apotheker spoedde. Thuis gekomen - beter gezegd, terug in de pastorie - besluit hij maar meteen de eerste pil te nemen. 'Bah, wat een vieze smaak', moet hij gedacht hebben, maar ja: 'voor wat, hoort wat' en niet alles is van marsepein en chocolade. Maar hemeltje, na een tijdje kwam alles naar buiten. En het werd erger en erger. Wat bleek? De dokter - je weet wel, die bekwame huisarts - had hem voor zijn keelpijn vaginaaltabletten tegen trichomonas voorgeschreven. Wel dient erbij gezegd te worden, dat de pater zich niet heeft gehouden aan het opschrift: 'Alleen zuigen. Niet doorslikken.'

Alexander van Es

Enkele aspecten van het meerkeuze-examen

Het is in ons onderwijssysteem de gewoonte vorderingen te meten om te selecteren of om het gegeven onderwijs te evalueren. Bij het meten van vorderingen kan gebruik gemaakt worden van verschillende toetsvormen.

In de pre-klinische fase van de medische opleiding aan de Rijksuniversiteit te Utrecht wordt veel gebruik gemaakt van een meerkeuzevragen-examen ('multiple choice'). Het 'multiple choice'-examen bestaat uit vragen, elk met een stam, gewoonlijk gevolgd door vier alternatieven waarvan er één juist is en de overige als afleider fungeren. Een goede meerkeuzevraag moet aan een aantal voorwaarden voldoen. De stam moet kort en helder geformuleerd worden, er moet slechts één probleem worden geïntroduceerd en de afleiders moeten aantrekkelijk zijn en mogen niet systematisch verschillen in vorm of inhoud. De aard van meerkeuzevragen laat een objectieve analyse toe van de kwaliteit van de vragen.

In deze studie wordt ingegaan op een aantal problemen bij het gebruik van deze vraagtypen. Allereerst kan men zich afvragen onder welke omstandigheden een vraag van goede kwaliteit is, vervolgens hoe uniformiteit in de beoordeling bereikt kan worden wanneer verschillende groepen van een leerperiode onderling verschillende examens moeten ondergaan en tenslotte of het zinvol is een examen met de zogenaamde z-aanduiding aan de studenten voor te leggen.

Kwaliteit van de vraag

Computerverwerking van de examens

door **J. ten Holter,**
A. J. Buitenhuis en
O. P. van Bijsterveld

De auteurs zijn verbonden aan het Koninklijk Nederlands Gasthuis voor Ooglijders, te Utrecht.

levert ons, naast de scores van de studenten, gegevens over de kwaliteit van de vragen. Een belangrijke parameter is de *p-waarde*. Deze geeft de proportie deelnemers die het juiste alternatief koos. De *p-waarde* kan variëren van 0,00 tot 1,00. Een *p-waarde* van 0,00 doet vermoeden dat er iets in het geheel niet klopt. Immers een volkomen leek kan door raden alleen al 25% van de vragen goed hebben. Een *p-waarde* lager dan 0,25 kan betekenen dat het goede alternatief onjuist is gesteld, dat de afleiders zodanig zijn dat de kandidaat op een dwaalspoor is gebracht of dat de literatuur en de gevraagde stof met elkaar in tegenspraak zijn. Een *p-waarde* van 0,25 betekent dat de vraag te moeilijk was; de deelnemers hebben gegokt. Is de *p-waarde* 1,00 dan is de vraag te gemakkelijk geweest; iedereen heeft het juiste antwoord gekozen. Indien de samensteller van de meerkeuzetoets wil discrimineren tussen goede, betere en beste leerlingen dan zal hij vragen moeten stellen met een lage *p-waarde*. De middelmatige, slechte en zeer slechte leerlingen zullen deze vragen niet kunnen beantwoorden: het onderscheid tussen deze leerlingen valt weg. Bevat het examen voornamelijk vragen met een hoge *p-waarde* dan wordt het

onderscheid juist groot tussen de zwakkere studenten.

De ideale *p-waarde*, dat wil zeggen de moeilijkheid van de vragen die het best discrimineren tussen 'voldoende' en 'onvoldoende', is afhankelijk van het percentage onvoldoendes. In tabel 1 worden de ideale gemiddelde *p-waarden* bij verschillende onvoldoende percentages gegeven, wanneer men er vanuit gaat dat een kandidaat een 5,5 heeft behaald bij 66% (= 55% + 11% raadkans) goed beantwoorde vragen (ontleend aan een onderzoek van Smal¹). Bij het samenstellen van een nieuwe toets kan de examinerator zijn voordeel doen met deze gegevens. Indien een strenge selectie moet worden toegepast, zullen vragen met een lage *p-waarde* moeten worden gesteld; indien het doel is de meest slechte kandidaten te laten zakken, zal een toets moeten worden samengesteld met een hoge gemiddelde *p-waarde*.

Tabel 1. De ideale gemiddelde *p-waarden* bij verschillende onvoldoende percentages.

onvoldoende percentage	p-waarde
10	0,93
15	0,89
20	0,85
25	0,81
30	0,77
35	0,73
40	0,70
45	0,66
50	0,63

Uit bovenstaande blijkt dat de examinerator reeds van tevoren zal kunnen schatten in welke mate het examen aan zijn doelstelling zal beantwoorden.

Transformatie naar standaardmeetschaal

Niet zelden zal degene die aan twee verschillende groepen studenten, aan wie inhoudelijk dezelfde stof werd onderwezen, een toets voorlegt zich voor het verschijnsel geplaatst zien dat de resultaten van de twee afgenomen toetsen zeer uiteenlopend zijn. Men mag dan aannemen dat bijvoorbeeld de twee toetsen qua moeilijkheidsgraad niet vergelijkbaar zijn, de kennis van de ene groep niet overeenstemde met die van andere of een combinatie van beide. Door middel van het opnemen van een ijkingsmethode in de meerkeuzetoets kunnen de oorzakelijke factoren worden opgespoord. Tevens is het dan mogelijk een correctie toe te passen, zodat de twee toetsen met elkaar vergeleken kunnen worden.

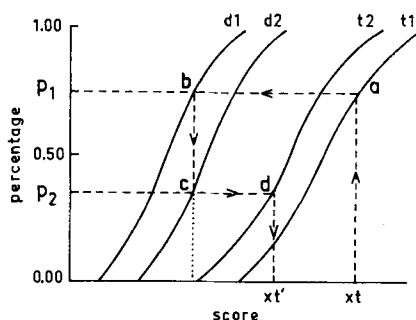
Het principe is vrij eenvoudig². Verschillende toetsen bevatten een aantal vragen, liefst een derde van het totaal, die qua moeilijkheidsgraad (identieke p-waarde) vergelijkbaar zijn. Deze vragen vormen de zogenaamde deeltoets. Heeft nu een groep dit deel van de vragen slechter gemaakt dan een andere groep, dan mag hieruit worden geconcludeerd dat de eerstgenoemde groep niet dezelfde hoeveelheid kennis bezit als de laatstgenoemde. Dit niveauverschil zal duidelijk zijn, zelfs als de eerste groep voor het gehele examen een even hoge of hogere score heeft behaald als de tweede groep. Men mag dan stellen dat de niveaus verschillen en dat het aan de eerste groep voorgelegde examen makkelijker was. De deeltoets wordt verkregen door uit voorgaande toetsen vragen met een zelfde p-waarde te selecteren. Deze vragen worden onderverdeeld in vijf groepen. Zo verkrijgt men vijf deeltoetsen met een groot aantal verschillende vragen maar met dezelfde moeilijkheidsgraad (zie tabel 2). Door deze procedure met vragen uit andere oude toetsen te herhalen worden vijf deeltoetsen verkregen bestaande uit een behoorlijk aantal vragen die én goed met elkaar te vergelijken zijn én verschillende vragen bevatten, zodat bekendheid van de vragen uit twee deeltoetsen de beoordeling niet kan vertroebelen. Wil men nu de score van bijvoorbeeld groep 1 vergelijken met die van groep 2, aan welke groepen respectievelijk toets 1 en toets 2 is voorgelegd met daarin verwerkt deeltoets 1 en 2, dan

Tabel 2. Wenselijke p-waarden ter verkrijging van gelijkwaardige deeltoetsen.

groep	1	2	3	4	5
p-waarde	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72

Figuur 1. Deeltoetscurven en totaalscorecurven

In de figuur duiden d1 en d2 de deeltoetscurven aan, t1 en t2 geven de curven van de totaalscore weer. Punt a geeft aan hoeveel studenten (p1) een score xt hebben behaald. Hiermee correspondeert punt b op de curve d1. Indien deeltest d1 even moeilijk is als d2, dan geeft punt c op de curve d2 aan welke proportie dezelfde score of lager heeft behaald (p2). Hiermee correspondeert punt d op de curve t2, waarbij een score xt past. Een score van xt door groep 1 geeft evenveel vorderingen weer als score xt'. Uit bovenstaande figuur kan men lezen, dat toets 1 makkelijker was dan toets 2 en dat groep 1 minder hoog kennisniveau bezat dan groep 2, daar het resultaat van deeltoets 1 geringer was dan deeltoets 2. Een score xt geeft evenveel vorderingen weer als score xt'.



dient men van beide toetsen en deeltoetsen een cumulatieve proportieverdeling te maken (zie figuur 1). Een cumulatieve proportieverdeling is een curve van de proportie studenten die een bepaalde score of lager heeft behaald als functie van die score. Daar de twee deeltoetsen even moeilijk zijn, kan men door middel van punten op de deeltoetscurven die proporties studenten vergelijken die een zelfde kennisniveau hebben. Projecteert men deze twee verschillende proporties studenten op de bijbehorende curven van de gehele toets, dan ziet men dat score xt qua getoetste kennis overeenkomt met score x't. Met andere woorden, aan xt kan dezelfde waarde worden toegekend als aan x't. Hiermee heeft men de correctie aangebracht.

Het z-systeem

Kort na het invoeren van de

meerkeuzetoets heeft men aan de Rijksuniversiteit te Utrecht getracht aan deze methode een verfijning toe te voegen door naast kennis ook zekerheid van kennis te meten³. De student kan een 'z' aanstrepen bij het antwoord op de vraag indien hij zeker denkt te zijn van de juistheid van zijn antwoord.

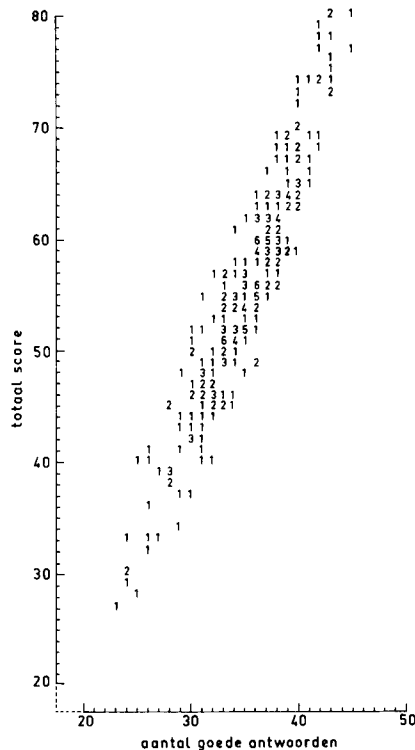
Men meende hierdoor een grotere differentiatie tussen de ogenschijnlijk even sterke studenten te bewerkstelligen. De totaalscore wordt dan bepaald volgens de formule: voor ieder goed antwoord één punt, voor iedere goed geplaatste 'z' eveneens één punt, voor iedere fout geplaatste 'z' aftrek van één punt. Een student zal in een examen met z-aanduiding bestaande uit vijftig vragen maximaal vijftig scorepunten van de honderd behalen indien hij de 'z' geen enkele maal gebruikt.

Aan de hand van examenresultaten oogheekunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht waarbij het z-systeem werd toegepast hebben wij de waarde die aan dit systeem werd toegekend onderzocht.

Wanneer men de relatie onderzoekt tussen het aantal goed en de totaalscore, bepaald met gebruikmaking van het z-systeem, blijken er behoorlijke verschillen te bestaan tussen de studenten met dezelfde hoeveelheid kennis (zelfde aantal goede antwoorden). Bij veertig goede antwoorden ligt de score tussen de 59 en 74 (zie figuur 2 op de volg. blz.). Het verschil wordt grotendeels bepaald door minder 'z' te plaatsen, niet door het fout toepassen van de 'z'. Iemand met een zo weinig aantal fouten kan immers maar op weinig plaatsen de 'z' fout aangeven. Men mag nu echter niet direct concluderen dat de student met een lagere totaalscore minder zeker is van zijn antwoorden. Een bedachtzame aard, het onwettig zijn met het systeem, het vergeten de 'z' te plaatsen, kunnen mede oorzaak zijn van een lagere score. Circuleren er tentamenvragen, dan zal de student met voorkennis geen enkele moeite hebben met het alternatief en zal tevens de 'z' plaatsen. Een student zonder voorkennis echter zal, nadat hij een alternatief als zijnde goed aankruist, ook nog de stap moeten nemen om de 'z' aan te kruisen. Het voordeel voor de student met voorkennis is dus tweeledig. In figuur 2 zien we tevens dat er ook een sterke horizontale differentiatie

Figuur 2. Relatie tussen het aantal goed beantwoorde vragen en de totaalscore.

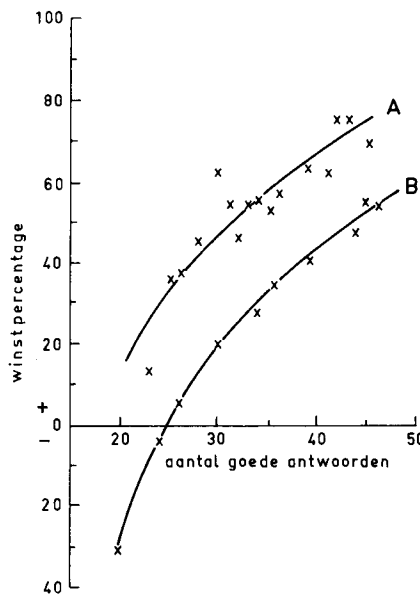
De cijfers geven de aantallen studenten aan.



wordt verkregen. Bij eenendertig goede antwoorden kan iemand dezelfde score hebben als iemand met zevenendertig goede antwoorden. Door louter z-gebruik kan iemand met klaarblijkelijk minder kennis toch een hogere score bereiken. De wijze waarop het z-gebruik de score kan beïnvloeden is interessant. De score kan lopen van -50 tot +100. Dit betekent, dat door het gebruik van de 'z' de score zowel positief als negatief beïnvloed kan worden. Indien men er van uitgaat dat iedere student slechts een 'z' plaatst bij het goede alternatief waarvan hij zeker is, dan zou men bij iedere score een winstpercentage verwachten dat constant is. Uit *figuur 3* blijkt echter dat het winstpercentage toeneemt naarmate men meer goede antwoorden heeft. Het gemiddeld z-gebruik over het aantal onderzochte uitslagen bleek 59,9% (stel 60%) te bedragen. Dit betekent dat wanneer een tentamen uit vijftig vragen bestaat, hetgeen de gewoonte is bij het oogheelkunde-tentamen, de studenten

Figuur 3. Het winstpercentage als functie van het aantal goed beantwoorde vragen.

Curve A: reële situatie
Curve B: situatie bij 'at random' plaatsen van de 'z'.



gemiddeld dertig maal de 'z' hanteren. Indien we nu de score en het winstpercentage gaan berekenen wanneer de student zijn 'z' willekeurig zou plaatsen, ongeacht het al of niet juist zijn, komen we tot het volgende resultaat. De student met vijftig vragen goed zal bij zestig procent van zijn antwoorden de 'z' hebben gebruikt; het resultaat is dan $50 + 30 = 80$, zijn winst bedraagt $30:50 = 60\%$. De student met twintig vragen goed zal bij twaalf vragen de 'z' terecht en bij achttien vragen de 'z' onterecht hebben gebruikt, het resultaat is $20 + 12 - 18 = 14$, zijn winst bedraagt dan -30% ! De student met vijftentwintig vragen goed zal quitte spelen. Dit alles is te verklaren doordat de goede student meer kans heeft de 'z' op de goede plaats te zetten dan de slechte en hij minder kans heeft zijn score naar beneden te halen door foutieve plaatsing van de 'z'. Indien we nu de twee krommen van het winstpercentage gerelateerd aan het aantal goede antwoorden vergelijken, waarbij de ene kromme uitgaat van 60% 'at random' geplaatste 'z' en de andere de reële situatie weergeeft, dan zien we dat de krommen verrassend parallel lopen.

Dit betekent dat het 'at random' invullen van de 'z' een niet te verwaarlozen factor is bij het tot stand komen van de totaalscore. De beoogde doelstelling van het z-systeem wordt kennelijk niet bereikt, daar vele andere factoren een rol spelen bij het tot stand komen van de totaalscore.

Huidige stand van zaken

In deze studie hebben we enkele facetten belicht van de meerkeuzetoets als instrument ter meting van vordering van kennis. De kwaliteit van de vraag wordt mede bepaald door middel van de p-waarde. Op het Ooglijdersgasthuis te Utrecht worden de vragen met een relatief hoge p-waarde bewaard voor de vragenpoel, daar het doel van het oogheelkunde-tentamen het beoordelen van kennis bij studenten is en men geen strenge selectie beoogt. Om twee examens met elkaar te vergelijken hebben we een methode aangegeven, waarbij deeltentamen worden gebruikt die dezelfde moeilijkheidsgraad hebben maar uit verschillende vragen bestaan. Tenslotte evalueerden wij het z-systeem en kwamen tot de conclusie dat het door de examinator beoogde doel: het testen van zekerheid van kennis opdat een grotere discriminatie wordt verkregen, niet kan worden bereikt. Op grond van de in dit artikel vermelde overwegingen heeft men op het Ooglijdersgasthuis van de Rijksuniversiteit te Utrecht besloten het z-systeem te laten vervallen.

Voor de waardevolle en praktische onderwijsadviezen zijn wij Drs. J. A. Smal zeer erkentelijk.

Literatuur

1. Smal J. A., M.C. Examens 1973-1975, 1975 Utrecht.
2. Meuwese, Dr. W., Onderwijsresearch, Aula 439, Utrecht 1973.
3. Smal J. A., Wel of geen zekerheidsaanduiding, Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht, Maliebaan 77, feb. 1974, Utrecht.
4. Kramers C. W., M.C. Examens Sociale Geneeskunde, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Utrecht.

Continuïteit van de zorg

Ziekenhuis-wijkverpleging

Zowel ziekenhuis als kruisvereniging zouden in hun organisatie een functionaris moeten aanwijzen die speciaal verantwoordelijk is voor de onderlinge samenwerking. Een regionale commissie, samengesteld uit vertegenwoordigers van onder meer huisartsen, specialisten, directieleden van ziekenhuizen, provinciale en plaatselijke kruisverenigingen, verpleegkundigen, zou hen moeten ondersteunen in hun pogingen deze samenwerking tot stand te brengen en te onderhouden. Dat is een van de aanbevelingen uit het rapport 'Continuïteit van de zorg; ziekenhuis-wijkverpleging', dat is uitgebracht door de Nationale Ziekenhuisraad en de Nationale Kruisvereniging. Doel van het rapport is een soepele overgang te bevorderen van de ene voorziening naar de andere. De aanbevelingen in het rapport zijn vooral gericht op de continuïteit van de verpleegkundige zorg, met andere woorden de samenwerking tussen verpleegkundigen in de wijkverpleging en in het ziekenhuis. Een goede samenwerking tussen ziekenhuis en kruisvereniging is noodzakelijk voor een goede kwaliteit van zorg. Steeds meer patiënten krijgen bij opname in het ziekenhuis te maken met voor- en nazorg thuis door een wijkverpleegkundige. Enerzijds omdat patiënten minder lang in het ziekenhuis worden gehouden, niet alleen uit efficiëntie en kostenoverwegingen, maar ook om hen zoveel mogelijk in het eigen milieu te laten. Anderzijds omdat de categorie patiënten die vooral van deze vormen van zorgverlening gebruik maakt, bejaarden en chronisch zieken, in omvang toeneemt.

In de ideale situatie verstrekt de wijkverpleegkundige informatie over een patiënt die wordt opgenomen rechtstreeks aan de hoofdverpleegkundige op de betrokken afdeling in het ziekenhuis. Dit uiteraard in overleg met en met toestemming van de patiënt. In het ziekenhuis wordt in overleg tussen behandelend geneesheer, verpleegkundige, de patiënt en zijn naaste familieleden, bekeken of verpleegkundige nazorg noodzakelijk en mogelijk is. Als dat zo is wordt daarover tijdig contact opgenomen met de wijkverpleging. Er zijn in ons land al verschillende initiatieven ontwikkeld om de verpleegkundige voor- en nazorg van patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, soepel en efficiënt te laten verlopen. Landelijk gezien is de situatie echter lang niet ideaal. Problemen spitsen zich vooral toe rond een tijdige en gestructureerde overdracht van informatie. Indien een ziekenhuispatiënt verpleegkundige nazorg nodig heeft moet dat zo vroeg mogelijk bij de wijkverpleging worden gemeld. Dat geeft de wijkverpleegkundige de gelegenheid de nodige voorzieningen te treffen, huisgenoten te instrueren en eventueel andere hulpverleners in te schakelen. Berichtgeving aan de kruisvereniging kan het best gebeuren met een gestandaardiseerd nazorgformulier, of, zo nodig, telefonisch. Nazorgberichten zouden bij een centraal meldingspunt kunnen worden verzameld en vandaar doorgestuurd naar de wijkverpleegkundige die de nazorg zal uitvoeren. De contactpersoon van de kruisvereniging zal een functionaris zijn van de provinciale kruisvereniging. Van de kant van het

ziekenhuis zal dat de coördinerend hoofdverpleegkundige zijn, het hoofd verplegingsdienst of de verpleegkundig directeur. De voornaamste taak van deze contactpersonen is het kweken van belangstelling bij hun achterban voor vraagstukken rond de continuïteit van verpleegkundige zorg en het voeren van overleg om een nazorgsysteem tot stand te brengen en te evalueren. Beide contactpersonen zullen bij voorkeur verpleegkundigen zijn. In het ziekenhuis zal het extra werk, dat met activiteiten rond de continuïteit van zorg gepaard gaat, ingepast moeten worden in de bestaande personele organisatie. Dat betekent wel dat bij de normering van de verpleegkundige bezetting met deze extra verzwarende rekening moet worden gehouden. Bij de kruisverenigingen zal een oplossing moeten worden gevonden voor de financiering van de provinciale (regionale) functionaris die belast is met het onderhouden van de contacten tussen ziekenhuis en wijkverpleging. Vooral in de ontwikkelingsfase zal dat waarschijnlijk intensieve aandacht vragen. Daarnaast zal een financiering gevonden moeten worden voor de administratieve kracht die het centrale meldingspunt van de kruisvereniging beheert. Het is de bedoeling dat de aanbevelingen uit het rapport nu aan praktijksituaties zullen worden getoetst. Zowel vanuit de Nationale Kruisvereniging als vanuit de Nationale Ziekenhuisraad zal het rapport daarom op regionaal niveau in discussie worden gebracht.



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. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: 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 Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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-Geneeskundigen 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)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Mw. E. M. Dekker-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. J. M. van Boxtel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van september t/m december 1978

Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-885411.

5, 12 en 19 september

'Van calculator tot computer', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-89 29 22.

15 september

Blokcursus 'Urologie voor de algemene praktijk', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam., Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

18, 19 en 20 september

Training sociale vaardigheden, georganiseerd door S 1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI-NVK-JOINT) Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten: f 425,— p.p. incl. verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

23 september

Congresdag 'Vrouw en arts', gewijd aan de vrouw als patiënt en de vrouw als arts in emancipatorisch perspectief. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum Utrecht. Inlichtingen en inschrijving: Administratie VNVA Wethouder Korteboslaan 61 c, 7461 PJ Rijsen (O).

22 en 23 september

Spoedeisende gevallen in de huisartsenpraktijk. Plaats: Ziekenhuis Oudenrijn, v. Heuven Goedhartlaan 1, Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030-37 33 46.

25 t/m 29 september (cursus A)

Warffum-cursus voor huisartsen regio Amersfoort/NW Veluwe, te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

25-30 september

Europees congres voor huisartsgeneeskunde, Klagenfurt (Oostenrijk). Inlichtingen en opgave bij Mw. M. Kapsch, Bahnhofstrasse 22/1, A 9020 Klagenfurt. Het voorlopig programma is verkrijgbaar op het NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

27 september

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

27-28 september

Twee identieke cursusdagen over 'Gastro-enterologie' te Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-89 29 22.

28 en 29 september

Blokcursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

2-6 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o. te houden in huize Den Treek, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

2 t/m 7 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

9 t/m 14 oktober

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

9, 10, 11, 12 oktober + 2dagdelen

Thematraining: praten met paren. Trainer: Eric van Praag. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 950,—. Inlichtingen: Mw. M. Verhaar-v.d. Gouw, NHI. Tel. 030-31 99 46.

9, 10, 11, 12 oktober

Training Hulpverlening, georganiseerd door S-1 (Samenwerkingsproject 1e lijn NHI, NKV, JOINT). Plaats: Huize Doornburgh te Maarssen. Trainer: Jan Boswijk. Kosten: f 550,— p.p. inclusief verblijf. Inlichtingen: Mw. Elita Zoer-v.d. Veen, NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

9-13 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in huize Den Treek te Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

14 oktober

Nascholingsdag Medische Seksuologie Utrecht. Onderwerp: Orgasme problemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030-37 33 46.

14 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Anticonceptie I

15 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Herhaling van 14 oktober.

16-20 oktober

Nascholingsweek voor huisartsen in Den Haag e.o., te houden in huize Den Treek te Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

16 t/m 20 oktober (cursus B)

Warffum-cursus voor huisartsen regio Amersfoort/NW-Veluwe, te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

19 oktober

Nascholingsraad, te houden in het Jaarbeurs Congres Centrum te Utrecht, aanvang 17.00 uur. Inlichtingen: Bureau SNH. Tel. 030-88 54 11.

19 en 20 oktober

Nascholingscursus 'Cardiologie voor huisartsen', Hotel Cocagne, Eindhoven. Inlichtingen: Interuniversitair Cardiologisch Instituut te Amsterdam. Tel. 020-129474.

20 oktober

Blokcursus 'Urologie voor de algemene praktijk', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

21 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Anticonceptie II.

22 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 UUR: Herhaling van 21 oktober.

25 oktober

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

26 en 27 oktober

Blokcursus 'Diagnostische methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

27 en 28 oktober

Medische Psychologie: 'Luisteren naar kinderen, groot en klein', Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

27 en 28 oktober

26ste Oriëntatiecursus, georganiseerd door het NHI, Utrecht. Inlichtingen: NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

28 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Menopauze I.

29 oktober

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Herhaling van 28 oktober.

30 oktober-3 november

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in huize Den Treek, Trekerweg 23, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim. Tel. 02522-12479.

2 en 3 november

Longemfyseem. Pathogenese, klinische uitingsvormen en preventieve mogelijkheden, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

4 november

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Menopauze II

5 november

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Herhaling van 4 november.

6 t/m 10 november (cursus C)

Warffum-cursus voor huisartsen regio Amersfoort/NW-Veluwe, te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

6 t/m 11 november

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

9 november

Symposium over 'Anticonceptie in de dagelijkse praktijk'. Plaats: Eurohal, Maastricht, aanvang: 17.30 uur. Het symposium beoogt met name de huisarts de gelegenheid te geven zich op de hoogte te stellen van de laatste ontwikkelingen en gezichtspunten op dit gebied. Inlichtingen: Organon Nederland BV. Tel. 04120-2 43 73, toestel 43.

9 november

Nascholingsdag Medische Seksuologie Utrecht. Onderwerp: orgasmeproblemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congres Centrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht. Tel. 030-37 33 46.

9-10 november

Algemene cursus endocrinologie en stofwisselingsziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

13 t/m 18 november

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

15 en 16 november

Sandwichcursus (twee identieke cursusedagen) met als thema: 'Perifere arteriële doorbloedingsstoornissen', georganiseerd door de Commissie Nascholing Limburg. Plaats: Stadsschouwburg Sittard. Inlichtingen: G. A. M. Bak, Wilmenweg 19, Merkelbeek. Tel. 04492-2300.

23 en 24 november

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: Ons Centrum, Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

Data voor 1979: 18 en 19 januari, Lage Vuursche; 16 en 17 februari, Driebergen.

23 en 24 november

Blokcursus 'Diagnostische methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

23-24 november

Praktische aspecten van de klinische genetika, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

29 november

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

7-8 december

Vorderingen in de Geneeskunde, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

11, 12, 13, 14, 15 december + 2 dagdelen en follow-up

Training 'Persoonlijk functioneren'. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1175,—. Inlichtingen: NHI, Mariahoek 4, Utrecht. Tel. 030-31 99 46.

13 en 14 december

Twee identieke cursusedagen over 'Sociale oncologie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-89 29 22.

20 december

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

KNMG-congresbijlage met INSCHRIJFFORMULIER



'Bent u daar, collega?!' Natuurlijk, zult u zeggen, ik ben er altijd. Dat is natuurlijk zo, maar wij bedoelen eigenlijk of u zich al voor het komend ledencongres van de KNMG – thema: De adolescent in de geneeskunde – heeft opgegeven, dat – zoals u weet – op 4, 5 en 6 oktober in Arnhem wordt gehouden.

En dat opgeven begint nu langzamerhand hoog tijd te worden, vandaar ook dat u in dit nummer van Medisch Contact als onderdeel van de congresbijlage nog éénmaal een inschrijfformulier vindt. Vult u het meteen even in, want het congres is de moeite waard: het is – voorzover wij weten – de eerste keer dat in Nederland op één congres

vanuit zoveel verschillende invalshoeken tegelijkertijd de aandacht wordt gevestigd op problemen met betrekking tot de gezondheidszorg rondom de adolescent.

En het recreatieve programma mag er ook zijn, maar dat had u al begrepen want in één van de mooiste stukjes Nederland kan dat eenvoudig niet mis gaan!

Allemaal extra redenen om vandaag nog het formulier op te sturen en u te verheugen op goede informatie, goede ontspanning en hernieuwde vriendschap met vele bekenden.

Bent u daar, collega?!

Namens de Congrescommissie,
C. J. Hoogendijk, voorzitter

Fotowedstrijd

Voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste KNMG-ledencongres zijn tot dusver nog niet zo héél veel inzendingen binnengekomen. Integendeel, met wat inmiddels beschikbaar is kan zeker geen expositie worden ingericht. Alle mogelijke foto's zijn welkom; het hoeven echt geen kunstwerken te zijn om voor een prijs in aanmerking te kunnen komen.

Collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-334534) blijft met belangstelling uitzien naar uw inzendingen, ook al bent u daar wat laat mee!