



## redactioneel

- 'De arts zal er naar streven elke patiënt, die zich bij hem/haar vervoegt of voor wie zijn/haar hulp wordt ingeroepen, de voor diens klachten en/of ziekten meest adequate behandeling te verstrekken of te doen verstrekken, zoals deze onder beroepsgenoten gebruikelijk is'. Uitgaande van deze basisregel sprak KNMG-voorzitter Ch. J. Maats de 172ste Algemene Vergadering van de Maatschappij Geneeskunst toe, waarbij hij nader inging op enkele actuele vraagstukken in de gezondheidszorg, zoals de problematiek rondom de regionalisatie, de medische informatica, de geneesmiddelenvoorziening en de opleiding van dokters-, tandarts- en apothekersassistenten.
- Als vervolg op het in februari 1977 in MC gepubliceerde artikel 'Planning en budgettering in de National Health Service' thans een uitvoerige beschouwing van Drs. A. R. van de Vijssel, werkzaam bij het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, over de reorganisatie van de NHS. In dit artikel, dat zich concentreert op de periode begin 1976 tot eind 1977, wordt nader ingegaan op het functioneren van planning en budgettering in de praktijk en de discussie hierover in de National Health Service.
- De revalidatie-arts B. D. Bangma, hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam, start in dit nummer met een serie korte artikelen over de methode van revalidatie. Daarmee wordt een overzicht gegeven van het denken en doen in de revalidatie-geneeskunde met betrekking tot de locomotorisch gehandicapte patiënt. In eerste instantie wordt ingegaan op de definitie en de filosofie van de revalidatie, de consequenties voor het revalidatieve handelen en de denkpsychologische achtergronden.
- De Engelse arts Dr. John Williams levert in de artikelenserie over sportgeneeskunde een bijdrage over de International Federation of Sports Medicine, waarvan hij secretaris-generaal is.



'Golvend leven', zo is dit decoratieve werkstuk van de kunstenaar Jan Snoek genoemd. Het is aangebracht in de hal van het Diaconessenziekenhuis te Heemstede en aangeschaft ter gelegenheid van de ingebruikneming van de nieuwbouw in 1974.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	422
<i>Inzenders: A. Verkuyl en G. P. M. Ettes</i>	
De 172ste Algemene Vergadering van de KNMG .....	425
Uitspraak Raad van Beroep: Huisarts heeft geen recht op onbeperkte concurrentie .....	428
Internationaal perspectief: National Health Service gereorganiseerd; doeleinden, instrumenten en financiële middelen, door Dr. A. R. van de Vijssel .....	429
Sportgeneeskunde internationaal (IV): International Federation of Sports Medicine, door Dr. John Williams .....	437
Over de methode van revalidatie, door B. D. Bangma .....	439
Geschiedenis der geneeskunde: Een artikel van Paulus de Wind, 'Waarneming over een gestikte navelbreuk', door mw. Drs. C. M. Verkroost .....	441
OFFICIEEL .....	443
Inhoudsopgave officieel .....	444



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

Voor niet-leden van de KNMG  
f 82,70; losse nummers f 2,35, excl.  
portokosten (inclusief BTW); bui-  
tenland f 87,90.  
Opgave van abonnementen uitslui-  
tend bij de uitgever.

#### **Advertenties**

Advertenties behoeven de goedkeu-  
ring der redactie en kunnen zonder  
opgaaf van redenen worden geweig-  
erd. Opgaven uitsluitend bij de uit-  
geverij.

#### **Adreswijziging**

Leden der KNMG uitsluitend aan de  
afdeling Ledenregister der Maat-  
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.  
Niet-leden uitsluitend aan de uit-  
gever.

**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.*

### **BEHULPZAME MEDICI GEVRAAGD**

In Lunteren wordt een groot deel van het jaar in een aangepaste vleugel van het congressentrum 'De Blijde Werelt' 'kampen' gehouden voor mensen met een handicap met hun partners, vermoeide huisvrouwen en bejaarden. Voor velen betekenen deze weken een geweldig evenement, waar men zeer lang naar uitzielt en met vreugde op terugziet. Deze 'kampen' gaan uit van de protestante kerken.

Er is een grote staf van vrijwilligers nodig en dat gelukt vrij aardig, maar met de artsen wil het niet dit jaar. Er zijn veel te weinig aanmeldingen. En zo'n week is niet mogelijk zonder artsen, die overigens meestal weinig echt medisch werk te doen heeft! Voor de weken 27 mei-3 juni; 3-10 juni; 17-24 juni; 8-15 juli; 22-29 juli en 5-12 augustus is het wachten op de bereidheid van een arts die mee wil helpen. Wie daartoe in staat is, tijd en zin heeft, kan zich overdag melden bij de heer J. van Luit, staffunctionaris van het Algemeen Diakonaal Bureau van de Gereformeerde Kerken, Postbus 2211, Leusden. Tel: 033:43244.

Vele wachtenden rekenen op U!

Leersum, 13 maart 1978

A. Verkuyt,

'De Hoogstraat'.

### **SPORTGENEESKUNDE**

Met genoeg las ik het lezenswaardige artikel van de fysiotherapeut Van Breukelen over sport-fysiotherapie in Medisch Contact nr. 10/1978, blz. 317. Er was echter een ding waar ik over struikelde. Hij stelt het volgende: 'Het komt nog voor dat patiënten als laatste redmiddel pas dan naar de fysiotherapeut worden verwezen als zij niet op pillen, poeders of injecties reageren. Dit door onbekendheid van de arts met de mogelijkheden van de fysiotherapie'. Foei! Ik zou willen beweren dat precies het omgekeerde waar is. Omdat we weten dat de verwijzing naar een fysiotherapeut het gevolg kan hebben dat met de behandeling op zijn vroegst pas na twee à drie weken kan worden begonnen (mijn persoonlijk

record is het drie maanden vasthouden van een machtiging) moeten we ons wel behelpen met pillen, poeders en injecties. De meeste fysiotherapeuten werken volgens afspraak en al gauw zit hun agenda volgeboekt met herhalingsbehandelingen. Daarom verhelpen ze alleen nog chronische aandoeningen en bestaat er geen ruimte voor de meer acute zaken, zoals sportblessures. Ook daarom schrijf ik nog regelmatig tanderil voor – terwijl ik weet dat een fysiotherapeut beter werk zou kunnen leveren – zonder me schuldig te voelen!

Hoe kan dat nou? Kijk, open ruimte in een agenda van een beoefenaar van het vrije beroep die werkt op een verrichtingenbasis kost geld als de ruimte open blijft. Natuurlijk heeft de schrijver van het bovengenoemde artikel hier geen last van, omdat hij in een dienstverband werkt. Hij vraagt zich terecht af, of er niet overbodig wordt geslikt en gespoten, maar de schuld ligt mijns inziens niet bij de pillenverstrekkers.

Zeist, 14 maart 1978

G. P. M. Ettes, huisarts



**Subsidies** — De Nederlandse Hartstichting stelt een aantal subsidies ter beschikking voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de circulatie. De voorkeur gaat uit naar kort lopende onderzoeken op het gebied van de vroege opsporing en behandeling en de revalidatie van patiënten met myocardinfarct en de andere complicaties van atherosclerose. Maar ook voor spoorwerk op andere gebieden de bloedsomloop betreffende kan subsidie worden aangevraagd. Aanvraagformulieren kunnen worden

## DE 172ste ALGEMENE KNMG-VERGADERING

Merkwaardig rustig is de agenda van de 172ste Algemene Vergadering van de KNMG afgehandeld. In grote eensgezindheid zijn de voorstellen van het hoofdbestuur aanvaard. Toch waren er zeer essentiële zaken aan de orde.

Om de belangrijkste te noemen: toevoeging aan de statuten van een nieuw artikel 24, inhoudende dat binnen de Maatschappij Geneeskunst verenigingen bestaan aan welke de bevordering van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van hun sociaal-economische en van hun overige maatschappelijke belangen is toebedeeld.

Daarmede wordt een feitelijke gang van zaken nu ook statutair vastgelegd. Hieraan is een lange ontwikkeling voorafgegaan. Bij de reorganisatie van de KNMG in 1946 was er nog veel weerstand tegen de gedachte om aan specialisten- en huisartsenverenigingen een eigen taak toe te kennen. Uitvoerig werd toen gediscussieerd of dit zich moest beperken tot: de behartiging van ziekenfondsbelangen, van maatschappelijke belangen, van artsenbelangen of van materiële belangen. Al heel spoedig bleek dat de taakafbakening tussen hoofdbestuur en belangenverenigingen voor niemand goed duidelijk was. Tijdens een gecombineerde vergadering van het hoofdbestuur en de voltallige besturen van LSV en LHV op 12 oktober 1946 zag men geen kans om aan de Algemene Vergadering een zinnig voorstel over de scheiding van bevoegdheden voor te leggen. In een 'verklaring van de voorzitter' in Medisch Contact van 7 februari 1947 motiveerde Brutel de la Rivière zijn aftreden als volgt: de gedeelde verantwoordelijkheid waarvan sprake was zolang men niet door duidelijke terreinafbakening tot een scheiding van verantwoordelijkheid kon

komen, was voor de voorzitter een ondragelijke zaak. Gedurende de jaren na 1947 is deze problematiek herhaaldelijk aan de orde geweest. Sprak men aanvankelijk van delegatie van bevoegdheden van het hoofdbestuur aan de maatschappelijke verenigingen, later heette dit in de wandelgangen: attributie, nu dan officieel in de statuten: toebedeeld.

Uiteraard is de volgende stap dat het huishoudelijk reglement van de KNMG aan de nieuwe situatie moet worden aangepast. Een veto-recht van het hoofdbestuur over de besluiten van de centrale besturen en de ledenvergaderingen, zoals nu in het huishoudelijk reglement verwoord, strookt niet met de statutenwijziging. Hoe de relatie tussen hoofdbestuur en centrale besturen zal worden geregeld – daarheen verwijst ook het nieuwe artikel 24 in de statuten – zal bij de wijziging van het huishoudelijk reglement in een volgende Algemene Vergadering aan de orde worden gesteld.

Aan het met algemene stemmen aanvaarden van de Richtlijnen voor Waarneming door artsen ging nogal wat discussie vooraf. Een aantal leden was bevreesd voor een soort heksenjacht op artsen indien zij niet binnen 15 minuten – zoals in de toelichting op de richtlijnen het betreffende punt 'binnen redelijke tijd' nader werd omschreven – aan een oproep zouden voldoen. Na een heldere uiteenzetting van Mr. B. Schultz – waaruit onder meer bleek dat, ingeval een (tucht)rechtelijke uitspraak aan de orde zou zijn, alle omstandigheden zouden worden meegewogen en de richtlijnen van de KNMG ook een beschermende werking ten opzichte van haar leden hebben – ging men met dit onderdeel accoord.

## KOSTEN VERSTREKKING VAN GENEESMIDDELEN

De voorzitter ging in zijn inleiding onder meer nader in op een rapport van de Nederlandse Associatie van

de Farmaceutische Industrie (Nefarma). De farmaceutische industrie wil, waar mogelijk, een wettelijke verplichting tot het afleveren van industriële kleinverpakkingen. Daarnaast zou een nieuwe gedifferentieerde vergoedingsregeling voor de apotheker moeten worden ingevoerd waarbij de leveringskosten op die producten drukken waar deze werkelijk worden gemaakt (o.a. de magistrale receptuur). De afleveringskosten van de apotheker voor de kleinverpakking zou drastisch kunnen worden verlaagd. In dit rapport berekent Nefarma dat dit voor de ziekenfondsverzekering een besparing zou opleveren van 85 à 90 miljoen gulden (guldens 1976). Daarnaast zouden nog eens 77 miljoen gulden bespaard kunnen worden doordat het 'uitponden' van grootverpakkingen overbodig is geworden. Hierbij dient te worden aangetekend dat Nefarma deze bedragen heeft berekend op grond van de beschikbare gegevens; voor preciese berekeningen zijn meer gegevens nodig. Nefarma wijst er dan ook op dat het niet de bedoeling is exact aan te geven wat precies zou kunnen worden bespaard, maar slechts te indiceren in welke orde van grootte deze besparingen zouden kunnen liggen op het moment dat zoveel mogelijk kant en klaar kleinverpakkingen worden afgeleverd. Het gaat hier om niet onaanzienlijke bedragen die een nader onderzoek rechtvaardigen. Terecht evenwel heeft de voorzitter opgemerkt dat de geneesmiddelenvoorziening aan een aantal voorwaarden moet voldoen, dat bepalend zou zijn voor de organisatie en de kosten. De wettelijk verplichte kleinverpakking lijkt strijdig met enkele door de voorzitter genoemde voorwaarden. Ook hier is nader onderzoek noodzakelijk.

B.

verkregen bij de Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, Den Haag. Aanvragen dienen uiterlijk 30 juni 1978 in het bezit van de Hartstichting te zijn. Degenen die voor 1979 een vervolgaanvraag willen indienen ten behoeve van een reeds met subsidie van de Hartstichting lopend project, wordt aangeraden dit te doen vóór 15 juli 1978. Alleen dan kan bericht inzake toekenning c.q. afwijzing voor eind 1978 worden verwacht.

**Verslag heroïnesymposium** – Op 24 november 1977 vond in de Westerkerk te Amsterdam het Nationaal Heroïne Symposium plaats. Er waren ruim achthonderd deelnemers, onder wie artsen, andere hulpverleners, politiemensen, heroïnegebruikers, ex-gebruikers, juristen, buurtbewoners, politici en ambtenaren. Het verslag van dit symposium (126 blz.) is nu uitgegeven door wijkcentrum d'Oude Stadt, de organisator van het symposium. Alle inleidingen zijn erin opgenomen, plus de bijdragen aan de discussie en de forumavond. Kranteartikelen geven een overzicht van de reacties in de pers. Het verslag is te bestellen door overmaking van f 7,50 + f 2,— verzendkosten op Amsterdamse gemeentegiro 0713 t.n.v. Uitgeverij-drukkerij De Oude Stad OZ Voorburgwal 80, Amsterdam, onder vermelding van 'Heroïneverslag' (het postgironummer van de gemeentegiro is 13500).

**Overzicht revalidatievoorzieningen** – De Vereniging van Revalidatie-inrichtingen in Nederland heeft een overzicht vervaardigd van revalidatievoorzieningen in Nederland naar instelling, erkenning revalidatiedagbehandeling en namen revalidatieartsen. Dit overzicht is gratis op aanvraag verkrijgbaar bij het secretariaat van de vereniging, Oudlaan 4, Utrecht, tel. 030-739911. Postadres: postbus 9696, 3506 GR Utrecht.

**Nieuw verpleeghuis** – De Vereniging Rudolf Steiner te Den Haag zal in beginsel kunnen rekenen op de medewerking van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bij de oprichting van een verpleeghuis op twee locaties, waar sprake zal zijn van een medische en therapeutische behandelwijze op antroposofische grondslag. Dit heeft de staatssecretaris Mevr. Veder-Smit, meegedeeld aan het bestuur van de Vereniging. In Driebergen zal door middel van vervangende nieuwbouw een verpleeghuis met een capaciteit van maximaal zestig bedden voor geestelijk gestoorde bejaarden kunnen worden gerealiseerd. In Den Haag zal een zodanige voorziening voor somatische zieken worden opgericht in de huidige Rudolf Steiner-kliniek, 'Villa Novalis'.



## De zwijgplicht van een co

*Vanmiddag was ons co-assistentenuurtje. Ik vroeg Dr. Wouters of hij iets over chemotherapeutica wilde vertellen en al heel spoedig kwamen wij terecht bij het mammacarcinoom. Nadat hij de therapie ervan had behandeld op de hem bekende – uitstekende – wijze, besteedde hij aandacht aan het psychische aspect. Hij zei, dat deze patiënten veel van je eisen en dat je hen heel goed moet begeleiden.*

*Uiteraard kwamen wij op het onderwerp 'hoe vertel ik het mijn patiënt?' Hierop bleek Dr. Wouters een – mijns inziens – goede visie te hebben. Gebruik nooit het woord 'kanker' en tracht altijd hoop te zaaien. Misschien is het woord 'hoop zaaien' niet zo gelukkig gekozen; het gaat er in ieder geval om dat je de patiënt duidelijk moet laten blijken dat je hem of haar niet laat vallen. Heel langzaam zal de patiënt dan zelf wel tot de conclusie komen dat het snel met hem of haar is afgelopen.*

*De problemen kwamen pas, toen ik mijn patiënte met een eindstadium van een mammacarcinoom ter sprake bracht. Als co-assistent heb ik van de 'medisch groep' het meeste contact met de patiënt, maar aan de andere kant is Dr. Wouters de verantwoordelijke en uiteindelijk ook behandelende geneesheer. Wanneer het co-assistentischap hier is afgelopen, blijft hij contact houden met de patiënte. Dr. Wouters had over het aandeel van de co-assistent in de begeleiding van kankerpatiënten een hele duidelijke mening: 'Houd de boot af. Laat niets los over wat je weet en verwijs in alle gevallen naar de internist', zei hij. Wanneer hij als internist een gesprek met de patiënt(e) had, mocht ik als co er wel bij zijn. Ik vroeg hem toen letterlijk: 'Mag ik bij dit gesprek mijn mond opendoen?' 'Nee', was zijn antwoord. 'Dus ik dien te zwijgen', voegde ik hieraan toe. 'Ja', zei Dr. Wouters weer en*

*toen schoot hij in de lach. Misschien schrok hij van zijn eigen antwoord. Ik heb nog iets gezegd over dat zwijgen; dat kan namelijk veel dreigender en onheilspellender zijn dan spreken. Dit kapte hij af met: 'Dat weet ik wel.'*

*Een andere co-assistent zei nog de indruk te hebben dat ik mij al arts waande. Verdomme – dacht ik – als ik mij nou één ding niet waan, niet eens zou willen wanen, dan is het dat ik (nu al) arts zou zijn. Maar zijn opmerking viel in goede aarde bij Dr. Wouters: 'Ja, dat zal nog wel een jaartje duren'. Om heel eerlijk te zijn: wanneer het nu aan mij ligt, word ik nooit arts.*

*Gisternacht heb ik nog naar een 'hysterica' mogen kijken. Zij had plotseling stekende borstpijn gekregen, die echter snel was verdwenen. Toen ze uit de huiskamer wegging om de afwas te doen 'verloor ze haar stem'; ze wankelde, hetgeen voor haar echtgenoot*

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(23)

*een reden was om in een flinke draf naar haar toe te sprinten; hij nam haar in zijn armen en meteen viel ze flauw. Een mooi moment om flauw te vallen, dacht ik bij mezelf; dat is iets voor een beeldroman. De assistent heeft haar nog onderzocht. Hij vond uiteraard niets en nu ligt ze op de afdeling psychiatrie.*

Alexander van Es

# De 172ste Algemene Vergadering der KNMG

KNMG-voorzitter Ch. J. Maats heeft ter inleiding van de 172ste Algemene Vergadering van de Maatschappij Geneeskunst, vrijdag 17 maart jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht – de resultaten van het besluitvormend gedeelte daarvan staan vermeld in het officieel gedeelte van het vorige nummer van Medisch Contact (MC nr 13/1978, blz. 420) – de aanwezigen als volgt toegeproken:

'De arts zal er naar streven elke patiënt, die zich bij hem/haar vervoegt of voor wie zijn/haar hulp wordt ingeroepen, de voor diens klachten en/of ziekten meest adequate behandeling te verstrekken of te doen verstrekken, zoals deze onder beroepsgenoten gebruikelijk is'.

Voor de huisarts en de specialist geldt deze regel vierentwintig uur per dag en zeven dagen in de week. Geen van ons kan dit als individu volcontinu volbrengen. Vandaar dat een goede regeling van de waarneming wenselijk is. Uit onderzoekingen is gebleken dat de verschillende beroepsbeoefenaren zich hiervan bewust zijn. Het voorstel dat in deze vergadering voor U ligt beoogt hieraan verder uitwerking te geven.

Deze regel geldt niet alleen voor degenen die dagelijks de individuele patiëntenzorg verstrekken maar is ook van toepassing op sociaal-geneeskundigen, zowel de verzekeringsgeneeskundige, de GGD-arts, de jeugdarts, de bedrijfsarts als de medisch directeur.

Nu de overheid haar traditionele voorwaarden scheppende rol aan het uitbreiden is – in die zin dat zij voor een ieder van ons richting wil geven bij de bepaling van wat mag en niet mag en daarbij verder wil gaan dan het beheer van de academische ziekenhuizen, het beleid met betrekking tot de hartchirurgie, de niertransplantatie en het subsidiebeleid ten behoeve van de kruisverenigingen – is het goed dat wij de wijze waarop wij onze keuze maken nog eens duidelijk



*KNMG-voorzitter Ch. J. Maats spreekt de 172ste Algemene Vergadering van de maatschappij Geneeskunst toe*

uiteenzetten. Immers, degenen die op de genoemde gebieden van medische hulp werkzaam zijn weten maar al te goed hoe de keuze van de overheid uitvalt. In verschillende dag- en weekbladen – ook in MC – is daarover voldoende te lezen. De wet voorzieningen gezondheidszorg moet leiden tot een doelmatig stelsel van voorzieningen van gezondheidszorg. Een streven dat in de beperkte opvatting van doelmatigheid (= zuinigheid) kan leiden tot een zuinig, met weinig middelen functionerend stelsel, dat niet elke patiënt het recht geeft de meest adequate behandeling op tijd te krijgen. Dat dit al realiteit is blijkt uit de zojuist genoemde voorbeelden.

Engeland is het voorbeeld bij uitstek van het samengaan van enthousiasme over het feit dat de gezondheidszorg slechts 6% van

het nationaal inkomen in beslag neemt – en van strijd, teleurstelling en apathie van degenen die niet in staat zijn de patiënt dagelijks te geven wat zij aan hulp zouden willen bieden. De aldaar ingevoerde reorganisatie, gepaard gaande met een enorme toename van medewerkers die zich (vooral op papier) bezighouden met het regelen en verslagleggen van het werk dat anderen doen en de daaruit voortvloeiende vergroting van de informatiestroom leidt alleen maar tot nieuwe reorganisaties. Zij heeft niet geleid tot het doel: de zorg te geven aan degenen die deze behoeven.

Wellicht heeft deze reorganisatie zelf tot dit negatieve resultaat bijgedragen omdat zij de aandacht van de patiënt heeft afgeleid en toegespitst naar het stelsel, dat vervolgens in zijn nieuwe vorm zijn eigen weg is gegaan, een stelsel waarin de patiënt niet wordt beschouwd als direct belanghebbende 'klant' maar als lastige vrager die het aanbod volgt, of hij nu wel of niet in de 'verkeerde' regio woont.

In het volgende ga ik op enkele punten wat dieper in:

## Regionalisatie

In 1973 heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een rapport over de regionalisatie van de gezondheidszorg uitgebracht, dat mede tot basis heeft gediend voor de in 1974 verschenen Structuurnota gezondheidszorg van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid. Als uitvloeisel van deze Structuurnota heeft dezelfde staatssecretaris in 1975 een vijftal proefregio's aangewezen, waar op verschillende wijzen met de regionalisatie van de gezondheidszorg zou worden geëxperimenteerd.

De KNMG heeft altijd naar voren gebracht dat zij voor het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg gaarne verantwoordelijkheid wil aanvaarden. Planning en ordening ziet zij als taak van overheid en particulier initiatief. Vanuit dit gezichtspunt heeft zij haar afdelingen en individuele leden gestimuleerd en bereid

gevonden deel te nemen aan activiteiten, onder meer in het kader van de experimenten met proefregio's. Hieraan wordt met veel enthousiasme, ijver en inzet gewerkt.

Nu er inmiddels 2 1/2 jaar zijn verlopen sedert de start van het vijftal experimenten in de regio's Kennemerland, Friesland, Nijmegen, Zuid-Limburg en Eindhoven, lijkt het van belang kort stil te staan bij de tot nog toe bereikte resultaten, alsmede bij de overige ontwikkelingen op het terrein van de regionalisatie van de gezondheidszorg, die – zoals u weet – niet het monopolie van de proefregio's zijn. Kort samengevat komt het erop neer dat men in alle proefregio's nog druk doende is met het experiment, dat nog geen concrete resultaten zijn bereikt, dat deze ook niet op korte termijn zijn te verwachten en dat in Eindhoven het experiment – gezien de beleidsdoelstellingen die wij hebben aanvaard – in feite als mislukt is te beschouwen.

Wanneer wij nu anderzijds constateren dat er naast het regionalisatieproces in de gezondheidszorg, dat zich ook buiten de vijf proefregio's in verschillende vormen – zowel in bestuurlijke als in medische zin – met veel enthousiasme en grote eigen inbreng van de betrokkenen ontwikkelt, ook nog een wet voorzieningen gezondheidszorg op stapel staat, die al evenzeer een eigen (andere) structuur voorschrijft, dan moeten we ons ernstig afvragen of wij wel op de goede weg zijn. Deze vraag klemmt te meer aangezien bij deze activiteiten vele werkers in de gezondheidszorg zijn betrokken, mensen die (zoals ik dat van dichtbij meemaak) naast het voeren van soms zeer drukke praktijken vol enthousiasme veel tijd en energie aan dit werk besteden en die moeizaam zullen vorderen op de lange en moeilijk begaanbare weg die dan achteraf wellicht niet de juiste zal blijken te zijn

geweest. Dan zou het aanvankelijk enthousiasme en elan wel eens kunnen omslaan in averisie en apathie. Resumerend: het is de hoogste tijd ons te bezinnen op de bijdrage van de uitvoerende macht van de overheid aan het regionalisatieproces in de gezondheidszorg. Het ligt dan ook in ons voornemen in het komende gesprek met de nieuwe staatssecretaris, mevr. Veder-Smit, deze problematiek aan de orde te stellen. Daarnaast zullen de afdelingsbesturen die met regionalisatieplannen van de plaatselijke overheden zijn of worden geconfronteerd zich bij hun standpuntbepaling hieromtrent goed bewust moeten zijn van de hiervoor geschilderde gevaren.

### Informatica

Het hoofdbestuur der KNMG volgt met enige zorg de ontwikkelingen op het gebied

van de informatica. Gezien het stormachtige karakter van deze ontwikkeling is het gevaar aanwezig dat de consequenties ervan niet geheel meer zijn te overzien. Met name bestaat zowel bij de overheid als bij de particuliere instellingen de neiging informatieprojecten op te bouwen zonder dat tevoren duidelijk een studie is gemaakt naar de zin, doeleinden, organisatiestructuur, middelenbehoefte en de consequentie ervan.

Daarbij komt dan nog dat een aantal projecten van start is gegaan zonder dat er sprake is van een functionerend controle-instituut: handvestcommissie, onafhankelijke controle op de gegevensverwerking zelf, voorschriften met betrekking tot bescherming van de privacy van de patiënt, van de gegevensverstrekker (de arts, de instellingen). Ook is niet altijd voldoende aandacht gegeven aan de consequenties van een en ander voor de beroepsuitoefening; taken en bevoegdheden van de diverse partners zijn



*De 172ste Algemene Vergadering van de Maatschappij Geneeskunst bijeen in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht*



niet of nauwelijks afgebakend. Het hoofdbestuur van de KNMG neemt het standpunt in dat de controle op dergelijke systemen onafhankelijk moet zijn en dat aan de daaruit voortvloeiende eisen moet worden voldaan. Wanneer het bij dergelijke systemen gaat om de inbreng van medische gegevens van artsenzijde, moet ook voldoende inbreng van die kant bij de controle zijn gewaarborgd. Een bijzonder gevaar dreigt hier wanneer bepaalde registratiesystemen voor meerdere doeleinden worden gebruikt. Het is dan mogelijk dat de normen en criteria, gesteld aan bepaalde gegevens voor een bepaald doel (bijvoorbeeld administratie van ziekenhuisopname), niet dezelfde zijn als die welke moeten worden gesteld aan het gebruik van dergelijke gegevens voor een ander doel (bijvoorbeeld het beleid). Willen de participanten aan een registratiesysteem zichzelf werkelijk ten volle waar maken dan is het de vraag of zij de eis mogen stellen dat zij als participant slechts marginaal op het gebruik van hun systeem behoeven te worden getoetst. Het hoofdbestuur ziet ten deze met belangstelling uit naar de rapportage van de Commissie Privacy van de Gezondheidsraad. Het verwacht dat deze rapportage met de hiervoor genoemde problematiek terdege rekening zal houden. Dit is met name van groot belang voor de verwezenlijking van het informatiesysteem zoals dat in aanzet in de Structuurnota Gezondheidszorg is aangegeven. Daarbij zal ook de overheid tegen zichzelf moeten worden beschermd, opdat zich geen effecten à la 'De Tovenarsleerling' zullen voordoen!

#### Geneesmiddelenvoorziening

Het hoofdbestuur der KNMG heeft van de Nederlandse associatie van de farmaceutische industrie Nefarma een 'Rapport Farmaceutische Verstrekkingen' ontvangen. Dit rapport van Nefarma handelt over de verstrekkingen van geneesmiddelen aan ziekenfondsverzekerden. In het rapport wordt een aantal opmerkingen gemaakt over het functioneren van de apotheker in de apotheek. Tevens worden suggesties gedaan met betrekking tot mogelijkheden tot besparingen en bezuinigingen. Een van de meest herhaalde suggesties betreft de verstrekking van geneesmiddelen in door de farmaceutische industrie afgeleverde kleinverpakking. In het rapport wordt niet ingegaan op een aantal belangrijke voorwaarden die ons inziens aan de geneesmiddelenvoorziening dienen te worden gesteld, voorwaarden die naar de mening van het hoofdbestuur in acht moeten worden genomen bij de geneesmiddelenvoorziening en die bepalend zijn voor de organisatie ervan en het middelenbeslag dat ervoor nodig is. Wij zijn van mening dat de volgende voorwaarden dienen te gelden:

- op elk moment moet het – gezien de stand van wetenschap en techniek – meest adequate geneesmiddel aan de patiënt kunnen worden verstrekt;
- deze verstrekking dient te kunnen plaatsvinden in de voor de betrokken patiënt – afgestemd op diens ziekte en/of klachten en naar het oordeel van de behandelend arts – meest geëigende toedieningsvorm en in het door de laatste gewenste aantal of hoeveelheid;
- verstrekking van geneesmiddelen dient – op voorschrift van de behandelend arts – te geschieden door een apotheker dan wel vanuit de apotheek van de apotheekhoudend huisarts;
- de verstrekking van geneesmiddelen in de juiste toedieningsvorm en in het gewenste aantal c.q. de gewenste hoeveelheid dient vierentwintig uur per dag en zeven dagen in de week te kunnen geschieden;
- de apotheekhoudend huisarts en de apotheker dienen vrij te zijn in de keuze van de door hen in te kopen geneesmiddelen en van de instanties van wie zij deze betrekken (geen monopoliepositie van de leverancier);
- de apotheker moet in staat zijn – onafhankelijk van arts en leverancier – een expertise te geven van de door de arts voor te schrijven geneesmiddelen;
- de arts verstrekt zijn patiënt de door hem geachte informatie over doel en (neven)werking van het geneesmiddel, alsmede over de wijze waarop de patiënt bij klachten ten gevolge van het gebruik van dit geneesmiddel moet handelen;
- het geven van deze informatie is individueel en per patiënt bepaald;
- tot het toevoegen of het weglaten van bijsluiters wordt besloten afhankelijk van de mate waarin dit overeenkomt met de door de behandelend arts gewenste inhoud en het gewenste effect van de door hem gegeven voorlichting over het geneesmiddel aan de betrokken patiënt;
- de wijze van verstrekken, de toedieningsvorm en de verpakking dienen de afhankelijkheid van de patiënt van het geneesmiddel of van een bepaald merk geneesmiddelen niet in stand te houden of te bevorderen, noch dienen zij de vrijheid van de arts met betrekking tot het wijzigen of achterwege laten van het voorschrijven van geneesmiddelen te beperken;
- eventuele bijsluiters en/of waarschuwingen, al of niet voorgeschreven, dienen door een onafhankelijke instantie te worden opgesteld; de bijsluiters en/of waarschuwing mag niet de voorkeur voor bepaalde geneesmiddelen of merken daarvan beïnvloeden.

De mate waarin de adviezen van het Nefarma-rapport zullen leiden tot bezuinigingen en/of besparingen valt op grond van de verstrekte informatie niet te beoordelen. Het hoofdbestuur spreekt zich hierover uitdrukkelijk niet uit. Overigens wordt ook in het rapport zelf gewezen op

de gebreken die de informatie ten deze vertoont. Wel zijn wij van mening dat, indien er in de apotheken zou kunnen worden bezuinigd, het resultaat van deze bezuinigingen ten goede moet komen aan de gezondheidszorg en niet aan de industrie.

Het in het rapport gestelde sluit de mogelijkheid niet uit, dat in de toekomst de prioriteitenstelling in de gezondheidszorg door de industrie zal worden bepaald. Op generlei wijze mag de gebruiker in verdergaande mate afhankelijk worden van de leverancier. Hierbij dient met name te worden bedacht dat een schijnbare besparing van vandaag een enorme overwinst voor morgen kan betekenen. Het is met het oog hierop wenselijk dat een studie wordt verricht naar de mogelijke lange termijn-effecten van de voorstellen die in het rapport worden gedaan. Tevens dient een antwoord te worden gegeven op de vraag in hoeverre de wet op de economische mededinging hier van toepassing is. Wij wensen ons in deze kwestie onafhankelijk op te stellen, ongeacht het standpunt dat de overheid hieromtrent inneemt. Het hoofdbestuur der KNMG heeft besloten zich in deze zin onder meer tot de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister van Economische zaken te wenden.

#### Opleiding assisterende beroepen

Met de KNMP en de Maatschappij Tandheelkunde heeft het hoofdbestuur zich gewend tot de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen om zijn bezorgdheid uit te spreken over het beleid met betrekking tot de opleiding van doktersassistenten, apothekersassistenten en tandartsassistenten. Het voornemen bestaat voor deze drie beroepsopleidingen gemeenschappelijke projectscholen aan te wijzen. Deze aanwijzing zou niet plaatsvinden op onderwijskundige en doelmatigheidsgronden, maar op levensbeschouwelijke gronden. Een en ander geheel in strijd met de door ons en door verschillende commissies tot nu toe uitgebrachte adviezen. Uitgaande van het streven om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden, is de aangekondigde gang van zaken – zeker in een tijd van schaarste – ongewenst, omdat daarmee nodeloze dubblures worden gecreëerd in plaatsen waar reeds goedlopende opleidingen voor deze beroepen bestaan.

Dat thans wordt getracht de hulp die door de kruisverenigingen wordt verstrekt een betere financiële basis te geven, is een lichtpunt. Wij kunnen slechts hopen dat die poging slaagt. Het leek me goed hiermee te eindigen.

Aldus tenslotte KNMG-voorzitter Ch. J. Maats.

# Huisarts heeft geen recht op onbeperkte concurrentie

Klager was als enige huisarts werkzaam in een dorpspraktijk die hij ongeveer drie jaar voor het hierna gestelde door overname verkreeg. De beklagde arts had al langere tijd het voornemen zich na afloop van zijn militaire dienst in een plattelandsgemeente te vestigen en overwoog, daarbij afgaande op minder gunstige berichten in de pers betreffende de klagende arts en op informatie van onder meer artsenbezoekers, zich in hetzelfde dorp als klager te gaan vestigen. Hij heeft in de zomer telefonisch bij klager geïnformeerd naar vestigingsmogelijkheden. Deze deelde hem mede dat het dorp zijns inziens geen ruimte bood voor de vestiging van een tweede huisarts en tevens dat hij niet in enigerlei vorm van samenwerking was geïnteresseerd. De beklagde arts wendde zich vervolgens tot verschillende instanties waaronder het bureau van de LHV. Dit deelde hem mede dat een arts zich in beginsel vrij kan vestigen, maar raadde hem aan tevoren overleg te plegen met het bestuur van de betreffende afdeling van de KNMG. Dit overleg slaagde niet zo spoedig als beklagde zich dat voorstelde. Daarom kocht hij in het najaar een huis in het genoemde dorp en legde zeer kort voor de opening van zijn praktijk een bezoek af bij de daar gevestigde huisarts, de klager. Tijdens dit bezoek heeft klager er op gewezen dat door zijn hoge financiële verplichtingen het voortbestaan van zijn praktijk ernstig in gevaar zou komen als de beklagde arts in zijn vestiging zou slagen. Hij bood daarbij aan volledige opening van zijn financiële zaken te geven als beklagde bereid zou zijn zijn vestiging alsnog ter discussie te stellen. Deze heeft dit geweigerd. Wel heeft de beklagde arts daarna nog met het afdelingsbestuur gesproken, dat hem vestiging ter

plaats te sterkste afraadde. De gevestigde arts diende een klacht in bij de districtsraad wegens incollegiaal optreden en vorderde in een tegelijkertijd dienend geschil dat aan de andere partij voortzetting van de praktijk zou worden verboden. De districtsraad achtte de klacht gegrond en oordeelde dat beklagde zich had schuldig gemaakt aan incollegiaal optreden en had gehandeld in strijd met de belangen der KNMG. Tevens besliste de districtsraad in het geschil dat het beklagde verder verboden zou zijn de huisartspraktijk uit te oefenen in het praktijkgebied waar klager werkzaam was en veroordeelde hem tot betaling van de proceskosten. Van deze uitspraken kwam beklagde in beroep. De uitspraak op de klacht werd door de Raad van Beroep bevestigd, waarbij deze overwoog dat beklagde – afgezien van de vraag of op hem bij vestiging de plicht rustte met de financiële verplichtingen van de ander rekening te houden – reeds bij voorbaat overleg en nadere overweging van de mogelijk grote belangen van de ander heeft uitgesloten en zich zodoende ten opzichte van die ander heeft schuldig gemaakt aan incollegiaal optreden. Ter zake van het geschil stelde appellant uit te gaan van het ook tussen artsen geldende recht van onbeperkte concurrentie, hetgeen hem toe zou staan zich te allen tijde en overal vrij te vestigen; in casu kwam dit recht hem toe daar zijns inziens de praktijkomvang in het dorp voor één arts te groot was en hijzelf met een praktijk van zeer beperkte omvang genoeg zou nemen. De Raad wees appellants stelling, dat voor huisartsen 'een recht op onbeperkte concurrentie' zou gelden, van de hand. De onderlinge wedijver tussen

huisartsen die er naar streven een praktijk zo goed mogelijk te voeren dient wel onderscheiden te worden van het begrip onbeperkte concurrentie, hetwelk in strijd moet worden geacht met de maatschappelijke betekenis van het medisch beroep. Evenmin achtte de Raad het standpunt van appellant betreffende een onbegrensde bevoegdheid tot vestiging aanvaardbaar, omdat in bepaalde omstandigheden – afgezien nog van de persoonlijke belangen van de artsen zelf – een vestiging zozeer in strijd kan zijn met de belangen van de patiënten of het algemeen belang van de patiënten of het algemeen belang van de volksgezondheid of met de wenselijkheid van een redelijke, mede op die belangen georiënteerde praktijkuitoefening, dat de belangen van de arts die de vestiging overweegt daarvoor zullen moeten wijken. Rekening houdend met het aantal inwoners, de te verwachten (zeer bescheiden) groei van de plaatselijke bevolking en met de omstandigheid dat door de vestiging van appellant voor de inwoners van het dorp inderdaad de mogelijkheid van een keuze was ontstaan, oordeelde de Raad dat van die vestiging zelf niet kon worden gezegd dat deze kennelijk zo in strijd was met alle aangegeven belangen, dat de nieuw gevestigde arts het praktijkgebied zou dienen te verlaten. Financiële verplichtingen van reeds gevestigde arts(en) behoeven op zichzelf niet te gelden als een doorslaggevende factor in de overwegingen van de zich vestigende arts, al zal deze in een normaal maatschappelijk en zeker in intercollegiaal verkeer daar wel rekening mee houden.

De Raad vernietigde de uitspraak in het geschil onder afwijzing van de daartoe geleid hebbende vordering.



Doeleinden, instrumenten en financiële middelen

# National Health Service gereorganiseerd

## 1. Inleiding

In april 1974 gaat de reorganisatie van de National Health Service (NHS) van start met het van kracht worden van de gewijzigde bestuurlijke structuur. In aansluiting hierop wordt in 1976 een nieuw planningssysteem geïntroduceerd, terwijl in dezelfde periode het budgetteringssysteem ingrijpend wordt gewijzigd. Deze structurele hervormingen zijn gericht op het ontwikkelen van een geïntegreerd, zover mogelijk gedecentraliseerd en in geografisch opzicht evenwichtig gespreid stelsel van voorzieningen.

Budgettering is niets nieuws voor de NHS, sinds haar oprichting in 1948 worden de nationaal beschikbare financiële middelen verdeeld en in de vorm van budgetten aan de regionale en plaatselijke gezondheidszorgorganen toegewezen. Tussen 1971 en 1976 wordt het budgetteringssysteem in een drietal fasen fundamenteel gewijzigd. Met name de ontwikkelingen die in de gereorganiseerde NHS plaatsvinden lijken relevant voor de discussie in Nederland over een systeem van regiobudgettering.

Met het in 1976 formeel ingevoerde planningssysteem wordt een in meerdere opzichten principieel nieuwe planningsbenadering geïntroduceerd. De Engelse benadering en de eerste ervaringen die met het nieuwe planningssysteem zijn opgedaan, lijken van belang voor de verdere ontwikkeling van het planningssysteem voor de Nederlandse gezondheidszorg. In het artikel *'Planning en budgettering in de National Health Service'* is ingegaan op de betekenis van de wijzigingen die het planning en

In de gereorganiseerde National Health Service werd in 1976 een nieuw planningssysteem geïntroduceerd en werd de methode voor de budgettering ingrijpend gewijzigd. In het in februari 1977 in Medisch Contact gepubliceerde artikel van Drs. A. R. van de Vijzel: *'Planning en Budgettering in de National Health Service'* (MC nr 6 en 7/1977, blz. 173 en blz. 206) is ingegaan op de betekenis van beide instrumenten. Voor dit artikel werd de basis gelegd door een studiebezoek aan het Department of Health and Social Security (DHSS). In aansluiting hierop wordt in bijgaand artikel ingegaan op de discussie in de NHS over beide instrumenten en het functioneren tijdens de eerste strategische planningsronde. Deze beschouwing is geschreven naar aanleiding van een tweetal vervolfbezoeken, waarbij naast het DHSS onder meer de universiteiten van Leeds en York een aantal Regional Health Authorities en functionarissen op districtsniveau werden bezocht. Het artikel concentreert zich op de periode voorjaar 1976 tot het najaar van 1977.

door Drs. A. R. van de Vijzel



Economisch medewerker van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen

budgetteringinstrument in de gereorganiseerde NHS hebben ondergaan. Hier wordt ingegaan op de discussie in de NHS over deze twee instrumenten en de ervaringen die met het functioneren in de praktijk zijn opgedaan.

Op een aantal plaatsen wordt verwezen naar de Nederlandse situatie.

Zoals in het hiervoor genoemde artikel is aangegeven, richten de planning en

de budgettering zich op verschillende doelstellingen ten aanzien van de ontwikkeling van het voorzieningensysteem. De budgettering richt zich op de geografische (her)verdeling van de voor de NHS beschikbare financiële middelen. De planning richt zich op de ontwikkeling van het voorzieningensysteem en de aanwending hiertoe van de beschikbare financiële middelen. Doordat in de budgettering de financiële ruimte wordt aangegeven waarbinnen gepland kan worden, hangen beide instrumenten in hun functioneren zeer nauw samen.

### Opzet voor deze beschouwing

In het onderstaande wordt allereerst een samenvatting gegeven van een drietal structurele hervormingen in de NHS sinds 1974. In het derde hoofdstuk wordt ingegaan op de ervaringen met het planningssysteem tijdens de eerste strategische planningsronde in de geschiedenis van de NHS. Tevens worden een aantal kernpunten uit de discussie in de NHS over het planningssysteem belicht. Het vierde hoofdstuk handelt over de

principes van de budgetteringsstrategie en de onuitputtelijke discussie hierover. In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de praktijk van de budgettering en de resultaten van de strategische planningsactiviteiten.

## 2. Organisatiestructuur, het planningsstelsel en de budgettering

### *De organisatiestructuur*

Door de bestuurlijke reorganisatie van de NHS in april 1974 worden de voorheen onafhankelijk van elkaar functionerende sectoren van gezondheidszorg (de intramurale zorg, de zorg verleend door vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn en de door de lagere overheden beheerste openbare- en wijkgezondheidszorg) functioneel geïntegreerd in de nieuwe organisatiestructuur voor de NHS. Gelijktijdig worden voorzieningen getroffen voor de coördinatie met lagere overheden ten aanzien van de maatschappelijke dienstverlening en de aangepaste woonvormen. Met de bestuurlijke reorganisatie wordt een tweetal hiërarchische bestuursniveaus gecreëerd: het regioniveau en het areaniveau, resulterend in 14 regio's en 90 area's. Tevens wordt het district (ca. 200) als basiseenheid voor de planning geïntroduceerd. Met deze reorganisatie wordt het raamwerk gecreëerd voor een gedecentraliseerd en geïntegreerd plannings- en budgetteringssysteem. Reeds lang voor de reorganisatie wordt de bestaande organisatiestructuur als belangrijkste hindernis beschouwd voor:

- het ombuigen van de structurele onevenwichtigheden in het voorzieningensysteem: een eenzijdige groei van de algemene ziekenhuisvoorzieningen bij een achterblijven van zowel de niet-medisch-technologische geïntegreerde intramurale voorzieningen als de extramurale voorzieningen;
- het tot stand brengen van een effectieve coördinatie bij de zorgverlening tussen de intra- en extramurale gezondheidsvoorzieningen en de door de lagere overheden beheerste voorzieningen.

Door deze situatie komt met name de

zorg voor de bejaarden, de lichamelijk- en geestelijk gehandicapten en de psychiatrische patiënten in de knel. Deze cliëntgroepen krijgen in de gereorganiseerde NHS bij de strategie voor de ontwikkeling van het voorzieningensysteem een absolute voorrang. Zij worden 'priority-groups' genoemd.

### *Het planningsstelsel*

De planningspraktijk van vóór de reorganisatie wordt gekenmerkt door ongecoördineerde korte termijn veranderingen voor de afzonderlijke voorzieningen in de praktijk resulterend in een doortrekken van de onevenwichtige ontwikkeling uit het verleden.

Het in de gereorganiseerde NHS in april 1976 geïntroduceerde planningsstelsel heeft de volgende opzet:

Het planningsproces is een continu proces van operationele en strategische planning. In de strategische planning wordt de lange termijn koers aangegeven voor de ontwikkelingen van het voorzieningensysteem. De operationele planning richt zich op de realisering van de lange termijn strategie. De strategische en operationele planning hebben een planningshorizon van respectievelijk 10 à 15 en 3 à 5 jaar.

De strategische planning start op het departement met het formuleren van de nationale strategie. Deze nationale strategie is het resultaat van een intern planningsstelsel op het departement. De nationale strategie vormt het uitgangspunt voor de strategische planning op area- en regioniveau, zij wordt periodiek bijgesteld in het licht van de resultaten van de strategische planning op regioniveau. De operationele planning start op districtsniveau en resulteert in jaarlijkse operationele plannen van de area's. Deze planningsactiviteiten vinden plaats binnen het kader van de strategische plannen van de area's en de regio's, welke op hun beurt worden bijgesteld in het licht van de toetsing tijdens de operationele planning. Tijdens elke planningsronde worden de plannen voor alle voorzieningen in onderlinge samenhang beschouwd en bijgesteld. Dit gebeurt zowel op nationaal, regio, area als districtsniveau.

De operationele en strategische planning vindt plaats binnen richtlijnen welke jaarlijks worden

vastgesteld. De richtlijnen hebben globaal gesproken twee componenten: enerzijds richtlijnen met betrekking tot de ontwikkeling van het voorzieningensysteem, anderzijds richtlijnen met betrekking tot de hoogte van de budgetten voor de planperiode. Door het departement worden de nationale richtlijnen voor de regio's geformuleerd, deze worden door de regio's 'vertaald' in richtlijnen voor de area's, door de area's worden richtlijnen vastgesteld voor de districten.

Een vergelijking met de ontwikkelingen in Nederland is hier op zijn plaats. De planning uit de gewijzigde Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is niet cyclisch continu in die zin dat voorzien wordt in jaarlijkse planningscycli.

In hoeverre de WVG in integrale plannen zal (kan) voorzien is onvoldoende duidelijk. De plannen uit de WZV en WVG zijn strategisch, er wordt voortsnog niet voorzien in het realiseren van de lange termijn strategie door middel van operationele plannen. Daar men in Nederland (nog) geen regiobudgettering kent, is de als tweede genoemde component van de richtlijnen uit de Engelse situatie in Nederland afwezig.

### *Het budgetteringssysteem*

De NHS erft bij haar oprichting grote geografische verschillen in voorzieningenniveau. De ontwikkeling van het aanbod bestendigt deze verschillen eerder dan dat aanpassing plaatsvindt aan de geografische verschillen in de relatieve behoefte. De wijze waarop de geografische verdeling van het nationaal beschikbaar budget tot stand komt, is hiervoor de belangrijkste oorzaak: niet de geografische verschillen in behoefte aan financiële middelen, maar de financiering van het bestaande en onevenwichtig gespreide aanbod van voorzieningen bepaalt de verdeling.

In 1971 wordt voor de budgettering van de toenmalige Regional Hospital Boards een nieuw systeem geïntroduceerd. In de formule wordt naast het aantal aanwezige bedden het aantal opnamen per bed, de bevolkingsomvang en samenstelling als criterium voor de verdeling opgenomen. Dit bleek een weinig gelukkig compromis te zijn<sup>1</sup>. Tegen deze achtergrond wordt in 1975

de Resource Allocation Working Party (RAWP) ingesteld. Zij kreeg als opdracht om een methode te ontwikkelen voor de geografische verdeling van de beschikbare middelen, de exploitatiemiddelen en het investeringsbudget (bouwplafond). Door deze methode zou de verdeling zo spoedig mogelijk in overeenstemming moeten worden gebracht met de geografische verschillen in behoefte. Het systeem moet zowel toepasbaar zijn voor de verdeling op nationaal niveau, dat wil zeggen budgettering van regio's, als de verdeling binnen de regio's, dat wil zeggen area en districtbudgettering. In 1975 wordt een interimrapport<sup>2</sup> uitgebracht, waarin aanbevelingen worden gedaan voor de toewijzing van de budgetten aan de regio's voor het jaar 1976/1977. De methode uit dit interimrapport is te beschouwen als compromis tussen het sinds 1971 toegepaste systeem en de methode die men voor ogen heeft. In september wordt het eindrapport<sup>3</sup> gepubliceerd. Op grond van dit rapport worden in 1977 de regiobudgetten voor het jaar 1977/78 (het budgettaire en planningsjaar loopt van 1 april tot 1 april) en de verwachte budgetten (resource assumptions) voor de planningsactiviteiten vastgesteld. Essentieel voor de budgetteringsbenadering zijn twee kenmerken:

De budgetten worden voor alle voorzieningen gezamenlijk vastgesteld (uitzonderingen vormen de vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn en de gezondheidscentra). Dit is in overeenstemming met het principe dat de budgettering geen aanwijzingen geeft omtrent de aanwending van de middelen. De hoogte van de toegewezen budgetten wordt, naast de hoogte van het nationaal beschikbare budget, bepaald door twee factoren:

- het verschil tussen de toewijzing ('allocation') in het lopend jaar en de gewenste allocatie: de *target allocation*, die allocatie die zou plaatsvinden wanneer de geografische verdeling van de middelen in overeenstemming zou zijn met de relatieve behoefteverschillen (de doelstelling van de budgetteringstrategie);
- het tempo waarmee men de discrepantie tussen de gewenste verdeling en de feitelijke verdeling wil opheffen en de grenzen die men hierbij in acht wenst te nemen.

### 3. De eerste strategische planningsronde

In april 1976 gaat het eerste simultane proces van operationele en strategische planning volgens het nieuwe planningsstelsel formeel van start.

#### 3.1 De introductie

Als uitgangspunt voor het simultane proces van operationele en strategische planning behoort een op het departement geformuleerde nationale strategie te dienen. Vlak voor de formele introductie van het nieuwe planningsstelsel wordt de nationale strategie gepubliceerd in: 'Priorities for Health and Personal Social Services, a consultative document'<sup>4</sup> (hierna te noemen: het *priorities document*). In een lopend planningsproces wordt door de strategische planning in de NHS uit de voorafgaande planningsronde een uitgangspunt geleverd voor de inhoud van de nationale strategie. In de eerste planningsronde is dit niet mogelijk omdat de voorafgaande strategische planningsronde niet bestaat. Daarom zal de nationale strategie als uitgangspunt dienen voor de planning en tegelijkertijd ter consultatie worden aangeboden.

De nationale strategie wordt tijdens de strategische planning op area en regioniveau getoetst. De resultaten van dit toetsingsproces verschijnen in de periode december 1976 – februari 1977; zij vormen het uitgangspunt voor de aanpassing van de nationale strategie voor de tweede planningsronde. De aangepaste nationale strategie verschijnt in september 1977 (halverwege de tweede planningsronde) in 'The Way Forward'<sup>5</sup>. De nationale strategie wordt niet alleen bijgesteld in het licht van de uitkomsten van de strategische planning in de NHS, zij heeft tevens aanpassing vanwege de nieuwe bezuinigingen waarmee de NHS wordt geconfronteerd. Op de resultaten van dit toetsingsproces wordt in hoofdstuk 5 ingegaan. Tijdens de eerste planningsronde volgens het nieuwe planningsstelsel is er in de NHS nog geen ervaring en onvoldoende duidelijkheid over de organisatie en procedures van het planningsstelsel. Er is ook nog geen ervaring met het opstellen van strategische plannen. Bovendien bestaat er een grote mate van onzekerheid over de verwachte

ontwikkeling van de regiobudgetten voor de operationele en strategische planperiode. Deze onzekerheden zijn zowel van incidentele als van structurele aard.

Het bovenstaande heeft er toe geleid dat de eerste strategische plannen nog onvoldragen zijn. De problemen worden door het departement onderkend. Aan het eind van de eerste planningsronde vindt er een discussie plaats tussen de regio's en het departement over de ervaringen tijdens de eerste planningsronde.

#### 3.2 De ontwikkeling van het richtlijnenstelsel

Sinds de reorganisatie in 1974 bestaat er binnen de NHS een vrij grote mate van onzekerheid en onduidelijkheid over het karakter van de richtlijnen, die betrekking hebben op het ontwikkelen van het voorzieningenstelsel. Mills en Reynolds<sup>6</sup> stellen dat het hier meer in het algemeen twijfels betreft over de relaties tussen de beleidsniveaus in de gereorganiseerde NHS. Alvorens op de discussie in de NHS over het karakter van de richtlijnen in te gaan, wordt de inhoud van de reeds uitgevaardigde richtlijnen beschreven.

a. De inhoud van de reeds uitgevaardigde richtlijnen.

De twee genoemde strategische beleidsdocumenten uit respectievelijk 1976 en 1977, het 'priorities document' en 'The Way Forward', vormen de nationale richtlijnen voor de strategische planning. Hierin worden de nationale doeleinden en prioriteiten voor de strategische planperiode geformuleerd. Tevens wordt de strategie voor de operationele planperiode aangegeven.

- In het 'priorities document' worden voor het eerst de doelstellingen, prioriteiten en ontwikkelingsstrategieën voor de gezondheidszorg en de hiermee samenhangende maatschappelijke dienstverlening op systematische wijze en in onderlinge samenhang gepresenteerd.
- De doelstellingen, prioriteiten en strategieën zijn voor een belangrijk deel georiënteerd op cliëntgroepen.
- De ontwikkelingsstrategie is expliciet gerelateerd aan de verwachte ontwikkeling van het NHS budget in de vorm van een programmabudget. Dit programmabudget is geen plan of een taakstellend budget, maar een globale kwantificering van de

financiële gevolgen van de beleidsstrategie op nationaal niveau. De informatie wordt gegroepeerd naar beleidsprogramma en naar voorzieningencategorie.

Ter aanvulling op dit document uit 1976 en in het document uit 1977 worden richtlijnen gegeven zoals die ook in Nederland bekend zijn: voorzieningenniveaus (bedden, mankracht, plaatsen) per hoofd van de relevante bevolking (de totale bevolking, de bejaarden etc.). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen richtlijnen voor de operationele planperiode en richtlijnen voor de strategische planperiode.

De regio's formuleren in het licht van deze nationale richtlijnen van het departement en de specifieke regionale prioriteiten en omstandigheden de richtlijnen voor de area's in de regio. De area's doen mutatis mutandis het zelfde voor de districten. Als voorbeeld hieronder de richtlijnen van de regio's. De richtlijnen van de regio's blijken qua reikwijdte en inhoud sterk uiteen te lopen.

Er zijn regio's, die richtlijnen geven voor alle voorzieningencategorieën hetzij overgenomen nationale richtlijnen, hetzij door de regio zelf ontwikkelde richtlijnen. Anderzijds zijn er regio's die slechts specifieke regionale richtlijnen geven voor die zaken, die tot de planningstaak van de regio behoren, het betreft hier met name richtlijnen ten aanzien van:

- de spreiding en capaciteit van die specialistische functies die niet tot het basispakket van een District General Hospital behoren;
- de intramurale diagnostische en therapeutische faciliteiten;
- de aanwending van het investeringsbudget (bouwplafond);
- door de regio beheerde diensten als bloedtransfusie en computerfaciliteiten.

Op de nationale richtlijnen wordt voorts door de regio een commentaar gegeven en waar nodig aangevuld, de verdere vertaling voor de planning op district en area niveau wordt overgelaten aan de area's. Deze benadering van de richtlijnen lijkt in overeenstemming met de opzet van de gedecentraliseerde managementstructuur uit de 'Management Arrangements for the Reorganised National Health Service'<sup>7</sup>.

b. Discussie over de inhoud en status van de richtlijnen.

Het document 'The NHS planningssystem'<sup>8</sup> stelt, dat richtlijnen globale parameters zijn voor de planning om de ontvanger in staat te stellen plannen op te stellen, die realistisch (dat wil zeggen kosteneffectief zijn en acceptabel voor de goedkeurende autoriteit (dat wil zeggen het eerst hogere management niveau). Aan deze omschrijving zijn twee aspecten te onderkennen:

1. de functie van toetsingscriterium bij het goedkeuren van plannen;
2. de functie van informatie-overdracht voor het opstellen van plannen.

Mills en Reynold merken op dat de richtlijnen ieder aspect van de NHS kunnen betreffen, terwijl het departement benadrukt dat de richtlijnen slechts zaken raken die van vitaal belang zijn om op deze wijze de ontvanger een maximum aan vrijheid te laten. Wat betreft de reikwijdte van de richtlijnen van de regio's is hierboven al het nodige gezegd. De nationale richtlijnen – niet alleen die in het priorities document zijn verwerkt maar de hele lijst van bestaande richtlijnen – zijn zeer veel omvattend.

De vraag rijst nu welke beslissingen met de richtlijnen kunnen worden afgedwongen of meer algemeen welke status de richtlijnen hebben. Het blijkt dat hierover tot op heden geen duidelijke uitspraken zijn gedaan. De ontwikkelingen tijdens de eerste planningsronde lijken iets meer duidelijkheid te geven over het karakter van de nationale richtlijnen voor de regio's. De verhoudingen tussen de regio's, area's en districten – blijft onduidelijk.

De regio's wijken in hun strategische plannen regelmatig af van de nationale richtlijnen en beargumenteren dit. North East Thames Regional Health Authority<sup>9</sup> zegt in haar strategisch plan, dat de richtlijnen van het departement slechts aanbevelingen zijn; het zijn gedeeltelijk nationale gemiddelden en gedeeltelijk 'theoretical projections of desirable policies'. In alle gevallen, zo zegt de regio, zijn zij eerder een basis voor relatieve dan voor absolute vergelijking. Aan het einde van de eerste strategische planningsronde

blijkt uit The Way Forward dat het departement een vrijwel gelijklopende mening heeft.

In Nederland zijn de richtlijnen in beginsel bindend. Hierbij dient men echter wel te beseffen dat een regio vele malen groter is dan een Nederlandse provincie. Een regio is op te vatten als een land als Nederland, de verhouding regio – area is op te vatten als de verhouding tussen het ministerie in Nederland en de provincies (regio's).

Bij het bovenstaande dient men zich tot slot te realiseren dat de NHS slechts een beperkt aantal sanctiemogelijkheden kent voor het geval, dat een regio of een area de aanwijzingen van het eerste hogere beleidsniveau niet opvolgt, enerzijds een financiële sanctie: budgetoverschrijdingen komen geheel ten laste van het volgende jaar, anderzijds de – theoretische – mogelijkheid om leden van de Regional of Area Health Authority te ontslaan.

Als tweede aspect van de richtlijnen is de functie van hulpmiddel bij het opstellen van plannen genoemd. De discussie tussen de regio's en het departement aan het eind van de eerste strategische planningsronde betreft met name dit aspect van de richtlijnen\*.

Door de regio's wordt naar voren gebracht, dat voor het opstellen van de plannen door het departement onvoldoende inzicht wordt gegeven over de financiële ruimte voor de strategische planperiode. Het departement stelt dat de Secretary of State geen bevoegdheid heeft om hierover te speculeren, het departement zegt, dat de regio's dan maar uit moeten gaan van een 'nulgroei'. Door de regio's is dit echter aan de area's niet te verkopen: de area's zijn – terecht – bang voor een selffulfilling prophecy. De regio's stellen, dat de 'guidance' van het departement in de richtlijnen (guidelines) onvoldoende is. Onvoldoende houvast wordt gegeven voor het realiseren van de beoogde ingrijpende herstructurering.

\* Informatie over deze discussie is met name verkregen door gesprekken op de universiteit van Leeds. Een wetenschappelijk medewerkster van deze universiteit was bij de genoemde discussie aanwezig.

Deze begeleiding door het departement wordt met name noodzakelijk geacht daar er voor de komende periode vrijwel geen verhoging van de budgetten in zit. Het departement erkent dat deze richtlijnen voor deze begeleidende functie onvoldoende zijn uitgewerkt. Meer in het algemeen stelt het departement dat de richtlijnen nog niet aangeven welke prioriteit en rangorde moet worden toegekend voor de realisatie (niet alles is tegelijk te realiseren).

### 3.3. De resource assumptions

Hierboven is ingegaan op die component van de richtlijnen die betrekking heeft op de ontwikkeling van het voorzieningenstelsel. De andere component betreft de verwachte ontwikkeling van de financiële ruimte voor de operationele en de strategische planning, de resource assumptions. De resource assumptions voor de eerste operationele planningsronde zijn zeer voorlopig en wel om tweeërlei reden:

- Aan het eind van elk kalenderjaar worden de resource assumptions aangepast in het licht van de kabinetsbeslissingen omtrent de hoogte van de overheidsuitgaven. Deze onzekerheid is een jaarlijks terugkerende zaak, inherent aan een generationaliseerde gezondheidszorg;
- De verdeling van het nationale budget over de regio's is nog gebaseerd op het interim rapport van de RAWP, de definitieve aanbevelingen van de RAWP zijn nog niet verschenen. Deze onzekerheid over de geografische verdeling van het nationale budget is in principe een incidentele zaak. Wanneer het verdelingssysteem definitief is, hebben de regio's en daarmee de area's en districten enig houvast. Het blijkt echter, dat de wijze waarop het verdelingssysteem van de RAWP wordt toegepast, sterk afhankelijk is van de verwachte groei van de financiële middelen op nationaal niveau. De resource assumptions voor de strategische planperiode die in 1976 worden uitgevaardigd zijn uiterst vaag: er kan slechts een zeer globale indicatie worden gegeven over de ontwikkeling van het NHS budget op nationaal niveau. De resource assumptions die in 1977 worden vastgesteld geven voor de strategische

planperiode gedetailleerdere verwachtingen: per regio wordt aangegeven met welke groei in de hoogte van zijn budget de regio rekening kan houden bij het formuleren van strategische plannen. Men kan zich echter afvragen of de houvast die hiermee wordt gegeven niet schijn is: welke waarde moet men toekennen aan verwachtingen omtrent de ontwikkeling van de financiële ruimte voor de NHS voor de strategische planperiode (10 à 15 jaar)?

### 3.4. Verhouding regio/area

De strategische plannen van de regio's zijn gebaseerd op de strategische plannen van de area's. De regio's klagen over de gebrekkigheid van de areaplannen, de soms afwezige areaplannen en de eenzijdige gerichtheid op de intramurale zorg. In het algemeen wordt geklaagd over het gebrek aan informatie die door de areas aan regio's wordt verschaft. South West Thames Regional Health Authority geeft een heel lijstje van zaken waarover geen of te weinig informatie door de areas wordt verschaft: kosteninformatie, informatie over de planvoorbereidende activiteiten op districtniveau, informatie over de coördinerende activiteiten met de lagere overheden. Men kan zich hierbij afvragen wat de oorzaak hiervan is:

- het niet aanwezig zijn van informatie op areaniveau;
- de defensieve houding van de areas ten aanzien van de regio's: S. W. Thames moet sterk bezuinigen en dus inpopulaire maatregelen nemen.

Het als tweede genoemde punt zal zeker meespelen. De verhouding tussen de regio's en de area's is een nog niet opgelost probleem. David Owen<sup>10</sup>, toenmalig minister of State, stelt dat de regio's zich nog te veel bezighouden met de taken van de area's en zich te weinig concentreren op hun strategische taak in de NHS. De regio's zouden zich meer moeten bezighouden met de advisering van de Secretary of State over strategische planningszaken de gehele NHS betreffende. Dat de regio's zich nog zoveel bezighouden met taken van de area's vloeit voort uit de periode van vlak na de reorganisatie toen de area's nog onvoldoende bemand waren voor hun taak.

## 4. De geografische verdeling van de nationaal beschikbare middelen

De discussie over de budgetteringsstrategie richt zich met name op twee kernpunten:

- de methode volgens welke de RAWP de relatieve behoefteverschillen tussen regio's, area's en districten meet, d.w.z. de wijze waarop de targetallocations worden bepaald;
- de herverdelingsstrategie die zich richt op de financiële middelen.

Een ander aspect betreft de beslissing over de maximaal toelaatbare veranderingen ten aanzien van de budgetten in het lopende jaar. Het betreft hier de beleidsbeslissing over de wijze waarop de RAWP methode in de praktijk van de budgettering wordt toegepast.

### 4.1. Het meten van de relatieve behoefteverschillen

Voor het vaststellen van de relatieve verschillen in behoefte aan exploitatiemiddelen wordt de volgende berekeningsmethode gevolgd. De bevolkingsomvang wordt gewogen met de nationaal gemiddelde kosten van medische consumptie per leeftijds- en geslachtsgroep. Vervolgens wordt een correctie toegepast voor de verschillen in morbiditeit, die onafhankelijk is van de demografische bevolkingsopbouw. Voor deze wegings- en correctieprocedure wordt onderscheid gemaakt tussen een zevental zorgcategorieën. Tot slot wordt een extra allocatie vastgesteld voor de kosten van medische opleidingen. Het vaststellen van de relatieve behoefteverschillen voor de verdeling van het bouwplafond geschiedt op basis van twee factoren. In de eerste plaats de relatieve behoefte van de bevolking aan voorzieningen. Dit geschiedt op vrijwel identieke wijze als voor de exploitatiemiddelen. In de tweede plaats de waarde van de bestaande gebouwenvoorraad. Voor de intramurale zorg – exclusief de geestelijke gezondheidszorg – en de wijkgezondheidszorg worden de verschillen in morbiditeit benaderd door toepassing van een index voor de verschillen in mortaliteit. Per diagnosegroep\* wordt de verhouding

\* 17 hoofdgroepen volgens de International Classification of Diseases (ICD).

berekend tussen het werkelijk aantal sterfgevallen in een regio en het aantal sterfgevallen dat op grond van nationaal gemiddelde sterftecijfers per leeftijds- en geslachtsgroep wordt verwacht.

De toepassing van de sterftecijfers heeft grote kwantitatieve gevolgen voor de gemeten behoefteverschillen tussen de regio's. De toevoeging van deze behoefte-indicator ontmoet veel kritiek. Epidemiologen bestrijden elkaar op het punt of de gebruikte index wel een juiste indicator is voor de verschillen in morbiditeit. De argumentatie in het RAWP-rapport is wat dit betreft weinig overtuigend. Forster<sup>11</sup> geeft een vernietigende kritiek en stelt voor om of voor betere morbiditeitsindicatoren te kiezen of de formule toe te passen onder weglating van de sterfte-index. Fundamenteel is de discussie over de vraag of men als behoefte-indicatoren behoort te kiezen voor de gezondheidstoestand (met als benaderingsmogelijkheid het sterftecijfer of andere indicatoren) of dat men uit dient te gaan van oorzakelijke factoren als sociale en fysieke milieu-omstandigheden. De discussie concentreert zich op het argument van de RAWP om de gezondheidstoestand als behoefte-indicator te nemen. De RAWP stelt dat het niet de verantwoordelijkheid van de NHS is om gebreken in de huisvestingssituatie, de maatschappelijke dienstverlening, de werkgelegenheid en het fysieke milieu te corrigeren, daarom wordt gekozen voor een indicator voor de gezondheidstoestand. De NHS is wel verantwoordelijk voor de gevolgen van bepaalde milieu-omstandigheden voor de gezondheidstoestand, niet voor de maatschappelijke en andere, niet de gezondheidszorg betreffende, oorzaken. Er wordt daarentegen op gewezen, dat de gekozen indicator voor de verschillen in gezondheidstoestand, het sterftecijfer, in grotere mate een indicator voor de sociale omstandigheden is dan voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Rudolf Klein stelt, dat het onderscheid tussen de medische en maatschappelijke functie van de NHS diffuus is. In feite draagt de NHS reeds de last van de gebreken in het sociale milieu en de maatschappelijke dienstverlening. Als voorbeeld noemt Klein de onnodig gehospitaliseerde

bejaarden. Wanneer men onderscheid maakt tussen de sociale en medische functie van de NHS lijkt het alsof de sociale functie verborgen moet worden.

In het verlengde van deze redenering wordt de vraag opgeworpen of een herverdeling van de middelen binnen de NHS wel zo relevant is; dient men niet eerder te denken aan een herverdeling binnen de totale publieke sector bijvoorbeeld ten gunste van de volkshuisvesting en de maatschappelijke dienstverlening?

#### 4.2. Woonbevolking en verzorgde bevolking

Interessant is het gehanteerde uitgangspunt bij het bepalen van de bevolkingsomvang. In overeenstemming met de strategie, die gericht is op de 'regionalisatie' van de voorzieningen op area en districtsniveau, zijn de grensoverschrijdende patiëntenstromen in beginsel ongewenst. Als consequentie hiervan wordt bij de geografische verdeling van het bouwplafond uitgegaan van de *woonbevolking*.

Hetzelfde geldt voor het berekenen van de behoefte aan bedden op grond van de planningsrichtlijnen. Een meer evenwichtige geografische verdeling van de voorzieningen, de achtergrond van de budgetteringstrategie, is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Zolang de geografische verschillen in aanbod van voorzieningen nog bestaan, zijn de grensoverschrijdende patiëntenstromen een symptoom van geografische verschillen in voorzieningenniveau. Tegen deze achtergrond wordt bij het berekenen van de 'target allocations' voor de exploitatie budgetten uitgegaan van de *adhearente bevolking* (bevolking verzorgt door de voorzieningen in een bepaald gebied) en wordt dus rekening gehouden met de grensoverschrijdende patiëntenstromen.

In Nederland wordt door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen bij het berekenen van de benodigde bedden capaciteit voor algemene ziekenhuizen op grond van de 4% norm – in tegenstelling tot het NHS-beleid – uitgegaan van de adhearente bevolking. De Engelse benadering is consequent in het licht van de 'regionalisatie' strategie. Zij is echter minder vanzelfsprekend, wanneer men de arbitraire wijze

waarop de area- en districtsgrenzen zijn getrokken in de beschouwing betreft. Bovendien kan men zich afvragen welke prioriteit men moet toekennen aan het streven om een area zelfvoorzienend te maken bij zo'n schaarse hoeveelheid investeringsmiddelen (bouwplafond) als in de NHS.

#### 4.3. Herverdeling en aanwending van de financiële middelen

Een fundamenteel punt betreft het feit, dat de budgetteringsstrategie zich richt op de inzet van financiële middelen en niet op het voorzieningenniveau zelf. Barr<sup>12</sup> wijst er bijvoorbeeld op dat de herverdeling van de financiële middelen er toe kan leiden dat de middelen uit een efficiënt werkend ziekenhuis worden overgeheveld naar een minder efficiënt werkend ziekenhuis. Barr zegt dat een dergelijke herverdelingsstrategie uitgaat van een verkeerd rechtvaardigheidsgevoel. Rudolf Klein<sup>13</sup> stelt dat een geografische herverdeling van de beschikbare financiële middelen wel een voorwaarde – maar geen voldoende voorwaarde – is voor het scheppen van gelijke kansen voor eenieder, ongeacht zijn woonplaats (één van de doelstellingen van de NHS). Meer nadruk behoort te worden gelegd op instrumenten die gericht zijn op een effectieve en efficiënte aanwending van de (herverdeelde) middelen.

De budgetteringsstrategie richt zich op de geografische (her)verdeling van de financiële middelen, het gedecentraliseerde planningssysteem richt zich op de aanwending van de middelen. Deze functionele scheiding is in overeenstemming met het streven naar een zo groot mogelijke decentralisatie in de besluitvorming. Wanneer Klein doelt op een actievere rol van het planningssysteem voor het realiseren van een in geografisch opzicht evenwichtig gespreid voorzieningensysteem, impliceert dit een grotere mate van centralisatie.

#### 5. Zijn de doeleinden en prioriteiten haalbaar?

De doeleinden voor de ontwikkeling van de Engelse gezondheidszorgvoorzieningen vallen uiteen in twee categorieën:

a. de geografische herverdeling van de financiële middelen gericht op het



verkleinen van de geografische verschillen in voorzieningenniveau, de doelstelling voor de budgetteringsstrategie;

b. het ontwikkelen van een geïntegreerd voorzieningenpatroon dat naar de verschillende voorzieningencategorieën evenwichtig is opgebouwd, de doelstelling voor de planningsstrategie.

Hier wordt ingegaan op de inhoudelijke kant van de budgettering en planningstrategie en haar realiseerbaarheid in het licht van de voor de NHS beschikbare middelen.

### 5.1 De nationaal beschikbare financiële middelen en de geografische verdeling

De jaarlijkse groei van de exploitatiebudgetten voor de NHS en de verwante maatschappelijke dienstverlening is zeer gering. De hoogte van het bouwplafond vertoont een vrij continue daling<sup>14</sup>. Toch komt de NHS er vergeleken met de andere overheidssectoren nog goed af. In 1977 wordt de gezondheidszorg en verwante maatschappelijke dienstverlening opnieuw met grote bezuinigingen geconfronteerd. De geplande uitgaven voor de komende vier jaar worden met ca. 10% verlaagd<sup>5, 14</sup>. Deze bezuinigingen komen vrijwel geheel ten laste van het bouwplafond voor zowel de NHS als de lagere overheden.

De jaarlijkse reële groei\* van de exploitatiebudgetten kan op ca. 1,5% gehandhaafd blijven. Dit groeipercentage is zeer veel lager dan de jaarlijkse groei van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. De RAWP berekent voor elk van de 14 regio's in hoeverre het exploitatiebudget van de regio in het lopende jaar boven of onder het budget ligt dat overeenkomt met de relatieve behoefte van de regio, dat wil zeggen in hoeverre het budget boven of onder de 'target allocation'

\* Reële groei wil zeggen: de groei van prijsstijgingen

\*\* De toepassing van de methode van de RAWP voor de verdeling van het bouwplafond is nog bij de Secretary of State in beraad. Gezien echter het feit dat projecten die in de 'pipeline' zitten kunnen worden uitgevoerd en gezien de geringe hoogte van het bouwplafond, zal de herverdeling in de praktijk niet veel om het lijf hebben.

voor de regio ligt (zie hoofdstuk 2). Het exploitatiebudget van NW Thames ligt het verst – ruim 17% – boven de target allocation voor de regio, aan het andere uiterste is er een regio die bijna 10% onder zijn budget allocation ligt. Volgens de budgetteringsstrategie krijgt een regio minder (meer) extra middelen naarmate de regio verder boven (onder) zijn target allocation zit. De RAWP stelt voor om de mate waarin er wordt herverdeeld afhankelijk te stellen van de verwachte groei in de financiële middelen voor de NHS als geheel.

Bij de verwachte jaarlijkse reële groei van het NHS-budget voor de komende jaren van 1,5% stelt de RAWP voor om de 'rijkste' regio's – dus de regio's die het verst boven de target allocation zitten – 1% *minder* toe te wijzen dan in het afgelopen jaar. De 'armste' regio krijgt 5% meer dan in het afgelopen jaar. Door de Secretary of State wordt dit niet haalbaar geacht. Voor de toewijzingen van exploitatiebudgetten\*\* voor het jaar 1977/1978 worden de grenzen gesteld op *plus* 0,25% en 3%. Voor de lange termijn, de strategische planperiode, worden de grenzen voor de maximale veranderingen t.o.v. het budget in de voorgaande periode op respectievelijk *nul* en 2,4% gesteld.

Een en ander betekent dat het, vanwege de geringe groei in de middelen voor de NHS als geheel, nog zeer lang zal duren voordat de doelstelling van de budgetteringsstrategie, een verdeling van de financiële middelen overeenkomstig de relatieve behoeftesverschillen, is gerealiseerd. De termijn van 10 à 15 jaar die men voor ogen had is zeker niet haalbaar. Het blijkt bovendien dat impopulaire maatregelen (een nul-groei van de Londense regio's) naar de toekomst worden geschoven.

### 5.2 Toetsing van de nationale strategie tijdens de strategische planning op regio niveau

#### a. De nationale doeleinden en prioriteiten

De nationale doeleinden voor de ontwikkeling van het voorzieningenstelsel in de komende 10 à 15 jaar, zoals die in het 'priorities document' zijn geformuleerd, zijn als volgt samen te vatten:

– het geven van een absolute voorrang aan het ontwikkelen van

voorzieningen voor de 'priority groups': de bejaarden, lichamelijk- en geestelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten;

– het realiseren van een verschuiving in het voorzieningenpatroon van de algemene ziekenhuisvoorzieningen naar 'community care's' (de community care omvat zowel de eerstelijns- als wijkgezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, als aangepaste woonvormen, dagziekenhuizen en community hospitals);

– het ontwikkelen van een districtsgewijs opgebouwd stelsel van voorzieningen.

De voorrang voor de priority groups uit zich niet alleen in de beoogde versterking van de community care, zij uit zich evenzeer in de doelstellingen voor de ontwikkeling van de intramurale zorg. De strategie voor intramurale zorg omvat de ontwikkeling van District General Hospital (DGH's), Community Hospital's (CH's) en kleinschalige intramurale voorzieningen voor de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. De strategie hangt samen met de sanering van de vele categorale ziekenhuizen en de buiten de woonkernen gelegen kolossen voor de priority groups.

De beddenscapaciteit van de algemene specialismen dient sterk te worden gereduceerd terwijl in de DGH's ruimte dient te worden gecreëerd voor geriatrische en psychiatrische afdelingen. De CH's vervullen een ondersteunende functie voor de DGH's en dienen hiernaast voor tweederde te worden bestemd voor geestelijk gestoorde bejaarden.

#### b. Toetsing door de NHS

In de strategische plannen van de area's en de regio's wordt de haalbaarheid van de voorgestelde strategie in twijfel getrokken. De volgende punten lopen als een rode draad door de plannen:

De geringe groei van de financiële middelen impliceert dat er – rekening houdend met de behoefte aan financiële middelen, voortvloeiend uit binnenlandse migratie en vergrijzing van de bevolking – geen of slechts zeer geringe ruimte is voor de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen. Tegen deze achtergrond wordt in de nationale strategie de nadruk gelegd op

bestemmingswijzigingen van de bestaande gebouwenvoorraad. Dit is slechts in geringe mate mogelijk, bovendien zijn voor bestemmingswijzigingen ook financiële middelen vereist voor verbouw en renovatie. Vanwege de geringe groei in de beschikbare financiële middelen zijn de area's en regio's genoodzaakt om besparingen te zoeken in de rationalisering en sanering van de algemene ziekenhuisvoorzieningen. Hier zijn investeringsmiddelen voor nieuwbouw en verbouw van de algemene ziekenhuizen vereist. Dit leidt ertoe, dat er vrijwel geen investeringsmiddelen zijn voor het ontwikkelen van voorzieningen voor de 'priority groups'. Vele area's en regio's hevelen een deel van het toegewezen exploitatiebudget over naar het investeringsbudget\* (tot een zekere grens in dit toegestaan). Hierdoor wordt ingeteerd op de toch al magere exploitatiebudgetten. De kwaliteitsverbeteringen of besparingen die hierdoor voor de langere termijn kunnen worden gerealiseerd gaan ten koste van prioriteiten voor de korte termijn. Wat betreft de beoogde verschuiving naar de community care, spreken de regio's in het algemeen hun twijfels uit over de haalbaarheid van deze strategie. In de eerste plaats wordt scepsis aan de dag gelegd ten aanzien van de substitutiefunctie die de community care ten opzichte van de intramurale zorg kan vervullen. In de tweede plaats wordt gesteld dat regio's en area's slechts in geringe mate over instrumenten beschikken om de ontwikkeling van de extramurale zorg te sturen. Opvallend is het dat ondanks de prioriteit die wordt toegekend aan de ontwikkeling van de community care het bouwplafond voor de lagere overheden wordt geconfronteerd met een zeer sterke bezuiniging. Juist de lagere overheden zijn van groot belang voor het ontwikkelen van de community care; men denke hierbij aan voorzieningen als aangepaste

---

\* De lasten van investeringen verschijnen niet – zoals in Nederland – in de vorm van rente en afschrijvingen op de exploitatierekeningen voor de komende jaren, maar drukken voor het volle bedrag van de investering op de kapitaalrekening van het jaar waarin de investering plaats vindt.

woonvormen, bejaardenoorden en dagcentra. In het licht van de resultaten van de strategische planning in de NHS en de nieuwe bezuinigingen voor de komende vier jaar wordt de nationale strategie zoals die in 1976 in het priorities document wordt geformuleerd in 1977 in *The Way Forward* zeer sterk gerelativeerd. Wordt in het priorities document nog een planninghorizon aangegeven voor de strategie, in *The Way Forward* wordt gesteld dat in de strategie niet wordt aangegeven wanneer een en ander kan worden gerealiseerd; slechts de lange termijn richting van de ontwikkeling van het voorzieningensstelsel wordt aangegeven.

---

#### Literatuur

1. P. A. West: Allocation and Equity in the Public Sector, *Applied Economics* 1973, p. 153-166.
2. DHSS, First Interim Report of the Resource Allocation Working Party, augustus 1975.
3. DHSS, Sharing Resources for Health in England, HMSO september 1976.
4. DHSS, Priorities for Health and Personal Social Services, a consultative document, HMSO 1976.
5. DHSS, Priorities in the Health Services, *The Way Forward*, HMSO september 1976.
6. Anne Mills and Joy Reynolds: Centre-periphery the Hospital and Health Services Review, februari 1977, p. 50-52.
7. DHSS, Management Arrangements for the Reorganised National Health Service, HMSO 1972.
8. The NHS planning systems, DHSS juni 1976.
9. De strategische plannen voor de planperiode tot 1977/1978 zijn bestudeerd van: S. W. Thames Regional Health Authority (RHA), Yorkshire RHA, Leeds Area Health Authority, North East Thames RHA en het operationele plan van Leeds Western District.
10. Dr. David Owen: The organisation and management of the NHS, *The Hospital and Health Service Review* 1976, p. 239-245.
11. D. P. Forster: Mortality, Morbidity and Resource Allocation. *The Lancet* 1977 p. 464-466.
12. A. Barr: Reallocation of Resources, *The Lancet*, juli 1976, p. 105.
13. Rudolf Klein: Resource Allocation, *The Hospital and Health Service Review*, 1977, p. 280-284. Zie ook: *The London Hospitals Scene*, *British Medical Journal* 1976 p. 1046-1049.
14. Public expenditure 1979-80, HMSO feb. 1976.  
– Voorts zijn verschillende richtlijnen en circulaire's van het departement en een aantal regio's geraadpleegd.  
– R. Levitt: *The Reorganized National Health Service*, Croom Helm, London 1976.  
– M. Cooper: *Rationing Health Care*, Croom Helm, London 1975.

---

## 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.

## (1978) MEDISCH CONTACT 33 437

3. een *verbindingscommissie*, nog niet zo lang geïnstalleerd om contacten te leggen met organisaties van niet-medische beoefenaren van aan de sportgeneeskunde ten grondslag liggende disciplines.

#### Publikaties

De FIMS is voorts actief waar het het gedrukte woord betreft. Zo publiceert zij een eigen kwartaalblad: het *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, een Engelstalige uitgave (uitgegeven voor Minerva Medica) met samenvattende artikelen in het Frans en het Spaans. Ook heeft de federatie, dank zij de medewerking van leden van de wetenschappelijke commissie, een *inleiding in de sportgeneeskunde* kunnen uitbrengen; het manuscript werd ter gelegenheid van de Olympische Spelen van Montreal aan het Internationaal Olympisch Comité

aangeboden om te worden gebruikt door Olympic Solidarity. Dit handboek, dat dezer dagen van de pers moet komen, is in het Engels geschreven; getracht zal worden aan verzoeken om vertalingen in andere talen te voldoen.

Dan geeft de FIMS nog een *adresboek* uit. Men vindt daarin de namen en adressen van bestuurs- en commissieleden, van de nationale verenigingen en van de organisaties waarmee de federatie betrekkingen onderhoudt. Ook vindt men er gegevens met betrekking tot het federatiereglement en andere belangwekkende en belangrijke onderwerpen. De lijst zal regelmatig bijgewerkt worden ten einde bruikbaar te blijven als bron van accurate informatie.

#### Toekomstige taken

Als haar belangrijkste taak voor de

toekomst ziet de International Federation of Sports Medicine de ontwikkeling van sportgeneeskundige organisaties in landen waar zo'n organisatie nu nog niet bestaat. Met het oog daarop heeft zij een aantal basiseisen geformuleerd waaraan aspirant-leden moeten voldoen; uiteraard staat de federatie elke potentiële lidorganisatie met raad en daad terzijde ten einde haar in staat te stellen aan die eisen te voldoen. Tegelijkertijd wil de federatie zich in haar beleid actief blijven richten op samenwerking met Olympic Solidarity door het onderwijs in de sportgeneeskunde overal in de wereld actief te stimuleren.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:

*J. P. Koopman* aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'Gastro-intestinal microflora of laboratory mice'. Promotor: Prof. Dr. D. van der Waaij.

*J. B. Maathuis* aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Studies on cyclic changes in the human female genital tract'. Promotores: Prof. Dr. E. V. van Hall en Prof. D. T. Baird.

*Mw. W. M. Molenaar* aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'An anatomical study of the propriospinal connections in the cat'. Promotor: Prof. Dr. H. G. J. M. Kuipers.

*Mw. M. Pais* aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Een vragenlijst voor de (poli)kliniek inwendige geneeskunde'. Promotor: Dr. M. G. van Nieuwenhuizen.

*Mw. M. H. Ponc-Waelsch* aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Chemical and biochemical aspects of tropical Psoriasis treatment'. Promotor: Prof. Dr. M. K. Polano.

*D. J. B. Ringoir* aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Plattelandschirurgie in de 17e en 18e eeuw. De rekeningenboeken van de 18e eeuwse Durgerdamse chirurgijn Anthony

Egberts'. Promotor: Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

*W. Rouwenhorst* aan de Rijksuniversiteit Utrecht; proefschrift: 'Leren gezond te zijn?'. Promotores: E. Lopes Cardozo en Prof. Dr. F. Doeleman.

*J. P. Samsom* aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'A study in panmyelopathy'. Promotor: Prof. Dr. H. O. Nieweg.

*Mw. M. P. A. Schalekamp-Kuijken* aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Haemoglobin synthesis during embryonic development'. Promotor: Prof. R. J. Moll.

*J. A. Schuerman* aan de Rijksuniversiteit Limburg; proefschrift: 'Revalidatie van gedragsdeviaties bij cerebraal gestoorden'.

*R. W. Veldhuizen* aan de Vrije Universiteit

Amsterdam; proefschrift: 'Continue antigene stimulatie en lymfklier'. Promotor: Prof. Dr. J. Oort.

*F. W. A. Verheugt* aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Neutrophil granulocyte antigens and antibodies'. Promotores: Prof. Dr. C. P. Engelfriet en Prof. Dr. J. J. van Loghem.

*O. R. Wever* aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Alcoholism in Aruba'. Promotor: Prof. Dr. F. J. A. Huijgen.

*L. van Wijk* aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Evaluation of D-pencillamine in scleroderma'. Promotor: Prof. Dr. C. H. Beek.

*T. I. Yo* aan de Rijksuniversiteit Utrecht; proefschrift: 'Opsporing van postoperatieve diepe veneuze trombose met Tc-99m Macroaggregaten'. Promotor: Prof. Dr. K. H. Ephraïm.

# Over de methode van revalidatie (I)

Het is zinvol om de methode van revalidatie in de geneeskunde te behandelen, omdat voor velen de revalidatie onduidelijk is en er vaak wordt geklaagd dat de werkzaamheden van de revalidatie-arts ondoorzichtig zijn. Bij bestudering van de werkwijze van de revalidatie-artsen in Nederland en in het buitenland blijkt er echter grote overeenkomst te bestaan in benadering. De uiteenlopende praktijkvormen die men tegenkomt worden meer door secundaire omstandigheden veroorzaakt dan door een wezenlijk verschil in denken en handelen. Het werken in een revalidatie-centrum is anders dan in een algemeen ziekenhuis, als hoofd van een revalidatie-afdeling weer anders dan als consultant. Ook de beschikbare middelen hebben een invloed.

Uit de werkwijze hebben wij getracht de methodiek samen te stellen die ten grondslag ligt aan het werk van de revalidatie-arts. Hierbij wordt uitgegaan van de lichamelijk gehandicapte volwassenen. De methodiek van de revalidatie van geestelijk- en zintuiglijk gehandicapten komt daarmee overeen, al maakt men in die gebieden gebruik van andere technieken. Onder een methode wil ik verstaan de verzameling van alle activiteiten die in een geordende, gecoördineerde, gerichte opeenvolging moeten worden gedaan om een bepaald doel te bereiken. De World Health Organization omschrijft revalidatie als het gecoördineerd en gecombineerd gebruik van maatregelen op medisch, sociaal, arbeidstechnisch en onderwijskundig terrein die de gehandicapte op de voor hem optimale plaats moeten helpen (1969).

## Samenvatting

In een viertal artikelen wordt een overzicht gegeven van het denken en doen in de revalidatie-geneeskunde met betrekking tot de locomotorisch gehandicapte patiënt. In het eerste artikel wordt ingegaan op de definitie en de filosofie van de revalidatie, de consequenties voor het revalidatieve handelen en de denkpsychologische achtergronden.

In het tweede artikel wordt in grote lijnen de methode van onderzoek beschreven, vervolgens in het derde artikel de taak van de revalidatie-arts, het teamgebeuren en een eenvoudige heuristiek van het revalidatie-geneeskundig-probleem-oplossen weergegeven; tot slot zal aan de hand van een schematisch profiel, waarin de elementen van de voornaamste kenmerken zijn weergegeven, de procedure nader worden uitgewerkt.

De beschreven methodische benadering omvat zowel de diagnostiek en de behandeling van functiestoornissen en functionaliteitsstoornissen van de patiënt zelf, als de aanpassing van zijn omgeving in technische en psychosociale zin en de daarbij van belang zijnde wettelijke procedures. De beschreven methode is slechts specifiek voor de revalidatie-geneeskunde door invulling van de voor de revalidatie specifieke elementen; zij wordt in de geneeskunst van oudsher toegepast. De revalidatie-geneeskunde in Nederland heeft zich, in de laatste twintig jaar vooral ook op historische gronden, bezig gehouden met stoornissen van het houdings- en bewegingsapparaat en binnen die grenzen een methode ontwikkeld die – aangepast aan de omstandigheden en kenmerken – ook op andere terreinen van de geneeskunde van nut is.

door **B. D. Bangma,**  
revalidatie-arts



B. D. Bangma is hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Jongbloed (1967) onderstreept duidelijk de methodische werkwijze als hij de nadruk legt op 'het complex van onderling samenhangende en op elkaar afgestemde maatregelen' die voor de patiënt moeten worden genomen om hem op de voor hem optimale plaats te brengen en te behouden.

De filosofie van de revalidatie bepaalt in belangrijke mate de methode die moet worden gevolgd. Het uitgangspunt is dat de mens een psycho-somato-sociale eenheid is en dat de patiënt steeds integraal moet worden benaderd. In beginsel is de revalidatieve geneeskunde afwijkend van hetgeen de curatieve geneeskunde kenmerkt; niet het anatomisch-fysiologisch herstel is primair doel van het handelen, maar

de inpassing, de invoeging van de mens met zijn gebrek in de maatschappij.

De resterende vermogens van de patiënt, de prognose van de ziekte of aandoening, de eisen die de maatschappij nu en in de toekomst aan de patiënt stelt, de inhoud die de patiënt aan zijn bestaan hoopt te geven en de moeite die hij zich hiervoor wil getroosten, gecombineerd met de doeltreffendheid van de hulp die hem wordt geboden, bepalen de doelstelling en de handelingsprocedure.

Vragen die in elk geval aan de orde komen bij de revalidatie van de patiënt zijn: wat is het gebrek, is het door behandeling te reduceren en tot wat is de patiënt dan – dus met adequate behandeling – ondanks het resterend gebrek nog in staat. Elke cliënt in de revalidatie komt met zijn probleem, dat veelal bestaat uit deelproblemen in onderlinge samenhang op medisch, psychisch, maatschappelijk en sociaal-economisch terrein waarvoor slechts ten dele pasklare oplossingen bestaan. De deelproblemen zullen dan ook in hun onderlinge samenhang moeten worden bekeken en er moet met klem worden gewaarschuwd tegen het geven van niet-gecoördineerde pasklare deeloplossingen!

Een voorbeeld ter toelichting: een 38-jarige man verliest bij een ongeval zijn rechterbeen tot boven de knie en loopt verbrijzelingsfracturen van het linkerboven- en onderbeen op. Er wordt voor het behoud van het linkerbeen lang gevochten en tenslotte, na 7 operaties, met succes. Het succes heeft echter wel 4 jaar op zich laten wachten. De laatste 2 jaar kon patiënt al vaak in een rolstoel thuis verblijven maar niet functioneren. Er werd hem een half jaar voordat hij weer kon lopen een rolstoelwoning verstrekt! Een pasklare, kostbare en zinloze oplossing voor een deelprobleem. Uitdrukkelijk wordt in de definitie van revalidatie gewezen op de voorwaarden: *het gecoördineerd en gecombineerd gebruik van onderling samenhangende en op elkaar afgestemde maatregelen*. Deze voorwaarden hebben belangrijke consequenties voor de methode van revalidatie, met name voor de techniek daarvan. Het revalidatie-onderzoek moet

systematisch worden gedaan. Geen van de onderdelen mag worden overgeslagen; het is een integraal onderzoek naar de lichamelijke en psychische gevolgen van de invaliditeit, naar de restvermogens van de patiënt en naar het nut daarvan voor hem in de maatschappij. In moderne termen heet de revalidatie een 'patient-centered-problems-oriented-procedure'. Het probleemoplossen is één van de belangrijkste vaardigheden die vereist wordt van diegene die verantwoordelijk is voor het individuele revalidatie-proces. Denkpsychologische opvattingen en begrippen zijn toepasbaar in de methodebeschrijving van revalidatie. Ook in het onderwijs, bij de oefening van bepaalde vaardigheden, is deze benadering met succes toegepast (Informatie over practica 1975). Vrijwel iedereen wordt in zijn dagelijks werk en in zijn dagelijks leven geconfronteerd met problemen waarvoor geen pasklare oplossingen bestaan. Probleemoplossen is een vaardigheid die naast de kenniscomponent ook het logisch en praktisch werken met die kennis omvat (v.d. Lugt, 1967). Onder probleemoplossen wordt die cognitieve activiteit (activiteit van informatieverwerking) verstaan waarbij het subject een antwoord tracht te vinden op een probleem (Frijda, 1976).

Een probleem kan dan worden gedefinieerd als een situatie waarin het subject is geconfronteerd met een opgave, een moeilijkheid waarop hij geen onmiddellijk antwoord weet en waarop hij ook niet door middel van een geautomatiseerde reeks van handelingen een antwoord kan vinden. Hij zal dit antwoord dus moeten zoeken.

Er zijn in het algemeen drie manieren om dat te doen. De algoritmische oplosmethode is een zoekmethode volgens bepaald voorschrift, waarbij de oplosprocedure helemaal is vastgelegd. Wanneer alle tot de algoritmen behorende stappen in de juiste volgorde worden uitgevoerd, komt de juiste oplossing vanzelf tot stand. Een tweede manier is het blinde zoeken, de trial and error methode en de derde is de heuristische benadering, waarmee wordt bedoeld een systematische oplosmethode van problemen waarvoor geen standaard-oplossingen bestaan (Van Parreren, 1975).

Onder heuristiek wordt een bepaalde gesystematiseerde probleemoplosmethode verstaan. Essentieel en karakteristiek voor heuristieken is de halfopen structuur: in de verschillende fasen van de probleemoplossing zijn keuzemomenten ingebouwd, de keuze bepaalt de volgende fase. Welke keuze moet worden gemaakt is in de procedure niet aangegeven. Een heuristiek leidt niet vanzelf tot het gewenste resultaat, tot de juiste oplossing van het probleem. De methoden bieden geen zekerheid, ze hebben wel een nuttige functie omdat ze althans mogelijke wegen naar de oplossing aanwijzen en de oplosser helpen te selecteren waar hij meerdere oplossingen, in de zin van handelingen, ziet.

Vroeger of later komt het moment dat de oplosser over de nodige vakinhoud (kennis) moet beschikken om de oplossing te vinden (Van Parreren 1975). De kernactiviteit van het heuristisch denken is de *probleem-analyse*. Het verloop van het denkproces en van het toepassen van denktechnische middelen (handelingen die de oplossing voltrekken) verlopen in fasen en komen neer op een serie achtereenvolgende probleemtransformaties die worden bereikt door bepaalde heuristische procedures te volgen. Op de heuristiek van het revalidatie-probleem-oplossen wordt later nader ingegaan.



## Een artikel van Paulus de Wind 'Waarneming over een gestikte navelbreuk'

Paulus de Wind (1714-1771) was een veelzijdig geneesheer zoals onder andere blijkt uit de korte biografie die zijn zoon Samuel over hem schreef (1790)<sup>1</sup>. Hij promoveerde in 1735 te Leiden op het proefschrift *de abortu*<sup>2</sup>. Daarna vestigde hij zich als arts te Middelburg en trouwde Berdina Tak in hetzelfde jaar. Zijn toewijding en bekwaamheid in het beroep van geneesheer werden spoedig bekend, niet alleen bij de zieken maar ook bij het stadsbestuur. Het vertrouwen van de magistraten van Middelburg blijkt uit de hoge posten die hem werden opgedragen; in 1737 werd hij bijvoorbeeld reeds benoemd tot stadsoperateur en steensnijder, later werden hem nog andere eervolle opdrachten toegekend.

Zijn uitgebreid praktisch werk moet hem weinig tijd voor studie en publikatie hebben overgelaten. Toch is er behalve delen van een vrij uitgebreide correspondentie met collegae<sup>3</sup> een algemeen bekend geworden publikatie overgeleverd: *'t Geklemde hoofd gered* (Middelburg 1752)<sup>4</sup>. In de inleiding van dit boekje zegt de auteur, dat hij het samenstelde 'om aan het bevel der edelmogende Heeren, Mijne Heeren de Staten van Zeeland, om de manier aan te wijzen van een Kind, dat met het hoofd in de geboorte geklemd staat, af te halen, zonder dat het kind of de Moeder daardoor beschadigd worden, met eenige order en klaarheid te voldoen.'

Verder zijn een aantal medische publikaties van zijn hand overgeleverd als bijdragen voor de Verhandeling der Maatschappij der Weetenschappen te Haarlem en het Genootschap van Weetenschappen te Vlissingen<sup>5</sup>. Eén van deze artikelen, dat een casusbeschrijving van een 'gestikte'

door **Mevr. Drs. C. M. Verkroost**

De auteur is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Medisch-Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit.

navelbreuk bij een volwassene behelst, wordt hierbij afgedrukt. Onder 'gestikte'<sup>6</sup> zullen we moeten verstaan beklemd, wat overeenstemt met een van de betekenissen van 'stikken', namelijk: blijven steken en smoren. De beschrijving door De Wind waarin hij wijst op de paarse verkleuring wijst in die richting.

In een brief aan D. Gallandat dd. 2 mei 1769<sup>7</sup> schrijft Paulus de Wind over hetzelfde onderwerp: 'Ik heb de beschrijving eener Navelbreukband door den Chirurg V. Gesscher<sup>8</sup> doorgelezen, en de afbeelding daarvan beschouwd, ik vind den stijl van schrijven zuiver & wel opgesteld, dewijl Navelbreuken meest in zwaarlijvige mensen, vooral in vrouwen voorkomen, en men dikwijls niet geraadpleegd word, voordat de breuk reeds excessief groot en bezwaarlijk is in te houden, vrees ik dat de omslag broeing en kosten van zoo een band bij veelen lijderen geen opgang zoude maken of plaats vinden gelijk veel instrumenten schoon goed in de Theorie, in de Praktijk niet aanneemlijk zijn. Waarom ik wel gewenscht had, dat Zijn E. eenige gevallen had opgegeven, daar hij dien band met Succes geapliceerd had.' Kennelijk was de navelbreuk bij volwassenen een van de euvels die het 18e-eeuwse mensdom plaagden. Zoals

bekend, is het verschijnsel ook in onze tijd bij volwassenen niet geheel verdwenen. In de meeste gevallen is de oorzaak congenitaal en komen de klachten op latere leeftijd door verschillende stimuli, onder meer zwaarlijvigheid, zoals Paulus de Wind reeds wist, aan het licht.

### WAARNEMING OVER EEN GESTIKTE NAVELBREUK

DOOR

PAULUS DE WIND

*Den 24. January 1755 wierd ik gehaald by een zwaarlyvige Schoolmatres, van 57 jaaren, die my, te bed leggende, een Navelbreuk, grooter dan een mans hoofd, toonde; en my zeide, dat zy, voor omtrent 20 jaaren, onder 't waarnemen van haar huishouden, een gezwelletje, aan den Navel, was gewaar geworden, met eenige pyn, dog dat den volgenden nacht was verdweenen; echter, van tyd tot tyd wederom gekomen, maar veele jaaren niet grooter dan een Abricoos was geweest, dat het zelve, sedert vier jaaren, eensklaps, geweldig was vergroot; dat zy het, achteroverleggende, altoos had kunnen binnen brengen, uitgenomen, dat, voor eenige weeken, 'er altoos iets van buiten bleef; maar dat nu vyf dagen geleden, het gezwel geheel was buiten gebleven; na welken tyd zy geen afgang had gehad, en ondraaglyke pyn leed in dien zak.*

*Ik vond den Zak zeer ontstoken, ja paarsch en liet, met behulp van een Heelmeeester, 'er eene stoving van Kruiden opleggen, een Clysteer zetten, gaf voorts inwendige middelen, dog alles was zonder vrucht.*

*Des anderen daags vond ik nog geen Hik, nog klamme handen.*

*Maar den derden dag zagen wy het koude vuur<sup>9</sup> aan den Zak, 't geen zoo schielijk voortliep, dat, na verloop van nog drie dagen, reeds twee gaten in den zak waren, het een grooter dan de palm van een mans hand, het ander byna even groot, door welke beide openingen de dunne drek, met ondraaglyke*

stank, uitliep.

Ondertusschen had ik nog vier Clysteeren laten zetten, die alle by haar gebleeven waren.

Op die gaten werden Wieken, met Ung. Digestiv. & Aegyptiac<sup>10</sup> onder een gemengd, bestreken, en over die een stoving van Rooden Wyn gelegd.

Het doode scheidde zig; de koortsen verminderten; zy begon te rusten, en 'er kwam weinig drek meer door de Wonden, maar goede Etter; niets smaakte en bekwam haar beter, dan kaarnemelk met wat gort gekookt. Zy loosde dikwils zwaare Winden, zoo van anderen, als door de gaten in den Navel.

Den 3. February gaf ik twee Scrupuls Rhabard<sup>11</sup>. in een drankje, waar van 'er wederom drek door den Navel kwam, maar ook tevens, voor de eerste reis na dit ongeval, een stukje harde stof van anderen.

Na dien tyd liet ik, over dag, alle drie uren, een stuk van den Balzem Lucatelli<sup>12</sup>, met Suiker gemengd, innemen.

De Buik werd zagt, het Gezwel daaglyks kleiner; zoo ook de openingen, waar op nu alleenlijk Wieken, met voormelde Zalf besmeerd, en een dekleister lagen.

Den 9. February raakte zy, voor d'eerste-maal, sedert den 20. der vorige maand, uit de natuur, een groote menigte harde stoffen, van anderen kwyt, en een weinig dunne door beide de gaten in de Navelzak. Zy zat nu al wat op, en had geen koorts meer.

Den 12. February had zy wederom natuurlijken afgang; at wat vleesch en 'er kwam geen drek meer door den Navel.

Den 30. Maart deed zy haar kerkgang.

Het gat aan de Rechter zyde was nu geheel gesloten; en aan de Linker zyde op de grootte van een stuiver na, en in 't zelve eene opening, niet grooter dan de kop van een bakerspeld<sup>13</sup>, waar door zy van tyd tot tyd Winden, met geluid, loosde; en die opening is tot heden toe gebleeven, loozende zy daar door daaglyks Winden tot haar groot gemak, om dat zy door dit middel van kramp trekken de pynen in de Darmen bevryd blyft: en zy is

anderzints gezond, daaglyks over de straat gaande.

Nota: Zwaare Navelbreuken, vind ik meest in zwaarlyvige Vrouwen, die kinderen gehad hebben.

#### Noten

1. C. M. Verkroost, De levensbeschrijving van de Zeeuwse arts Paulus de Wind (1714-1771) door zijn zoon Samuel, Archief 1974 Mededelingen van het Koninklijk Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen, blz. 11-22.

2. Op het proefschrift van Paulus de Wind hopen we te zijner tijd terug te komen.

3. Bewaard in de Bibliotheek der Maatschappij Geneeskunst, Universiteitsbibliotheek Amsterdam.

4. In fotocopie aanwezig in het Medisch-Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit te Amsterdam.

5. De bijdragen zijn genoemd in Archief 1974, bl. 20, noot 9 (zie noot 1). Het hier afgedrukte artikel is verschenen in de Verhandelingen van de Maatschappij der Wetenschappen te Haarlem, deel 7 (1763), bl. 124.

6. Franck-Van Wijk-Van Haeringen, Etymologisch Woordenboek der Nederlandse Taal, 's Gravenhage 1971.

7. D. H. Gallandat (1732-1782) was afkomstig uit Zwitserland (Yverdun aan het Meer van Neuchâtel) maar werd opgeleid tot chirurgijn bij een oom van zijn moeder, J. H. de Bruaz, geneesheer in Vlissingen. In 1751 slaagde hij met lof en maakte in zijn kwaliteit van scheepschirurgijn reizen naar

onder andere West-Indië. Van het zo verdiende geld ging hij in Parijs studeren, waar hij goede attesten verwierf. Met speciale toestemming van het stadsbestuur van Vlissingen vestigde hij zich als geneesheer in deze stad; in 1775 promoveerde hij toch nog te Harderwijk op: de sectione caesarea. In 1782 is hij gestorven.

8. Waarschijnlijk is bedoeld D. van Gesscher, die een bijdrage voor de Verhandelingen van het Zeeuwsch Genootschap voor 1771 (deel II) schreef met de titel: 'Het maaksel en gebruik van een verwijdend kaarsje, ter behandeling van verscheidene ziekten van de blaas en den pisweg'.

Andere gegevens betreffende D. van Gesscher vonden wij niet.

9. 'Koudvuur': volksnaam voor gangreen, versterf van weefsel, dat onder meer een gevoel van koude veroorzaakt (van Dale).

10. 'Unguentum digestivum' en 'aegyptiacum': zalf van Spaans groen en honing om verrot vlees te genezen. Spaans groen: azijnzuur koperoxyde; 'wiek': dotje pluksel of watje.

11. 'Scrupel': gewichtseenheid,  $\pm 1,28$  gram; 'rhabarber': wortel van het gewas Rheum (uitheems) of de verwerking daarvan, in de geneeskunde toegepast als purgeermiddel.

12. 'Balzem Lucatelli' of 'Locatelli': spijkerbalsem; spijkerbalsem is volgens Van Dale de volksnaam voor terpentijnzalf, bij kneuzingen en winterhanden gebruikt. Jan Spijker zou het middel in de handel hebben gebracht.

13. 'Bakerspeld': grote veiligheidsspeld.

## PRAKTIJKPERIKELN

### De rokende zuster

Ondanks het veelvuldig afgedrukte advies niet te roken in gebouwen van gezondheidszorg, is het in ons ziekenhuis sinds kort officieel toegestaan, dat verpleegkundigen tijdens de uitoefening van hun werkzaamheden mogen roken. De directie voert als argumenten aan, dat zij anders de gediplomeerden zal verliezen en dat de leerlingen bij een rookverbod stiekem zullen gaan roken, wat de kans op een brand verhoogt.

Het probleem van de artsen is, dat men ouders van kinderen met luchtwegafwijkingen het roken in de nabijheid van hun kind niet meer kan ontraden. Zij zien immers, dat hun kind in acute perioden door een rokende zuster wordt verzorgd.

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



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;  
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;  
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. van Boxtel, directiesecretaris.  
Telefoon 030-887021 en 885411.

## Personalia

### Nieuwe leden

Mw. A. M. Aalders, Haringakkerstraat 32 A, Rotterdam  
 G. A. Balkestein, Rolderdiep 25, Zwolle  
 R. Baron, Coornhertstraat 2-3, Amsterdam  
 E. J. van der Beek, David Blesstraat 1, Amsterdam  
 R. Bekker, Rijnsburgerweg 77 A, Leiden  
 A. Berger, Heyskampstraat 7, Tegelen  
 W. B. C. Berkhoff, Koninginneweg 134 C<sup>1111</sup>, Amsterdam  
 H. H. M. v.d. Biggelaar, Pr. Bernhardpark 19, Enschede  
 E. G. J. M. Blesgraaf, Prof. Regoutstraat 21, Nijmegen  
 L. P. Bloom, Uilenstede 451, Amstelveen  
 J. L. van den Boomgaard, Buntlaan 5, Maarn  
 C. L. van den Bos, Landréstraat 171, Den Haag  
 Mw. J. C. Bos-Labruyère, Rozengaarderweg 15, Hummelo  
 C. Bosma, Oppenheimstraat 49, Groningen  
 E. Braak, Kastanjelaan 12, Groenekan  
 P. N. W. M. Breuls, De Sav. Lohmanlaan 168, Rotterdam  
 H. Brouwer, Tolhuislaan 4, Ede  
 J. L. v.d. Burg, Prinsstraat 27, Dordrecht  
 Mw. Dr. M. J. E. S. Cremers-v. Dijck, Zwanenveld 34-33, Nijmegen  
 Mw. P. Croes, van Merlenstraat 88, Den Haag  
 Mw. G. van Dalen, Boerhaavelaan 39, Leiden  
 A. v. Deelen, De Kwartel 17, Dronten  
 Mw. M. E. J. van Deelen-Willems, De Kwartel 17, Dronten  
 Mw. G. Dieben-Roelofsen, Menningweerweg 3, Stompetersen  
 O. A. van Dobbunburgh, Compagnonsplein 1, Drachten  
 P. J. Dörr, Welnahorst 42, Enschede  
 J. G. W. Draulans, Langevoort 50, Oegstgeest  
 O. Dijkstra, Lohuisstraat 1 A, Bornerbroek  
 R. K. van Eck, Joh. XXIII singel 8, Heerlen  
 K. J. Eigenhuis, Seringenstraat 6, Aalsmeer  
 Mw. C. E. Essed, Aelbrechtskade 107 B, Rotterdam  
 Mw. T. L. Filedt Kok-Weymar, G. v.d. Veenstraat 88, Amsterdam  
 G. Freriks, Hagedoorn 30, Maassluis  
 Mw. B. S. T. Fu, van Speykstraat 77 A, Rotterdam  
 J. W. M. Gardeniers, Weegbreestraat 14, Maarheeze  
 J. P. Geervliet, Chr. Huygensstraat 27, Badhoevedorp  
 Mw. A. M. van Gent, van Swietenstraat 7, Leiden  
 P. W. Goudsmit, Barentszstraat 34<sup>11</sup>, Amsterdam  
 G. A. de Graaf, R. Claeszenstraat 1<sup>1</sup>, Amsterdam  
 M. G. P. M. van Grinsven, Bechstede 25-59, Goes  
 M. Gunnink, Gr. Edzardstraat 80, Appingedam  
 F. C. C. de Haas, De Vang 51, Malden  
 L. A. M. Haenen, St. Josefplein 5, Zwolle  
 Mw. L. M. Hageman, Langestraat 2, Amsterdam  
 Mw. I. van Ham, Hanenberglanden 122, Enschede  
 E. R. Hammacher, Rapenburg 66, Amsterdam  
 J. J. Harten, Elzenlaan 16, Dordrecht  
 F. M. Helmerhorst, 1e Jan Steenstraat 35<sup>111</sup>, Amsterdam  
 D. D. Heun, Joh. Winklerwei 123, Leeuwarden  
 Mw. C. D. Hörchner, M. Bardeslaan 6, Amstelveen  
 A. E. J. A. van Hoof, Terentiusstraat 24, Heerlen  
 P. W. H. Houben, Weezenhof 82-26, Nijmegen  
 E. N. Jacob, van Loostraat 59, Den Haag  
 Mw. A. D. Jager-Jongkind, 2e Nassaustraat 23<sup>11</sup>, Amsterdam  
 W. J. Jager, Wijsmullerstraat 32<sup>1</sup>, Amsterdam

T. J. M. Jansen, St. Jacobslaan 288, Nijmegen  
 A. M. Janssen, Rooseveltlaan 227 IV Amsterdam  
 Mw. E. Joosten-Cerda de Palou Roig, Herculeshof 43 H, Maas-tricht  
 J. Kats, Wagenaarstraat 12<sup>111</sup>, Amsterdam  
 Dr. J. N. Katchaki, Karmelitesenlaan 12, Arnhem  
 Mw. C. L. D. M. van Kessel, J. v. Scorelstraat 45, Utrecht  
 M. D. Kloosterman, Vossenberglaan 19, Rozendaal  
 R. Kok, Vechtstraat 146<sup>111</sup>, Amsterdam  
 S. J. Kooijman, Brugstraat 13, Zwammerdam  
 Mw. J. van Kouwenberg-Haak, 1e Ceramstraat 14<sup>11</sup>, Amsterdam  
 S. W. van Leeuwen, Rozenlaan 127 A, Rotterdam  
 A. L. Liem, Fred. Hendrikstraat 16<sup>1</sup>, Amsterdam  
 Mw. Th. E. J. M. Mallens, 1e Jan Steenstraat 35<sup>111</sup>, Amsterdam  
 J. H. van der Mark, Javastraat 45-1, Amsterdam  
 H. M. J. van Megen, Hazenkamp 46, Reuver  
 B. F. Metz, v. Maerlantpark 8, Capelle a/d IJssel  
 E. Meijer, Eisenhowerlaan 28, Oude Tonge  
 W. H. Meijer, F. Zernikestraat 301, Hengelo  
 J. T. Mooij, p/a T. Prikkerstraat 43<sup>11</sup>, Amsterdam  
 B. J. Mouthaan, Vlietkade 20 A, Rotterdam  
 H. R. Neys, Helios 94, Hoogeveen  
 J. L. M. van Niekerk, Hoogendoornlaan 30, Alphen a/d Rijn  
 A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, Grunerielaan 11, Oegstgeest  
 Mw. E. A. Noorlander, 1e Schansstraat 26 B, Rotterdam  
 Mw. M. L. Oei-Lim, Heezerweg 1 A, Sterksel  
 G. J. Ossenkoppele, Drechtijk 20-35, De Kwakel  
 J. A. den Ouden, A. Cuypersstraat 20<sup>11</sup>, Amsterdam  
 W. J. den Ouden, Ala Blancaweg 24, Curacao N.A.  
 Mw. A. J. M. Poestkoke, Populierenlaan 385, Amstelveen  
 R. L. Pranger, Celebesstraat 54 A, Groningen  
 H. Prak, Omloop 41, Stadskanaal  
 L. C. Prins, Rijnstraat 6 A, Groningen  
 Mw. J. Rademaker, 2e Franklinstraat 54, Eindhoven  
 H. B. Rethmeier, Jagtlusterallee 5, Nieuwleusen  
 A. C. Sablerolle, Westerwal 8, Lochem  
 H. G. Sandelowsky, Stadhouderskade 118, Amsterdam  
 Mw. A. G. M. Schaapsmeeders-Visschedijk, Mandenmaker-straat 29, Breda  
 L. A. H. Schiffelers, Papaverplein 99, Kerkrade  
 J. K. C. Schoonveldt, Rustenburgerstraat 291<sup>111d</sup>, Amsterdam  
 P. D. Schut, Nachtegaalstraat 65, Haaksbergen  
 Mw. R. G. M. de Slegte, Residence Rembrandt 50, Noordwijk aan Zee  
 P. H. Th. J. Slee, Leeuwerikspad 14, Ter Aar  
 P. A. J. Speth, p/a Joh. Vijghstraat 67, Nijmegen  
 Mw. I. M. J. L. Speller, J. van Goyenstraat 146, Meppel  
 R. J. H. Starmans, Ambonstraat 18<sup>111d</sup>, Amsterdam  
 Y. Stoutenbeek, v. Limburg Stirumstraat 16, Utrecht  
 W. L. A. Stroobants, Elisagracht 13, Kerkrade  
 D. G. Struijk, Ceresstraat 45, Alphen aan den Rijn  
 L. J. Stwerka, P. Potterstraat 17, Meppel  
 R. M. Sukul, Ravenhorst 24, Leiden  
 Mw. J. M. J. Sukiman, Prof. Bromstraat 98-2, Nijmegen  
 G. H. J. Suverkropp, Pletterijkade 31, Den Haag  
 S. P. Swierstra, Verl. Nieuwstraat 31 A, Groningen  
 R. H. Usher, Friezenhorst 29, Sassenheim  
 J. J. P. Valetton, Langendijkstraat 9, Kloosterhaar  
 Mw. M. J. B. M. Veendrikck-Meekes, Heidebloemstraat 107, Nijmegen  
 M. S. van Veenen, Brinklaan 39, Groningen  
 H. B. Veldman, Sluisweg 3 A, Vaassen  
 B. H. M. G. Verheyen, Zonstraat 128, Utrecht  
 Mw. K. J. Verschoor-Troost, Burg. v.d. Elzenlaan 20, Oss  
 C. W. H. Versloot, Pollux 92, Hoogeveen  
 G. Versijp, Redemptoristenstraat 235, Tilburg  
 J. Verwey, Pisanstraat 380, Eindhoven  
 Mw. J. Visser, Burg. Hogguestraat 143, Amsterdam  
 N. C. W. M. Vlaar, Csardasstraat 49, Nijmegen  
 Mw. M. W. Vorst-van den Broek, Chabotlaan 21, Nieuwegein  
 Dr. A. Vos, Durgerdammerdijk 162, Durgerdam  
 P. Vos, Nieuwe Gracht 108, Haarlem