

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 14 – 8 april – 43e jaargang

De Ziekenfondsraad heeft een experiment – eigenlijk een serie regionale experimenten – met thuisverpleging opgezet. Beleidsmedewerker Drs. J. B. van der Steur, secretaris van de Landelijke Stuurgroep Experiment Thuisverpleging, zet het in zijn context.

Verpleeghuizen zullen in de toekomst in toenemende mate worden geconfronteerd met de vraag om opname van AIDS-patiënten. Aanvragen ter zake moeten en kunnen positief worden beantwoord, mits er een adequaat draaiboek wordt opgezet. F. J. Biesenbeek, hoofd van de afdeling Verpleeghuizen van de Geneeskundige Hoofdinспекtie van de Volksgezondheid, licht het officiële standpunt toe.

De kinderen die in een Jappenkamp groot zijn geworden hebben voor de problemen die zij daardoor later hebben gekregen altijd weinig begrip ondervonden. Hoezeer dergelijke ingrijpende ervaringen van invloed kunnen zijn op iemands leven, bleek uit de reacties die bij de Stichting Korrelatie zijn binnengekomen na een televisie-uitzending over oud-Jappenkampkinderen. Korrelatiemedewerkster Michaja Langelaan beschrijft het leed waarmee deze mensen werden, en worden, geconfronteerd.

Is de militair voor zijn geneeskundige hulp aangewezen op de militaire arts, zijn gezin valt doorgaans onder de zorg van een burger-huisarts. Maar de tijden veranderen, en dus de mores. Een artikel van M. J. J. Hoejenbos, hoofd van de Geneeskundige Afdeling van de Sociaal Medische Dienst van de Koninklijke Marine te Driehuis.

Patiëntenparticipatie vormt in Almere een hoofddoelstelling van het plan voor de opzet van de gezondheidszorg: een voor ons land uniek verschijnsel. Hoe werkt het in de praktijk en wordt het ook metterdaad aanvaard? 'We zijn zeker op weg', antwoorden Mw. C. J. J. Hulleman, coördinator van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntenparticipatie Almere, Mw. I. C. E. Visser-Thiry en H. Wiesemann, respectievelijk ex-bewonerslid en bewonerslid van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere.

INHOUD

Thuisverpleging. Taak en uitdaging voor de eerste lijn

Drs. J. B. van der Steur – 423

Verpleeghuizen en AIDS-patiënten. Behoeftte aan een adequaat draaiboek

F. J. Biesenbeek – 426

WAO-toetreders uit 1985. Analyse van een onderzoekverslag

S. Knepper – 429

Oud-Jappenkampkinderen en hun problemen. 'Veel te gauw tevreden met niets'

Michaja Langelaan – 431

Geneeskundige hulp voor het gezin van militairen

M. J. J. Hoejenbos – 435

Intensive care in Nederland

Dr. J. C. van der Zwan – 437

Een experiment in Almere (10). Patiëntenparticipatie. Een krachtige vuist of een slap handje?

Mw. C. J. J. Hulleman, Mw. I. C. E. Visser-Thiry en H. Wiesemann – 439

Arts en recht. Recept=recept. Uitspraak Reclame Code Commissie over een geneesmiddelenadvertentie WVC/Economische Zaken – 441

Colofon 418 – Colofon officieel 418 – Hoofdre-dactioneel commentaar 419 – Meester Dokter 420 – Brieven 421 – Praktijkperikel 428 – Officieel 443.

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Wels
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreuwerberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV

Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

De klinische les van Charcot aan de Salpêtrière.
André Brouillet 1857-1914.
Musée de l'Assistance Publique de Paris.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseerende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informaticus.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Waldeveene-van der Louw, secretaresse.

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

'Verandering verzekerd' (3)

Werden er in de twee voorgaande hoofdredactionele artikelen vooral kanttekeningen geplaatst bij en uitleg gegeven over de nota 'Verandering verzekerd', vandaag komt aan de orde hoe wij als beroepsgroep op deze nota zouden kunnen reageren.

Uit de reacties uit de medische beroepsgroep blijkt steun voor het streven van het kabinet *structurele* oplossingen te vinden voor knelpunten als een verbrokkelde financieringsstructuur, het gebrek aan prikkels om kostenbewust en doelmatig te handelen, het gebrek aan samenhang tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg en het gebrek aan structuur binnen de extramurale gezondheidszorg. Ook over de noodzaak van substitutie en doelmatig handelen, van handhaving van een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg, van beheersing van de kosten en waar mogelijk van beperking van de regelgeving, bestaat overeenstemming.

Niet alleen in de nota, maar ook in alle beleidsstukken van de beroepsorganisaties krijgt het onderwerp 'kwaliteit' veel aandacht. Aan de kwaliteit van onze gezondheidszorg valt nog veel te verbeteren. Wij artsen zijn er blijkbaar niet in geslaagd overheid en verzekeraars ervan te overtuigen dat wij zelf in staat zijn orde op zaken te stellen en ons toetsbaar en controleerbaar op te stellen. Inderdaad loopt het grootste deel van de beroepsgroep hierin niet voorop, maar vergeleken met een aantal jaren geleden is er al veel veranderd. De KNMG en beroepsverenigingen als de LHV en de LSV laten thans andere geluiden horen dan destijds. Toen was het ondenkbaar dat het Centraal Bestuur van de LHV in een discussienota zelf de mogelijkheid van recertificatie zou opperen, of dat het Centraal Bestuur van de LSV een visitatiesysteem zou suggereren, zoals thans wel het geval is.

De besturen van de beroepsorganisaties blijken goed te begrijpen dat er anno 1988 niet aan valt te ontkomen dat de Nederlandse artsen hoge eisen aan elkaar stellen en dat het onderlinge toetsingssysteem voor externe controle wordt opengesteld. Patiënten, verzekeraars en overheid hebben er recht op te weten welke onze criteria zijn voor verantwoord professioneel handelen, hoe wij dit handelen toetsen en controleren, wat de resultaten hiervan zijn en welke corrigenda en sanctiemiddelen wij han-

teren. Het is onze taak de betrokkenen ervan te overtuigen dat het voor een effectieve kwaliteitscontrole nodig is dat de artsen daar vertrouwen in hebben en dat het daarom het beste is als deze kwaliteitscontrole door de professie zelf wordt georganiseerd.

Vraagtekens kunnen worden geplaatst bij de grote verwachtingen die men koestert van de marktwerking. Onvoldoende heeft men ons inziens stilgestaan bij het gegeven dat de betekenis van gezondheid in onze samenleving wordt overgevaardeerd en dat de niet-gefundeerde angst niet gezond te zijn een van de bronnen is van de hoge kosten van onze gezondheidszorg. Evenmin wordt duidelijk hoe men, opererend binnen het marktprincipe, grenzen aan de zorg wil stellen. Ieder die op een markt opereert wil deze toch uitbreiden? Daarom is het heel goed voorstelbaar dat bij een schier eindeloze vraag de kosten van de ge-

Dr. C. Spreeuwenberg

zondheidszorg in een op marktprincipes gebaseerd stelsel juist zullen stijgen. Kijken we naar de gezondheid(szorg), dan is er eerder behoefte aan artsen die de moed hebben vragen van patiënten te trotseren. Commercieel gezien gedragen artsen die zo handelen zich echter uiterst vreemd. Is de overheid te zijner tijd in staat de uit de fles ontsnapte geesten te bezweren?

De wens tot een functionele organisatorische samenhang te komen, verdient steun. Het zou in Nederland echter niet reëel zijn als er niet tevens rekening zou worden gehouden met een geografische ordening. Ook nu kiezen patiënten voor gemakkelijk bereikbare voorzieningen. Een groot bezwaar tegen 'Verandering verzekerd' is de al te bepalende rol die erin aan de verzekeraars wordt toegekend. Hoewel dit niet met zoveel woorden wordt gezegd, lijkt het erop dat het Amerikaanse systeem van 'health maintenance organizations' (HMO's) bij de opstellers van de nota model heeft gestaan. Ervaringen in de Verenigde Staten leren echter ook dat het gevaar niet denkbeeldig is dat dergelijke organisaties een onverantwoord keurslijf voor de werkers gaan vormen en dat door hun optreden

een verantwoord professioneel handelen onder druk komt te staan, zowel direct door handelingsprotocollen als indirect door financiële sancties.

Het is van belang dat de professie de ruimte uitbuit die 'Verandering verzekerd' biedt voor experimenten die beogen de knelpunten binnen het huidige systeem op te lossen. Er dienen alternatieven te worden gezocht met behulp waarvan de positie van de aanbieders van zorg wordt versterkt en functionele samenhang wordt gecombineerd met regionale ordening. Zoals in Maarssenbroek een verzekeraar thans overeenkomsten tracht te sluiten tussen het gezondheidscentrum aldaar en ziekenhuizen, zo kan men zich voorstellen dat groepen hulpverleners binnen een bepaalde geografische eenheid zich aaneensluiten en zich als blok aan verzekeraars en andere instellingen presenteren.

Individuele hulpverleners, vooral huisartsen, zullen moeten inzien dat zij geen kleine zelfstandigen kunnen blijven en dat zij binnen een grotere organisatie zullen moeten functioneren. Voor inventieve groepen huisartsen is het mogelijk zelf hun plaats in het toekomstig bestel te bepalen. Als men overzichtelijke werkeenheden creëert met de omvang van de huidige waarnemingsgroepen, zijn hiervoor verschillende interessante modellen denkbaar. Het komt me voor dat daarvoor bij een experimentele projectmatige opzet geld te vinden is bij belanghebbenden als overheid, ziekenfondsen, overige verzekeraars en ziekenhuizen. Voor problemen op grond van de thans nog vigerende wetgeving kunnen vast wel oplossingen worden gevonden.

Het grootste gevaar dat onze beroepsgroep bedreigt, is dat we zo druk zijn met onze patiëntenzorg dat we weinig oog en tijd hebben voor de structuur van de gezondheidszorg. We moeten beseffen dat *wijzelf* het initiatief voor veranderingen kunnen nemen. Als we dit nalaten, mogen we ook niet klagen als anderen structuren maken die niet in het belang zijn van onze patiënten en onszelf. □

Meester Dokter

Weer een beetje nonchi

Schoolzwemmen, vlak na de oorlog. Ik sprong maar meteen van de hoge duikplank, zo blij was ik dat ik niet langer behoefde te zwemmen onder de priemende ogen van de badmeester, een kale bullebak, die vast zijn best deed om nog eens de rol van ijzervreter in een Amerikaanse oorlogsfilm te krijgen. Ik kon zwemmen. Dus mocht ik het instructiebad verlaten om in het diepe vrij te gaan zwemmen; daarmee was ik ook verlost van dat eindeloze gebrul bij de les! Het mag nog een wonder heten dat de meeste kinderen van de derde klas van de lagere school niet verzopen van de schrik tijdens het schoolzwemmen, met zo'n commando-officier die voortdurend langs de betegelde rand liep te ijsberen. En als ze de zwemles al overleefden, hadden ze altijd nog de kans te verstijven tijdens de douche, als de potentiaat opnieuw begon te schreeuwen wanneer je er langer dan dertig seconden onder bleef staan om bij te komen van de kou – je zult in ons kikkerland ook eens genieten van een beetje lekker warm water – en van het tirannieke chloor in je ogen.

Een kleine veertig jaar later zwem ik weer in zo'n bad. De badmeesters zijn inmiddels aanzienlijk bedaarder geworden; misschien mag je wel zeggen dat je ze bijna helemaal niet meer ziet en dat ze alleen maar zichtbaar worden als ze het bassin voor driekwart komen afzetten voor een les aan een paar belegen leerlingen, die het zwemmen nooit hebben geleerd doordat ze zo'n veertig jaar terug bijna zijn verdronken tijdens de les en die nu alsnog worden voorzien van instructies om het hoofd boven het water te houden. Misschien houden de badmeesters zich wel eens té koest, zoals ik zelf zeer onlangs mocht ervaren tijdens één van mijn wekelijkse bezoeken aan het zwempaleis:

Bij het naderen van het ondiepe bassin gleed ik uit, stootte mijn tenen tegen een opstaand randje, waarna ik met de gratie van een zak zoute drop met een halve schroef in het 'verboden te duiken' dook. De kurketrekkerdraai zette zich onder water een beetje voort, maar gelukkig raakten mijn handen toch het eerst de bodem, waarna ik, weer boven water gekomen, begon te drijven als een sijs, met mijn gebroken teen en ontwrichte voet als een haperende scheepsschroef achter mij aan. Een

moment verwachtte ik dat de badmeesters, die in hun glazen huisje, enkele meters verwijderd van de plaats waar ik van de rand was gevallen, aan het observeren waren, zich onder luid geplons als reddende engelen te water zouden begeven of tenminste hun zitplaats zouden verlaten om mij een standje te komen geven dat het niet is toegestaan met halve schroeven te water te gaan. Aangezien alles rustig bleef, besloot ik zelf maar uit het water te komen. Met mijn scheve teen strompelde ik langs de glazen vitrine naar de kleedhokjes om naar het ziekenhuis te gaan. Gelukkig kwam mijn vriend Gijs net onder de douche vandaan om ook aan zijn wekelijkse baantjes te beginnen, dus kon ik hem verzoeken zich terstond weer in zijn confectie te hijsen en mij een vrienden-dienst te bewijzen. De teen begon ook al een vreemde kleur te krijgen en het was duidelijk dat ik niet meer op twee schoenen het zwembad zou verlaten.

Toch bleek ik niet geheel onopgemerkt de recreatieve instelling te kunnen verlaten. Vlak voordat ik door de tochtdeuren naar buiten wilde gaan, werd er uit de kassa naar me geroepen wat er aan de hand was. Toen ik meldde dat ik waarschijnlijk een teen had gebroken, werden de eerste initiatieven getoond. 'Zal ik even een ziekenwagen voor u bellen?' 'Nee,' zei ik, 'want mijn vriend hier naast me brengt me wel naar het ziekenhuis'. 'Als u zegt naar welk ziekenhuis u gaat, dan zal ik even voor u bellen dat ze op uw komst zijn voorbereid'. Toch attent dat er iemand in het zwembad is die niet alleen kaartjes verkoopt en knipkaarten knipt, maar opmerkt dat iemand zo fris als een waterhoentje het bad betreedt en de instelling weer met stille trom, als een aangeschoten eendvogel verlaat.

De zuster stond inderdaad klaar en het is even wennen dat je echt in de ziekerol komt als je plaats moet nemen in het rolstoeltje, waarin je vanaf dat moment naar de verschillende afdelingen wordt vervoerd, met de zuster als stuurvrouw erachteraan. Het fotootje was zo gemaakt en zuster en ik bogen ons gezamenlijk over de beelden om een gewichtig oordeel te geven over de toestand van mijn voet. 'Waarschijnlijk gebroken', zeiden wij kundig, maar wij moesten natuurlijk wel even het oordeel van de echte chirurg afwachten.

Het duurde allemaal wel erg lang, zodat de zuster besloot toch nog maar eens te bellen. Het kapotte gewricht(?) vroeg uiteindelijk om de daadkracht van een geneesheer. 'Ik weet hoe lastig zo'n teen is', zei de zuster, toen aan het gesprek een einde was gekomen. 'Ik ben wel eens met mijn teen onder een deur beklemd geraakt en heb toen maanden last gehad van mijn voet. Ik had er misschien ook wel mee naar de dokter moeten gaan, want ik denk dat er een botje was gebroken'. 'Maar wat gaan wij nu doen?', vroeg ik, na zeer instemmend te hebben gereageerd op het verhaal van mijn bondgenote. 'We gaan de teen met behulp van leukoplast vasttappen aan de belendende gewrichten, dan kunt u ermee naar huis'. 'Moet er geen gips aan te pas komen?' 'Dat weet ik niet. We zullen een nieuwe afspraak maken, gewoon overdag. Dan moet de dokter het maar bekijken'. Toch allemaal weer een beetje nonchi, nietwaar?

Jaap Gerritsma

Dr. J. G. N. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht, waar hij bij de Faculteit der Geneeskunde de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs coördineert.

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

WEG MET ONS!

Eindelijk is het dan zover. Het laatste bolwerk der vrije beroepsuitoefening zal nu ook worden gesloopt. Als uitvloeisel van de Algemene Maatregel van Bestuur met betrekking tot het vestigingsbeleid zullen de bovenmaximale praktijken op aandringen van onze eigen 'vakbond' binnen afzienbare tijd moeten worden verkleind tot de normpraktijk, al dan niet met een surplus van circa 400 patiënten. Dit dient te worden bereikt door het sluiten van deze praktijken om zo de influx van nieuwe patiënten aan banden te leggen. Dit tot de norm is bereikt, waarbij dient te worden aangetekend dat de afbouw wordt gemaximeerd tot 235 patiënten per jaar. Zo zal dan in 1991 de normpraktijk voor iedere huisarts dienen te worden bereikt.

Welnu, iedereen weet dat grote praktijken met een stabiele populatie niet kleiner worden door sluiting alleen. Er zal in 1991 zodoende nauwelijks of geen verkleining van bovenmaximale praktijken tot stand zijn gekomen. De consequentie zal dan zijn dat in 1991 actief patiënten zullen dienen te worden afgestoten. En wie zal deze fraaie taak op zich nemen? Wie zal ervoor moeten zorgen dat patiënten te horen krijgen: 'U wordt verzocht naar een andere arts om te zien, want u mag niet meer door uw huidige gezinsarts worden behandeld'?! Driemaal raden! Hoe zou een patiënt zich na zo'n mededeling voelen? . . . Precies! Wie zal, nadat hij zich met ijver en inzet gedurende vele jaren voor zijn patiënten verdienstelijk heeft gemaakt, deze patiënten zien verdwijnen zonder enige compensatie voor een aanzienlijk inkomensverlies? U raadt het al – de huisarts!!

Werd het ons verboden nog goodwill voor onze praktijk te vragen, omdat het politiek onverteerbaar werd geacht je patiënten te verkopen, straks mogen wij – o, paradox – deze patiënten wel verkwanzelen en ze de deur wijzen! Het druist tegen mijn rechtsgevoel in dat men patiënten kan dwingen in hun artskeuze en kan dwingen de arts waarin ze jarenlang vertrouwen hadden te verlaten. Immers, werden de patiënten in de zogenaamde bovenmaximale praktijken slecht behandeld, dan waren deze praktijken vanzelf wel kleiner geworden. Bovenmaximale praktijken zullen niet bovenmaximaal zijn omdat de arts zulke slechte diensten aan zijn patiënten bewezen heeft, is het niet? Het druist tegen mijn rechtsgevoel in dat actief patiënten worden afgestoten zonder er enige compensatie aan inkomensverlies voor de betreffende arts tegenover te stellen. Immers, men dwingt zo'n arts een kapitaalsverlies te accepteren. Iedere vakbond zou op zijn achterste benen gaan staan, wanneer zijn leden met zulk een



surprise werden geconfronteerd. Zo niet onze LHV. Neen, deze dringt zelfs aan op zulk een procedure. Dit om vooral de dialoog te onderhouden met de scherprechters in Den Haag. Arme patiënt.

Men dient zich terdege te realiseren dat een overheid die haar burgers de vrijheid van artsenkeuze ontnemt een precedent schept waardoor de keuzevrijheid op andere gebieden wordt bedreigd. Let daarom op uw zaak. Het recht van vrije keuze is te belangrijk om het op te offeren aan een vermeend politiek belang.

Groenlo, maart 1988
G. N. Zandstra, huisarts

PRO-RATASYSTEEM

Naar aanleiding van de brief van collega Verkuyt (MC nr. 5/1988, blz. 133), waarin hij zijn zorg uitspreekt over het verdwijnen van de pro-ratasytematiek, en het naschrift van de directeur van de LHV, de heer Laffr  , wil ik het volgende opmerken:

Als iets het element heeft van stimuleren van kwalitatieve zorg, dan is het wel de pro-rataberekening. Immers, indien de huisarts zich wil inzetten voor thuiszorg, terminale zorg, psychische exploratie, kleine chirurgie en dergelijke zal haar of hem het instrumentarium daartoe niet moeten worden onthouden. Alleen competitie op basis van de omvang en de kwaliteit van het geleverde produkt kan bevorderend werken voor de kwaliteit van de gezondheidszorg (discussienota LHV). Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk produkt veelal niet in maximaal 20 minuten kan worden geleverd. Is dit systeem van pro-rataberekening niet het enige dat enigszins strookt met de opzet van de toekomstige honoreringsstructuur, zoals voorgesteld in de discussienota? Of is het juist om via het kwantificeren van het aanbod (laat de patiënt maar enkele keren terugkomen voor de exploratie van het probleem . . .) de kwaliteit op te houden, onnodige verwijzingen te voorkomen   n geen dief te zijn van de eigen portemonnaie?

Wetende dat het norminkomen bij het thans vigerende verrichtingengetal van 2,9 niet wordt gehaald bij een normpraktijk, dat huisartsen best pro rata willen rekenen, dat wil zeggen niet een heel consult voor het itereren van een recept (wie moet niet een keer slikken

als hij of zij dit op de rekening schrijft), dat de beslissing van het COTG is gebaseerd op de situatie van 1985, is het dan niet noodzakelijk dat het CB zich verzet tegen deze beslissing en ernaar streeft dat pro-rataberekening een 'Dekkerse' doelmatigheidsprikkel blijft totdat een definitieve rechtvaardige honoreringsstructuur is geëffectueerd?

Hoofddorp, maart 1988
F. W. Wolsak

AUTOMATISERING

Zo wel adviseren!

Wij zijn het geheel eens met de inhoud van de ingezonden brief van collega J. Goris (MC nr. 5/1988, blz. 134). We hebben de kop boven onze brief echter aangepast. Het naschrift van Mr. R. Hogenhuis is ons inziens totaal onbevredigend. Er wordt met name geen antwoord gegeven op de vraag hoe de LHV haar neutraliteit denkt te kunnen waarborgen. De twijfels hierover zijn alleen maar toegenomen nu bekend is geworden dat de VVAA (Microhis) de LHV een fors bedrag heeft betaald. Wij begrijpen nu ook waarom het Microhis-pakket, dat vorig jaar slechts f 1.200,— kostte, plotseling zo duur is geworden. Er zijn twee systemen getoetst, zo stelt Mr. R. Hogenhuis, zij het dat van Declamed nog geen medische module of apotheekmodule ter toetsing is aangeboden. Daarnaast vermeldt hij dat Microhis de enige erkende gebruikersvereniging is. Door ook nu weer niet te vermelden dat Microhis *niet* geschikt is voor de apotheekhoudende huisarts, vanwege het feit dat het systeem niet werkt met de KNMP-taxe, benadeelt hij opnieuw de andere systemen. Meer dan tweehonderd zeer tevreden gebruikers van systemen als Genesys, Praktisys en Promedico, apotheekhoudende collega's die moeten worden beschouwd als pioniers op het gebied van de automatisering, worden door het beleid van de LHV totaal genegeerd en doodgezwegen.

De LHV en de WCIA hebben zich in het verleden alleen maar beziggehouden met het HIS-model. De toetsingsprocedure is gericht op dit HIS-model. De specifieke problematiek en wensen van de apotheekhoudende huisartsen zijn hierbij vergeten. Er is voorbijgegaan aan een belangrijke vraag: *wat* wil je automatiseren? Er had dan waarschijnlijk onderscheid moeten worden gemaakt tussen systemen voor apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen.

Kritiek op dit LHV-beleid, zoals onlangs ook duidelijk te horen was op een vergadering tussen gebruikersgroepen en de LHV, kan

niet zo maar worden genegeerd. De LHV er de WCIA zullen neutraal in overleg moeten treden met de gebruikers van uitstekend werkende apotheeksystemen. Doel van dat overleg moet zijn, te bevorderen dat deze systemen uitgroeien volgens het HIS-model. Aan apotheekhoudende collega's die door de maatregelen van Dees worden geconfronteerd met een geweldige toename van hun apotheekadministratie kan de LHV dan met een gerust hart adviseren niet het door apotheekhoudende huisartsen afgekeurde Microhis te kopen, maar wel een van de andere door hen goedgekeurde systemen.

Nuland/Geffen, maart 1988
A. Smit,
J. Visschers,
apotheekhoudende huisartsen

WERKAFSPRAKEN RÖNTGENOLOOG EN LABORANT

Naar aanleiding van het commentaar 'Werkafspraken röntgenoloog en laborant' in MC nr. 8/1988, blz. 245, willen wij de volgende opmerkingen plaatsen:

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek wil uitdrukkelijk vaststellen, zoals terloops in het commentaar genoemd, dat de radioloog c.q. radiodiagnost te allen tijde de verantwoordelijkheid draagt met betrekking tot de voorbereiding en uitvoering van diagnostische en/of interventieonderzoeken op de afdeling Radiodiagnostiek. Daarbij dient hij of zij zich op de hoogte te stellen van alle gegevens die noodzakelijk en relevant zijn, alvorens het onderzoek wordt verricht. Ten behoeve van de praktische gang van zaken op de afdeling Radiodiagnostiek dienen hiertoe goede werkafspraken te bestaan.

Utrecht, maart 1988
Bestuur Nederlandse Vereniging
voor Radiodiagnostiek

EUTHANASIE

Medisch Contact nr. 2 van dit jaar en mijn eigen ervaring als gemeentelijk lijkschouwer met euthanasie nopen me tot de volgende opmerkingen:

- Er zijn drie invalshoeken te onderscheiden:
- de stuurlied aan de wal: KNMG, Hoge Raad en regering;
 - de pure denkers aan de wal: filosofen(ethici); en
 - de behandelende sector aan het bed.

Met de uitdrukking 'aan de wal' bedoel ik niet anders dan een duidelijk onderscheid te maken met 'aan het bed' (de levensechte keiharde emotioneel beladen realiteit). En vanuit elke invalshoek wordt er gedacht!

Vanuit alle invalshoeken wordt rekening gehouden met de zwakke kanten van de mens en

OPROEP

Aan zelfstandig gevestigde psychologen

In opdracht van het ministerie van WVC doet het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) onderzoek naar de positie van zelfstandig gevestigde psychologen op het gebied van psychologische hulpverlening. Doelstelling van het onderzoek is het inventariseren van het aantal psychologen dat werkzaam is als zelfstandig gevestigd psycholoog en hun werkzaamheden.

In het kader van dit onderzoek is in de maand februari 1988 een enquête gestuurd aan alle psychologen in Nederland van wie werd aangenomen dat zij werkzaam zijn als zelfstandig gevestigd psycholoog (onder andere via het NIP-psychologenadresboek). Uiteraard zijn er psychologen die niet door ons zijn benaderd, maar die wel werken als zelfstandig gevestigd psycholoog. Wij stellen het zeer op prijs als deze psychologen uit zichzelf contact met ons zouden willen opnemen, zodat zij alsnog aan het onderzoek kunnen meedoen. Ook psychologen die part-time zelfstandig gevestigd werken, ook al is het maar voor enkele uren en eventueel naast een andere betrekking, wordt verzocht te reflecteren.

De inspanning die van de reflectanten wordt gevraagd bestaat uit het invullen van een korte schriftelijke enquête, voor een deel van hen in een later stadium ook het invullen van een uitgebreide enquête, over hun positie en functioneren.

Psychologen die aan het onderzoek willen meewerken en die nog niet door ons zijn benaderd, kunnen op de volgende wijzen contact met ons opnemen:

- schriftelijk via een (ongefrankeerde) brief aan: NIVEL, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht, onder vermelding van code: ps;
- telefonisch via telefoonnummer 030-319946, toestel 323 (Drs. J. van Rooij) op maandag en woensdag. Tevens kunt u op dit nummer terecht voor nadere informatie over het onderzoek en over de enquête(s).

daarom wordt onderlinge toetsing voorgesteld, maar geen Justitie als toezienend voogd: dat is te ingrijpend (en te riskant)!

Met nu 22 jaar ervaring met 'controle' op crematiegevallen (5.000 per jaar) zeg ik weer: controle op ingevulde formulieren is een wasen neus. Als een arts een foute behandeling wil aangeven, dan gebruikt hij de telefoon. Met andere woorden: niemand geeft zichzelf op papier als misdadiger aan. Dus kunnen al die voorstellen in de prullebak.

Of je eist daadwerkelijk controle op vervulling van de voorwaarden (feitelijke navraag door recherche) óf gewoon 'natuurlijke' dood accepteren. Artsen (gemeentelijk lijkschouwer) aanstellen als specifieke euthanasierechercheurs is hoogstens een procedurele verbetering, maar geen essentiële verandering van de procedure bij controle van niet-natuurlijke sterfgevallen.

Rotterdam, maart 1988
H. Th. P. Cremers, 1e politie-arts

DOMME HOMEOPATHEN

Met een langzamerhand wel erg afgezaagde en volkomen theoretische redenering probeert collega Hoogendoorn (MC nr. 9/1988, blz. 261) nog eens de homeopathie belachelijk te maken. De praktijk is anders: iedere homeopathische arts met enige ervaring kan een serie patiënten tonen bij wie coffea hielp tegen slapeloosheid. Maar dat is waarschijnlijk in de

ogen van collega H. suggestie, want o, daar zijn die homeopathen toch zo goed in: zij hypnotiseren bijna iedere patiënt die hen consulteert! Het wordt tijd dat de (gelukkig sterk in aantal afnemende) artsen die de homeopathie niet serieus nemen eindelijk eens de simpele waarheid begrijpen, dat er *maar één reden* is waarom artsen en dierenartsen nu al meer dan anderhalve eeuw homeopathie toepassen: *omdat het werkt!*

Epe, maart 1988
M. Wiersma

Naschrift

Gaarne ben ik bereid mijn opvattingen over homeopathie in het algemeen en over de slaapverwekkende invloed van coffeine in het bijzonder in heroverweging te nemen, zodra een goed opgezet, bij voorkeur door niet-belanghebbenden geleid, dubbelblind onderzoek de gunstige invloed van dit middel zal hebben aangetoond. De loze opmerkingen van collega Wiersma geven in dit opzicht geen enkel houvast.

Wijhe, maart 1988
Dr. D. Hoogendoorn

Thuisverpleging

Taak en uitdaging voor de eerste lijn

In het najaar 1985 bracht de Ziekenfondsraad een advies 'Thuisverpleging' uit aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De raad merkte daarin op dat de thuisverpleging in wezen tot het reguliere takenpakket van de eerste lijn behoort; thuisverpleging is niet zozeer een kwestie van financiële middelen als wel van samenwerking, coördinatie en bereidheid daartoe van de eerste lijn. De raad achtte het bovendien wenselijk een nader onderzoek te doen naar de behoefte aan thuisverpleging en naar de belemmeringen die een optimale thuisverpleging in de weg staan.

De staatssecretaris nam dit advies over en stemde daarmee in met het uitvoeren door de Ziekenfondsraad van een experiment thuisverpleging. Het overnemen van het advies betekende onder meer een erkenning van de wens van de patiënt in plaats van in een ziekenhuis of verpleeghuis zoveel mogelijk thuis te worden verzorgd en verpleegd. Hoewel de gedachte voor de hand ligt dat deze omslag van de politiek door bezuinigingsoverwegingen is ingegeven, kan toch niet worden ontkend dat de nieuwe beleidslijn mede stoelt op het erkennen van het belang van een meer doelmatige wijze van omgaan met de beschikbare zorg en last but not least op het erkennen van de wens van de patiënt meer vrijheid te hebben in de keuze van hulpverlening: in de eigen omgeving of in zieken- of verpleeghuis. Deze keuzevrijheid vereist een daarop toegesneden regelgeving, zodat de patiënt kan kiezen voor de hulp die strikt noodzakelijk is in zijn of haar situatie (zorg op maat) en die los staat van enige instelling die deze hulp normaliter verleent (ziekenhuis of verpleeghuis). Dit betekent dat de hulp niet meer wordt bepaald door het aanwezige aanbod, maar door de door de patiënt noodzakelijk geachte behoefte aan hulp, zonder dat overigens de kwaliteit van de hulp wordt aangetast.

EXPERIMENT

In juni 1987 gaf de Ziekenfondsraad zijn goedkeuring aan het uitvoeren van een onderzoek gericht op de behoefte aan thuisverpleging, de belemmeringen voor een goed functioneren daarvan en de mogelijke substitutie-effecten. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Instituut

Drs. J. B. van der Steur

De Ziekenfondsraad heeft een experiment – eigenlijk een serie regionale experimenten – met thuisverpleging opgezet. Beleidsmedewerker Drs. J. B. van der Steur, secretaris van de Landelijke Stuurgroep Experiment Thuisverpleging, zet het in zijn context.

voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) te Nijmegen. Dit instituut begeleidt en evalueert de aan het onderzoek gekoppelde experimenten met thuisverpleging in de werkgebieden van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, het Regionaal Ziekenfonds Groningen en het Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuwsch-Vlaanderen.

Het experiment is in fasen opgezet. De eerste fase – de proeffase – loopt van 1 september 1987 tot 1 mei 1988. Deze fase is bedoeld om de aanloopproblemen ten aanzien van de organisatie van de experimenten en het onderzoek uit te zoeken, alvorens de meer definitieve fase te starten.

Van belang is op te merken dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de experimenten in de regio's ligt bij het desbetreffende ziekenfonds.

Welke patiënten komen voor deze experimenten in aanmerking? Vooralsnog is gekozen voor patiënten die een ziekenhuis- of verpleeghuisindicatie hebben, maar die zelf de voorkeur geven aan verzorging en verpleging thuis en voor wie de vereiste hulp in de tijd is af te grenzen tot maximaal drie maanden.

Wat het financiële aspect betreft heeft de Ziekenfondsraad besloten de huisartsen gedurende de proeffase een vergoeding te geven van f 200,— per ziekenfondsverzekerde voor de gehele periode van thuisverpleging (voor particulier verzekerden ontvangt de huisarts geen extra vergoeding, maar via de desbetreffende ziektekostenverzekeraar het normale door hem voor een consult of visite in rekening gebrachte tarief). Voorts ontvangt de huisarts f 100,— per patiënt voor intake, registratie, overleg met andere disciplines en dergelijke. De instel-

lingen voor gezinsverzorging en de kruisverenigingen ontvangen geen extra vergoeding, zij het dat in bijzondere situaties, bijvoorbeeld bij het volstrekt ontbreken van de benodigde zorgcapaciteit, f 200,— per dag per patiënt bij wijze van subsidie ter beschikking is gesteld. De vergoeding voor de huisarts is hierbij inbegrepen. Ook voor het ter beschikking stellen van extra hulpmiddelen of reiskosten aan bijvoorbeeld de leden van het mantelzorgsysteem kan dit bedrag worden aangewend.

BELEIDSUITGANGSPUNTEN

Naast de poging door het onderzoek een beter inzicht in de behoefte aan thuisverpleging te krijgen, is de belangrijkste doelstelling van het onderzoek een antwoord te krijgen op de vraag waarom aan de behoefte aan thuisverpleging onvoldoende tegemoet kan worden gekomen. Uitgangspunt van het onderzoek en de daaraan gekoppelde experimenten is, dat de thuisverpleging in eerste instantie tot het takenpakket en de verantwoordelijkheid van de eerste lijn behoort, dat wil zeggen tot het takenpakket en de verantwoordelijkheid van de huisarts, de kruisvereniging en de gezinsverzorging. In feite gaat het om de vraag wat de *zorgcapaciteit* van de eerste lijn is.

Voorts is bij de opzet van het experiment gesteld, dat de eerste lijn de thuisverpleging dient te verwezenlijken met de ter beschikking staande reguliere financiële middelen en menskracht. Deze eis zal ongetwijfeld leiden tot financiële en organisatorische problemen bij de betrokken organisaties, maar anderzijds zal het tot meer samenwerking en efficiënter werken kunnen dwingen. Het verlenen van subsidie leidt veelal niet tot prikkels om efficiënter te werken, maar kan een niet goed functionerende verstrekking camoufleren, alsmede mogelijke bestaande bureaucratische barrières en belemmeringen van regelgevende aard verborgen houden. Het zou al te gemakkelijk zijn het kruiswerk en de gezinsverzorging een aantal miljoenen guldens meer ter beschikking te stellen. De schaarste aan financiële middelen laat dit overigens ook niet toe.

Ook al zou een ruimer financieel beleid tot de mogelijkheden behoren, dan nog

kan de vraag worden gesteld of hiermede de kern van het probleem wordt aangepakt. Een ruimere financiële jas zal zeker kunnen leiden tot meer thuisverpleging, maar wel op een wijze die slechts meer van hetzelfde biedt. Het oplossen van de onderhavige problematiek moet dan ook niet worden gevonden via de weg van meer financiële middelen.

Een ander beleidsuitgangspunt betreft het streven naar *deregulering*. Het keurslijf van de vele regels in de wettelijke ziektekostenverzekering zou verstarrend werken; het zou weinig ruimte geven voor creativiteit en vernieuwing. Een versoepeling van de regelgeving onder de nadrukkelijke voorwaarde dat de kwaliteit van de zorg blijft gehandhaafd, wordt van verschillende zijden gewenst. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voorzien in het financieren van zorgverlening in de daarvoor aangewezen instellingen (zieken- en verpleeghuis). Patiënten met een indicatie voor het ziekenhuis of het verpleeghuis hebben echter niet de mogelijkheid deze verstrekkingen ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering in volle omvang thuis te ontvangen. Met behoud van kwaliteit van de zorg zou mogelijk moeten worden gemaakt dat zoveel mogelijk de 'care'-functie thuis kan worden vervuld. Dit vereist mogelijk een aanpassing van de regelgeving.

Teneinde de thuiszorg van patiënten die een indicatie voor verpleeghuis of ziekenhuis hebben mogelijk te maken is een subsidie uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten door de Ziekenfondswet ter beschikking gesteld. Daarmee is de mogelijkheid geschapen de thans als gevolg van de regelgeving bestaande beperkingen te doorbreken. De hieraan ten grondslag liggende opvatting ligt ook besloten in het rapport van de commissie-Dekker, die meer denkt aan het *financieren van 'zorgfuncties'* dan aan het financieren van instellingen. Deze benadering houdt tevens een doorbreking in van de echelonneringsgedachte.

Een ander effect dat met deze benadering wordt bereikt is dat de thans bestaande financieringsschotten tussen de verschillende voorzieningen gedeeltelijk worden doorbroken. Een bijdrage aan het bevorderen van thuisverpleging zou namelijk het opheffen van de schotten tussen de verschillende financieringskanalen kunnen zijn. Immers, de gezinsverzorging wordt gefinancierd ten laste van de rijksbegroting, het kruiswerk via het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en de huisarts ten laste van de ziekenfonds-

verzekering en de particuliere ziektekostenverzekeraar. Het hanteren van één financieringsbron voor de vormen van hulpverlening in de eerste lijn zou tot een betere en overzichtelijker aanwending van de middelen kunnen leiden. Bovendien zouden de planning van de zorg en de daaraan ten grondslag liggende financiering dan beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Voorts zouden, uitgaande van de bereidheid daartoe van de hulpverleningsorganisaties, onderlinge uitwisseling en aanpassing van de zorgverlening beter kunnen verlopen.

Met het experiment wordt voorts beoogd de al genoemde samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen. De Ziekenfondswet heeft in zijn adviezen over terminale thuiszorg en thuisverpleging op de noodzaak daarvan gewezen.

Tot slot moet er met nadruk op worden gewezen dat de in het kader van de regionale experimenten te verlenen zorg geen monopolie is van de professionele hulpverleningsorganisaties. Ook de mantelzorg en de vrijwilligersorganisaties behoren een belangrijke plaats in te nemen bij de hulpverlening. Bij voorkeur zou de professionele hulpverlening daarop een aanvulling moeten zijn.

STAND VAN ZAKEN

Gezien het uitgangspunt dat het experiment zich vooralsnog richt op in de tijd afgrensbare zorg, heeft de thuiszorg tot nu toe vooral betrekking gehad op terminale patiënten. Het aantal patiënten aan wie in het kader van dit experiment thuiszorg werd verleend bedroeg tot 1 maart 1988: 485. Gebleken is dat de meeste zorguren zijn verleend door de gezinszorg. Opgevallen is dat uit de ziekenhuizen uitermate weinig verzoeken zijn binnengekomen.

Wat de financiën betreft blijkt nu al dat het kruiswerk en vooral de gezinszorg een beroep doen op de ter beschikking gestelde subsidie van f 200,— per dag per patiënt. De reguliere financiële middelen lijken onvoldoende om in de extra zware gevallen de gevraagde thuiszorg te verlenen, zonder de normale verzoeken om bijvoorbeeld gezinszorg te kort te doen. Een vraag die in dit verband ook veel discussie oplevert is, waar de grens ligt tussen de door kruiswerk en gezinszorg te verlenen reguliere zorg en de aanvullende zorg. Het probleem speelt eveneens bij de vaststelling van de vergoeding voor de huisartsen. Deze aangelegenheden dienen aan het einde van de proeffase te worden opgelost, zodat hier-

over bij de start van de meer definitieve fase van het experiment per 1 mei 1988 duidelijkheid bestaat. Overigens is het naar boven komen van deze problemen reeds een nuttig resultaat van het experiment.

Voorts zijn er ook problemen gebleken op het gebied van de samenwerking in de eerste lijn. Hoewel de patiënt bij de directe zorgverlening hiervan gelukkig geen directe hinder ondervindt, blijkt het vraagstuk van de samenwerking toch veel energie op te eisen van de hulpverleners. In het bijzonder de vraag wie de eindverantwoordelijkheid draagt voor de zorg in de eerste lijn staat hier centraal. In het experiment komt deze vraag levensgroot naar voren: de huisarts eist de eindverantwoordelijkheid; de kruisorganisaties vinden deze claim niet terecht en wensen een onderscheid te maken tussen de verpleegkundige en de medische verantwoordelijkheid. Uit dit meningsverschil vloeit tevens de vraag voort wie uitmaakt hoe het zorgplan voor de thuisverpleging wordt opgezet. Zolang hierover in het veld geen overeenstemming wordt bereikt, hebben we te maken met een situatie waarin niemand in de eerste lijn verantwoordelijk is voor het geheel van de hulpverlening, maar een ieder slechts voor zijn eigen aandeel in die hulpverlening. De koepelorganisaties kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de oplossing van de vraag wie 'de baas' is in de eerste lijn.

In nauw verband met de hierboven geschetste problemen staat ook het opkomen van particuliere/commerciële hulpverleningsbureaus. Via contracten met verzekeraars hoopt men op soepele wijze in de gevraagde hulp te kunnen voorzien. Behalve dat hier ook sprake is van 'meer van hetzelfde', wordt de bestaande vrijwilligersorganisatie onder druk gezet, zo niet uitgeschakeld: een ontwikkeling die op het eerste gezicht niet is toe te juchten. Ook het verlenen van thuiszorg vanuit de ziekenhuizen (Almelo, Zwolle) is een aanwijzing dat gebruikt wordt gemaakt van het gat in de markt dat de eerste lijn, gehandicapt als ze is door de huidige structuur, de geringe financiële armslag en de onduidelijke verantwoordelijkheid, kennelijk niet weet op te vullen.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat de eerste lijn onder druk komt te staan. Dit vereist een adequaat antwoord, dat niet alleen met financiële middelen is te geven maar evenzeer vereist dat men zich bezint op de doelmatig-

heid van de structuur en organisatie van de eerste lijn.

LESSEN TOT NU TOE

Wat heeft het experiment ons tot nu toe geleerd?

Allereerst kan worden vastgesteld dat de uitgangspunten van het experiment juist zijn geweest. Er werd immers gezocht naar de belemmeringen voor een goede uitvoering van de intensieve thuiszorg. De gekozen uitgangspunten hebben ertoe bijgedragen dat deze belemmeringen duidelijk naar voren zijn gebracht.

Daarmee is niet beweerd dat een en ander niet al bekend zou zijn. Het winstpunt is echter dat de discussies over samenwerkingsstructuren en het uitwerken van blauwdrukken onder druk van het experiment in een stroomversnelling raken. Daarbij zal de vraag naar de meest gewenste financiële en organisatorische structuur worden teruggebracht tot de vraag op welke wijze de patiënt de bij hem of haar op enig moment best passende hulp op een adequate wijze kan worden verleend.

De geschetste problemen zouden niet manifest zijn geworden indien op de traditionele wijze meer financiële middelen ter beschikking van de eerste lijn zouden zijn gesteld: in dat geval was er meer van hetzelfde gekomen. Dit laatste kan ook als een nadeel worden gezien van de commerciële bureaus.

VOORTSCHRIDDEND INZICHT

Met opzet is in het thuisverplegingsexperiment een proeffase ingebouwd. Het was namelijk niet duidelijk welke problemen zich na de start van het experiment per 1 september 1987 zouden gaan voordoen. De proeffase biedt de mogelijkheid bij de min of meer definitieve start per 1 mei aanstaande het experiment bij te stellen. De ervaringen in de proeffase en de nieuwe ideeën en ontwikkelingen brengen een voortschrijdend inzicht tot stand, dat zijn effecten kan hebben op de aard, de omvang en de opzet van het experiment.

Als voorbeeld kunnen de 'demonstratieprojecten' van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in het kader van het beleid ten aanzien van de ouderenzorg worden genoemd. In een zestal projecten worden de mogelijkheden en de effecten van onder meer het doorbreken van de financieringsschotten in de praktijk getoetst. In een van de

projecten (in Nieuwegein) worden de financiële bijdragen van de verschillende hulpverleningsorganisaties samengevoegd; vanuit een centrale intake, los van de directe hulpverleners, wordt vervolgens een zorgpakket voor de betrokken patiënt samengesteld. De te verlenen hulp wordt hier dus niet bepaald door de instellingen, maar aangepast aan de behoefte van de patiënt.

Een ander aspect dat in deze projecten wordt onderzocht is het verlenen van thuiszorg vanuit het verpleeghuis. Het verpleeghuis zou zowel de bejaardenoorden als de hulpbehoeftigen thuis van hulp kunnen voorzien. Als voordeel van een dergelijke benadering wordt onder andere gezien dat er een duidelijk aanspreekbare instantie is. De hulp wordt gegeven door het verpleeghuis, dat voor die hulp verantwoordelijk is, zowel wat de kwaliteit als de vereiste omvang van de hulp betreft.

Aansluitend aan deze projecten kan de discussie binnen de Ziekenfondsraad worden genoemd over de mogelijkheid verpleeginrichtingen toe te staan verpleeghuiszorg buiten de eigen instelling te leveren. Een van tevoren vast te stellen deel van het verpleeghuisbudget zou hiertoe kunnen worden aangewend óf ten behoeve van eerstelijnsorganisaties óf voor het extramuraal laten functioneren van hulpverleners vanuit de verpleeginrichting. Het voordeel is dat patiënten met een verpleeghuisindicatie thuis kunnen worden verpleegd. Voorts is het waarschijnlijk dat op deze wijze meer patiënten zouden kunnen worden geholpen. Overigens dient een en ander in principe budgettair neutraal te geschieden; de discussie hierover is echter nog niet afgerond.

Voorts kan in dit verband nog worden gewezen op de problematiek van het 'verkeerde bed'. De Ziekenfondsraad heeft er in zijn desbetreffende advies (Ziekenfondsraad 1987, nr. 376) op gewezen dat de 'verkeerde bed'-problematiek onder meer te maken heeft met de mogelijkheden van opvang thuis en de relatie tussen verpleeginrichtingen en bejaardenoorden. De raad beveelt dan ook aan, na te gaan of deze variabelen zodanig kunnen worden beïnvloed dat daarmee wordt bijgedragen aan de oplossing van de problematiek. Een deel van de toegekende vergoeding in het kader van de door de raad geadviseerde vergoedingsregeling zou in de desbetreffende regio's kunnen worden aangewend voor het vin-

den van structurele oplossingen die de druk op de verpleeghuizen kunnen verminderen.

SLOTBESCHOUWING

Waar het gaat over thuisverpleging zal de eerste lijn met name op de puntenstructuur, verantwoordelijkheid en organisatie een antwoord moeten geven. Het louter toevoegen van meer geld lijkt niet tot het gewenste antwoord, maar slechts tot meer van hetzelfde te leiden. De oplossing van de problemen dient eerder te worden gezocht in een grotere *samenhang*. Deze samenhang is te bereiken door duidelijke eisen te stellen ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de organisatie van de thuisverpleging in individuele gevallen; door de echelonneringsgedachte te doorbreken, bijvoorbeeld door overheveling van een deel van de verpleeghuisbudgetten naar de eerste lijn; en door de financieringsschotten te doorbreken. De 'demonstratieprojecten' van WVC zullen hierover te zijner tijd duidelijkheid en inzicht moeten verschaffen.

De geschetste ontwikkelingen zouden kunnen leiden tot concurrentie binnen de reguliere gezondheidszorg. Integratie van verpleeghuis en bejaardenoord, als ook het verlenen van zorg in het thuismilieu door verpleeghuis en ziekenhuis zijn daarvan de eerste tekenen. Daarnaast zien we de ontwikkeling van particuliere bureaus, die in samenwerking met grote verzekeraars en niet gehinderd door de bestaande structuren in de gezondheidszorg een volledig zorgpakket aanbieden. De vraag is of een ieder die hulp nodig heeft zich, financieel gezien, de hulp van deze bureaus kan permitteren; wellicht zal slechts een beperkt aantal goed bij kas zittende patiënten van de van die zijde aangeboden hulp gebruik kunnen maken, terwijl de rest vooralsnog genoeg zal moeten nemen met het beperkte aanbod uit de eerste lijn. Een ontwikkeling in deze richting zou niet zijn aan te bevelen: een *tweedeling* in de samenleving op het gebied van de gezondheidszorg is wel het laatste waarnaar moet worden gestreefd.

De hulpbehoevenden in de samenleving zullen de eerste lijn een zorg moeten zijn: hen te helpen is haar taak. In het op adequate wijze uitvoeren van deze taak ligt de uitdaging. □

Verpleeghuizen en AIDS-patiënten

Behoeftte aan een adequaat draaiboek

Op 30 september 1987 waren in Nederland 370 AIDS-patiënten gediagnosticeerd, van wie er 203 waren overleden. Zoals bekend wordt elk jaar een verdubbeling verwacht en zal het cumulatieve aantal AIDS-patiënten tegen het eind van 1989 in Nederland tot ongeveer 3.000 zijn gestegen. In het jaar 1989 zullen ongeveer 1.900 nieuwe gevallen van AIDS worden gediagnosticeerd. Ervan uitgaande dat in deze periode geen effectieve therapie beschikbaar komt en dat 60% van de patiënten zal zijn overleden, zullen er eind 1989 ongeveer 1.200 AIDS-patiënten in leven zijn¹. De gevolgen van deze epidemiologische ontwikkelingen zullen in alle sectoren van de gezondheidszorg duidelijk worden, dus ook in de verpleeghuizen.

In verpleeghuizen doen zich op het ogenblik begrijpelijke aarzelingen voor met betrekking tot de eventuele opname van AIDS-patiënten. Deze aarzelingen houden verband met het feit dat het gaat om een dodelijk verlopende besmettelijke ziekte en de hiermee gepaard gaande besmettingsangst. Ook wordt gesteld dat het personeel niet is ingesteld op de behandeling en verpleging van deze categorie patiënten. Eveneens wordt opgemerkt dat de outillage in het verpleeghuis niet toereikend zou zijn met betrekking tot de behandeling van AIDS-patiënten; in dit verband wordt gewezen op het tekort aan éénpersoonkamers en op de specifieke situatie waarin AIDS-patiënten verkeren.

Dit alles in acht genomen wordt aan de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid de principevraag voorgelegd of van een verpleeghuis wel mag worden verwacht dat het AIDS-patiënten opneemt. Het doel van deze bijdrage is de visie van de Geneeskundige Inspectie op deze problematiek te verwoorden.

VERPLEEGHUISINDICATIE

In 1972 verscheen het derde 'Advies Verpleeghuizen' van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Dit heeft in principe als grondslag gediend voor de opzet van de verpleeghuizen zoals wij die thans in ons land kennen. In dit advies wordt gesteld dat er sprake is van een verpleeg-

F. J. Biesenbeek

Verpleeghuizen zullen in de toekomst in toenemende mate worden geconfronteerd met de vraag om opname van AIDS-patiënten. Aanvragen ter zake moeten en kunnen positief worden beantwoord, mits er een adequaat draaiboek wordt opgezet. F. J. Biesenbeek, hoofd van de afdeling Verpleeghuizen van de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid, licht het officiële standpunt toe.

huisindicatie, indien een patiënt voortdurend medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp nodig heeft welke hem of haar in het eigen milieu niet op verantwoorde wijze kan worden gegeven, zonder dat er zodanige aandoeningen bestaan dat continue specialistische hulp in algemene of categorale ziekenhuizen is vereist.

In een in 1982 uitgebracht interimadvies wordt vervolgens gesteld, dat het de taak van het verpleeghuis is aan patiënten die daarin zijn opgenomen, continue, veelal langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg te verlenen, met het doel hun lichamelijke en/of geestelijke ziekten en/of functiestoornissen zo mogelijk op te heffen, te verminderen of uitbreiding van stoornissen zo lang mogelijk te vermijden en hen daarbij optimaal te begeleiden.

Samenvattend kan van verpleeghuispatiënten worden gezegd:

- dat zij verplegingsbehoevend zijn;
- dat zij geen continue klinische specialistische hulp meer behoeven;
- dat zij in het eigen milieu de noodzakelijke verpleegkundige zorg niet kunnen krijgen;
- dat zij een (para)medische behandeling, respectievelijk begeleiding nodig hebben.

Ook wordt in het interimadvies gesteld, dat de zorgverlening binnen de mogelijkheden van de organisatie aan de patiënt zoveel mogelijk gedragskeuzen dient aan

te bieden. Aan privacy en leefklimaat zou veel aandacht moeten worden geschonken, opdat een verblijfsomgeving ontstaat waarin de patiënt in staat is zoveel mogelijk zijn eigen leven te leiden. Eveneens dient te worden gelet op de lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt en op de mogelijkheden en onmogelijkheden van hulpverlening in de thuissituatie, waarbij men zich overigens niet van uniforme indicatiecriteria en urgentiescores bedient. Kortom: de verpleeghuisindicatie wordt gekenmerkt door een *pragmatische* gang van zaken. Bij AIDS-patiënten gaat het in dit kader om personen bij wie in het algemeen de mantelzorg ontbreekt, of aan wie die zorg niet langer in voldoende mate kan worden geboden, zoals patiënten bij wie AIDS is gediagnosticeerd en bij wie door bijkomende intercurrente aandoeningen revalidatie c.q. reactivatie noodzakelijk is, patiënten die in een zodanige fase van hun ziekte verkeren dat intramurale terminale zorg noodzakelijk is en patiënten met cerebrale aandoeningen bij wie de geestelijke vermogens in ernstige mate zijn aangetast (AIDS-dementia complex). Het gaat dus primair om zieke mensen die hulp nodig hebben van medische en verpleegkundige aard die in het thuismilieu niet (meer) kan worden geboden². De conclusie moet dan ook zijn, dat op grond van de AWBZ van verpleeghuizen in principe mag worden verwacht dat zij niet weigeren AIDS-patiënten op te nemen. Om een dergelijke opname ook zinvol en effectief te doen zijn dient echter wel aan een aantal voorwaarden te worden voldaan en zal in een voorstadium een aantal specifieke maatregelen moeten worden genomen.

ERVARINGEN

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen een casuïstische mededeling betreffende de opvang van een patiënt met AIDS in het verpleeghuis De Bieslandhof te Delft³. Dit verpleeghuis heeft met betrekking tot deze patiënt een specifiek beleid ontwikkeld dat berust op de volgende vier pijlers:

1. bijscholing van de zorgverleners (extra lesuren in de opleiding Ziekenverzorging), extra aandacht van een opleidings-

coördinator, activiteiten met betrekking tot de consultatie op verpleegkundig gebied door het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam);

2. de zorg voor de patiënt (vooral gericht op terminale zorg, éénpersoonskamers, ruim beschikken over televisie, radio en telefoon);

3. besmettingsgevaar, contact met bloed en sperma, of vervoer van besmet materiaal, het bedacht zijn op andere ziekteverwekkers, die veelal ook bij AIDS-patiënten aanwezig zijn, zoals het hepatitis B-virus, het cytomegalie virus, het herpes simplex-virus en mycobacteriën); en

4. de algemene gang van zaken in het verpleeghuis (geen mededelingen doen over de patiënten, de evaluatie van de zorgverlening in kaart brengen, het informeren van de Geneeskundige Hoofdinспекtie – anoniem wat de patiëntengegevens betreft – en de consequenties van de verpleging van deze patiënten voor de budgetfinanciering).

Ook in het Amsterdamse verpleeghuis Vreugdehof bestaat ervaring op dit gebied. In 1984 werd reeds een AIDS-patiënt bij een Amsterdams verpleeghuis aangemeld, maar destijds waren de verpleeghuizen hierop nog niet voorbereid. Deze gebeurtenis vormde toen wel aanleiding tot het in gang zetten van een gezamenlijk Amsterdams verpleeghuisoverleg, hetgeen uiteindelijk in januari 1987 heeft geleid tot de eerste opname van een AIDS-patiënt in het verpleeghuis Vreugdehof. Hieraan voorafgaand werd een protocol voor de verpleging van deze categorie patiënten ontwikkeld, waarin worden onderscheiden:

a. *medisch-verpleegkundige aspecten*. De verschijnselen van de patiënt worden in dit verband gememoreerd: men is immobiel, heeft vaak diarree, is vaak incontinent, heeft sondevoeding nodig, braakt en vertoont soms tekenen van dementie. Er is gevaar voor uitdroging, verhoogde vatbaarheid voor infecties, decubitus en psychotische verschijnselen. Bijzondere aandacht moet er zijn voor tapotage en uitzuigen. Op de besmettingsweg wordt gewezen: via bloed-bloed of sperma-bloed. In dit kader wordt eveneens gewezen op de lichamelijke verzorging, de hygiëne, de psychosociale verzorging. Gestipuleerd wordt het belang van een goede samenwerking c.q. terugplaatsingsmogelijkheden naar het Academisch Medisch Centrum (AMC), terwijl voor laboratoriumbepalingen eveneens speciale maatregelen gewenst zijn, c.q.

het inschakelen van een ander laboratorium dan het verpleeghuislaboratorium. Ook wordt gewezen op eventuele prikaccidenten, de positie van zwangere medewerkers en de analyse van de extra kosten;

b. *sociaal-psychologische aspecten*. De AIDS-patiënt is vaak zelf een expert met betrekking tot zijn ziektebeeld. Hij heeft alles gelezen wat er over AIDS bekend is. Men moet voorts bedacht zijn op het gegeven dat er weleens weinig mantelzorg is, waardoor intensieve begeleiding door verplegenden is vereist. Ook is er nogal eens sprake van familieproblemen, schuldgevoelens, de angst anderen te hebben besmet, etc.

Groeneweg merkt in dit verband het volgende op: 'Essentieel is dat het personeel vertrouwd moet worden met het begrip AIDS. Lukt dit niet dan zal de motivatie om dit werk te doen, ontbreken. De bewuste of de onbewuste angst om besmet te raken, zal de medewerker blokkeren. Motivatie van het personeel en acceptatie van AIDS-patiënten gaan hand in hand. Als de acceptatie ontbreekt, kan er geen kwaliteit van zorgverlening worden verwacht. Deze acceptatie zal toenemen, als het personeel goed geïnformeerd wordt, kan participeren bij de besluitvorming en de ruimte krijgt om een persoonlijke afweging te maken'.

Beschreven wordt voorts de aanvankelijke twijfel die heerste op de afdeling, de discussie en de emotionele verwerking van de eigen gevoelens en het omslagpunt dat werd bereikt door de voorlichting van de AIDS-consulent, de bijeenkomst met vertegenwoordigers van de Schorerstichting en vooral ook de stage in het AMC.

Na deze voorbereidingen, waarop we in het kader van deze beschouwing niet verder kunnen ingaan, ontstond een sterk gemotiveerd team, dat 'popelde om aan de slag te gaan'.

RECENTE ONTWIKKELINGEN

In de verpleeghuizen die op het ogenblik met de AIDS-problematiek worden geconfronteerd, geldt als uitgangspunt dat AIDS-patiënten voor wie opname in een verpleeghuis noodzakelijk blijkt, gewone verpleeghuispatiënten zijn. Er wordt naar gestreefd het exclusieve karakter van een dergelijke opname zoveel mogelijk te reduceren.

Hieruit volgt dat er in principe voor alle verpleeghuizen in een gezondheidsregio in dit opzicht een taak ligt. Beperkt men de opname tot één verpleeghuis, dan

dreigt toch weer een zekere exclusiviteit c.q. stigmatisering, hetgeen ongewenst is.

Wel is het zo dat aan de verpleeghuisopname een aantal voorzorgsmaatregelen vooraf moet gaan: het opstellen van protocollen, het geven van voorlichting, het verwerven van extra deskundigheid, het vorm geven aan samenwerking met een in deze materie gespecialiseerd ziekenhuis, etc. Deze deskundigheid moet de kans krijgen zich adequaat te ontwikkelen, te rijpen en te zijner tijd te worden doorgegeven.

In Amsterdam, waar zich 60% van de AIDS-problematiek afspeelt, heeft dit geleid tot het opstellen van een *stappenplan*. Naast het verpleeghuis Vreugdehof hebben zich zes verpleeghuizen bereid verklaard AIDS-patiënten op te nemen. Op geleide van de ervaringen in Vreugdehof neemt op korte termijn een tweede verpleeghuis deze patiënten op, terwijl een derde als het ware 'langs de lijn warm loopt'. Men heeft berekend, dat als zeven verpleeghuizen bij voortduring twee AIDS-patiënten opnemen, jaarlijks vijftig tot zestig patiënten kunnen worden opgenomen. Dit moet voorts nog voor de eerstvolgende jaren voldoende zijn.

Over het uiteindelijke aantal verpleeghuisbedden dat benodigd is om AIDS-patiënten op te nemen, zijn op dit moment geen zinnige voorspellingen te maken. Onduidelijk is of de epidemiologische ontwikkelingen in de Verenigde Staten ook in Nederland zullen optreden. Ongewis is ook het effect van AZT en te verwachten nieuwe geneesmiddelen die de levensduur van AIDS-patiënten weliswaar verlengen, maar die ook invloed kunnen hebben op het verblijf in het verpleeghuis.

Momenteel is de Amsterdamse situatie overigens zo, dat de twee beschikbare verpleeghuisbedden nimmer permanent bezet zijn en dat er van een wachtlijst voor deze categorie patiënten geen sprake is, hetgeen bepaald gunstig afsteekt tegen de gebruikelijke gang van zaken rond de opname van de doorsnee-verpleeghuispatiënt. Terzijde wordt erop gewezen dat met betrekking tot de medicatie de AIDS-patiënt duur is. Relatief grote bedragen werden besteed aan de preventie van schimmelinfecties en aan het in toom houden van diarree. Bedraagt het gemiddelde medicijnverbruik van een verpleeghuispatiënt ongeveer 3,— per dag dan kan bij een AIDS-patiënt worden gerekend op het achttvoud hiervan.

De gemiddelde ligduur van een AIDS-

patiënt bedraagt thans zes tot tien weken. Op één plaats kunnen derhalve, berekend op jaarbasis, tenminste vier patiënten worden opgenomen. Voor de personele consequenties betekent een en ander onder meer dat op afdelingsniveau een 24-urige verpleegkundige bezetting noodzakelijk is.

Verpleging op éénpersoonkamers is in beginsel geen must. Wel zal – zeker in de terminale situatie – aan het thuisfront voldoende ruimte moeten worden geboden in het verpleeghuis. Bij het opzetten van een regionaal 'stappenplan' zullen de consequenties voor de personele bezetting en de benodigde outillage evenwel bescheiden zijn.

CONCLUSIE

Verpleeghuizen zullen in de toekomst in toenemende mate worden geconfronteerd met het aanbod van AIDS-patiënten. Op grond van hun doelstellingen zullen vragen met betrekking tot opname

van deze categorie patiënten in principe positief dienen te worden beantwoord.

Een grondige voorbereiding is noodzakelijk. In de voorbereidingsfase staan de voorlichting, de bijscholing, de stagemogelijkheden in een ziekenhuis met ervaring op dit gebied, de ontwikkeling van een protocol en het uitbouwen van intramurale en extramurale samenwerkingsverbanden centraal. Preventieve activiteiten met betrekking tot de besmetting van personeel zullen afgewogen moeten worden geprotocolleerd. Gebleken is dat zo'n protocol van groot belang is om de zorgverleners een gevoel van veiligheid te geven. Indien voorts in de opleiding van de werkers in het verpleeghuis systematisch aandacht wordt geschonken aan de AIDS-problematiek, zal dit ertoe leiden dat binnen drie jaar het verpleeghuis zal beschikken over in dit opzicht adequaat opgeleide beroepsbeoefenaars.

De verpleeghuissector zal er goed aan doen, wellicht via de Sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad,

een adequaat draaiboek op te zetten. Eerste aanzetten zijn, zoals mede uit dit artikel moge blijken, reeds gegeven. □

Literatuur

1. Houweling H, Jager JC, Coutinho RA, Bijkerk H, Ruitenberg EJ. Epidemiologie van AIDS en HIV-infecties in Nederland. Huidige situatie en prognose voor de periode 1987-1990. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 818-24.
 2. Groeneweg BJ. Opname van AIDS-patiënten in verpleeghuizen. Scriptie. Mei 1987.
 3. Cools HJM, Gier A de. De opvang van een patiënt met AIDS in een verpleeghuis. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1285-7.
- De kliniek en de epidemiologie van het 'verworven immuundeficiëntie syndroom' (AIDS). GHI-bulletin september 1984.
- Gezondheidsraad. AIDS-problematiek in Nederland. Richtlijnen voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie. Derde advies. 1986.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Niet belangrijk

In februari werd een patiënt van mij die ik al zeer lang niet meer had gezien en die ver van mijn woonplaats studeerde, opgenomen via een inbewaringstelling. Ik bleek nog steeds de huisarts te zijn, gezien de verklaring die mij werd toegestuurd. Onder het hoofd 'Huisarts' was inderdaad mijn naam genoemd. Bij de vraag: 'Hebt u alvorens deze verklaring af te leggen overleg met deze huisarts gepleegd?', was ingevuld: 'Nee', en vervolgens bij 'Zo nee, waarom niet?': 'Niet te bereiken'.

Dit laatste antwoord verbaasde mij in sterke mate. Ik was die dag 24 uur lang te bereiken, hetgeen bij huisartsen meer regel dan uitzondering is en bij psychiaters, zeker diegenen die werkzaam zijn bij het RIAGG, net omgekeerd. Even dacht ik dat de collega psychiater mij niet in mijn nachtrust had willen storen, maar op het formulier stond aanmeldingstijdstip 2 vermeld (van 17.00 uur tot 24.00 uur). Afgezien van het feit dat deze verklaring dus niet naar waarheid werd ingevuld, is het ook slordig tegenover de overheid dat de huisarts niet te bereiken was. Ik zou me dus haast – ten onrechte – moeten verontschuldigen bij de burgemeester ter plaatse.

De volgende dag werd ik gebeld door de inrichting waar de betrokken patiënt was opgenomen. Aangezien ik het gezin uit het verleden en ook nu nog goed kende, verwachtte ik dat ik enige relevante informatie zou moeten verstrekken. Niets was minder waar. De vraag was nu: 'Weet u misschien waar patiënt is verzekerd?' Toen ik vertelde dat ik dit niet wist, was het gesprek meteen beëindigd. Teleurgesteld legde ik de hoorn neer: informatie van de huisarts was blijkbaar niet belangrijk.

Overigens was de huisarts voor de beantwoording van deze vraag dus blijkbaar wel te bereiken . . .

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

WAO-toetreders uit 1985

Analyse van een onderzoekverslag

Inzicht in de achtergronden van arbeidsongeschiktheid kan aanleiding geven tot bijsturing van beleid en uitvoering in de sociale zekerheid. Bovendien heeft de Gemeenschappelijke Medische Dienst een maatschappelijke verantwoordings- en informatieplicht aangaande arbeidsongeschiktheid. Tegen die achtergrond werd een enquête verricht onder 1.025 werknemers die tussen mei en september 1985 uitkeringsgerechtigd werden in het kader van de WAO.*

Aanvankelijk werden 1.665 mensen benaderd. De non-respons bedroeg 38%, voor een belangrijk deel doordat de betrokkenen niet bereikbaar bleken. Naar diagnose viel de slechte respons op van mensen met psychische klachten; hiervoor werd gecorrigeerd.

Er werd gevraagd naar een groot aantal gezondheidskundige, sociale en arbeidsomstandigheden. Een deel van de geënquêteerden had het werk alweer hervat of achtte zichzelf daartoe binnenkort in staat, zodat de uitkomsten geen representatief beeld geven van mensen die al jaren uitkeringsgerechtigd zijn.

Persoonsgegevens

Op de jongste leeftijdsklasse na, blijkt de kans op arbeidsongeschiktheid voor vrouwen hoger te zijn dan voor mannen. Onder invloed van de arbeidsparticipatie stijgt het aandeel van vrouwen onder nieuwe arbeidsongeschikten voortdurend; het bedraagt nu 32%. Arbeidsongeschikte vrouwen bleken in 29% van de gevallen alleenstaand, tegen 17% onder mannen; dit verschil betrof zowel huwelijk, scheiding als het overlijden van de partner. Arbeidsongeschikte vrouwen zijn gemiddeld vier jaar jonger.

Inkomen

Van de huishoudens waaruit de arbeidsongeschikten afkomstig waren had de helft de beschikking over meer dan één inkomen. Bijna alle mannen zijn hoofdkostwinner, tegen minder dan één derde van de vrouwen. Van deze laatste groep vrouwen was liefst 60% alleenstaand; zij blijken mede daardoor het gemiddeld laagste huishoudinkomen over te houden: f 900,— per maand. Mannelijke hoofdkostwinners worden geconfronteerd met de grootste gemiddelde daling in huishoudinkomen: zij houden f 2.400,— over; slechts 11% is alleenstaand en in 60% van de gevallen moeten meer dan drie personen van

S. Knepper

dit inkomen leven. Tweederde van de vrouwen die arbeidsongeschikt worden is partner van een mannelijke hoofdkostwinner. Hier is de inkomensdaling geringer; het oorspronkelijk neveninkomen bedraagt ook maar gemiddeld f 850,— per maand. Het overblijvend huishoudinkomen is gemiddeld f 3.000,—, waarvan ongeveer evenveel mensen moeten leven als bij de arbeidsongeschikt geworden mannelijke hoofdkostwinner.

Gezondheid

Driekwart van de respondenten meldt meer dan één aandoening. Veel voorkomende combinaties: langdurige rugklachten komen bij 25% van de arbeidsongeschikten wegens psychische problemen voor, hoofdpijn en migraine, bij 24% van de arbeidsongeschikte mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat, en gewrichtsklachten bij 18% van de arbeidsongeschikten met cardiovasculaire aandoeningen.

Naar hoofdklacht bleek een redelijke overeenstemming met de benoeming daarvan door de verzekeringsgeneeskundige. Onder de vrouwen wordt 34% van de arbeidsongeschiktheid primair aan psychische oorzaken toegeschreven, onder mannen 25%. Vrouwen melden meer aandoeningen dan mannen; met name hoofdpijn, gewrichtsklachten en psychische klachten worden meer door vrouwen genoemd. Op de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (VOEG-score) blijkt voor vrouwen een hogere mate van onwelbevinden. Onder beide geslachten stijgt de score met de leeftijd, maar in de leeftijdsgroep boven de 55 jaar treedt een abrupte daling op. De mate van onwelbevinden blijft daar overigens nog altijd beduidend hoger dan onder gezonde leeftijdsgenoten. Er is een sterke samenhang tussen een hoge VOEG-score en psychische klachten; bij arbeidsongeschiktheid wegens ongevalen is het omgekeerde het geval.

De helft van alle arbeidsongeschikten blijkt de eigen gezondheid als matig tot slecht te ervaren. Er zijn hier geen verschillen waargenomen tussen mannen en vrouwen. Opnieuw valt op dat oudere arbeidsongeschikten een gunstiger perceptie hebben van hun situatie dan 45-54-jarigen.

Bijna 60% gebruikt geneesmiddelen. Onder de arbeidsongeschikten met hart- en vaatziekten is het gebruik het hoogst: 88%. Psychofarmaca worden meer gebruikt door vrouwen dan door mannen; van degenen die wegens psychische redenen arbeidsongeschikt zijn gewor-

den gebruikt 60% deze middelen, tegen nog altijd 20% onder andere arbeidsongeschikten. Driekwart van de arbeidsongeschikten blijkt het afgelopen jaar onder behandeling te zijn geweest. Naast de huisarts en de fysiotherapeut wordt de neuroloog verreweg het meest genoemd als behandelend specialist. Vrouwen zijn vaker en langer onder behandeling, met name bij de huisarts en de fysiotherapeut. Mannen zijn meer onder behandeling bij de cardioloog. Naar leeftijd vallen oudere arbeidsongeschikten weer op doordat zij relatief weinig onder behandeling zijn, maar net iets meer dan de jongste arbeidsongeschikten! Fysieke beperkingen ten aanzien van de zelfredzaamheid, de mobiliteit en algemene dagelijkse levensverrichtingen nemen met de leeftijd toe tot 55 jaar; daarna is er een afname. Vrouwen ervaren meer beperkingen; opvallend is, dat zij langdurig staan veel vaker dan mannen als zodanig noemen. Van alle arbeidsongeschikten heeft meer dan een derde moeite met traplopen en meer dan een vijfde met buiten lopen. Bekende fysieke problemen, zoals beperkingen bij dragen en tillen, worden door de helft aangegeven.

Verzuimanamnese

Van de arbeidsongeschikten heeft 64% al langere tijd klachten, 37% zelfs al meer dan vijf jaar. Opvallende uitzondering zijn de hart- en vaatziekten die in de helft van de gevallen plotseling klachten veroorzaken.

Toch was het verzuim voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid niet opmerkelijk: de helft verzuimde in het jaar vóór de definitieve uitval minder dan twee weken, een kwart meer dan tien weken; de verschillen naar geslacht en aandoening zijn vrij gering. Wel is opvallend dat tweederde van de arbeidsongeschikten zegt al geruime tijd minder te hebben gepresteerd. Oudere arbeidsongeschikten onderscheiden zich opnieuw doordat zij minder verzuim en achteruitgang in prestatie melden.

Arbeidsverleden

Bijna tweederde van de arbeidsongeschikten heeft meer dan twintig jaar gewerkt. Driekwart is voor het 18e jaar aan het arbeidsleven begonnen. Vrouwen hebben korter gewerkt; van hen heeft maar 37% meer dan twintig jaar aan het arbeidsproces deelgenomen. Eén derde van de arbeidsongeschikte vrouwen boven de 45 jaar heeft het arbeidsleven meer dan tien jaar onderbroken.

Het merendeel van de arbeidsongeschikten heeft één werkgever gehad in de laatste tien jaar. Vrijwel alleen mannen hebben een langdurig dienstverband bij één werkgever achter de rug. Ruim 20% is minder dan drie jaar in dienst van de laatste werkgever. Beroepsver-

* H. Bruinsma (projectleider), J. Besseling, G. Diependaalen A. Jacobi. WAO-toetreders uit 1985, een beschrijving; rapport in het kader van het project 'Epidemiologie van arbeidsongeschiktheid' - thema 'Sociale indicatoren'. GMD-cahier nr. 12. Amsterdam november 1987.

anderingen vóór het arbeidsongeschikt worden komen beduidend meer bij jongeren voor. Eénvijfde van de jonge mannen geeft aan dat gezondheidsredenen hier aanleiding toe vormen; dit argument wordt door andere arbeidsongeschikten nauwelijks genoemd. Werkloosheid in de anamnese komt vooral bij arbeidsongeschikte bouwvakkers voor. Van de overigen is 20% de laatste tien jaar wel eens werkloos geweest. Dat is geen opvallend onderscheid met de beroepsbevolking.

Arbeidsomstandigheden

Het invaliditeitsrisico in de bouwnijverheid is tweemaal zo hoog als het gemiddelde. Onge-schoolde werknemers in de industrie hebben ook een hoog risico. Bijna tweederde had vrij zwaar fysiek werk gedaan. Mannen en vrouwen rapporteren even zware belasting, maar vrouwen kregen daar in het algemeen op hogere leeftijd mee te maken. Ongeveer de helft van alle mannen had gewerkt onder nogal belastende omstandigheden, zoals in dampen, hitte en/of lawaai en op gevaarlijke plaatsen; dit bleek gecorreleerd te zijn aan een slechte gezondheidstoestand. Er is een groep arbeidsongeschikten aanwijsbaar die hoofdwerk heeft gedaan, die beter opgeleid is, een negatief oordeel over de arbeidsorganisatie heeft en wegens psychische redenen arbeidsongeschikt is geworden. Deze groep scoort tevens hoog op de VEOG-schaal. In het algemeen zijn mannelijke arbeidsongeschikten vooral geschoolde arbeiders die routinematig werk hebben verricht. Ongunstige arbeidsomstandigheden komen vaker voor. Vrouwen die arbeidsongeschikt worden hebben in tweederde van de gevallen part-time gewerkt; het zijn vooral ongeschoolde werknemers uit de dienstverlening (schoonmaaksters, bejaardenverzorgsters, serveersters). Voor de ouderen is de fysieke belasting hoger geweest dan voor mannen, maar fysiek ongunstige arbeidsomstandigheden kwamen minder vaak voor. Een kwart van alle arbeidsongeschikten vindt dat de eigen opleiding niet goed aansluit bij het werk. Deze mensen zijn ook vaker werkloos geweest. Opvallend is dat liefst 68% van alle arbeidsongeschikten tempodwang noemt als belastende factor. Ongeveer de helft denkt niet meer aan het werk te komen. Tijdens het onderzoek hervatte een vijfde van de ondervraagden het werk, gelijkelijk verdeeld over alle hoofddiagnosen, maar van de mensen die een ongeluk hadden gehad bleek 37% alsnog het werk te hebben hervat. Arbeidsongeschikten blijken optimistischer over werkherhervatting te zijn naarmate zij minder fysiek belastend werk hebben verricht en langer bij dezelfde werkgever in dienst zijn geweest.

BESPREKING

Dit soort onderzoek is van belang om de discussie over arbeidsongeschiktheid te ontdoen van allerlei waardeoordelen. Dat is van betekenis voor een kwalitatief goede arbeidsge-

zondheidskundige zorg. Ik betwijfel of daarbij nog langer inhoudelijk rechtvaardiging kan worden gevonden voor het onderscheid tussen bedrijfsgezondheidszorg en verzekerings-geneeskunde in het kader van de sociale verzekering. Samenvoeging van taken kan de arbeidsgezondheidszorg een sterke kwalitatieve impuls geven, mits de juiste organisatorische, beleidsmatige en politieke kaders kunnen worden gevonden.

Een goede analyse van omstandigheden waaronder mensen arbeidsongeschikt worden kan leiden tot het ontwikkelen van argumenten en instrumenten om daar iets aan te doen. Dat geldt zowel voor het individuele werkplekonderzoek van de sociaal-geneeskundige als voor het epidemiologisch wetenschappelijk onderzoek. Door het accent te leggen op claimbeoordeling en uitkeringsrechten heeft de sociale verzekering de afgelopen decennia problemen in de relatie mens-arbeid in belangrijke mate aan het oog kunnen onttrekken.

De relatief gunstige gezondheidstoestand van oudere arbeidsongeschikten is een opmerkelijke bevinding. Wellicht worden deze mensen niet zozeer ongeschikt als gevolg van 'ziekte' als wel door onevenredige arbeidsbelasting. Tijdig afhaken, vóórdat het tot een groot verzuim komt, is bekend als een van inzicht en gezondheid getuigende aanpassingsstrategie. De op oudere leeftijd frequente aandoeningen verschaffen zo eerder legitimatie dan verklaring.

Opnieuw wordt verder een relatie gevonden tussen slechte gezondheid en het verricht hebben van *fysiek zwaar werk* onder belastende omstandigheden. Het geeft nog eens aan dat de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) voor grote groepen werknemers van betekenis kan zijn bij het voorkómen van invaliditeit.

Door de voortschrijdende mechanisatie en automatisering neemt de betekenis van fysieke belasting overigens voortdurend af. Op de nieuwe problemen die daaruit voortkomen heeft de sociale gezondheidszorg nog maar nauwelijks grip gekregen. Dat blijkt ook uit het rapport.

De auteurs zoeken naar de klassieke correlatie tussen hoofdarbeid van beter opgeleiden en arbeidsongeschiktheid wegens psychische problemen. Zij vinden die ook. Maar dit biedt natuurlijk geen bevredigende verklaring voor de aanzienlijke *psychische invaliditeit* in de dienstverlening, zoals het onderwijs, de gezondheidszorg, de bejaardenzorg en het schoonmaakbedrijf. Uit bedrijfsgezondheidskundige studies blijken bovendien ook sommige vormen van produktie-arbeid gepaard te gaan met een veel hogere kans op psychische invaliditeit dan kantoorarbeid.

Heel opvallend is dat 68% van de arbeidsongeschikten *tempodwang* als belastende factor noemt. Is dat wellicht onder meer de onbetaalde rekening van het niet compenseren van arbeidstijdverkorting in menskracht?

Het gegeven dat 20% van de wegens lichamelijke klachten arbeidsongeschikten psychofarmaca gebruikt wijst op de relativiteit van scheiding naar ziektekundige oorzaken. Overigens is de hoge psychologische morbiditeit bij chronische aandoeningen een bekend gegeven.

De betekenis van de *verzuimanamnese* is kennelijk nogal beperkt. Daarentegen geeft het onderzoek steun aan de opvatting dat belastbaarheidsonderzoek gepaard dient te gaan met grondig *werkplekonderzoek*, vooral naar prestatie, functioneren en belastende arbeidsomstandigheden. Samenwerking met andere betrokken disciplines, zoals personeelsfunctionarissen, arbeidsdeskundigen en maatschappelijk werkers, is daarbij onmisbaar, voor de beeldvorming én voor de mogelijke oplossing. Meer dan wat ook tonen de onderzoekers immers aan dat arbeidsongeschiktheid niet kan worden teruggebracht tot een probleem voor de dokter in zijn of haar spreekkamer. □

S. Knepper is medisch adviseur uitvoerende dienst GMD te Amsterdam.

Het hier besproken onderzoekverslag is verkrijgbaar bij de GMD Amsterdam, afdeling Onderzoek en Ontwikkeling, tel. 020-872668.

Oud-Jappenkampkinderen en hun problemen

‘Veel te gauw tevreden met niets’

Oorlogservaringen kunnen van doorslaggevende invloed zijn op het verloop van iemands leven: dat blijkt keer op keer uit de reacties die bij de Stichting Korrelatie binnenkomen na afloop van radio- en televisieprogramma's over de oorlog. Wat ook steevast naar voren komt is dat naarmate de betrokkenen ouder worden de oorlogsherinneringen dwingender op de voorgrond treden en steeds pijnlijker worden. Bovendien kan men vaak uit de reacties opmaken dat de gevolgen van opgelopen oorlogstrauma's ongewild en ongemerkt aan de volgende generatie kunnen worden doorgegeven.

In augustus 1987 besteedde AVRO's Televisier aandacht aan de problemen waar oud-Jappenkampkinderen op dit moment mee te maken hebben. In deze uitzending vertelden een paar mensen wat zij als kind hebben meegemaakt in de Japanse kampen en hoezeer deze ervaringen hun ontwikkeling en persoonlijkheid hebben bepaald. Is er lange tijd nauwelijks aandacht en erkenning geweest voor de volwassenen die de Tweede Wereldoorlog in toenmalig Indië hebben doorgebracht, de kinderen van deze volwassenen zijn tot dusver helemaal veronachtzaamd. Nu deze kinderen zelf veertigers en vijftigers zijn geworden, blijkt dat het mechanisme van de oprukkende herinneringen ook hun niet bespaard blijft. De grootste groep mensen die na de genoemde uitzending naar Korrelatie heeft gebeld behoort inderdaad tot de oud-Jappenkampkinderen, maar er reageerden ook mensen die als volwassene in een Jappenkamp hebben gezeten, alsmede de kinderen van mensen uit deze beide categorieën die na de oorlog zijn geboren: de tweede generatie. Er is dientengevolge sprake van een ingewikkeld patroon waarin de eerste en tweede generatie deels door elkaar lopen en er nauwelijks een indeling op grond van leeftijd valt te maken.

De eerste generatie oud-Jappenkampgevangenen omvat immers zowel mensen die als volwassene in het kamp hebben gezeten als mensen die daar toen als kind waren: mensen waar in leeftijd gezien dus een generatie tussen zit. Dat er op grond van dit generatieverschil een onderscheid is te maken in ervaringen en beleving van het gedwongen verblijf in de kampen, lijkt voor de hand te liggen,

Michaja Langelaan

De kinderen die in een Jappenkamp groot zijn geworden hebben voor de problemen die zij daardoor later hebben gekregen altijd weinig begrip ondervonden. Hoezeer dergelijke ingrijpende ervaringen van invloed kunnen zijn op iemands leven, bleek uit de reacties die bij de Stichting Korrelatie zijn binnengekomen na een televisie-uitzending over oud-Jappenkampkinderen. Korrelatie-medewerkster Michaja Langelaan beschrijft het leed waarmee deze mensen werden, en worden, geconfronteerd.

maar maakt het hele patroon er niet eenvoudiger op.

Bij Korrelatie zijn in totaal 184 telefonische reacties binnengekomen: 97 van vrouwen en 87 van mannen. De verhalen van deze 184 mensen lopen door alle generaties heen. Daarom is het nodig orde te scheppen, zodat per categorie de specifieke problemen naar voren kunnen komen. Eerst worden deze categorieën opgesomd, daarna worden ze één voor één ingevuld: de aan de telefoon gevoerde gesprekken hebben als basismateriaal gediend. De oud-Jappenkampkinderen krijgen de meeste aandacht: om hen draaide het tenslotte in de genoemde uitzending.

Op grond van de telefonische reacties zijn de volgende categorieën te onderscheiden:

1. oud-Jappenkampkinderen die inder tijd in leeftijd varieerden van 0 tot 18 jaar (69);
2. oud-Jappenkampgevangenen die toen volwassen waren (19);
3. na-oorlogse kinderen van voormalige Jappenkampgevangenen: de tweede generatie (26);
4. partners van oud-Jappenkampkinderen (17).

Een vijfde groep valt buiten deze vier categorieën en was zeer divers van aard:

- mensen die als militair bij de politio-nale acties waren ingezet;
- tweede generatie oorlogsslachtoffers met een andere achtergrond, zoals een kind van NSB-ouders, het kind van een verzetsstrijder, een concentratiekampgevangene;
- oorlogsslachtoffers die meenden ten onrechte buiten de bestaande uitkeringscriteria te vallen;
- mensen die belden om informatie, advies of consultatie met betrekking tot hulpmogelijkheden voor oud-Jappenkampgevangenen.

Deze laatste groep wordt verder buiten beschouwing gelaten.

OUD-JAPPENKAMPKINDEREN

Lange tijd zijn de ervaringen van degenen die als kind in een Jappenkamp gevangen hebben gezeten geen onderwerp van gesprek geweest. Het was immers voor hun ouders al moeilijk genoeg om in het moederland iets van erkenning te krijgen voor het leed dat hun door de Japanners was aangedaan. En de kinderen? 'Ach, die waren nog zo klein'. Dat moet vaak zijn gedacht. Niet alleen door Nederlanders die weinig afweten van wat er zich tijdens de oorlog in Indië heeft afgespeeld, maar ook door de ouders die het wel meemaakten, en tenslotte door de kinderen zelf. Het is daarom mis-schien ook niet verwonderlijk dat er nu pas aandacht komt voor deze groep oorlogsgetroffenen, een groep die inmiddels de veertig is gepasseerd en in toenemende mate wordt geconfronteerd met herinneringen en vragen uit de kinderjaren.

Uit de reacties die bij Korrelatie binnenkwamen blijkt dat heel veel van die oud-Jappenkampkinderen rondlopen met problemen die, naar ze nu pas gaan beseffen, op hun Indische oorlogservaringen zijn terug te voeren.

In dergelijke omstandigheden lijden kinderen niet minder dan hun ouders, hooguit beleven ze het uit een ander perspectief. Scheiding, angst, dood, geweld en honger: afhankelijk van de leeftijd zullen de beelden van toen concreter zijn, maar ook heel kleine kinderen voelen de spanning en dreiging die daarvan uitgaan.

In veel gesprekken komt naar voren dat ouders de herinneringen van hun kinderen min of meer ontkennen. Soms lijkt

die ontkenning de functie te hebben hun eigen herinneringen van zich af te houden:

Een man van 50 jaar vertelt dat hij van jongsaf aan vreselijke dromen heeft gehad over het Jappenkamp. 'Maar', zo zegt hij, 'mijn vader, die indertijd krijgsgevangene is geweest, heeft mij altijd voorgehouden dat ik mij niets kán herinneren van toen ik vijf jaar was en mijn moeder en zusters willen er helemaal niet over praten'.

In veel gezinnen is na het vertrek uit Indië nauwelijks meer gesproken over de oorlogsellende in de Japanse kampen en de periode daarna, misschien omdat de – soms gruwelijke – herinneringen op een afstand moesten worden gehouden, misschien ook uit trots – of realisme? – omdat niemand in Nederland oren bleek te hebben naar verhalen over de oorlog die zich aan de andere kant van de wereld had afgespeeld. Zoals heel veel andere oorlogsgetroffenen na de oorlog, richtten men de blik op de *toekomst*. 'Aan het werk en niet langer zeuren over iets dat voorbij is', was het motto waarmee nogal wat volwassenen zich indertijd op de been hielden, dat hun kinderen onder deze houding zouden lijden konden ze niet weten en men kan het deze ouders ook moeilijk kwalijk nemen.

Niet alleen werden de kinderen hun herinneringen op grote schaal ontzegd, door het stilzwijgen zijn er ook herinneringen uit de kamptijd verdwenen of is er verwarring ontstaan over de status van vroegere ervaringen: zijn die echt gebeurd of later met beelden ingevuld?

Maar nog los van de concrete beelden: uit de gesprekken blijkt dat alle kinderen, hoe klein ze ook waren, een overlevingsstrategie ontwikkelden die ze later – na de oorlog – maar moeilijk konden laten varen. Om te overleven moesten ze zichzelf onzichtbaar maken en vooral niemand tot overlast zijn, zich koest en stil houden en niet huilen, ook al was daar alle reden voor. Ze moesten hun moeder ontzien en haar steunen bij de verzorging en ziekte van de kleinere kinderen. Een 'volwassen' verantwoordelijkheidsbesef was noodzakelijk, want alle kinderen wisten dat hun moeder moest boeten voor de dingen die zij uithaalden. Ze zagen immers met eigen ogen dat de moeders werden geslagen door de Japanners, bijvoorbeeld als een kind zich niet stilhield tijdens het appèl.

Een vrouw vertelt dat deze ervaringen haar persoonlijkheid dermate hebben gevormd dat ze jarenlang in therapie moest: 'Ikzelf was vier

jaar en ik moest hele dagen mijn zusjes van één en twee jaar stil houden.'

Een andere vrouw zegt dat ze nog steeds droomt over de gestolen stukjes brood die ze als vierjarige onder haar matras verborg.

En een man heeft sindsdien vrouwen altijd op een onbereikbaar hoog voetstuk geplaatst, omdat hij als klein kind zag hoe sterk de moeders waren: ze gaven geen kik als ze werden afgerammeld. 'Maar ik heb uit die tijd ook een onderdanige houding overgehouden', zo vertelt de man verder, 'waar ik in al mijn relaties en vriendschappen last van heb ondervonden.' Zijn jeugdherinneringen zijn nooit uit zijn hoofd verdwenen: 'ik denk eigenlijk dagelijks aan het kamp, maar praat er nauwelijks meer over'.

Uit de gesprekken komt een aantal gemeenschappelijke kenmerken naar voren die als een *rode draad* door de levens van oud-Jappenkampkinderen heenloopt.

- Voormalige kampkinderen zeggen vaak dat ze er moeite mee hebben angst, verdriet, agressie en genegenheid te uiten. Een opvallend groot aantal mannen blijkt te stotteren, dat is er misschien wel een heel letterlijk gevolg van.

- Men stelt zich vaak onderdanig op ten opzichte van anderen en is 'veel te snel tevreden met niets', zoals een vrouw het uitdrukt.

- Oud-kampkinderen cijferen zichzelf makkelijk weg en zijn soms overdreven bezorgd om anderen, voelen zich overmatig verantwoordelijk en willen eigenlijk iedereen tevreden stellen.

- Sommigen hebben een minderwaardigheidsgevoel en zeggen van jongsaf aan het gevoel te hebben gehad overal buiten te staan.

Na de oorlog hebben deze kinderen weinig of geen steun van hun ouders ontvangen. Nogal wat ouders bleken namelijk hun verleden te hebben begraven of hadden er geen oog voor dat ook kinderen problemen kunnen ondervinden ten gevolge van de kampervaringen. Daar komt nog bij dat veel kinderen juist vanwege hun oorlogsverleden geneigd zijn hun ouders te ontzien en slecht hebben geleerd voor zichzelf op te komen. Tegelijkertijd beseffen ze maar al te goed waarin hun ouders te kort schieten, maar agressie en boosheid is wel het laatste dat deze kinderen jegens hun ouders zullen uiten. Het gevolg hiervan is dat de oud-Jappenkampkinderen zich miskend en onbegrepen voelen: ze hebben al vanaf hun jeugd het gevoel alleen te staan met hun problemen.

Een groep die aparte aandacht verdient

wordt gevormd door degenen die een belangrijk deel van hun puberteit in gevangenschap hebben doorgebracht.

Een vrouw die van haar 12e tot haar 16e jaar in een kamp zat vertelt: 'Ik moest in die tijd voor mijn zieke moeder en mijn vijf jaar jongere zusje zorgen, en ik zag het als mijn taak hen na de oorlog levend bij mijn vader te brengen'. Net als veel andere pubers werd ze meteen na de oorlog in haar eentje naar Nederland gestuurd om verder te leren. 'Ik voelde me door mijn ouders in de steek gelaten, want blijkbaar hadden ze me niet meer nodig. Nooit heb ik nadien met hen over mijn kampervaringen kunnen praten, alleen hún belevenissen telden.'

Een andere vrouw heeft op 13-jarige leeftijd moeten zien hoe haar moeder werd mishandeld en tenslotte aan haar verwondingen overleed. 'Ik voel me al m'n hele leven bedreigd in mijn bestaan', zegt ze nu en een jarenlange therapie heeft aan dat gevoel helaas niet veel kunnen veranderen.

Algemeen is de conclusie dat deze oudere kinderen 'hun jeugd hebben overgeslagen'. Vooral kinderen die alleen naar Nederland werden gestuurd en daar bij familie of in gastgezinnen werden ondergebracht, zeggen zich in de steek gelaten te hebben gevoeld. Het was bovendien hun eerste kennismaking met het kille moederland en de wijdverbreide onbekendheid met de situatie in Nederlands-Indië. Dat sommigen over een '*culture shock*' spreken is dan ook niet zo verbaazingwekkend.

Wat zijn nu de *concrete moeilijkheden* waar oud-Jappenkampkinderen in hun leven mee te maken krijgen?

Nogal wat mensen vertelden dat ze in de loop van hun leven, niet zelden na een redelijk succesvolle carrière, overspannen werden en vervolgens in een depressie raakten.

'Het werd steeds moeilijker de schijn op te houden', zegt een man die regelmatig gebukt gaat onder nachtmerries die niet alleen zijn kampverleden betreffen, maar steeds vaker betrekking krijgen op zijn eigen kinderen. Hij heeft in zijn omgeving geen gelegenheid om hier over te praten en hij merkt hoezeer zijn herinneringen steeds verder doorsijpelen in zijn huwelijk en zijn werk.

Nachtmerries, slapeloosheid, onberedeneerde angsten en vooral ook ernstige hoofdpijn worden regelmatig in de gesprekken naar voren gebracht. Maar er is ook sprake van een meer dan gemiddeld aantal verslavingen; in het bijzonder alcohol, medicijnen en gokken worden genoemd. Verder zijn er klachten die terug

zijn te voeren op ondervoeding, ziekten en onhygiënische omstandigheden die in de kampen heersten, zoals kalkgebrek, voedselallergie, maag- en darmklachten. Daarnaast hebben sommige mensen fobieën ontwikkeld voor kikkers en padden; een enkeling lijdt aan smetvrees. Een deel van hen weet inmiddels waar deze symptomen vandaan komen; voor een ander deel echter lijken de stukjes van de puzzel nu pas op hun plaats te vallen.

'Ik heb me helemaal niet gerealiseerd dat ik een kampkind ben', zegt een vrouw van eind veertig, die wel hulp had gezocht bij een RI-AGG, maar niet wist 'waar de knoop zat'. 'Ik hoorde in die uitzending allemaal dingen die ik volledig herkende'.

De kennis bij de Nederlandse bevolking over de oorlog in Nederlands-Indië is als zeer beperkt te omschrijven; de gemiddelde huisarts en hulpverlener maken daarop geen uitzondering. De mogelijkheid deskundige, maar vooral ook op de eigen problemen toegesneden hulp te krijgen is voor oud-Jappenkampkinderen beperkt, zo blijkt uit de gesprekken. Regelmatig gaan dan ook behandelingen de mist in.

Een vrouw die als 12-jarig meisje in het kamp moest meemaken hoe haar zusje stierf, kwam na periodes van slapeloosheid en nachtmerries bij een psychiater terecht, die haar adviseerde de hele periode snel te vergeten en vooral niet toe te geven aan haar nare herinneringen.

Regelmatig wordt ervaren dat trauma's uit de Indische kampen ondergeschikt worden gemaakt aan die van andere oorlogsslachtoffers. Men wordt soms regelrecht als oud-koloniaal behandeld, waarbij het beeld van wuivende palmen, oneindige rijstvelden en veranda's met heen en weer snellende bedienden impliciet een rol blijkt te spelen.

Mild is het oordeel van een man die van zijn 14^e tot zijn 18^e jaar in een Jappenkamp doorbracht en als 20-jarige soldaat naar Indië werd teruggestuurd: 'Mijn psychiater is een bijzonder fijne man' zegt hij, 'maar hij weet niets van de oorlog af'.

Een andere man vertelt hoe hij – juist vanwege zijn kampverleden – vastliep in een groepstherapie: 'Alle leden van de groep uitten hun boosheid ten aanzien van hun ouders en leken daar ook verder mee te komen. Maar ik kon geen boosheid voelen en zeker niet jegens mijn ouders. Voortdurend had ik het gevoel dat er aan de kern van mijn problemen voorbij werd gegaan'.

Wat is de Stichting Korrelatie?

De Stichting Korrelatie is een onafhankelijk, door de overheid betaald opvanginstituut dat door alle media kan worden ingeschakeld. Het zorgt ervoor dat mensen die om welke reden dan ook willen reageren op uitzendingen of artikelen, hulp, advies en informatie krijgen.

De stichting heeft elf medewerkers in dienst, van wie zeven hulpverleners die zijn getraind in het voeren van hulpgesprekken per telefoon en die weten wat het is om een hausse van reacties over een onderwerp te verwerken. Daarnaast beschikt Korrelatie over een pool van vijftien free-lance medewerkers, die bij topdrukte worden ingezet.

De reacties van het publiek vormen een belangrijke bron van informatie en worden altijd op hun merites bekeken en geanalyseerd. Nieuwe of opvallende signalen worden eruit gehaald en doorgegeven aan belanghebbenden en geïnteresseerden. De wijze waarop dat geschiedt hangt af van de aard van de reacties en het aantal, de behoefte van het publiek, de maatschappelijke erkenning van het probleem en het bestaande aanbod van informatie.

Het antwoord op de vraag wie Korrelatie wil bereiken is uiteindelijk doorslaggevend voor het medium dat wordt gekozen: krant, vakblad of familieblad, verslagen, brochures, boekjes, bijdragen aan congresbundels, tips aan programmamakers en journalisten of ondersteuning van wetenschappelijke activiteiten.

Korrelatie heeft drie brochures uitgegeven:

1. Of heb dit al gevraagd . . . ? Over dementie bij ouderen;
2. Als een kind moet buigen . . . Over seksueel misbruik van kinderen;
3. Van levensbelang. Over emoties bij kanker.

De Stichting Korrelatie is op werkdagen geopend van 09.00 uur tot 17.00 uur en 's avonds van 19.00 uur tot 22.30 uur en wanneer uitzendingen dat noodzakelijk maken ook op andere uren.

Stichting Korrelatie, Postbus 13000, 3507 LA Utrecht. Hulplijn: 030-331335. Kantoornummer: 030-331355.

Nogal wat mensen vertellen dat ze zich er op latere leeftijd met dezelfde overlevingsdrang die ze als kind in het kamp hebben ontwikkeld doorheen hebben geslagen. Men studeerde vlot en maakte carrière. Werk blijkt van grote betekenis te zijn om zich staande te houden, want zo bekennen sommigen, op emotioneel en relationeel gebied verloopt het leven minder vlekkeloos. Misschien is het ook uit deze overlevingsdrang te verklaren dat een aantal oud-Jappenkampkinderen zo heftig op de uitzending reageert: ze zijn boos dat er zoveel ophef over wordt gemaakt en dat lotgenoten zich als 'slachtoffer' presenteren.

VOLWASSEN GEVANGENEN

De reacties van de mensen die als volwassene in een Jappenkamp hebben gezeten zijn over het algemeen afwerend. Dit is opmerkelijk, aangezien ze wel zelf het initiatief hebben genomen om te bellen.

Er is een groep die zegt niet over deze herinneringen te willen praten. Een enkeling reageert ronduit boos.

'Schandalig', zegt een mevrouw. 'Dat zulke

beelden door de televisie worden uitgezonden. Het is gewoon aandachtvragerij van die mensen. Inmiddels is het veertig jaar geleden. Er zijn toch werkelijk wel ergere dingen op de wereld'. Ze zegt zich erg aangevallen te voelen als ouder van een kampkind en reageert: 'Natuurlijk heb ik het niet op mijn kinderen overgedragen, want ik heb er altijd over gezegen . . .'

Ook al willen veel ouderen niet ingaan op vragen over hun tijd in de kampen, een aantal van hen zegt wel dat bij het klimmen der jaren de beelden steeds dwingend naar boven komen. Spanningsklachten en slaapstoornissen blijken regelmatig voor te komen. Anderen willen weliswaar niet over hun eigen problemen praten, maar zeggen wel zich zorgen te maken over hun kinderen. Sommige van deze kinderen hebben zelf in het kamp gezeten, andere kinderen zijn na de oorlog geboren en ondervinden tweede-generatieproblemen. Uit de gesprekken blijkt dat de oudste generatie vooral uit is op berusting en aanvaarding van het verleden.

'Vergeten doe je het nooit', zegt een vrouw van 74 jaar, 'maar alleen als je het aanvaardt kun je het achter je laten en rust vinden.'

Maar over de problemen van hun kinderen willen ze het wel hebben. Sommigen zijn pas na de uitzending gaan beseffen dat bijvoorbeeld de depressiviteit en alcoholproblemen van hun kinderen in relatie staan tot de Indische kampjaren, ook al is die relatie indirect. Zij zoeken voor deze kinderen goede en vooral begripvolle hulp, het liefst bij hulpverleners die zelf in Indië zijn geweest. Voorop staat dat zij hun kinderen het onbegrip en de onwetendheid willen besparen die hun na de oorlog ten deel is gevallen.

TWEDE GENERATIE

Het lijkt op het eerst gezicht haast onvoorstelbaar dat zelfs de kinderen van oud-Jappenkampkinderen nog de gevolgen ondervinden van dat wat er in de kampen is gebeurd. Toch blijkt uit de gesprekken met deze categorie dat er een duidelijk verband is met de ervaringen die hun ouders als kind hebben ondergaan. Er zijn echter maar weinig mensen – huisartsen en hulpverleners inbegrepen – die deze relatie zien en de moeilijkheden van deze kinderen als tweede-generatieproblemen onderkennen, dat is de reden waarom deze kinderen vaak (goede) hulp moeten ontberen.

'Ik heb veel herkend in de uitzending', zegt een 25-jarige man wiens vader van zijn 11^e tot zijn 15^e jaar in een Jappenkamp heeft gezeten. 'Ik heb m'n hele leven gevoeld dat mijn vader een zware last met zich meedroeg, maar hij sprak nooit over deze ervaringen. Ik herinner me dat ik mij al vanaf m'n vijfde jaar voorstellingen begon te maken van hoe het in zo'n kamp moet zijn geweest.'

Wat heel typerend is voor tweede-generatiekinderen deed ook deze man: hij heeft zijn vader altijd ontzien en heeft zich uitermate verantwoordelijk gevoeld voor diens welzijn.

Als de zoon zelf volwassen begint te worden komt hij zo erg in de problemen dat hij na veel vijven en zessen hulp zoekt. Maar dat loopt niet op rolletjes want, zo zegt hij: 'Ik heb het gevoel dat de therapeut het niet goed kan vatten. Meteen hierachteraan vertelt hij waarom het zo moeilijk is zijn probleem te verwoorden: 'Het is nooit zo erg als dat van mijn vader'.

Nogal wat kinderen van de tweede generatie vertellen gebukt te gaan onder ondefinieerbare angsten. Bij sommigen blijkt na verloop van tijd dat zij de kampangsten van hun ouders ongemerkt hebben doorgerekend en overgenomen. Wanneer meer kinderen uit een gezin

dezelfde verschijnselen vertonen, wordt het vermoeden dat hier sprake is van tweede-generatieproblemen alleen maar versterkt.

Een man zegt het zo: 'Mijn twee broers hebben soortgelijke klachten als ik. Ze zijn intelligent en redelijk succesvol, maar we hebben alle drie het gevoel niemand te zijn. Het is alsof we geen bodem hebben.'

Opvallend is tenslotte dat er veel aanvragen binnenkomen voor informatiemateriaal over de Tweede Wereldoorlog in Nederlands-Indië.

'Ik wil er meer van begrijpen', zegt een vrouw van begin twintig, 'want mijn moeder praat er heel weinig over.'

PARTNERS

De partners van voormalige Jappenkampkinderen laten na de uitzending duidelijk van zich horen.

Zonder uitzondering blijkt dat het kampverleden van de partner een zwaar stempel op het huwelijk en het gezinsleven heeft gedrukt. Soms wordt gemeld dat de partner veel lichamelijke klachten heeft overgehouden aan de kamptijd, omdat hij of zij als kind jaren achtereen ondervoed is geweest, maar ook voortdurende moeheid, hoofdpijnen, depressiviteit en slapeloosheid worden genoemd, bovendien was er in een aantal gevallen sprake van eetproblemen, stotteren, drankmisbruik en fobieën.

De partners hebben behoefte aan informatie over de periode in de kampen, zodat ze meer begrip kunnen opbrengen én – wat heel belangrijk is – aan hun directe omgeving duidelijk kunnen maken dat de problemen wel degelijk een aanwijsbare oorzaak hebben.

'Ik heb altijd erg veel onbegrip ervaren als ik het over de kampjaren van mijn man had', vertelt een vrouw. 'Zijn jeugdervaringen hebben tot op grote hoogte de stemming in ons gezin bepaald'.

Na ruim twintig jaar huwelijk heeft deze vrouw een manier gevonden om met haar man om te gaan, maar dat lukt lang niet iedereen, zo blijkt uit de gesprekken. Veel huwelijksproblemen, veel echtscheidingen en nogal wat opvoedingsperikelen komen ons ter ore.

Een moeilijkheid is dat veel oud-Jappenkampkinderen niet kunnen of niet willen praten over hun ervaringen en er helemaal niet gemakkelijk toe te bewegen zijn om hulp te zoeken. Soms ontkennen ze dat er ook maar iets aan de hand zou

zijn, terwijl hun partner inmiddels ten einde raad is. Juist deze partners zeggen opgelucht te zijn door de uitzending en zich gesterkt te voelen in hun idee dat de problemen voor een belangrijk deel voortkomen uit de Indische kampjaren. 'Hoe motiveer je iemand tot hulp?', is dan ook een vraag die regelmatig terugkeert. Soms is de stap naar de professionele hulpverlening inderdaad te groot, al was het alleen maar omdat men al vaak heeft moeten meemaken dat het zelfs aan ook maar de geringste kennis over de situatie in het vroegere Indië ontbreekt. Nogal wat mensen krijgen het advies van licht op te steken bij een belangenvereniging als Pelita of met een lotgenotenvereniging in contact te treden. Velen weten niet van het bestaan daarvan af en zijn zeer verheugd te horen dat er een plek is waar zij naar alle waarschijnlijkheid direct zullen worden begrepen.

TOT SLOT

Uitzendingen als die van AVRO's Televisier over oud-Jappenkampkinderen halen veel mensen over de drempel om te gaan praten over hun jeugdervaringen en hulp te zoeken voor de problemen die ze op grond daarvan later hebben ondervonden. Ze doen dat overigens niet alleen door met Korrelatie te bellen, maar bijvoorbeeld ook door met hun eigen familie te gaan praten. Meermalen hoorden we van mensen die telefonisch contact met ons hadden gezocht dat ze na afloop van de uitzending naar hun ouders, broers of zusters waren gestapt om het met hen over de tijd in de kampen te hebben. Anderen zijn van plan dat te gaan doen. De ontkenning van de herinnering wordt doorbroken en dat maakt de weg vrij voor nieuwe initiatieven. □

Geneeskundige hulp voor het gezin van militairen

De militair arts is de eerstelijnsarts en de verantwoordelijke persoon voor de gezondheid van de militair – een regeling die is terug te vinden in het Algemeen Militair Ambtenaren Reglement. Door deze regeling wordt de actieve militair onttrokken aan het oog van de civiele (huis)arts die de rest van het gezin behandelt. Aangezien de gezinsleden van de militair doorgaans onder de zorg van een civiele arts vallen, zijn zij onttrokken aan het oog van de militair arts. Door het militaire beroep van één gezinslid ondervindt dat gezin echter soms speciale problemen die met dit beroep samenhangen. Zowel de huisarts als de militair arts moeten zich de situatie van het gezin kunnen voorstellen. Dit betekent dat de civiele huisarts van het gezin enig inzicht moet hebben in de problemen van het gezin die met het beroep samenhangen en dat anderzijds de militair arts zich moet realiseren hoe het gezin reageert op verschillende aspecten van het militaire beroep van de kostwinner.

Ik heb over het functioneren van militaire gezinnen enig literatuuronderzoek verricht, waarvan ik hieronder een kort verslag geef. De meeste literatuur komt uit de Verenigde Staten. Omdat de militair arts daar doorgaans ook de gezinnen van de militairen die onder zijn zorg vallen in behandeling heeft, komt hij vaker en rechtstreeks in contact met de problemen in de gezinnen van 'zijn' militairen. Mijn eigen belangstelling voor dit onderwerp is vooral gewekt door mijn bemoeienissen als marine-arts met deze gezinnen in de Nederlandse Antillen, waar de uitgezonden marinegezinnen onder de zorg van de militair arts vallen.

Aan het eind van dit artikel wil ik enige suggesties doen om de problemen van militaire gezinnen te inventariseren, te verminderen of op te vangen.

MILITAIRE ORGANISATIE

Om te begrijpen welke gevolgen het militaire beroep van een gezinslid voor het gezin heeft, moet allereerst worden geïnventariseerd wat het speciale van dat beroep is.

De doelstelling van ons militaire apparaat is, samengevat: het uitoefenen, als politiek instrument, van (soms symboli-

M. J. J. Hoejenbos

't Is een bijzonder gezin, en dat is 't: het gezin van de (beroeps)militair. Is de militair voor zijn geneeskundige verzorging aangewezen op de militair arts, zijn gezin valt doorgaans onder de zorg van een burger-huisarts. Maar de tijden veranderen, en dus de mores. M. J. J. Hoejenbos, huisarts met een opleiding in de sociale geneeskunde, tak algemene gezondheidszorg, is hoofd van de Geneeskundige Afdeling van de Sociaal Medische Dienst van de Koninklijke Marine te Driehuis.

sche) tekenen van fysieke druk, om de integriteit en vrijheid van Nederland te handhaven. De (soms symbolische) fysieke druk wordt bereikt door gewelduitoefening (mens en materieel). De gevolgen van deze gewelduitoefeningen kunnen zijn: dood, verderf en gevangenschap. Door intensieve training wordt geprobeerd het personeel zo goed mogelijk op deze taak voor te bereiden. Zowel lichamelijk als geestelijk moeten de militairen weerbaar zijn, zodat het geweld van de tegenstander hen zo min mogelijk kan beïnvloeden. De organisatie van het militaire apparaat is zo gericht dat de taakstelling zo effectief mogelijk kan worden uitgevoerd. Dit heeft tot gevolg dat de mensen in dienst niet alleen een training krijgen voor bepaalde taken of werkzaamheden, maar ook voor het aankweken van groepsgeest, rivaliteit, zelfverloochening en mannelijkheidsidealen (macho). Men leert psychische en fysieke belasting te overwinnen. De piramideverantwoordelijkheid, met duidelijke rangen en standen, en een machtsstructuur met strenge regels, gehoorzaamheid, sancties (in negatieve zin geregeld via de eigen tuchtwet; in positieve zin geregeld via het decoratiesysteem) moeten in tijden van spanning de organisatie vloeiend laten draaien. De sociale controle is groot, waarbij het uniform een belangrijke functie heeft.

Om de 'onmenselijke' trekjes van de bovengeschetste organisatie te verzachten

probeert men de motivatie voor de militaire 'baas' te verhogen door allerlei 'secundaire arbeidsvoorwaarden'. De groepsidentiteit wordt gestimuleerd door kleding en onderscheidingstekens en eigen sport- of hobbyfaciliteiten. Door regels voor vrije voeding en huisvesting, arts- en tandartsbehandeling, sociale zorg, kapper, kleermaker en schoenmaker worden de militairen gebonden. Een groot deel van deze faciliteiten is niet alleen als 'service' bedoeld; men kan zich voorstellen, dat bijvoorbeeld aan boord van een marineschip vanwege de lange reizen een kapper, een kleermaker en een arts noodzakelijk waren. Dat de gezinnen vaak in enkele van deze faciliteiten kunnen meedelen, kan ook uit noodzaak zijn geboren; door de regelmatige overplaatsingen was een lidmaatschap van een burgersportclub vaak moeilijk.

Toegegeven moet worden dat bovenstaande beschrijving in extremo vooral enkele tientallen jaren geleden van toepassing was (en waarschijnlijk ook functioneel was). De laatste jaren worden aan militaire werknemers andere eisen gesteld. Vroeger moest de militair zoveel mogelijk 'multi-inzetbaar' zijn: als iemand uitviel, moest een collega zijn taak direct kunnen overnemen. Tegenwoordig zijn veel functies zo specialistisch dat ze alleen kunnen worden vervuld door mensen die ervoor zijn opgeleid. Hierdoor heeft men ook de strikte piramidehiërarchie moeten aanpassen; 'kadaver'discipline is minder gewenst. Toch klinkt in de hele organisatie nog het oude beeld van de militair door. Wat veel aspecten, regelingen en vooral gevoelens betreft is de krijgsmacht nog niet aan de nieuwe ontwikkelingen aangepast.

De oude gedachte dat men 24 uur per dag militair is heeft plaatsgemaakt voor de gedachte dat ook het militair-zijn een beroep is als elk ander. Men dreigt daarmee echter het kind met het badwater weg te gooien. De genoemde 'secundaire arbeidsvoorwaarden' worden bijvoorbeeld de laatste tijd steeds verder terugschroefd zonder dat er iets voor terugkomt, zodat de motivatie van het personeel dreigt te verdwijnen.

Het gezin waarvan een van de kostwinners militair ambtenaar is, heeft enige

kenmerken die het gevolg zijn van dat beroep¹. Hoewel de ideeën over het beroep van militair langzamerhand veranderen – zie boven – heeft dit aan de basis nog niet direct grote gevolgen. In het oude beeld van de militair past ook de ondergeschiktheid van de militair en zijn gezin aan de eisen die de 'hogere bazen' stellen. Hiertoe behoren de onverwachte oefeningen, het overwerken, de overplaatsingen en andere ongerieflijkheden. Een van die eisen is ook dat de echtgenote niet klaagt en zich steeds stimulerend op de achtergrond houdt, totdat van haar wordt verwacht dat zij voor allerlei representatieve doeleinden naar voren treedt.

Het gezin is gewend aan regelmatige afwezigheid van de kostwinner en houdt zelfs rekening met plaatsing buitenslands. Hierdoor zijn de achterblijvende gezinsleden, vooral de vrouw, gewend allerlei taken in en rondom het huis en met betrekking tot de opvoeding zelf te regelen en organiseren; daarbij moet ze er rekening mee houden dat de man zich toch voor allerlei taken verantwoordelijk wil blijven voelen. Het gehele gezinsleven staat in het teken van de *onzekerheid*: onzekerheid over de toekomst (overplaatsingen), onzekerheid wegens de wisselende tijden van thuiskomst en de onregelmatige wachtdiensten. Men vindt dat voor 'Defensie' het gezin meestal op de tweede plaats staat.

De gezinsidentiteit is afhankelijk van de carrière (promotie) van de man. In de literatuur wordt dit wel het 'two people, one salary system' genoemd: de vrouw werkt op de achtergrond mee aan het werk van de man. De contacten met anderen worden bepaald door de militaire status van de kostwinner. In militaire woongemeenschappen hangen de relaties vaak af van de rang van de man; de rang bepaalt met wie men omgang kan hebben.

Buiten de militaire sfeer staan militairen vaak in een ongunstig daglicht, maar ook de vele verhuizingen maken dat de energie om zich in nieuwe woongemeenschappen in te leven langzamerhand minder wordt. Er treedt een neiging tot 'burgervreemdheid' op, waarbij het militaire jargon en sfeertje averechts werken op de contacten. De militair kan vaak moeilijk lid worden van gewone clubs, omdat hij regelmatig verstek moet laten gaan; ook hierdoor wordt het moeilijker vrienden en kennissen te krijgen.

Van den Engh meldt dat van de 70 naar West-Duitsland uitgezonden militaire ge-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

zinnen er 6 na een jaar moesten worden teruggeplaatst; ten aanzien van 25 gezinnen concludeert hij dat de overplaatsing negatief is uitgevallen. Na twee en een half jaar blijken 50 gezinnen te zijn 'geslaagd'. Hij heeft onderzocht of een geslaagde overplaatsing van tevoren te voorspellen is. In zijn proefschrift beschrijft hij verder een groot aantal aspecten van de militaire wereld dat invloed heeft op het gezin¹.

Zelf heb ik gevonden dat van 70 naar Aruba uitgezonden mariniersgezinnen er na drie jaar 3 om medisch-sociale redenen moesten worden teruggeplaatst en dat 25% van de gezinnen niet nog een termijn van drie jaar op Aruba wilde blijven².

Uit diverse publikaties uit de Verenigde Staten blijken de problemen van militaire gezinnen³⁻⁷. Hierbij moet worden aangekend dat in 1972 de Verenigde Staten op een beroepsleger zijn overgegaan. Uit de publikaties blijkt dat militairen relatief lager scoren op de 'quality of family life'-schaal doordat zij minder tijd aan hun gezin kunnen besteden; ze passen zich minder aan aan het gezin. Ook is gebleken dat er een relatie bestaat tussen de stress die wordt veroorzaakt door het militaire leven en de tevredenheid over het bestaan. Vaak komen er problemen doordat steeds meer vrouwen een baan (willen) hebben, iets dat door het beroep van de man (overplaatsingen) vaak onmogelijk is. De overplaatsingen naar het buitenland blijken veel van de gezinnen te vergen⁸⁻⁹. Ook de financiële situatie is vaak moeilijk. Hoewel na enige tijd een aanpassing optreedt, probeert men in de Verenigde Staten ook via screening, oriëntatie en begeleiding de overplaat-

sing zo soepel mogelijk te laten verlopen. Tenslotte zijn er publikaties over de gezinnen waarvan de kostwinner niet meer is thuisgekomen ('killed in action', 'prisoner of war', 'misses in action')¹⁰. Een dergelijke gebeurtenis heeft natuurlijk grote consequenties voor de achterblijvende gezinsleden.

SUGGESTIES

Voor wie tot 'verbeteringen' wil komen moet het eerst duidelijk zijn wat precies de problemen zijn¹¹. Na het inventariseren van de gezinsonvriendelijke aspecten van het militaire beroep kan men besluiten tot maatregelen die hierin verandering kunnen brengen of dit kunnen compenseren¹²⁻¹³.

Allereerst zal het idee dat de eisen die het militaire beroep stelt aan verandering onderhevig zijn, verder moeten uitkristalliseren. Mét de eisen aan de militaire werknemers zou ook de organisatiestructuur moeten veranderen en daarmee de gevolgen voor de gezinnen. De militaire organisatie moet zich kunnen inleven in de situatie van het gezin. Uitleg over de eisen van het militaire beroep (overplaatsingen, langere afwezigheid) kan verhelderend en motiverend werken. Een persoonlijk contact met de organisatie kan het gevoel een klein raderetje te zijn, verminderen.

Hulpverleners als huisartsen en RIAGG-medewerkers zouden beter op de hoogte moeten zijn van de specifieke eisen die aan militairen en hun gezinnen worden gesteld, zodat zij klachten uit die hoek beter kunnen interpreteren en begeleiden. Als zij tevens op de hoogte zijn van de mogelijkheden die er voor de militair

zijn om tijdelijk meer aandacht aan zijn gezin te geven, dan kunnen zij daarop beter inspelen.

De negatieve aspecten van het militaire beroep moeten worden vergoed door het heffen van speciale regelingen, bijvoorbeeld met betrekking tot vroegtijdige pensionering, financiële vergoedingen, les- en sportfaciliteiten, excursies, personeelsblad en persoonlijk medeleven. Door speciale faciliteiten te schrappen ontkent men niet alleen dat het beroep problemen met zich meebrengt, maar gaat men er tevens aan voorbij dat deze faciliteiten motiverend werken voor het personeel. Een positief voorbeeld hiervan is, dat de overheid de mogelijkheid heeft gecreëerd dat de militair arts fungeert als huisarts van uitgezonden militaire gezinnen in het buitenland. Hierdoor blijft een eigen, Nederlandse aanpak in den vreemde mogelijk. De militair arts is in deze gevallen de 'trait d'union' tussen het gezin en de buitenlandse gezondheidszorg; via hem kunnen medische gegevens sneller worden uitgewisseld of kan de patiënt zelfs worden gerepatriëerd naar Nederland, waar hij weer onder zijn 'eigen' gezondheidszorgstelsel valt.

Een probleem vormt de plaats waar de militair zijn eerstelijns geneeskundige

zorg ontvangt. In de praktijk zal dit doorgaans bij de militair arts zijn (tijdens oefeningen of wachtdienst, bij de regelmatige overplaatsingen of door de wettelijke verplichting en vergoeding). Gezien de politiek en maatschappelijk veranderde kijk op het militaire beroep is het mogelijk dat de militair zelf een civiele huisarts als 'zijn' huisarts zal gaan beschouwen. Enerzijds zal dan het militaire gezin, met al zijn problemen, meer onder de aandacht komen van de civiele hulpverleners, aan de andere kant zal dit zwaardere eisen stellen aan de samenwerking met de militaire arts, die als een soort bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige de (on)mogelijkheden om problemen in de organisatie op te lossen kent. Opvallend is dat de laatste tijd juist meer geluiden zijn te horen vóór integratie van verschillende functies van artsen, om de patiënt niet het slachtoffer te laten worden van het gebrek aan samenwerking of communicatie. In het militaire bedrijf was deze integratie van functies in feite noodgedwongen al tientallen jaren een normale zaak.

Overleg en kennis van elkaars werkte-rein zou (en zal) een basis moeten zijn om gezinnen van militairen zo gezond mogelijk te houden of te maken. □

Literatuur

1. Engh J van den. Militaire gezinnen in Duitsland, 1983.
2. Hoejenbos MJJ. Het Nederlandse militaire gezin in West-Duitsland. Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift 1983; 36, december.
3. McKain JL. Relocation in the military: alienation and family problems. Journal of marriage and the family 1973; no 35.
4. McCubbin HI, Dahl BB, Hunter E. Families in the military system. Beverly Hills: Sage, 1976.
5. Hunter E, Nice D. Children of military families a part and yet apart. Washington DC: Government printing office, 1976 (Cat no 008-040-0018104).
6. Morrison J. Rethinking the military family syndrome. Am J Psychiatry 1981; 138:3.
7. Martin JA. Life satisfaction for military wives. Military Medicine 1984; vol 149.
8. Nice DS, Beck A. Cross cultural adjustment of military families overseas. Naval Health Research Center San Diego, June 1980 (Technical report no 78-17).
9. Wallen V. Cultural shock and the problem of adjustment to a new overseas environment. Military Medicine 1967; 132:722-5.
10. Hunter EJ. Combat casualties who remain at home. Military review, januari 1980.
11. Scheelen W. Het militaire gezin. Stichting volk en verdediging 1986; vol 8, april.
12. Hoejenbos MJJ. Medische aspecten van marinepersoneel en hun gezinsleden op Aruba. 1983.
13. Leusden AJ van. Huisartsgeneeskunde door militaire artsen. Een vergelijking. Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift 1983; 36, augustus.

Intensive care in Nederland

Coördinatie medisch beleid van groot belang

Er zijn verschillende vormen van patiëntenbewaking, aangeduid met 'Intensive Care', waar het gaat om ondersteuning of vervanging van vitale functies voor langere duur met gebruikmaking van gecompliceerde hemodynamische monitoring, naast beademing en acute hemodialyse, alsmede temperatuursregulatie en bewustzijnsbewaking. Daarnaast bestaat er 'high care', waar het gaat om eenvoudige hemodynamische bewaking en kortdurende beademing, in de regel 2 x 24 uur. Tenslotte 'medium care', waar bewaking wordt verzorgd exclusief mechanische ventilatie en complexe hemodynamische monitoring. Deze definiëringen zijn geformuleerd in een

Dr. J. C. van der Zwan

Intensive care is een jonge tak van wetenschap aan de zo rijke boom van de geneeskunde. Het is de geneeskunde die zich bezighoudt met de opvang van levensbedreigende stoornissen van vitale functies of de voorkoming daarvan als deze stoornissen worden verwacht. Daartoe zijn allerlei voorzieningen in de vorm van geavanceerde technieken en bewakingsmogelijkheden voorhanden en ontwikkeld.

uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care waarin een advies wordt gegeven ten aanzien van normering van allerlei begrippen betreffende de intensive care. Het rapport verscheen het afgelopen najaar ter gelegenheid van het 10-jarig lustrum van de vereniging. Tevens zal binnenkort een rapport verschijnen van het College van Ziekenhuisvoorzieningen, waarin de nadruk zal liggen op tal van kwantitatieve aspecten van de geneeskundige zorg. Gezien de implicaties die deze rapporten met zich mee zullen brengen lijkt het zinvol over enkele beleidslijnen te rapporteren.

Als meerdere vitale organen worden bedreigd

valt niet te ontkomen aan een multidisciplinaire aanpak, waarbij vaak een groot aantal specialisten is betrokken en veel medische en verpleegkundige handelingen worden verricht die ook moeten worden getitreerd, dat wil zeggen die frequent moeten worden gewijzigd, afhankelijk van de klinische toestand van de patiënt. Deze omstandigheden resulteren dikwijls in een onoverzichtelijk beleid, tenzij er sprake is van een duidelijke mandatering aan een *coördinerend specialist c.q. intensivist*, in nauw overleg met de *hoofdverpleegkundige* van de afdeling. Deze coördinerend specialist behoeft het mandaat van de medische staf en van de directie van het ziekenhuis en is eindverantwoordelijk voor het medisch beleid en de triage ten aanzien van plaatsing en ontslag op de Intensive Care; het is veelal zinvol dat hij de budgettaire bewaking deelt met de hoofdverpleegkundige.

Het medisch beleid op een intensive care-afdeling dient te zijn ingebed in het medisch beleid van het ziekenhuis als geheel, dat wil zeggen dat *protocollering* van de behandeling noodzakelijk is in overleg met de betrokken specialisten. Het lijkt zinvol dat pediater, neuroloog, longarts, cardioloog, chirurg, anesthesist en internist een soort denktank vormen om tot een geïntegreerde, geprotocolleerde medische behandeling te komen. Aan de hand daarvan heeft dan de medisch coördinator de vrijheid het individuele patiëntenbeleid vast te stellen.

Ook dienen afspraken te worden gemaakt binnen de regio. Niet ieder ziekenhuis zal binnen zijn muren dezelfde faciliteiten hebben, wat kan resulteren in de noodzaak tot verwijzing, bijvoorbeeld voor hemodialyse of langdurige beademing. Omdat er in de toekomst budgettering per regio zal plaatsvinden, is het zinvol binnen een regio en eventueel binnen een sub-regio tot goede afspraken te komen, wil men niet het regionale budget onnodig schade berokkenen door overplaatsing van patiënten buiten de regio. Daartoe is het ook noodzakelijk tot één systeem van registratie van intensive care-patiënten ten aanzien van diagnoses en verrichtingen te komen.

De onderscheiden vormen van intensive care, high care en medium care kunnen separaat en gecombineerd voorkomen. In kleinere ziekenhuizen zal high care kunnen voorkomen gecombineerd met coronary care.

Uitvoerig wordt in de publikatie van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care ingegaan op de noodzaak van de aanwezigheid, de beschikbaarheid dan wel de bereikbaarheid van de diverse disciplines. Dat geldt dan niet alleen de medische maar ook de verpleegkundige disciplines, de paramedische dienst en de vertegenwoordigers van de technische en de medisch-technische dienst.

KWANTITATIEVE ASPECTEN

In 1981 werd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een planningsnorm voor intensive care voorgesteld: per 100 ziekenhuisbedden 1,5 bed coronary care en 1,5 bed kortdurende beademing en algemene intensive care; het

aantal ziekenhuisbedden is dan 3,7 per 10.000 inwoners. In 1986 werd de norm aangepast: 1,5 respectievelijk 2 bedden per 100 bedden, gerelateerd aan 3,4%.

Het is deze laatste norm die in feite de aanzet was tot de studie van de werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Immers, in het ene ziekenhuis worden op zo'n intensive-care bed veel arbeidsintensievere procedures uitgevoerd dan in een ander ziekenhuis, maar de financiering per bed en dus ook per aantal verpleegkundigen is gelijk. Ziekenhuizen die zich erg inzetten voor en veel arbeid staken in de zorg op hun intensive care-afdeling werden daarvoor in feite gestraft, omdat er geen enkele financiële of personele vergoeding voor de extra zorg tegenover stond; ziekenhuizen die er betrekkelijk weinig voor deden werden bovenmatig gehonoreerd. In het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care worden aanbevelingen gedaan om tot een rechtvaardiger beleid te komen en binnenkort zal het College van Ziekenhuisvoorzieningen daarover ook een advies uitbrengen aan de staatssecretaris. Criteria die zullen worden gehanteerd hebben dan te maken met de mate van verleende hulp aan de patiënten, afgemeten aan de noodzakelijke vervanging van vitale functies en op basis van de adherente bevolking, hun leeftijd, artikel 18-faciliteiten en soms speciale faciliteiten per ziekenhuis, zoals de aanwezigheid van neurochirurgie. Daarnaast dient rekening te worden gehouden met de aard van een intensive care-afdeling. Bij electieve chirurgie, zoals de coronair-chirurgie, kan door een efficiënte organisatie een bezetting van vrijwel 100% van de afdeling worden gerealiseerd. Bij een algemene Intensive Care, zoals deze in de algemene ziekenhuizen veelal functioneert, is de bezetting zeer sterk wisselend en zal een optimale bezetting in de orde van 70% moeten liggen; niet zelden is in een algemeen ziekenhuis slechts een derde van de opnames electief. Bij hogere bezettingspercentages kan de afdeling dan niet beantwoorden aan de mogelijkheid acuut bedreigde patiënten op te nemen. Per niveau van zorg is het mogelijk kwantitatieve uitspraken te doen over de noodzakelijke apparatuur en het benodigd aantal medewerkers.

CONCLUSIE

Het is verheugend dat het tot een realisatie is gekomen van de structurering van richtlijnen voor de intensive care in Nederland. Werd aanvankelijk de ontwikkeling bij de intensive care gekenmerkt door wildgroei, in latere jaren lijkt stilstand door de rigoreuze consequenties van de budgettering eerder het probleem te zijn. Indien nu door evaluatie van functies binnen een ziekenhuis in een bepaald regio 'loon naar werken' kan worden bereikt zou dat een enorme vooruitgang voor de intensive care-geneeskunde in Nederland betekenen. Daarnaast is het appél om het medisch beleid te coördineren van groot belang, nu door publikaties van onder anderen Knaus c.s. duidelijk is geworden dat een coördine-

rend medisch beleid een afname geeft van de mortaliteit en morbiditeit.

De bijna duizend leden tellende Nederlandse Vereniging voor Intensive Care heeft een duidelijke stap vooruit gezet en wint meer en meer aan momentum, zoals onlangs bleek uit het congres in Maastricht ter gelegenheid van haar tienjarig bestaan, alsmede uit het feit dat zij in 1990 gastvrouw zal zijn van het congres van the European Society of Intensive Care Medicine in Amsterdam. □

Literatuur

Intensive care-voorzieningen in Nederlandse ziekenhuizen. Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, 1987.

Knaus WA, Draper DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centres. Ann Intern Med 1986; 104: 410-8.

Een experiment in Almere (10)

Patiëntenparticipatie

Een krachtige vuist of een slap handje?

Almere heeft een gezondheidszorg die afwijkt van wat we in Nederland gewend zijn. We hebben in Almere te maken met een experiment in de gezondheidszorg, waarbij de nadruk valt op de versterking van de eerste lijn. Willen we een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, eventueel naar de nulde lijn, bewerkstelligen, dan is één van de belangrijkste voorwaarden de gebruikers van de gezondheidszorg daarbij te betrekken. Patiëntenparticipatie is dan ook één van de drie hoofddoelstellingen van het experiment. In het plan dat als richtlijn dient voor de opzet van de gezondheidszorg in Almere, het 'Hoofdpijnenplan 1985-1989', is dit aldus verwoord: 'Het betrekken van de bevolking bij de opzet en uitvoering van de zorgverlening. Dit betreft zowel het bevorderen van de mogelijkheden van de bevolking om zelf een actief aandeel te hebben in zelf- en mantelzorg en andere gezondheidszorgactiviteiten, alsook de bevolking in de gelegenheid te stellen invloed uit te oefenen op het functioneren van de lokale gezondheidszorg en de planning van voorzieningen.'

DOELSTELLING EN PRAKTIJK

Hoe wordt die doelstelling nu in de praktijk uitgewerkt?

Almere heeft op het ogenblik elf buurtgerichte gezondheidscentra. Vanaf het moment van oprichting van deze centra is de oprichting van patiëntenwerkgroepen gestimuleerd. Op het ogenblik functioneren elf van die groepen, de één wat effectiever dan de ander. De patiëntenwerkgroepen zijn onafhankelijk, beschikken sinds kort over een eigen budget en bepalen zelf hoe zij hun taken invullen. Toch vertonen ze grote overeenkomsten: ze behartigen de belangen van de gebruikers van het centrum, zijn vertegenwoordigd in sollicitatiecommissies, zetten zelfhulpgroepen op, organiseren thema-avonden, brengen een patiëntenkrant uit en houden klachtensprekuren. Uit onderzoek blijkt dat de bewoners van Almere vrijwel unaniem van mening zijn

Mw. C. J. J. Hulleman,
Mw. I. C. E. Visser-Thiry en
H. Wiesemann

Patiëntenparticipatie vormt in Almere een hoofddoelstelling van het plan voor de opzet van de gezondheidszorg: een voor ons land uniek verschijnsel. Hoe werkt het in de praktijk en wordt het ook metterdaad aanvaard? 'We zijn zeker op weg', antwoorden Mw. C. J. J. Hulleman, coördinator van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntenparticipatie Almere, Mw. I. C. E. Visser-Thiry en H. Wiesemann, respectievelijk ex-bewonerslid en bewonerslid van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere.

dat patiëntengroepen een belangrijke taak hebben bij het verbeteren van de gezondheidszorg². Ook blijkt dat de inbreng van patiëntengroepen bij de opbouw van de gezondheidszorg op prijs wordt gesteld.

Na verloop van tijd werd geconstateerd dat de afzonderlijke patiëntengroepen met dezelfde problemen te maken hebben³: continuïteit van de werkgroep (die immers geheel uit vrijwilligers bestaat), contact met de achterban, moeilijkheden bij de samenwerking met de teamleden. Ook de grote hoeveelheid informatie die van het stadsbestuur binnenkwam leverde de problemen op; vooral dit laatste is kenmerkend voor Almere, daar het hier immers gaat om een snel groeiende, nieuwe stad. De verschillende patiëntenwerkgroepen gingen dan ook over tot samenwerking binnen een koepel, de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen Almere (SIOP). Deze stichting fungeert als centraal punt voor de diverse patiëntenwerkgroepen. Ze wordt gefinancierd uit de 'extra gelden' die voor het project gezondheidszorg Almere zijn uitgetrokken. Sinds september

1986 heeft de stichting een betaalde coördinator in dienst.

OPSTELLING

Hoe stellen patiëntenwerkgroepen zich op?

Tot nu toe was het zo dat er weinig regels bestonden over de vorm van samenwerking tussen patiëntenwerkgroep en teamleden of over de bevoegdheden van de verschillende partijen. Het gevolg was dat geen van beide partijen enig houvast had. Het was voor een patiëntenwerkgroep ook niet altijd even gemakkelijk haar houding te bepalen: moet je je opstellen als kritisch consument of zoveel mogelijk in innige harmonie met de teamleden samenwerken? Samenwerken én kritiek leveren kan gauw tot botsingen leiden.

Voorals als een nieuwe patiëntenwerkgroep net begint zie je dat ze zich zoveel mogelijk richt op een goede samenwerking met de teamleden; er wordt voornamelijk gewerkt volgens het 'harmoniemodel'. De resultaten hiervan komen vaak nog niet naar buiten. In dit stadium ben je nog bezig elkaars vertrouwen te winnen. Langzamerhand ontwikkelt zich dan een 'kritisch volgen' van het beleid in het centrum. De patiëntenwerkgroep waakt ertegen dat er, zij het indirect, toch verschil ontstaat in behandelingsmogelijkheden voor mensen die het zelf kunnen betalen en ziekenfondsverzekerden. Zo heeft één patiëntenwerkgroep zich sterk verzet tegen het plan van een arts er een alternatieve praktijk bij te beginnen: gelijke monniken, gelijke kappen; op deze manier zette de werkgroep een rem op een ontwikkeling die niet strookte met de oorspronkelijke opzet van het experiment Almere. Andere initiatieven worden daarentegen juist gestimuleerd of op poten gezet; te denken valt aan een avondspreekuur of een andere opzet van het consultatiebureau.

Hoe goed het harmoniemodel ook kan functioneren, het heeft zijn grenzen; die komen door botsingen aan het licht. De patiëntenwerkgroep moet ervan blijven uitgaan dat zij er is voor de patiënten, en

die kunnen wel eens andere belangen hebben dan de werkers in het gezondheidscentrum. De kracht van de patiëntenwerkgroep ligt er dan in dat zij zich veel meer kan veroorloven ten opzichte van individuele werkers dan anderen; de werkgroep bestaat immers uit vrijwilligers: mensen die niets te verliezen hebben en er alleen maar bij kunnen winnen.

ALERT BLIJVEN

Loopt alles nu op rolletjes?

We zien dat men binnen de verschillende gezondheidscentra al aardig vertrouwd is geraakt met het idee van patiënteninbreng. De Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen heeft een informatiecentrum opgezet: de Vraagbaak, waar iedereen terecht kan met vragen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg. Tevens kunnen hier klachten worden gedeponneerd. Dit soort initiatieven wordt van harte toegejuicht en ondersteund.

Hoewel we zeker een eind in de goede richting komen, zijn nog niet alle problemen van de baan. Patiëntenparticipatie is iets dat langzamerhand ingeburgerd moet raken. Zowel de werkers als de bewoners kijken er nog wat vreemd tegenaan. Wat moet je als patiënt in zo'n patiëntenwerkgroep? Helpen de artsen je nog wel als je te lasig wordt? Wat zijn nu eigenlijk die 'algemene patiëntenbelangen' die je moet behartigen? Voor de werkers kan het ook vreemd zijn: meestal zijn ze toch opgeleid en voorbestemd om een 'vrije zelfstandige' te worden. Daar komt nog bij dat patiëntenparticipatie in Almere 'van boven af' is opgelegd; het is geen spontaan initiatief van de bevolking geweest.

Dit alles kan in de praktijk wel eens leiden tot moeilijkheden in de samenwerking tussen patiëntenwerkgroepen en teams. De groepen zien nog steeds als struikelblokken: het verkrijgen van de juiste informatie en het op waarde schatten van deze informatie. Als patiëntenwerkgroep moet je voortdurend alert blijven, op je hoede zijn en er telkens weer op letten dat je overal bij wordt betrokken en niet als een lastig aanhangsel wordt beschouwd. De praktijk leert dat je je achterdochtig moet opstellen: wat is de bedoeling hiervan, hoe gaan ze het doen?

De grootste problemen doen zich voor op de zogeheten hogere (beleids)niveaus. De theorie mag dan zijn dat er volop mogelijkheden voor patiëntenparticipa-

tie zijn, wanneer je terechtkomt bij organen waarbinnen – meestal door directies van instellingen – beslissingen worden genomen, dan is het vaak problematisch daar als patiënt tussen te komen; dan wordt er al gauw gewezen op het ontbreken van deskundigheid, achterban, etc. Dit roept de vraag op in hoeverre patiëntenparticipatie metterdaad wordt aanvaard.

VAN KLEIN NAAR GROOT

Wat is er nu zo bijzonder aan patiëntenparticipatie?

Almere is waarschijnlijk de enige plaats in Nederland waar op zo'n grote schaal patiëntenparticipatie voorkomt. Patiëntenparticipatie is als hoofddoelstelling in het plan voor de opzet van de Almeerse gezondheidszorg opgenomen. Mede onder druk van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen Almere is en wordt er hard gewerkt aan het opstellen van *reglementen* waarin de verhouding teamleden-patiëntenwerkgroep wordt geregeld, de grenzen van de bevoegdheden van de verschillende partijen worden vastgesteld en besluitvormingsprocedures worden geregeld. Kortom: patiëntenparticipatie wordt van een theoretische doelstelling tot een onderdeel van de structuur gemaakt.

Dit maakt het voor patiëntenwerkgroepen mogelijk zich zonder risico in plaats van als patiënt (hetgeen immers letterlijk betekent: hij die lijdelijk ondergaat) als kritische consument te gaan gedragen, wat hen zonder twijfel aan kracht zal doen winnen. Bij ons weten is er nergens in Nederland een zo gestructureerde en via reglementen vastgelegde patiëntenparticipatie.

Typerend voor Almere is verder dat alle zorgsectoren zijn verenigd in een samenwerkingsorgaan, het *Samenwerkingsorgaan*. Dat bekijkt hoe de zorg moet worden verleend en op welke wijze er door de instellingen moet worden samengewerkt; ook zal het gezamenlijk begrotingen gaan indienen. In dit Samenwerkingsorgaan zijn de patiënten eveneens vertegenwoordigd; zo kunnen al in een vroeg stadium de bewoners hun stem laten horen en hun wensen kenbaar maken.

Nog iets wat opvalt is dat de gebruikers van de gezondheidszorg in Almere op het ogenblik zo goed zijn georganiseerd. Dit maakt het mogelijk de ontwikkeling van patiëntenparticipatie van klein naar groot met een kritisch oog te volgen.

De toekomst zal leren of de patiëntenparticipatie zich in Almere zal ontwikkelen tot een krachtige vuist. Wij zijn zeker op weg! □

Literatuur

1. Projectgroep Gezondheidszorg Almere. Hoofddoelstellingenplan 1985-1989. 'Al doende beter'. Almere, 1985.
2. Sixma HJM. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Resultaten bewonersenquête 1985. Utrecht: NIVEL, 1986.
3. Boerma WGW, Warmenhoven NE. Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra. Utrecht: NIVEL, 1986.

Arts en recht

Recept = recept

Uitspraak Reclame Code Commissie over geneesmiddelenadvertentie WVC/Economische Zaken

Op 1 januari 1988 is een nieuw systeem voor de vergoeding van de aflevering van geneesmiddelen in werking getreden. De ministeries van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en van Economische Zaken, die de nieuwe systematiek hebben geïnitieerd, besloten tot een voorlichtingscampagne voor met name particuliere patiënten via advertenties in alle dagbladen van 7 en 9 januari van dit jaar. Enige passages uit de advertentie waren voor de KNMG en ook voor Nefarma, de Nederlandse Associatie voor de Farmaceutische Industrie, aanleiding tot virulente reacties. Bezwaarlijk voor de KNMG was de stelling dat de apotheker op verzoek van de patiënt een duur(der) spécialité kan vervangen door een goedkoop geneesmiddel van dezelfde samenstelling en dat de wet wijziging van het doktersrecept dan niet vereist. Voor Nefarma was onder meer bezwaarlijk dat de ministeries een verband leggen tussen de prijs en de vervangbaarheid van een geneesmiddel. Nefarma heeft een klacht ingediend bij de Reclame Code Commissie. De uitspraak van die commissie staat hieronder verkort afgedrukt.

Voor de relatie voorschrijver-afleveraar is deze uitspraak van groot belang. Uitdrukkelijk stelt de codecommissie, dat zonder voorafgaand overleg met de voorschrijver de apotheker een voorgeschreven geneesmiddel niet mag vervangen!

Een goedkoper merkloos middel kan chemisch-farmaceutisch equivalent zijn aan een spécialité. Dat hoeft nog niet te betekenen dat zij ook therapeutisch equivalent zijn, aldus de Reclame Code Commissie. Wij voegen daaraan toe, dat niet de apotheker maar de behandelend arts de therapie vaststelt. Dit impliceert dat de laatste met een vervanging akkoord moet gaan. De behandelend arts kent de patiënt en heeft, gelet op diens aandoening en voorgeschiedenis, het behandelingsplan opgesteld. Bij vervolgmedicatie moet de arts van zijn eerdere voorschrift kunnen uitgaan; zijn medicatiebewaking is daarop gebaseerd.

De Reclame Code Commissie heeft de Staat een ernstige terechtwijzing gegeven. Herhaaldelijk spreekt zij van onvol-

ledige, tendentieuze, te absolute en daarvoor onjuiste en misleidende berichtgeving van de overheid aan de patiënt. Indien de Staat niet van de uitspraak van de codecommissie in beroep gaat, erkent zij impliciet dat haar berichtgeving onjuist is geweest. Het zou haar dan sieren indien zij in een nieuwe advertentie alsnog de juiste informatie zou geven.

Mr. N. van 't Grunewold (LHV)
Mw. Mr. W. Kastelein (KNMG)

Openbare aanbeveling

De Reclame Code Commissie heeft kennis genomen van een klacht, ingediend door de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie, hierna te noemen Nefarma, gevestigd te Utrecht, tegen een gezamenlijke publikatie van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, gevestigd te Rijswijk, en het ministerie van Economische Zaken, gevestigd te 's-Gravenhage, hierna te noemen: de ministeries. De klacht betreft de onderstaande publikatie, (zie foto; red. MC), die onder meer heeft gestaan in De Telegraaf van 9 januari 1988.

BEZWAREN

Nefarma heeft tegen deze tekst de volgende bezwaren geuit:

1. De mededeling dat de apotheker, zonder dat een wijziging van het doktersrecept is vereist, een (goedkoper) ander geneesmiddel kan afleveren dan door de arts is voorgeschreven, is in strijd met onder andere art. 26a van het Besluit Uitoefening Artsenijbekwaamheid. Voor een dergelijke substitutie is voorafgaande goedkeuring van de betrokken arts vereist. Bovendien vereist het Benelux-merkenrecht dat de apotheker – naast het consent van de arts – substitutie van een merkgeneesmiddel door een ander (merk- dan wel merkloos) geneesmiddel duidelijk aan de patiënt kenbaar maakt. De uiting is op grond hiervan in strijd met de wet en misleidend.
2. De patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid een kleinere hoeveelheid geneesmiddelen te laten afleveren dan op het recept is voorgeschreven. Ten onrechte is daarbij niet vermeld dat, wanneer de patiënt het niet afgeleverde

deel van het voorgeschreven geneesmiddel later alsnog nodig blijkt te hebben, hij wel de kans loopt dat een extra vaste toeslag van f 11,40 exclusief BTW is verschuldigd, waardoor hij ook wel eens duurder uit zou kunnen zijn dan wordt gesuggereerd.

3. Gesteld wordt: 'Dure, veel gebruikte producten worden goedkoper, soms flink. Goedkope geneesmiddelen gaan echter in prijs omhoog'. Nagelaten wordt te vermelden dat ook goedkope geneesmiddelen veel worden gebruikt en dat juist die geneesmiddelen zeer sterk in prijs zullen stijgen. Daardoor wordt de prijsstijging van de met name in de particuliere sector veel voorgeschreven goedkopere geneesmiddelen gebagatelliseerd.

4. Gesteld wordt: 'Geneesmiddelen, die niet kunnen worden vervangen door merkloze producten van dezelfde samenstelling, zijn vrijwel altijd duurder dan geneesmiddelen, waarbij dat wel kan'. Ten onrechte wordt hier een relatie gelegd tussen de prijs van een geneesmiddel en de vervangbaarheid daarvan door een merkloos product. De wijze waarop merkloze producten worden gepropageerd is verwarrend en misleidend.

5. Misleidend is de mededeling dat merkloze geneesmiddelen even betrouwbaar zijn als merkgeneesmiddelen. In casu gaat het niet om de betrouwbaarheid, maar om de vraag of een geneesmiddel – al dan niet merkproduct – zonder farmaceutische en/of farmacotherapeutische bezwaren door een ander – al dan niet merkgeneesmiddel – kan worden vervangen. Dit is een wetenschappelijk gezien onaanvaardbare stelling. Met een beroep op de portemonnaie wordt bij de patiënt de indruk gewekt dat merkgeneesmiddelen onder alle omstandigheden zonder bezwaar door merkloze geneesmiddelen kunnen worden vervangen.

6. In de uiting wordt propaganda gemaakt voor het bezuinigingsbeleid van de Nederlandse overheid met betrekking tot geneesmiddelen. Het merkgeneesmiddel wordt, ten onrechte, in zijn algemeenheid als (onnodig) duur afgeschilderd. Daarbij wordt geheel voorbijgegaan aan het feit dat uit de prijs van merkgeneesmiddelen ook de kosten van innovatie en onderhoud op dit terrein moeten worden bestreden, alsmede de kosten van wetenschappelijke voorlichting.

7. De patiënt wordt opgeroepen om druk uit te oefenen op zijn arts respectievelijk apotheker om goedkopere geneesmiddelen voorgeschreven te krijgen dan wel voorgeschreven dure geneesmiddelen te laten vervangen door goedkopere producten. Ten onrechte wordt de patiënt op deze wijze voor het bezuinigingskarretje van de regering gespannen.

OVERWEGINGEN

De Reclame Code Commissie heeft met betrekking tot de verschillende bezwaren het volgende overwogen:

ad 1. De commissie is van oordeel dat de mededeling dat de apotheker zonder overleg met de arts door wie een recept is voorgeschreven 'een duurder (merk)produkt door een goedkoper geneesmiddel van dezelfde samenstelling' kan en mag vervangen in zijn algemeenheid te absoluut en daardoor onjuist is. Het bepaalde in de artikelen 26a en 27 lid 5 van het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst verzet zich tegen de vervanging van een door een arts voorgeschreven (merk)geneesmiddel door een ander, goedkoper, al dan niet merkloos geneesmiddel van dezelfde samenstelling, zonder voorafgaand overleg daarover met de betrokken arts.

Ook de wettelijke omschrijving van het begrip 'recept', een 'schriftelijke aanwijzing' ofwel voorschrift, opdracht, nopens de bereidheid of aflevering van een geneesmiddel, doet een dergelijke substitutie in strijd zijn met de wet en derhalve met artikel 1 van de Nederlandse Code voor het Reclamewezen.

Met betrekking tot het merkenrechtelijk aspect heeft de commissie overwogen dat, waar de ministeries zich in de uiting richten tot de consument/patiënt en partijen het erover eens zijn dat in het geval de patiënt zelf het initiatief

neemt om een ander produkt te vragen dan is voorgeschreven, het merkenrecht niet in het geding is, dit onderdeel van de klacht ongegrond is.

ad 2. De uiting is onvolledig en daardoor misleidend, daar waar de patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid aan de apotheker te vragen een kleinere hoeveelheid van een voorgeschreven geneesmiddel af te leveren, maar daarbij niet wordt vermeld dat, indien men de oorspronkelijk voorgeschreven hoeveelheid alsnog nodig blijkt te hebben, men nogmaals de vaste toeslag *ad f* 11,40 exclusief BTW dient te betalen.

ad 3. Ter toelichting van de mededeling dat het nieuwe tariefsysteem de totale kosten van de geneesmiddelen zal verlagen, stellen de ministeries dat 'dure, veel gebruikte produkten' goedkoper worden. Hier wordt een relatie gelegd tussen de prijs van geneesmiddelen en de mate waarin deze worden voorgeschreven. De mededeling: 'Goedkope geneesmiddelen gaan echter in prijs omhoog', in relatie tot de daaraan voorafgaande zin, suggereert dat goedkope geneesmiddelen minder vaak worden voorgeschreven. De ministeries hebben de juistheid van geen van beide mededelingen aannemelijk gemaakt, laat staan aangetoond. Bovendien wordt de prijsverhoging van goedkope geneesmiddelen, welke verhoging relatief groot is, gebagatelliseerd. Op grond van het

bovenstaande is de commissie van mening dat de ministeries zich hier schuldig maken aan tendentieuze en daardoor misleidende berichtgeving.

ad 4. De ministeries leggen een verband tussen de prijs van een geneesmiddel en de vervangbaarheid daarvan. Waar zij niet hebben aangetoond dat er van een dergelijke relatie sprake is en zij tegen het tegen deze mededeling geuite bezwaar van Nefarma geen verweer hebben gevoerd, concludeert de commissie dat deze mededeling onjuist is en in strijd is met artikel 1 van de code.

ad 5. De mededeling dat merkloze geneesmiddelen even betrouwbaar zijn als merkgeneesmiddelen kan de gedachte post doen vatten dat beide geneesmiddelen ook dezelfde therapeutische werking hebben. Nefarma heeft echter aannemelijk gemaakt dat chemisch/farmaceutisch equivalente geneesmiddelen niet ook therapeutisch equivalent behoeven te zijn. Dit probleem wordt ook onderkend in het Advies Verstrekkingenbeleid Geneesmiddelen, uitgebracht door de Ziekenfondsradaad (1987, nr. 373) aan de staatssecretaris van WVC. Op grond van het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de ministeries zich ook hier aan onvolledige en misleidende berichtgeving schuldig hebben gemaakt.

ad 6 en 7. Waar deze bezwaren niet direct de inhoud van de uiting betreffen, doch zich veel eerder richten tegen het beleid van de ministeries, laat de commissie deze bezwaren onbesproken.

UITSpraak

De commissie acht de uiting, gelet op het onder 1, 3 en 4 overwogene in strijd met artikel 1 van de Nederlandse Code voor het Reclamewezen en gelet op het onder 2, 3 en 5 overwogene in strijd met artikel 7 van deze code. Zij beveelt de ministeries aan voortaan niet meer op een dergelijke wijze reclame te maken. Gelet op de aandacht die in de media aan deze advertentie is besteed, heeft de commissie besloten deze uitspraak openbaar te maken. De bevoegdheid daartoe ontleent zij aan het bepaalde in artikel 16 lid 2 sub c aanhef en onder 1 B van het Reglement betreffende de werkwijze van de Reclame Code Commissie en het College van Beroep.

Partijen hebben de mogelijkheid tegen deze uitspraak in hoger beroep te komen bij het College van Beroep, onder gelijktijdige storting van het voor de behandeling van het appel verschuldigde bedrag. Het beroepsschrift dient uiterlijk binnen 28 dagen na dagtekening dezes in het bezit te zijn van het College van Beroep, waarvan het secretariaat gevestigd is aan de Westermarkt 2 te Amsterdam.

8 maart 1988 te Amsterdam door Mr. N. J. van der Lee, Mr. W. R. van Alphen de Veer, Drs. E. G. M. Penninx, Mr. T. J. Recter en Mw. Mr. A. E. de Gelder. □

Nieuw tariefsysteem voor geneesmiddelen per 1 januari 1988

Per 1 januari 1988 is in de apotheken een nieuw tariefsysteem van kracht.

Per afgeleverd geneesmiddel mag de apotheker of apotheekhoudende arts aan particuliere cliënten berekenen:

- de apothekers-inkoopprijs van het afgeleverde geneesmiddel, plus
- een vaste toeslag van *f* 11,40 (excl. BTW) voor honorarium en kosten.

Deze regels gelden, ongeacht de per keer afgeleverde hoeveelheid of het aantal verpakkingen van het geneesmiddel. Dit systeem verlaagt de totale kosten van de geneesmiddelenvoorziening.

Dure, veel gebruikte produkten worden goedkoper, soms flink. Goedkope geneesmiddelen gaan echter in prijs omhoog.

Geneesmiddelen, die niet kunnen worden vervangen door merkloze produkten van dezelfde samenstelling, zijn vrijwel altijd duurder dan geneesmiddelen, waarbij dat wel kan.

Merkloze geneesmiddelen zijn even betrouwbaar als merkgeneesmiddelen en bijna altijd goedkoper.

Vraag daarom aan uw arts om zo mogelijk een goedkoper (meestal merkloos) geneesmiddel voor te schrijven.

Op uw verzoek kan de apotheker zelf ook een duurder (merk-)produkt door een goedkoper geneesmiddel van dezelfde samenstelling vervangen. De wet laat dat toe en een wijziging

van het doktersrecept is daarvoor niet vereist. In dit geval brengt de apotheker één-derde van het verschil tussen de inkooprijzen van het dure en goedkope produkt aan u in rekening. Twee-derde komt u als cliënt ten goede.

In bepaalde gevallen en met uw toestemming kan de apotheker aan u kleinere hoeveelheden afleveren dan op het recept staan. Wellicht kunt u tot uw volgende doktersbezoek met minder toe.

Vraag uw apotheker dan om advies.

LET OP: het nieuwe tariefsysteem voor particuliere cliënten geldt niet voor geneesmiddelen die ook bij de drogist verkrijgbaar zijn zelfs als zij op recept in de apotheek worden afgeleverd.

Ziekenfondsverzekerden:
voor u verandert er niets!
De eigen bijdrage van *f* 2,50 per geneesmiddel blijft gehandhaafd.
Wel helpt u uw ziekenfonds de kosten te drukken door de hier gegeven adviezen over de keuze van geneesmiddelen en hoeveelheden te volgen.

Dit is een gezamenlijke publicatie van de Ministeries van WVC en van Economische Zaken

Knip deze publicatie uit, u kunt hem binnenkort nodig hebben.

LVSG

Jaarverslag 1987

1. Inleiding

Na het vijfjarig jubileum van de LVSG in 1986 kwam een jaar van bezinning: hoe nu verder? Deze vraag kwam o.a. aan de orde in het studieweekend waar ook vertegenwoordigers van de beroepsspecifieke verenigingen aanwezig waren. Zoals u onder kunt lezen bezint de in het verslagjaar opgerichte commissie 'perspectief LVSG' zich ook op deze vraag.

Ook anderszins was 1987 een bewogen jaar voor de LVSG. In 1981 opgericht om de sociaal-geneeskundige stem binnen de KNMG te doen klinken, was zij bij uitstek actief in de commissie structuur KNMG die immers voorstellen heeft gedaan ten aanzien van de toekomstige koers van de KNMG.

Het DB-LVSG kwam tenminste maandelijks bijeen en verzette (ook tussentijds) veel werk, in een collegiale sfeer, ook in de samenwerking met het Centraal Bestuur. De indruk bestaat dat het Centraal Bestuur in vergelijking met 1986 tot een grotere output aan voorstellen en rapportages kwam, zowel binnen als buiten de KNMG. Dit was niet mogelijk geweest zonder een hardwerkend bureau.

2. Algemeen

2.1. Doelstelling LVSG

In de ledenvergadering van mei 1987 stelde het bestuur een beleidsplan voor de LVSG aan de orde. De ledenvergadering ging akkoord met het plan. Omdat de in het plan opgenomen taken niet allemaal tegelijk zouden kunnen worden uitgevoerd, beloofde het bestuur op korte termijn te komen met een voorstel voor een prioriteitenplan. Een dergelijk voorstel werd geformuleerd in het jaarlijkse studieweekend dat dit keer in september plaatsvond en waaraan naast bestuursleden ook vertegenwoordigers van de beroepsspecifieke verenigingen (NVAB, NVJG, NVVG, NVAG en VSG) en van het Landelijke Overleg van Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding (LOGGIO) deelnamen. Het voorstel omvatte activiteiten die de LVSG zich voornam te ondernemen in de periode oktober 1987-oktober 1988. De ledenvergadering van november 1987 ging akkoord met dit prioriteitenplan. Een van de in het plan genoemde activiteiten mag hier niet onvermeld blijven. Het betreft de instelling van een commissie 'perspectief LVSG'. Deze commissie, die eind 1987 van start ging, kreeg de opdracht:

- te analyseren waarom leden opzeggen c.q. waarom sociaal-geneeskundigen geen LVSG-lid worden;
- te bekijken of de doelstellingen van de LVSG gerealiseerd kunnen worden, zo niet in hoeverre de doelstellingen aanpassing behoeven;
- te bekijken hoe de LVSG zich financieel zal kunnen handhaven en daarover voor de zomer van 1988 rapport uit te brengen.

2.2. Contacten met afgevaardigden en leden

De opkomst in de *voorjaarsledenvergadering* bleek nog steeds onder de maat. Dit ondanks het feit dat voor de LVSG belangwekkende zaken als o.a. het nieuwe beleidsplan en de introductie van de sportgeneeskunde als nieuwe tak van sociale geneeskunde aan de orde werden gesteld. De splitsing van de vergadering in een huishoudelijk gedeelte en een themadeel bleek op zich goed te bevallen, maar resulteerde jammer genoeg niet in een grotere opkomst.

De *najaarsledenvergadering* ondervond – althans bij het themadeel – meer belangstelling: er was een recordopkomst. Het thema 'Gezondheid naar sociaal-economische status' bleek goed gekozen. Ook de extra aandacht voor publiciteit rondom deze vergadering werkte positief.

Om de LVSG-leden beter op de hoogte te stellen van wat er speelt in de vereniging werd een eerste ledenbulletin uitgebracht. Naast informatie over actuele zaken werd in dit bulletin een lijst opgenomen met namen van afgevaardigden. Op die manier werden de leden opnieuw in kennis gesteld van de namen van degenen die in de ledenvergadering stemrecht hebben.

2.3. Plaats LVSG binnen de KNMG

De samenwerking LAD-LVSG, die in 1986 werd voorbereid vond in 1987 zijn beslag. De dagelijkse besturen van LAD en LVSG kwamen een aantal malen bijeen ter bespreking van gemeenschappelijke punten. Medewerkers van de LAD namen de vertegenwoordiging van de LVSG waar in commissies als de cie. automatisering en het werkgeversoverleg. Ook kreeg het LVSG-bureau ondersteuning van de LAD op het gebied van de public relations.

In 1987 namen twee bestuursleden deel aan de KNMG-commissie die zich bezighield met de structuur van de KNMG (KNMG 2000). Deze commissie heeft in de loop van 1987 rapport uitgebracht. Dit rapport, dat door het LVSG-bestuur wordt onderschreven, werd voor een oriënterende bespreking aangeboden aan de KNMG-ledenvergadering van oktober 1987. Deze ledenvergadering reageerde niet positief op het rapport. In KNMG-verband wordt bekeken hoe nu verder. Het LVSG-bestuur besloot de ontwikkelingen af te wachten.

2.4. Contacten met beroepsspecifieke verenigingen

Omdat de erkenning van de sportgeneeskunde als tak van sociale geneeskunde zijn beslag vond, werd begin 1987 contact gezocht met de Vereniging voor sportgeneeskunde (VSG).

Het bestuur besloot de VSG te erkennen als beroepsspecifieke vereniging actief op het gebied van de sociale geneeskunde. De VSG droeg 2 kandidaten voor voor 2 bestuurszetels. Deze kandidaten (Van Enst en Harting) werden in de najaarsledenvergadering tot bestuurslid gekozen. In de voorjaarsledenvergadering werd in overleg tussen LVSG en VSG extra aandacht besteed aan de sportgeneeskunde als tak van sociale geneeskunde en aan de relaties tussen sportgeneeskunde en overige takken van sociale geneeskunde.

Ook in 1987 vond er overleg plaats met de voorzitters van de beroepsspecifieke verenigingen. In dit overleg werd vooral ingegaan op de mogelijkheden tot verbetering van de communicatie. Als één van de activiteiten uit het prioriteitenplan werd in het najaar van 1987 een brief geschreven aan de beroepsspecifieke verenigingen waarin de ideeën van de LVSG over de onderlinge taakafbakening tot uitdrukking werden gebracht en waarin om een nader overleg hierover werd gevraagd. Dit overleg vond in het verslagjaar niet meer plaats.

2.5. Contacten met vertegenwoordigers

In november vond een plenaire bijeenkomst plaats met LVSG-leden die namens of op voordracht van de LVSG zitting hebben in besturen, commissies etc. De opzet van deze bijeenkomst was dit jaar anders. Gevraagd was aan de vertegenwoordigers om schriftelijk informatie te verschaffen over de activiteiten van de verschillende commissies en besturen. In de vergadering zelf kon dan ook worden volstaan met het aangeven van knelpunten in de commissies en/of in de vertegenwoordiging en kon voorts worden gesproken over de terugkoppeling van de activiteiten van de vertegenwoordigers naar de LVSG en vice versa. Deze nieuwe formule beviel op zich wel goed zij het dat werd afgesproken in de volgende bijeenkomst toch meer ruimte te creëren voor het geven van

OFFICIEEL

toelichting op de schriftelijke verslaggeving over de activiteiten van de vertegenwoordigers.

2.6. Contacten met de Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten

Er vond een tweetal keren bestuurlijk overleg plaats tussen de LVSG en de VDB. Aan de orde kwamen onderwerpen als de beleidswijzigingen jeugdgezondheidszorg, de oprichting van een nieuwe Vereniging Basisgezondheidsdiensten, experimenten met sport-medische functies bij BaGD'en, forensische geneeskunde en de wenselijkheid van aanstelling van geregistreerde sociaal-geneeskundigen.

2.7. Contact met de Staatssecretaris van WVC

In KNMG-verband werd deelgenomen aan het periodiek overleg met staatssecretaris Dees van WVC. Van de zijde van de LVSG werd o.a. aandacht gevraagd voor de volgende punten: de problematiek rond de beleidswijzigingen JGZ, de consequenties van de nota sport-medische begeleiding en sportgezondheidszorg voor de opleiding van sportartsen. Daarnaast werd er samen met de vertegenwoordigers van KNMG, LSV etc. gesproken over o.a. het rapport-Dekker en de groei- en krimpoperaties bij de universiteiten.

2.8. Contact met EMGO (Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van de VU)

In het voorjaar werd contact opgenomen met het EMGO, hetgeen resulteerde in de afspraak, dat de LVSG zou inventariseren welke plannen er landelijk en/of bij individuele leden bestaan met betrekking tot wetenschappelijk interventieonderzoek. Daarbij zou gewezen worden op de mogelijkheden van EMGO tot ondersteuning van onderzoek.

Contact werd opgenomen met het LOSGIO en de wetenschappelijke verenigingen. Verder werd aandacht aan de mogelijkheden van EMGO besteed in Medisch Contact en in het ledenbulletin. Eind augustus werkte de LVSG mee aan een seminar van het EMGO, waarvoor behalve onderzoekers en belangstellenden van de VU ook vertegenwoordigers van de beroepsspecifieke verenigingen van Sociaal Geneeskundigen werden uitgenodigd. Op dit seminar stonden drie onderwerpen centraal:

1. Wat is de huidige stand van zaken t.a.v. Sociale Geneeskunde in Nederland?
2. Hoe kijkt men aan tegen de (gewenste) ontwikkelingen van de Sociale Geneeskunde?
3. Wat zijn de mogelijkheden en wensen t.a.v. interventieonderzoek in het veld van de Sociale Geneeskunde.

3. Specifieke onderwerpen

3.1. LVSG-bijdrage aan (KNMG) beleidspunten

Op vele gebieden had de LVSG meestal door middel van vertegenwoordigingen een inbreng. Genoemd kunnen worden:

KNMG-commissie Beroepskrachtenplanning. De commissie vernam dat de ABA-commissie (Adviescommissie Behoeftelanning Artsen) is opgeheven. Besloten werd de werkzaamheden van deze commissie in KNMG-verband voort te zetten en wel in die voege dat de maatschappelijke verenigingen de vervolgwerkzaamheden van de betreffende ABA-subcommissie overnemen en de KNMG-commissie Beroepskrachtenplanning als subcommissie Algemene Themata blijft fungeren. Besproken werden het eindadvies van de ABA-subcommissie Specialisten en het advies van de Nationale Raad Volksgezondheid t.b.v. de WVC-nota Beroepskrachtenplanning 1987. De door de commissie voorgestelde wijzigingen inzake het NRV-Advies werden vrijwel volledig in het NRV-advies verwerkt. Gemeend werd dat het huidige getal van 1485 van de numerus fixus te hoog is. Aan het DB van de KNMG werd geadvi-

seerd om de minister van Onderwijs en Wetenschappen er op te attenderen, dat het huidige getal te hoog is. De commissie verzocht de maatschappelijke verenigingen de standpunten weer te geven over de deelaspecten Arbeidstijdsnormalisering, Compensatie Beschikbaarheidsdiensten en Deeltijdarbeid.

In het vervolg daarop werd verzocht de mening kenbaar te maken over het ABA-rapport, met name over de eigen beroepsgroep. LVSG en LAD hebben gereageerd. De LVSG wees in haar uitvoerige reactie o.a. op de niet nader in te schatten consequenties voor de beroepskrachtenplanning van de verdere uitwerking van het rapport-Dekker. Ten aanzien van de cijfers in het ABA-rapport met betrekking tot het totaal aantal sociaal-geneeskundigen in opleiding merkte de LVSG op dat ten onrechte is uitgegaan van een cursusduur van 2½ jaar. De cursusduur is bij verzekeringsgeneeskundigen, sportartsen en part-timers langer dan deze 2½ jaar. Over de cijfers met betrekking tot de ontwikkelingen in de beroepsgroepen in de jeugdgezondheidszorg merkte de LVSG op dat WVC beleidsvoornemens heeft gepresenteerd die een belangrijke reductie van het aantal jeugdartsen inhouden (rond 1990 ± 144 minder arbeidsplaatsen). Ten aanzien van de sportartsen merkte de LVSG op dat bij positief verloop van de in het kader van de 'nota sportmedische begeleiding en sportgezondheidszorg' opgestarte experimenten met sportartsen bij basisgezondheidsdiensten er op termijn ± 30 sportartsen extra zullen moeten komen. Daarnaast zullen er in totaal ± 30 sportartsen extra moeten komen bij overheid, bedrijfsleven, sportmedische afdelingen van sportbonden etc., als de overige beleidsvoornemens uit de genoemde nota ten uitvoer worden gebracht. De op dit moment zeer geringe capaciteit van de opleiding voor sportartsen zal dan moeten worden uitgebreid.

LVSG-commissie Beroepskrachtenplanning. Zowel het concept-antwoord van de LVSG met betrekking tot het in het Tweede Advies van de Adviescommissie Behoeftelanning Artsen gestelde inzake Arbeidsnormalisering, Compensatie Beschikbaarheidsdiensten en Deeltijdarbeid, als het conceptantwoord over het ABA-rapport werden voorbereid door deze LVSG-commissie, waarin alle takken van de sociale geneeskunde vertegenwoordigd waren.

KNMG-commissie FOGM. Ook in deze commissie vond een specifieke LVSG-inbreng plaats, met het accent op de gewenste versterking van de collectief preventieve zorg. Een KNMG-beleidsnota werd ingebracht bij de NRV. Een belangrijk gedeelte van de LVSG-inbreng in deze nota werd door de Commissie Financieel Economische Zaken van de NRV in het concept NRV-advies opgenomen.

Het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg. Middels de vertegenwoordigers van de KNMG in dit college bereikte de LVSG het bericht dat dit college de vertegenwoordigingen van KNMG, en 'Het Beterschap' in het college wilde beëindigen. Overleg vond plaats tussen KNMG, LVSG, NVAB en de betreffende vertegenwoordigers. KNMG, LVSG en NVAB protesteerden tweemaal schriftelijk tegen deze gang van zaken, hetgeen niet mocht baten: de Arboraad zal de minister adviseren met de procedure tot wijziging van de samenstelling van het college te beginnen.

De gezamenlijke commissie bedrijfsgezondheidszorg van de NRV. In 1987 rondde deze commissie haar 'rapport Bedrijfsgezondheidszorg af. In het rapport komt de problematiek van de verdere ontwikkeling en uitbreiding van bedrijfsgezondheidszorg aan de orde. Het rapport diende als achtergrond voor een door de NRV opgesteld 'advies bedrijfsgezondheidszorg', dat zich meer specifiek bezighoudt met de relatie bedrijfsgezondheidszorg en overige gezondheidszorg. In het advies bedrijfsgezondheidszorg constateert de NRV dat de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland

een achtergebleven gebied is. In vergelijking met de curatieve zorg is de bedrijfsgezondheidszorg naar de mening van de NRV ver in ontwikkeling achtergebleven. De NRV doet aanbevelingen voor een verbeterde samenwerking tussen bedrijfsgezondheidszorg en overige gezondheidszorg. Met het uitbrengen van het rapport bedrijfsgezondheidszorg had de gezamenlijke commissie haar taak afgerond. Zij is dan ook inmiddels gedecoreerd.

3.2. PR-commissie

In 1987 heeft de PR-commissie 7 keer vergaderd. Ook de PR-adviseur van de LAD, R. Mulder, nam aan deze vergaderingen deel. Naast de voorbereiding van de twee ledenvergaderingen, waaraan veel tijd werd besteed, hield de commissie zich bezig met de voorbereiding van het eerste ledenbulletin, dat in september verscheen. Ook werd in 1987 door de PR-commissie een folder over de LVSG geproduceerd. Een ledenwerfactie onder niet meer werkzame sociaal-geneeskundigen werd geëntameerd met opmerkelijk resultaat: er meldden zich vele belangstellenden. Tenslotte deed de PR-commissie voorstellen met betrekking tot een nieuwe huisstijl van de LVSG, hetgeen resulteerde in het in gebruik nemen van een nieuw logo op o.a. briefpapier, enveloppen etc.

3.3. Voorzitterscolumns

In 1987 waren de voorzitterscolumns gewijd aan de volgende onderwerpen:

- Onderwijsperikelen (over krimp bij vakgroep sociale geneeskunde in Leiden);
- Beroepsziekten in Nederland: nog steeds actueel;
- Het reveil der verzekeringsgeneeskunde (over het NVVG-rapport sociaal-medische functie van de verzekeringsgeneeskundige);
- Sportgeneeskunde: de zesde tak;
- Sociaal-geneeskundigen: de bal ligt in het veld (over creëren van stageplaatsen voor co-assistenten sociale geneeskunde);
- De rol van BaGD'en in de AIDS-bestrijding;
- Aanpak ongelijke verdeling van gezondheid (thema najaarsledenvergadering);
- Sportgeneeskunde een lelijk eendje? (over doorbreking strakke scheiding curatieve-preventieve zorg in opleiding tot sportarts en leerstoel sportgeneeskunde).

3.4. LHV-LVSG model sociaal-medische begeleiding

In samenwerking met de LHV heeft de LVSG in 1985 een nota uitgebracht waarin de gezamenlijke standpunten wat betreft de sociaal-medische begeleiding bij ziekte en arbeidsongeschiktheid werd verwoord. Het eindadvies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid met betrekking tot de sociaal-medische begeleiding bleek in grote lijnen de LHV-LVSG visie te volgen. Dit eindadvies werd in november door de Nationale Raad aangenomen. In grote lijnen komt het model sociaal-medische begeleiding erop neer dat op meer gestructureerde wijze dan thans het geval is de onderscheiden verantwoordelijkheden van én de patiënten zelf én de diverse artsen (huisarts - verzekeringsarts - bedrijfsarts) worden uitgeschreven. Tevens wordt een globale procedure gegeven voor informatie-uitwisseling en aanbevelingen ter bevordering van een zo spoedig mogelijke werkhervatting.

3.5. Beleidsvoornemens Jeugdgezondheidszorg 4-19-jarigen

Na in 1986 veelvuldig contact met WVC over dit onderwerp te hebben gehad, werd in 1987 van WVC weinig gehoord. Uiteindelijk ontving de LVSG in november een brief van staatssecretaris Dees waarin hij zijn op onderdelen gewijzigde concept-beleidsvoornemens presenteerde en aangaf dat het zijn bedoeling was deze na advisering door de Raad voor de Gemeentefinanciën, per 1-1-1988 te doen ingaan. De LVSG stelde vragen met betrekking tot een aantal nog onduidelijke punten. De vragen betroffen o.a. activitei-

ten m.b.t. de opstelling van een sociaal plan, waarin uitgangspunten en voorzieningen zijn opgenomen inhoudend o.a. dat de beleidswijzigingen niet zullen leiden tot gedwongen ontslagen, dat er mogelijkheden worden geschapen voor bij- en nascholing en waarin een deugdelijke voorziening is opgenomen t.b.v. verworven rechten van betrokkenen en een adequate regeling t.b.v. een eventueel noodzakelijke verplaatsing en daarmee samenhangende reiskosten. Vragen m.b.t. financiering van de meerkosten die hiermee samenhangen en m.b.t. de verlenging overgangstermijn van 4 jaar in het geval de voorgestelde normering dan nog niet via natuurlijk verloop is bereikt. Tenslotte stelde de LVSG vragen m.b.t. toezeggingen die van de zijde van WVC zijn gedaan m.b.t. het opzetten en uitvoeren van experimenten inzake onderdelen van de nieuwe opzet in de jeugdgezondheidszorg. Bij het schrijven van dit verslag (februari 1988) is hierover nog geen duidelijkheid verkregen.

3.6. Nascholing door artsen: verplicht of vrijwillig?

Op verzoek van het hoofdbestuur van de KNMG wisselde het Centraal Bestuur van de LVSG van gedachten over de discussienota 'Vrijwillige en verplichte nascholing, een permanente activiteit van artsen'. Deze nota werd opgesteld door een werkgroep van het Orgaan PAOG om een uitgangspunt te vormen voor de gedachtenvorming binnen de gezondheidszorg over de vraag 'Hoe kan worden bereikt dat elke arts zich regelmatig naschoolt?' Het bestuur sprak als zijn visie uit dat regelmatige nascholingsactiviteiten door artsen onmisbaar zijn voor het behoud van een goede kwaliteit van zorgverlening. Het bewerkstelligen van de deelname van alle artsen aan nascholingsactiviteiten zal volgens het bestuur slechts kunnen plaatsvinden door verplichtstelling ervan. Deze verplichtstelling dient te worden opgelegd via wettelijke maatregelen, waarbij ook de financiering van zowel de organisatie van de nascholing als de deelname aan de nascholingsactiviteiten de nodige aandacht zal moeten krijgen. Bij de uitvoering van de maatregelen zal de beroepsgroep zoveel mogelijk moeten worden betrokken. Met betrekking tot de effectuering van de verplichtstelling meende het bestuur dat een systeem van verplichtstelling via herregistratie de voorkeur verdient. Het bestuur wees er echter op dat zolang er voor de meeste sociaal-geneeskundige functies geen registratieverplichting bestaat de sanctie van uitschrijving uit een register niet voor deze gehele beroepsgroep zal zijn.

3.7. Werkgroep registratie Consultatiebureau-artsen

De LAD richtte zich tot de LVSG met de vraag of de LVSG in samenspraak met de NVJG inhoudelijke argumenten kan formuleren die aantonen dat het volgen van de opleiding sociale geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg, voor CB-artsen noodzakelijk is. In verband hiermee besloot de LVSG de gevraagde argumentatie in werkgroepverband nader uit te werken. LAD, NVJG en die verenigingen van CB-artsen die met de LAD een samenwerkingsovereenkomst hadden gesloten (of op korte termijn zouden sluiten) werden door de LVSG uitgenodigd met een vertegenwoordiger in deze werkgroep zitting te nemen. Omdat bleek dat met het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst enige tijd zou zijn gemoeid, besloot de LVSG met een werkgroep van start te gaan ook al waren nog niet alle overeenkomsten rond. Het voornemen is nog voor de zomer van 1988 met een rapportage te komen.

3.8. Structuurrapport preventie

Dit rapport werd al in 1986 in de ledenvergadering aan de orde gesteld. Maatregelen werden voorgesteld. Als eerste werd het totstandbrengen van een handboek preventie ter hand genomen. In 1987 vonden gesprekken plaats met het NIPG in tegenwoordigheid van een ambtenaar van WVC. WVC stelde subsidie beschikbaar. Het NIPG is bezig met formulering van het definitieve onderzoeksvoorstel.

OFFICIEEL

3.9. Rapport commissie Dekker

De visie van de LVSG op het rapport van de commissie-Dekker werd schriftelijk aan de minister-president medegedeeld. Ook reageerde de LVSG op het regeringsstandpunt op het rapport Dekker.

3.10. Discussienota LHV 'De positie van de huisarts in de toekomst'

De LVSG besloot dat n.a.v. deze nota tussen LHV en LVSG een nadere discussie over de taakafbakening huisarts/sociaal-geneeskundige was aangewezen. Een gesprek met de LHV werd aangevraagd. Dit gesprek vond in het verslagjaar niet meer plaats.

3.11. Groei- en krimpoperaties universiteiten

De LVSG werd op de hoogte gesteld van de vergaande consequenties van deze operaties voor de vakgroep sociale geneeskunde in Leiden. De universiteit van Leiden en de ministers van WVC en O&W werden van de zorgen van de LVSG op de hoogte gesteld. Ook werd een MC-voorzitterscolumn aan deze problematiek gewijd.

3.12. Medisch-ethische commissie voor sociaal-geneeskundigen

In het bestuur van de LVSG is de vraag aan de orde geweest of er niet stappen zouden moeten worden ondernomen om te komen tot het formeren van medisch-ethische commissie(s) voor toetsing van sociaal-geneeskundig onderzoek. Het bestuur achtte dit in principe een goede zaak. Er waren echter vele vragen te beantwoorden. Vragen als hoe zou de opdracht van zo'n commissie moeten luiden, onder wiens verantwoordelijkheid zal oprichting dienen plaats te vinden, wie betaalt? Besloten werd hierover contact te leggen met de KNMG en de beroepsspecifieke verenigingen.

3.13. Contact CSG/SGRC

Bestuurlijk contact met het CSG vond dit jaar niet plaats. Wel was er sprake van ambtelijke samenwerking: een medewerker van de LVSG nam als rapporteur deel aan de activiteiten van de CSG-commissie 'status sociale geneeskunde'. Er vond één bestuurlijk overleg plaats met de SGRC. In dit overleg waaraan ook een vertegenwoordiger van LOSGIO deelnam, werd van de zijde van de LVSG aandacht gevraagd voor een aantal zaken waarmee sgio's problemen hebben. Afspraken tot verbetering van de communicatie SGRC-LOGGIO werden gemaakt.

3.14. LOSGIO

Het Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding (LOGGIO) werd evenals vorige jaren door de LVSG gefinancierd. Er vond een bestuurlijk overleg plaats met het LOSGIO. Gesproken werd over de mogelijkheden van de LVSG de problemen waarmee de sgio's geconfronteerd worden aan de orde te stellen bij bijvoorbeeld SGRC-LAD etc. Voorts werd gesproken over de mogelijkheid van het LOSGIO te doen aan ledenwerving voor de LVSG. Naar aanleiding van dit nader contact LVSG-LOGGIO werden door de LVSG een aantal sgio-problemen aangekaart bij SGRC en LAD.

4. Vertegenwoordigingen LVSG

De LVSG was in 1987 vertegenwoordigd in de volgende commissies en besturen: hoofd- en dagelijks bestuur van de KNMG, presidia-overleg KNMG/maatschappelijke verenigingen, delegatie overleg WVC/KNMG, centrale besturen van LHV en LAD, Commissie Kadertraining, Commissie Vrouwelijke Artsen, Commissie Financieel Overzicht Gezondheidszorg, Permanente Commissie Doktersassistenten, Commissie meldingspunt koppeling geautomatiseerde gegevensbestanden, commissie opvolging secretaris-generaal, Oriëntatiegroep centrale artsenorganisatie, Commissie

juridische relatie arts-patiënt, Werkgroep beroepskrachtenplanning, Adviescommissie Wet BIG, Commissie Geneeskundige Verklaringen, Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie, Huisartsen Registratie Commissie, Stichting Dienstverlening Medici, Nationale Raad Volksgezondheid (NRV), in de werkgroepen van de NRV met betrekking tot de sociaal-medische begeleiding, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de bedrijfsgezondheidszorg, in de kamer extramuraal van de NRV, de Werkgroep structuur KNMG, de Werkgroep acties, het College Sociale Geneeskunde, de Commissie Nota 2000, de raad van commissarissen OLMA, de ANVSG in liquidatie en de Commissies voor bijstand en advies bedrijfs-geneeskunde en bedrijfsgezondheidszorg. Een aantal vertegenwoordigingen van de ANVSG werden door de LVSG overgenomen. Te noemen zijn: Stichting Zomerpostzegels, Congres Openbare Gezondheidsregeling, Panel for Social Medicine and Epidemiology in the European Community, Stichting voor Sociaal Geneeskundig Onderzoek.

5. LVSG-bestuur

Per 31 december 1987 was het LVSG-bestuur als volgt samengesteld: Mw. Dr. C. Hermann, voorzitter, lid DB; Mw. J. M. H. Verhagen-Fieringa (NVJG), ondervoorzitter, lid DB; Mr. N. H. T. Croon (NVVG), secretaris-penningmeester, lid DB; Mw. M. M. Wagenaar-Fischer (NVJG); H. A. van den Haak (NVVG); W. A. M. Koch (NVAB); J. A. J. van Poppel (NVAB); P. J. W. Soetekouw (NVAG); vacature (NVAG); Dr. G. C. Van Enst (VSG); P. C. Harting (VSG). In maart 1987 werd afscheid genomen van bestuurslid Zwanenburg (NVAG) die naar het buitenland vertrok. Het bestuur werd in november uitgebreid met twee bestuursleden vanuit de tak sport-geneeskunde.

Adviseurs: Dr. C. J. Jonkman (KNMG)*, (plv. J. J. van IJssel); C. J. Goudswaard (LAD), (plv. Mw. Mr. A. J. M. Bonnet-Breusers); A. Groeneveld (LHV), (plv. H. A. M. Staring); Mw. R. M. A. Geels (LOGGIO), (plv. A. Hamers).

In het verslagjaar werd besloten het Forensisch Medisch Genootschap uit te nodigen voor de vervulling van de experimentele functie van 'gastadviseur' voor voorlopig 1 jaar. Dit gastadviseurschap kreeg zijn beslag in oktober. Als adviseur werd aangewezen F. Buijze (plv. B. A. J. Cohen).

Bureau LVSG: Ten behoeve van het centraal bestuur en de leden van de vereniging functioneert een bureau. Ook in 1987 verleende het bureau diensten aan de NVJG. Gedurende 16 uur per week werden (tegen vergoeding van de kosten) secretariaatswerkzaamheden voor de NVJG verricht. Het bureau heeft te kampen gehad met langdurige ziekte van een van de medewerkers. Door het inzetten van oproepkrachten konden de werkzaamheden min of meer normaal doorgang vinden. Het bureau ging in 1987 over op het gebruik van een personal computer met tekstverwerkingsmogelijkheden. De tekstverwerking maakte – na een inwerkperiode – een snellere afhandeling van de secretariële werkzaamheden mogelijk. Met de personal computer werd rechtstreekse raadpleging van de centrale ledenadministratie alsmede gebruik van de centrale laserprinter mogelijk gemaakt.

De samenstelling van het bureau was in 1987: Mw. Mr. M. de Bruijn-van Beek, directeur (70% aanstelling); Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse (50% aanstelling); Mw. J. M. Versteeg-de Groot, secretaresse (50% aanstelling).

Utrecht, februari 1988

Mr. N. H. T. Croon, secretaris-penningmeester

* per 1-1-'88 is de heer Jonkman opgevolgd door de heer Van IJssel.

CHG

Toelating tot huisartsopleiding

Ingevolge artikel 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit nr. 2 – 1987 van het College voor Huisartsgeneeskunde dat bepalingen bevat ter zake van de toelating tot de huisartsopleiding. Het besluit treedt in werking op 12 april 1988.

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

Besluit nr 2 – 1987 Toelatingsprocedure

Het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) in vergadering bijeen op 17 december 1987;

overwegende

- dat thans reeds wachttijden voor het volgen van de beroepsopleiding tot huisarts bestaan van 2½ à 4 jaar;
- dat berekeningen hebben aangetoond dat deze wachttijden nog aanzienlijk zullen oplopen;
- dat zulks nadelige effecten kan hebben op het kennis- en vaardigheidsniveau van degenen die de beroepsopleiding tot huisarts willen volgen en dat daarom maatregelen dienen te worden genomen;
- dat een ingangstoets wordt ontwikkeld op grond waarvan mede een rechtvaardig en zorgvuldig toelatingsbeleid kan worden gerealiseerd;
- dat het uit bestuurlijk oogpunt zaak is om zowel degenen die de huisartsopleiding wensen te volgen, als degenen die dit onderwijs verzorgen, op korte termijn duidelijkheid te verschaffen over de oplossing van de problematiek die de wachttijsten met zich meebrengen;
- dat met het oog op de urgentie van de problematiek, zolang geen ingangstoets beschikbaar is, tijdelijke maatregelen dienen te worden genomen.

gehoord de Huisarts Registratie Commissie (HRC);

gelet op de artikelen 1108 lid 1 en 1109 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

heeft het navolgende besluit genomen:

Voor toelating tot de beroepsopleiding tot huisarts geldt een toelatingsprocedure, bestaande uit aanmelding en loting, gevolgd door een sollicitatie. Deze procedure is van toepassing voor de opleidingen welke op 1 januari 1989 of later zullen aanvangen.

1. Aanmelding

De arts die in aanmerking wenst te komen voor plaatsing in de beroepsopleiding tot huisarts dient zich – via het UHI van de universiteit waar het artsdiploma werd behaald – schriftelijk aan te melden bij de HRC. De aanmelding is slechts geldig indien alle noodzakelijke administratieve gegevens én de aan de loting verbonden kosten ten minste vier weken vóór de loting zijn ontvangen.

2. Loting

- a. Onder auspiciën van de HRC wordt uit de gegadigden een aantal geloot dat afhankelijk is van de totale in Nederland per jaar beschikbare opleidingscapaciteit.
- b. De loting zal een aantal artsen aanwijzen dat overeenkomt met ten minste 125% van genoemde opleidingscapaciteit.
- c. Bekendmaking door de HRC van de datum waarop de loting zal

plaatsvinden zal ten minste twee maanden tevoren geschieden door publikatie in Medisch Contact en bericht aan de UHI-en.

3. Sollicitatie

a. Degene die is ingeloot ontvangt hiervan bericht onder vermelding van het Universitair Huisartsinstituut (UHI) waartoe hij zich kan wenden voor een sollicitatie. In beginsel zal dit het UHI zijn van de universiteit waar het artsdiploma werd behaald; wanneer het aantal ingeloten bij een UHI meer is dan 125% van de opleidingscapaciteit van dat UHI, worden de kandidaten met een hoger geloot nummer naar een ander UHI verwezen, voor zover mogelijk overeenkomend met de daaromtrent bij de aanmelding door hen aangegeven voorkeur.

b. Voor plaatsing in de opleiding dient degene die is ingeloot een sollicitatiegesprek te voeren met de daartoe door het UHI ingestelde sollicitatiecommissie. Van de beslissing van de sollicitatiecommissie inzake de plaatsing is geen beroep mogelijk; van de gevolgde procedure is binnen een week schriftelijk beroep mogelijk bij de HRC c.q. bij een door de HRC in te stellen landelijke beroepscommissie.

c. De sollicitatiecommissie is samengesteld uit een huisartsopleider, een wetenschappelijk medewerker van het UHI en een arts in opleiding tot huisarts. De sollicitatiecommissie kan desgewenst worden aangevuld met een of meer adviseurs. De sollicitatiecommissie legt haar werkwijze vast in een reglement op basis van door het CHG op te stellen richtlijnen.

4. Uittoting

De arts die is uitgeloot of op grond van de sollicitatie niet is toegelaten, kan zich desgewenst opnieuw aanmelden voor deelname aan de eerstvolgende en/of latere toelatingsprocedure(s).

5. Kosten

De aan de toelatingsprocedure verbonden kosten komen voor rekening van de betrokken arts. De KNMG stelt, gehoord de HRC en de UHI-en, het bedrag vast, dat bij de aanmelding moet worden voldaan; bij inloting zal ten behoeve van de sollicitatie door de betrokken arts een afzonderlijk bedrag moeten worden voldaan.

Toelichting

Zoals in de considerans van het besluit gesteld, acht het College uit een oogpunt van kwaliteit niet langer verantwoord de wachttijden voor het volgen van de huisartsopleiding nog langer te laten worden dan zij nu reeds zijn. Daar komt bij dat het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft bepaald dat de opleidingscapaciteit van de interimopleiding welke twee jaar duurt en die in 1988 aan de verschillende UHI-en zal starten, 260 per jaar zal bedragen, of te wel een halvering ten opzichte van het huidige aantal. Een goede ingangstoets zal voor deze problematiek de oplossing moeten bieden, doch vooralsnog is deze nog in een ontwikkelingsstadium. Op grond daarvan zullen degenen die het meest geschikt worden geacht voor de uitoefening van het beroep van huisarts, worden geselecteerd (positieve selectie).

Bij wijze van tijdelijke maatregel is na veelvuldig en ampel overleg met allen die bij de huisartsopleiding zijn betrokken, gekozen voor een systeem van loting, gevolgd door een sollicitatie.

Het aantal ingeloten zal ten minste 125% bedragen van de capaciteit. Vervolgens zal de aan elk UHI in te stellen sollicitatiecommissie beslissen wie het minst geschikt wordt geacht voor het op

vruchtbare wijze volgen van de opleiding. (Op praktische gronden is bij deze maatregel gekozen voor een negatieve selectie). Uiteraard dragen deze beslissingen in zekere zin een subjectief karakter; zulks is echter bij sollicitaties nu eenmaal nimmer geheel te voorkomen. De afgewezen arts kan tegen de afwijzing zelf dan ook geen beroep instellen, wél tegen de gevolgde procedure.

De kosten voor de loting en – na inloting – voor de sollicitatie komen voor rekening van de betrokken arts. Voor de loting zelf zal dit een gering bedrag zijn ter dekking van de administratiekosten (computer, berichtgeving en dergelijke). Voor de sollicitatie bij het UHI zal een bedrag moeten worden voldaan dat relatie houdt met de bestede tijd en mankracht.

HRC Toelating interimopleiding tot huisarts

Toelating tot de Interimopleiding tot huisarts in Nederland in 1989

Krachtens het besluit van het College Huisarts Geneeskunde nr. 2-1987 dient voor toelating tot de twee jaren durende opleiding tot huisarts voor afgestudeerde artsen een drietal fasen te worden doorlopen.

De eerste fase omvat de administratieve aanmelding:

- hiertoe is een standaardaanmeldingsformulier verkrijgbaar bij het Universitair Huisarts Instituut van de Universiteit waar het artsdiploma is behaald, tussen 15.04.1988 en 31.05.1988;
- het aanmeldingsformulier dient bij bovengenoemd Universitair Huisarts Instituut te worden ingeleverd vóór 1 juni 1988; de administratiekosten ad f 50 dienen ook vóór 01-06-'88 te worden voldaan, op het aanmeldingsformulier kan o.a. worden aangegeven welk UHI de voorkeur geniet voor het ontvangen van de opleiding.

De tweede fase omvat de loting:

- hierbij wordt uit het totaal van aanmeldingen at random een aantal van 360 aangewezen;
- deze groep van 360 artsen wordt, zo veel mogelijk op grond van eigen voorkeur, verdeeld over de acht nederlandse Universitaire Huisarts Instituten, d.w.z. 45 artsen per UHI;
- omstreeks 08.07.1988 ontvangen betrokkenen bericht over het al dan niet ingeloot zijn (NB: Ingeloot zijn is geen garantie voor toelating tot de opleiding: zie derde fase).

De derde fase omvat de sollicitatie:

- hierbij wordt per UHI een selectie uitgevoerd door middel van een sollicitatiegesprek tussen 05.09.1988 en 24.09.1988;

- de sollicitatie heeft ten doel uit de 45 ingelote artsen 36 artsen aan te wijzen van wie mag worden verwacht dat zij de opleiding tot huisarts het meest optimaal en doelgericht kunnen volgen;
- voor de aanvang van het sollicitatiegesprek dienen de kosten ad f 300 te zijn voldaan en dient het artsdiploma te worden getoond; artsen met een buitenlands diploma dienen tevens het bewijs van beperkte toelating of van de bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst in Nederland te overleggen.

De adressen van de Nederlandse Universitaire Huisarts Instituten zijn:

UHI Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, Amsterdam-ZO/Bijlmer;
UHI Vrije Universiteit te Amsterdam, v.d. Boechorststraat 7, Amsterdam, Buitenveldert;
UHI Rijks Universiteit te Groningen, Ant. Deusinglaan 4, Groningen;
UHI Rijks Universiteit te Leiden, Wassenaarseweg 62, Leiden;
UHI Rijks Universiteit Limburg, P. de Byeplein 1, Maastricht;
UHI Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groene-straat 75, Nijmegen;
UHI Erasmus Universiteit te Rotterdam, Mathenesserlaan 264a, Rotterdam;
UHI Rijks Universiteit te Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, Utrecht

De Huisarts Registratie Commissie van de KNMG

Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.
Telefoon: 030-623911.