

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 33 – 14 augustus – 42e jaargang

Uit wat er in de vakliteratuur is geschreven over de opvang van migranten uit Turkije en Marokko blijkt dat hun klachten voor een Nederlandse arts heel moeilijk te begrijpen zijn. Drs. Roger Naudin van de Basisgezondheidsdienst Heerlen, Drs. Luuk Stegmann van het Schiedland Ziekenhuis te Schiedam en Prof. Dr. Han Bonarius, psycholoog te Leersum, hebben geprobeerd te achterhalen waar het bij de communicatie tussen arts en mediterrane patiënt precies aan schort.

Drie jaar lang werd een patiënte met insuline-afhankelijke diabetes mellitus begeleid bij de zelfcontrole en zelfregulatie van haar bloedsuikerinstelling. In die tijd werd een wisselwerking zichtbaar tussen de attitude van de patiënte tegenover levensgebeurtenissen en het ziekteproces en fysiologische parameters, zoals de bloedsuikerinstelling en het insulinegebruik. Het leerproces resulteerde in een subjectieve verbetering van de kwaliteit van het leven en een betere bloedsuikerinstelling, vergezeld van een aanzienlijke daling van de insulineconsumptie. Een bericht uit de afdeling Algemene Ziekteleer, PA II, van de Erasmus Universiteit Rotterdam, van Mw. E. van 't Hull, laboratoriumassistente A, en Prof. Dr. M. J. de Vries, patholoog-anatoom.

Behalve dat er een goed inzicht mee wordt verkregen in het feitelijke kennisniveau van huisartsen in opleiding biedt hij ook uitstekende aanknopingspunten voor scholing, nascholing en verdere toetsing. We hebben het over de diabetestoets, ontwikkeld door de Werkgroep Evaluatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde.

## INHOUD

Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. 1: De literatuur

*Drs. Roger Naudin, Drs. Luuk Stegmann en Prof. Dr. Han Bonarius – 1017*

Psychologische variabelen van insulineconsumptie. Geschiedenis van een diabetespatiënte

*E. van 't Hull en M. J. de Vries – 1021*

Aanstaande huisartsen getoetst op hun kennis over diabetes

*J. Zuidweg, Y. D. van Leeuwen, L. H. C. Tan en G. van Geldorp – 1025*

Arts en recht. Tussen ziekenhuis en verpleeghuis: 'verkeerde bed'. Vonnis Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage, kort geding d.d. 18 juni 1987 – 1029

---

Colofon 1014 – Agenda 1014 – Hoofdreactioneel commentaar 1015 – Voorzitterskolom LHV 1016 – Diversen 1027 – Boeken 1028 – Praktijkperikel 1030 – Colofon officieel 1031

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 Küpperstraat 3,  
1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-Weis  
R. Bekendam  
Dr. J. L. A. Boelen

#### Redactie Medisch Contact

Prof. Dr. J. C. van Es, 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.  
Telefoonnummer KNMG: 030-823911.

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 134,30 (inclusief BTW); overige landen f 237,30  
Administratie: Tijl Tijdschriften BV,  
Jacques Veltmanstraat 29,  
1065 EG Amsterdam.  
telefoon 020-172829/174855, 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 020-172829/174855, telex 15230.  
Geldend advertentietarief: 1 januari 1986.

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat

Isaac Cruikshank (± 1750): 'Doctors differ and their patients die'.  
Huntington Library and Art Gallery, San Marino, Calif.

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

## Wenken voor schrijvers van brieven en auteurs van artikelen

### Brieven

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.

### Artikelen

Als een auteur kopij aanbiedt dient dit in te houden dat deze niet tevens aan een ander tijdschrift ter publicatie is aangeboden of reeds elders is gepubliceerd.

Door het aanbieden van kopij draagt de schrijver de auteursrechten aan de redactie over. Als het artikel niet in Medisch Contact wordt gepubliceerd vervalt de overdracht van de auteursrechten.

De redactie streeft, mede terwille van de leesbaarheid, naar publicatie van artikelen van beperkte omvang. Deze dienen bij voorkeur niet meer dan tweeduzend woorden (= twee bladzijden in Medisch Contact) te bevatten. Een auteur kan een langer artikel ook in twee delen aanbieden ter publicatie in opeenvolgende nummers.

De voorkeur gaat uit naar een zeer beperkt aantal tabellen en figuren: per artikel niet meer dan drie tot vier in totaal. Tabellen en illustraties dienen ieder op een apart vel te worden getekend, bij voorkeur met zwarte inkt. Contrastrijke zwart-witfoto's kunnen daarvoor ook dienen. De literatuurlijst mag niet meer dan tien nummers bevatten; de voorkeur gaat uit naar een opstelling volgens de regels van Vancouver.

Een artikel moet worden voorzien van een korte samenvatting en vergezeld gaan van een summiere beschrijving van de functie van de auteur.

Inzenders van artikelen worden verzocht deze in tweevoud toe te sturen, getypt op A4-formaat met anderhalve interlinie en voorzien van een brede marge.

\*\*

Niets uit dit tijdschrift mag elders worden gepubliceerd zonder toestemming van de redactie van Medisch Contact.

## AGENDA

1 oktober – RU Limburg, symposium 'Om gezondheidsredenen geprolonged'. Informatie: RU Limburg, Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Maastricht, tel. 043-888212/234.

2 oktober – RIVM, Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, Bilthoven, cursus 'Acute intoxicaties in de bedrijfssituatie'. Informatie: Bureau PAOG Utrecht, tel. 030-331123, toestellen 216/217/218.

7 oktober – Zaal Kriterium van Restaurant Engels, Groot Handelsgebouw Rotterdam, symposium 'De voeding en gezondheid van Turkse en Marokkaanse kinderen in Nederland'. Informatie: Ir. B. Meijboom, IJmuiden, tel. 02550-19022.

8 oktober – Collegezaal Tandheelkunde van de RU Groningen, instituutsdag vakgroep Huisartsgeneeskunde, thema 'De opleiding tot (huis)arts, een gezamenlijke zorg'. Informatie: Instituut voor Huisartsgeneeskunde Groningen, tel. 050-632962.

9 oktober – Elisabeth Gasthuis Haarlem, symposium 'Sportmedische, trainings- en voedingsadviezen bij krachttraining en doping'. Informatie: Symposiumsecretariaat, p.a. Zijlweg 30, Haarlem.

9 oktober – Martinihalcentrum Groningen, symposium 'Promotion', een interdisciplinaire benadering van bewegen. Informatie: Symposiumsecretariaat, Groningen, tel. 050-632719 (tussen 9.00 en 12.00 uur).

14 oktober – De Doelen Rotterdam, symposium 'Genezen van kanker, maar dan!; over de maatschappelijke herintegratie van de genezen kankerpatiënt'. Informatie: Integraal Kankercentrum Rotterdam, tel. 010-4362155.

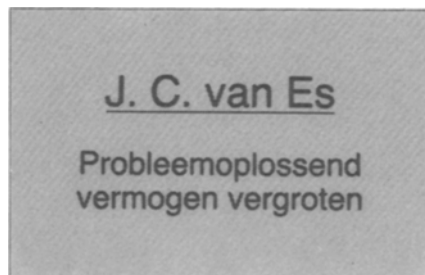
15 oktober – Congresgebouw Den Haag, Interprovinciaal Overleg (IPO)-congres 'Geen mens buitenspel'. Thema: 'Visie van de provincies op het toekomstig stelsel van zorg- en dienstverlening aan geestelijk gehandicapten'. Informatie: Provinciale Griffie van de Provincie Zeeland, Mw. W. Sinke, tel. 01180-31422.

# Etnische minderheden

In dit en in het volgende nummer van Medisch Contact schrijven R. Naudin, L. Stegmann en H. Bonarius over mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg (blz. 1017 van dit nummer). Dit is een onderwerp dat zeker de aandacht van de Nederlandse artsen, en van de gezondheidszorg in haar geheel, verdient. Gelukkig neemt die aandacht voor dit niet zelden verlegenheid wekkende probleem geleidelijk toe. Het aantal studies over allochtonen op deeltherreinen groeit, en dat geldt niet alleen de gezondheidszorg: in het Sociaal en Cultureel Rapport 1986 wordt melding gemaakt van het feit dat in de jaren 1980-1984 hierover 125 artikelen en rapporten in de onderwijssector verschenen, in de volkshuisvestingssector 110 en in de somatische gezondheidszorg 125<sup>1</sup>. Een dergelijke produktie roept de behoefte aan coördinatie op; deze wordt sinds 1978 geboden door de Adviescommissie Onderzoek Minderheden (ACOM); deze commissie zal tot tenminste 1990 blijven adviseren over onderzoek, de kwaliteit van onderzoek bewaken en de onderzoekresultaten naar het beleid overdragen.

De positie van de etnische minderheden is – en dat komt grotendeels overeen met het algemene beeld – relatief ongunstig. Bij de huisvesting valt op dat bijvoorbeeld Turken en Marokkanen vooral in oude stadswijken zijn geconcentreerd, al bestaat er een grote variatie tussen gemeenten. De achterstand op de bevolking als geheel wordt niet ingelopen. Op de arbeidsmarkt vormen de etnische minderheden een in een sterk nadelige positie verkerende groep. Eind 1984 was 38% van de Turken en 42% van de Marokkanen werkloos. De onderwijssituatie is eveneens ongunstig. Waar kinderen met een mediterrane nationaliteit 4,7% van alle kleuterschoolleerlingen uitmaken, is dit slechts 1,1% van alle MAVO-, HAVO- en VWO-leerlingen en nog minder voor het middelbaar beroepsonderwijs: 0,5%.

Aan de achterstand die op al deze terreinen kan worden geconstateerd wordt wel wat gedaan, zij het dat de mate waarin dat in werkelijkheid gebeurt onvoldoende is. Een van die maatregelen is de toekenning van extra formatieplaatsen aan onder andere scholen voor basisonderwijs en beroepsonderwijs. Deze worden geïntegreerd in een stimuleringsregeling voor het onderwijs aan autochtone



achterblijvers, die ook extra formatieplaatsen kan opleveren.

Als we nu enkele lijnen naar de gezondheidszorg voor allochtone minderheden doortrekken, dan dient aan enkele aspecten in ieder geval aandacht te worden besteed. Om te beginnen: vorige maand werd in Medisch Contact aandacht besteed aan het feit dat er een relatie bestaat tussen gezondheid en sociale status<sup>2</sup>. Hoe die relatie precies is, is (nog) niet bekend, al is men wel een aantal bepalende factoren op het spoor gekomen. Er is sprake van een complexe relatie. Duidelijk is in ieder geval dat een lagere sociale status vaak gepaard gaat met een slechtere gezondheid en met een hogere sterfte. Mede door het ontbreken van epidemiologische en statistische gegevens met behulp waarvan sociale, economische en medische gegevens met elkaar in verband zouden kunnen worden gebracht, kunnen genoemde verbanden moeilijk worden opgespoord. Als we nu weten dat etnische minderheden hoofdzakelijk een lagere, soms zelfs zeer lage sociale status bezitten, moeten we ons afvragen hoe het met hun reële gezondheidssituatie is gesteld. Daarnaar is in de afgelopen jaren ten aanzien van een aantal deelp Problemen onderzoek verricht en er loopt op dit moment nog een aantal projecten. Het blijkt dat het aantal nieuwe projecten in deze sector beperkt zal blijven, mede omdat men eerst de resultaten van het thans lopende onderzoek wil afwachten<sup>3</sup>. Het onderzoek zal in de toekomst meer dan tot nu toe een evaluatief karakter krijgen en zijn gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de bestaande curatieve zorg en op een beter bereik van risicogroepen in de preventieve zorg. Het zou het onderzoek naar de gezondheidssituatie echter zeer ten goede komen als in toekomstig onderzoek naar de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid c.q. gezondheidsgedrag het probleem van de etnische minderheden

mede in beschouwing zou worden genomen. Het is al lang bekend dat iemands leefwijze een belangrijke bepalende factor voor zijn gezondheid is; het opsporen van (sub-)culturele verschillen zou het inzicht in de samenhang tussen sociaal-economische factoren en gezondheid kunnen verdiepen, en dan niet alleen ten aanzien van de allochtonen.

Vervolgens: de hulpverlening aan patiënten die tot een etnische minderheid behoren wordt door een groot aantal factoren belemmerd. De taalbarrière is daar één van, maar beslist niet de enige. Als men te veel problemen aan deze barrière toeschrijft, loopt men het risico haar als alibi te gebruiken voor het niet (willen of kunnen) herkennen van andere problemen. Het is de verdienste van Naudin c.s. hierop weer eens aandacht te vestigen.

Als we ervan uitgaan dat de allochtonen geleidelijk aan in de Nederlandse bevolking zullen worden geïntegreerd – waarbij het eigene van hun cultuur niet verloren hoeft te gaan – dan is het duidelijk dat hun kansen voor verdere ontwikkeling moeten worden vergroot. Binnen het achterstandsbeleid past ook extra aandacht voor de gezondheidsproblemen van de etnische minderheden, zoals ook de gezondheidsproblemen van andere risicogroepen extra aandacht verdienen. Het nastreven van integratie leidt ertoe dat allochtonen vooral gebruik moeten (kunnen) maken van de gebruikelijke voorzieningen. De gewone voorzieningen moeten dan, al of niet tijdelijk, aanpassingen ondergaan. Het probleemoplossend vermogen moet worden vergroot, hetgeen *alle* patiënten ten goede kan komen. Dit vergt een aanpassing van de opleiding. En, naar analogie van het onderwijs, toekenning van 'extra formatieplaatsen' zou ruimte kunnen scheppen voor een adequate hulpverlening. □

1. Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1986. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1986.

2. Wijnberg B, Joling W. Ongelijkheid in gezondheid: een politieke zorg? Medisch Contact 1987; 43: 871-5.

3. Onderzoekprogramma Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid. Ministerie van WVC, mei 1987.

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

## Thuiszorg nader bekeken

In het nieuwsaanbod van de diverse media is de laatste tijd zeer veel plaats ingeruimd voor vrijwel alle aspecten van de gezondheidszorg in Nederland. Vele betrokkenen spreken hun 'bereidheid tot verandering' uit, maar geven aan die verandering vervolgens hun eigen invulling.

Eén van die aspecten van de gezondheidszorg waarover thans zo veel wordt gepraat, is de thuiszorg. De geweldige pluriformiteit in receptuur, ook op dit terrein, dreigt voor een wijziging in de positie van de huisarts te zorgen.

Laat ik u eerst meenemen naar het verleden, naar de tijd dat de huisarts primair gezondheidszorg bood, maar in dat kader ook als regisseur in die zorg optrad. Of het nu om specialistische hulp ging of om ondersteuning in de thuissituatie (wijkverpleging, gezinszorg), de huisarts zorgde voor de noodzakelijke afspraken en regelingen.

Allengs ontstond er echter een zekere specialisatie binnen de zorg. Aan het eind van de jaren zestig werd met name aan de inhoud van de ondersteunende functies een nadere invulling gegeven. Mede door deze ontwikkeling ontstond er binnen de eerste lijn in toenemende mate een bereidheid tot samenwerking. Deze samenwerkingsgedachte werd nog eens versterkt door het overheidsbeleid, aan het begin van de jaren zeventig. Dit beleid, onder andere vastgelegd in de Structuurnota van de toenmalige staatssecretaris Hendriks (1974), was gericht op een versterking van de eerste lijn. En onder staatssecretaris Van der Reijden werd het begrip 'eerstelijnszorg' geboren. Deze eerstelijnszorg richt zich op het bieden van gezondheidszorg in de thuissituatie. Binnen deze eerstelijnszorg is de huisarts één van de kerndisciplines naast de wijkverpleegkundige, de gezinsverzorgende en de maatschappelijk werkende.

Thans richt de discussie zich echter op het begrip 'thuiszorg', niet in het minst door de inhoud van het recent gepubliceerde rapport van de commissie-Dekker, waarin de huisarts de spilfunctie wordt toebedacht. Het begrip 'thuiszorg' zou ik willen omschrijven als 'het geheel van hulpverlening in de thuissituatie'.

Thuiszorg kan dan de volgende functies omvatten: diagnostiek en behandeling; verpleging; verzorging; begeleiding; huishouding en ondersteuning.

In sommige gevallen kan de thuiszorg – zo opgevat – dus monodisciplinair geschieden. In andere gevallen zal nauwe samenwerking nodig zijn tussen één of meer van die kerndisciplines. Opmerkelijk is dat alleen die laatste vorm van thuiszorg (ondersteuning) thans zo'n brede belangstelling geniet, dat de indruk ontstaat als zou thuiszorg een synoniem zijn voor multidisciplinair samenwerken en dat terwijl deze vorm van thuiszorg hooguit 10% van het werk van de huisarts bestaat.



Vanuit verschillende achtergronden houden zich thans diverse organisaties en instellingen met deze thuiszorg bezig. Zo zijn er projecten opgezet door Stichtingen Aanvullende Thuiszorg, ontstaan er thuiszorgprojecten voor ouderen en gaan binnenkort in Groningen, Amsterdam en Zeeland door de Ziekenfondsraad ontwikkelde experimenten van start.

Natuurlijk, goede thuiszorg vereist een op elkaar afgestemd hulpaanbod. Coördinatie is dus vaak nodig. De praktijk zal uitwijzen dat in veel gevallen, met name daar waar een geneeskundige inbreng is vereist, de huisarts daarvoor de aangewezen persoon is. Immers, de huisarts ziet de meeste mensen per tijdseenheid, de samenleving kent hem die vertrouwenspositie toe, hij is in het scala van hulpver-

leners de meest constante factor en hij vormt de toegang tot de tweede en derde lijn.

Het gaat echter veel te ver als deze vorm van thuiszorg er de oorzaak van is dat de LHV (samen met de andere drie kerndisciplines) onder de welzijnssector wordt geschaard, zoals onlangs is voorgesteld in het tussenrapport van de Stuurgroep Herstructurering Landelijke Organisaties (LBO). Daarmee wordt de identiteit, de inhoud en de wetenschappelijke basis van de huisartsenzorg geweld aangedaan. Niet het minst doordat de LHV hierdoor wordt afgezonderd van andere medische disciplines. Ook de voorgestelde structuur voor het overleg met de overheid is een inbreuk op hetgeen de vier kerndisciplines inmiddels gezamenlijk op dit terrein tot stand hebben gebracht. Het zal dan ook duidelijk zijn dat de LHV niet bereid is op enigerlei wijze medewerking te verlenen aan de verwezenlijking van de voorstellen van de Stuurgroep HLO.

Tot slot echter terug naar de thuiszorg. Ik heb hierboven aangegeven dat eerstelijnsgezondheidszorg en thuiszorg inhoudelijk niet hetzelfde zijn. Beiden richten zich echter op de gezondheidszorg in de thuissituatie. Het ligt dan ook voor de hand dat de huisarts daarom, evenals in de eerstelijnszorg, ook in de thuiszorg als coördinator functioneert en niet als cameraman vanuit een beperkte optiek. Gezamenlijk leveren de kerndisciplines dan een 'zorg op maat'!

A. M. C. van de Zandt, huisarts  
voorzitter LHV

# Mediterrane patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg

## 1: De literatuur

Problemen in de behandeling van patiënten afkomstig uit mediterrane gezinnen worden vaak toegeschreven aan taal- en cultuurverschillen tussen hulpvrager en hulpverlener. Ook op de psychiatrische en somatische afdelingen van het Schieland Ziekenhuis in Schiedam worden deze problemen ervaren. Dit heeft geleid tot een onderzoek naar deze problematiek in en rondom het Schieland Ziekenhuis tegen de achtergrond van recente Nederlandse literatuur. In een tweetal artikelen worden de resultaten van dit onderzoek beschreven.

In dit eerste artikel wordt de literatuur besproken over de maatschappelijke en culturele factoren in de communicatie tussen arts en migrant. De psychologische processen die hierbij spelen, zowel bij de patiënt en de arts afzonderlijk als in hun onderlinge contact, worden schematisch in een communicatiemodel samengevat. Het artikel wordt afgesloten met aanbevelingen uit de literatuur om de opvang van deze patiënten te verbeteren. In een tweede artikel zal het op de literatuur gebaseerde communicatiemodel worden getoetst aan de ervaringen van een aantal buitenlandse patiënten en Nederlandse hulpverleners op de psychiatrische en somatische afdelingen van het Schieland ziekenhuis, waarbij aan de ziektegeschiedenis van een allochtone patiënt uitvoerige aandacht zal worden besteed. Daarnaast zal in dat artikel verslag worden gedaan van de ervaringen met een autochtone patiënt; dit om een indicatie te geven van de specificiteit van de problemen met mediterrane patiënten. Ook dat artikel zal worden afgesloten met aanbevelingen, die daar echter zullen worden afgeleid van het inmiddels getoetste communicatiemodel.

### ACHTERGROND KLACHTEN

In Nederland wonen thans bijna 400.000 mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst. In de literatuur wordt als oorzaak van veel van hun lichamelijke klachten vaak het migrantenbestaan aangevoerd<sup>1-3</sup>. Het onderscheid tussen 'migrant' en 'immigrant' speelt daarin een wezenlijke rol<sup>4</sup>. In het algemeen ziet een immigrant zijn nieuwe land als een nieuw

**Drs. Roger Naudin,  
Drs. Luuk Stegmann  
en Prof. Dr. Han Bonarius**

*Uit wat er in de vakliteratuur is geschreven over de opvang van migranten uit Turkije en Marokko blijkt dat hun klachten voor een Nederlandse arts heel moeilijk te begrijpen zijn. Drs. Roger Naudin van de Basisgezondheidsdienst Heerlen, Drs. Luuk Stegmann, Schieland Ziekenhuis te Schiedam en Prof. Dr. Han Bonarius, psycholoog te Leersum, hebben geprobeerd te achterhalen waar het bij de communicatie tussen arts en mediterrane patiënt precies aan schort.*

vaderland en is hij er mentaal op voorbereid zich aan te passen aan taal en gewoonten; wellicht heeft hij er zich al voor de feitelijke immigratie actief in verdiept. Dit geldt niet voor de mediterrane gastarbeider. Die is hier in de jaren zestig gekomen met de intentie tijdelijk (goed) geld te verdienen voor zijn familie thuis en zich na enige jaren weer bij hen te voegen. Integratie met de Nederlandse omgeving werd niet nagestreefd, te meer daar er voldoende lotgenoten waren voor sociale omgang. Werkgevers noch overheid hebben indertijd zo'n integratie gestimuleerd. De economische achteruitgang en de toenemende werkloosheid in het land van herkomst hebben echter terugkeer naar het thuisland in feite onmogelijk gemaakt, zodat het verblijf in Nederland – min of meer onbedoeld – een permanent karakter heeft gekregen, dat vooral door de gezinshereniging werd bekrachtigd.

Empirisch onderzoek van Orücü suggereert een verband tussen de aard van de klachten van buitenlanders en hun niet uitgekomen migratieverwachtingen<sup>5</sup>; er zijn aanwijzingen dat in dergelijke gevallen lichamelijke klachten als hoofdpijn, maagklachten, rugklachten en slapeloosheid niet de eigenlijke klachten zijn, hoe-

wel ze wel als hoofdprobleem worden gepresenteerd. Het werkelijke probleem is de spanning of 'stress' waaronder deze gastarbeiders (hebben) moeten leven<sup>1</sup>: het leveren van zware, laag gewaardeerde routinewerk onder slechte arbeidsomstandigheden, het sociaal-psychologische isolement ver van het eigen gezin en – ook na hereniging – in een als vijandig ervaren omgeving en de totale vreemdheid van de westerse omgeving in klimaat, taal en gebruiken. De overgang van het mediterrane leven in een agrarische gemeenschap naar een westerse stedelijke cultuur kan tot een ernstige ontworteling leiden, die in de vaak als psychosomatisch bestempelde klachten tot uiting kan komen. Het probleem voor de Nederlandse hulpverlener is echter dat deze klachten door de migrant niet als 'psychosomatisch' worden ervaren, maar als puur somatisch worden gepresenteerd.

### MIGRANT, HUISARTS EN ZIEKENHUIS

Gründeman (1985) heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid een overzicht gemaakt van onderzoekpublicaties over somatische gezondheidszorg van migranten<sup>6</sup>. Hieruit blijkt dat de meeste studies berusten op indrukken van artsen en minder op getalsmatige gegevens. Dit laatste geldt vooral voor de intramurale zorg. Over verpleeghuizen waren zelfs helemaal geen publicaties bekend. Daarom wordt in deze paragraaf eerst aandacht geschonken aan de gegevens uit het onderzoek van huisartsen met migranten en vervolgens aan ervaringen uit de ziekenhuispraktijk.

Belleman vermeldt dat migranten vaker dan Nederlanders de huisarts bezoeken<sup>7</sup>. Hij berekende dat in een (hypothetische) praktijk van 2.500 patiënten het aantal contacten arts-patiënt jaarlijks met 1.000 hoger zou worden, indien 50% van die patiënten buitenlander zou zijn. Het klachtenpatroon der migranten is dan ook aantoonbaar anders en wordt vooral gekenmerkt door moeilijk te diagnostiseren klachten als hoofdpijn, duizeligheid, rugpijn en (bij vrouwen) buik- en onderbuikklachten<sup>8,9</sup>. Bijna alle ondervraagde

artsen zagen de meeste klachten als psychosomatisch. Bij deze klachten stuit de hulpverlening echter vaak op problemen in het contact met de patiënt<sup>10 11</sup>. Het typeert de patiënt uit het mediterrane gebied dat hij ook zijn vage klachten uitsluitend als somatisch presenteert<sup>12 13</sup>. Dat lichamelijk gevoelde pijnen psychisch veroorzaakt kunnen zijn, ligt buiten zijn bevattingssfeer<sup>14</sup>. Dit verschil in invalshoek is de oorzaak van veel spanning tussen arts en patiënt. Die spanning wordt in stand gehouden door de taalbarrière, die het opbouwen van vertrouwen bemoeilijkt en de afname van een goede anamnese belemmert. Hierdoor dreigt de professionele relatie tussen arts en migrant in een negatieve spiraal te geraken, wat zich in verschillende soms tegenstrijdig lijkende gevolgen kan uiten. Op de arts wordt druk uitgeoefend om de migrant meer medicijnen te verstrekken, bij voorkeur in de vorm van capsules en injecties, en hem naar de specialist door te verwijzen<sup>8 15 16</sup>. De klachten worden daartoe als ernstiger voorgesteld en ook wel luider en met meer gebaren gepresenteerd, hetgeen de arts als theatraal ervaart. De huisarts reageert hierop door inderdaad aan Marokkaanse en Turkse patiënten vaker medicijnen voor te schrijven en ze eerder door te verwijzen dan Nederlandse en Surinaamse patiënten<sup>8</sup>. Doorverwijzing beantwoordt ook aan de behoefte in mediterrane landen aan een 'second opinion'<sup>17</sup>. Ook zijn er huisartsen die juist een meer afwachtende houding innemen. Een dergelijke voorzichtigheid kan door de migrant worden ervaren als twijfel, als ondeskundigheid of zelfs, in verband met de duur der behandeling, als geldklopperij<sup>18 19</sup>. Volgens Delawi zal de arts er de tijd voor moeten nemen serieus op de klachten van de patiënt in te gaan en uit te leggen waarom hij toch geen medicijnen voorschrijft<sup>17</sup>; wij hebben echter al gezien dat dit door de taalbarrière en het verschil in ziektebeleving een moeilijk uitvoerbare opdracht is.

Hoe wordt er in algemene ziekenhuizen met dit soort problemen omgegaan? Zoals vermeld is het aantal publikaties zeer beperkt en zijn er nauwelijks kwantitatieve gegevens beschikbaar. Verspaandonk heeft de communicatieproblemen bij de opname van kinderen van migranten, bij het afnemen van de anamnese en het uitleggen van aard en resultaat van het medisch onderzoek beschreven<sup>20</sup>. Van sommige vormen van medische behandeling, waarin instructies nauwkeurig moeten worden opgevolgd, zou zelfs

worden afgezien omdat ze een grote mate van taalbeheersing vereisen. Soms worden tolken ingeschakeld; op cruciale momenten als bij de opname zelf, bij verandering in ziekteverloop of -behandeling en bij ontslag voldoet dit ten aanzien van de medisch-technische aspecten. Door de aanwezigheid van een tolk wordt de relatie soms echter als minder vertrouwelijk ervaren. De gevoelsmatige kanten kunnen moeilijk door een tolk worden overgedragen. Bedeaux en Van der Zijde spreken in dit verband ook van spanningen tussen patiënt en tolk, die lang niet altijd voldoende tijd heeft (of neemt) om alles rustig uit te leggen. Is dit omdat hij zich uit hoofde van zijn beroep tot een technisch correcte vertaling moet beperken of omdat hij wellicht zo de ook door hem gevoelde 'spanning' tussen hulpverlener en patiënt probeert te omzeilen?

#### CULTUREEL BEPAALDE PROBLEMEN

In zijn proefschrift uit 1979 over de gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders bepleit Dedeoglu bekendheid met de gezondheidsinstellingen en -opvattingen in het land van herkomst<sup>22</sup>. In interviews geven buitenlanders aan dat ze graag willen worden behandeld overeenkomstig de aan de islamitische religie en cultuur verbonden regels en tradities<sup>23</sup>. Zoals bekend is in die cultuur de scheiding tussen mannen en vrouwen heel belangrijk. De man onderhoudt de contacten met de buitenwereld en is het hoofd van het gezin, de vrouw is verantwoordelijk voor de verzorging en opvoeding van de kinderen; binnenshuis werkzaam, wordt zij vaak actief van de buitenwereld afgeschermd. Hiermee samenhangend ligt het lichamelijk onderzoek van migrantenvrouwen vaak in een taboesfeer. Dit is goed merkbaar als kinderen van zo'n vrouw vanwege hun betere beheersing der Nederlandse taal bij de (vrouwen)arts als tolk moeten fungeren. Ook komt het voor, dat migrantenvrouwen niet willen worden gewassen door mannelijke verpleegkundigen<sup>24</sup>. Een ander centraal aspect van de islamitische cultuur is het waardensysteem van eer en schande<sup>14</sup>. In het algemeen verschafte gedrag dat past binnen de bestaande normen van de samenleving, eer en brengt elke afwijking hiervan schaamte en schande met zich mee. Meer nog dan in de westerse landen is verwerving van eer en schande in het mediterrane cultuurpatroon gekoppeld aan de relatie tussen individu en groep. Het op de groep

gerichte denken bepaalt de intermenselijke betrekkingen. Men houdt rekening met de mensen uit de 'ingroup', of het in een bepaald geval nu alleen de broers of de bredere familiekring betreft, de burens of de vrienden. Met de 'outgroup' – omdat de persoon er niet 'bij hoort' – houdt men geen rekening. Volgens Shadid & van Koningsveld zijn migranten vanwege deze door de cultuur bepaalde groepsband er niet aan gewend met een buitenstaander als de hulpverlener over de eigen moeilijkheden te praten<sup>14</sup>. De negatieve ervaringen van bijvoorbeeld werkloosheid kan een allochtoon gezinshoofd niet bespreken, omdat deze situatie zijn positie in de groep als gezagsdrager aantast en daarom als schande wordt ervaren. De rol van patiënt biedt hem echter de mogelijkheid zijn werkloosheid te rechtvaardigen. De teruggang in bestaansverwachtingen waarmee de migranten door de verminderde economische ontwikkelingen te maken hebben, leidt bij hen tot extra statusverlies. Op dit falen tegenover de familie en op de kritiek van naaste bekenden wordt daarom juist door de mediterrane patiënt met een (psycho)somatisch klachtenpatroon gereageerd<sup>12 13</sup>.

Deze en andere fundamentele culturele verschillen leiden vaak tot een verschil in verwachtingspatroon tussen de Nederlandse arts en zijn mediterrane patiënt. Ook bij de zogenoemde psychosomatische klachten verwachten deze patiënten een snelle somatische oplossing, terwijl de hulpverlener de noodzaak ziet voor een aanpak van de bredere problematiek. De daartoe noodzakelijke vertrouwensrelatie wordt door de hulpverlener ervaren als één van overleg en van gedeelde verantwoordelijkheid, dus van gelijkwaardigheid, terwijl de migranten verwachten dat de hulpverlener autoritair en directief is<sup>19 25</sup>. Is hij dat niet, dan kan dat door de migrant worden opgevat als gebrek aan belangstelling of als een teken van incompetentie. Migrantenvrouwen zijn niet zelden van mening dat de moderne westerse gezondheidszorg wonderen kan verrichten; als die dan uitblijven kunnen zij zich bekocht voelen. In eigen land, waar het instituut 'huisarts' onbekend is<sup>26</sup>, zouden zij het in zo'n situatie vanzelfsprekend vinden tegen betaling een tweede arts (specialist) te raadplegen. In Nederland, met het voor hen ondoorzichtige dubbelstelsel van ziekteverzekering en doorverwijzing, gaat dat niet zomaar. Het vaak als theatraal ervaren gedrag van Turken en Marokkanen op

het spreekuur kan door hun machteloosheid worden verklaard.

Omgekeerd is ook de kennis bij de buitenlandse patiënt over de 'cultuur' en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland vrij beperkt. De manier waarop migranten met ziekenbezoek omgaan, omdat zij niet gewend zouden zijn aan de hier gebruikelijke beperkingen, zou nog wel eens irritatie en problemen in ziekenhuizen opleveren<sup>21</sup>. Op dergelijke momenten kunnen hulpverleners door de migrant worden beschouwd als vertegenwoordigers van een vijandige samenleving, als verlengstuk van een maatschappij die onvoldoende rekening houdt met de belangen van migranten; hierdoor kan het gebeuren dat de migrant geen optimaal gebruik maakt van de mogelijkheden die de Nederlandse gezondheidszorg hem biedt<sup>23</sup>.

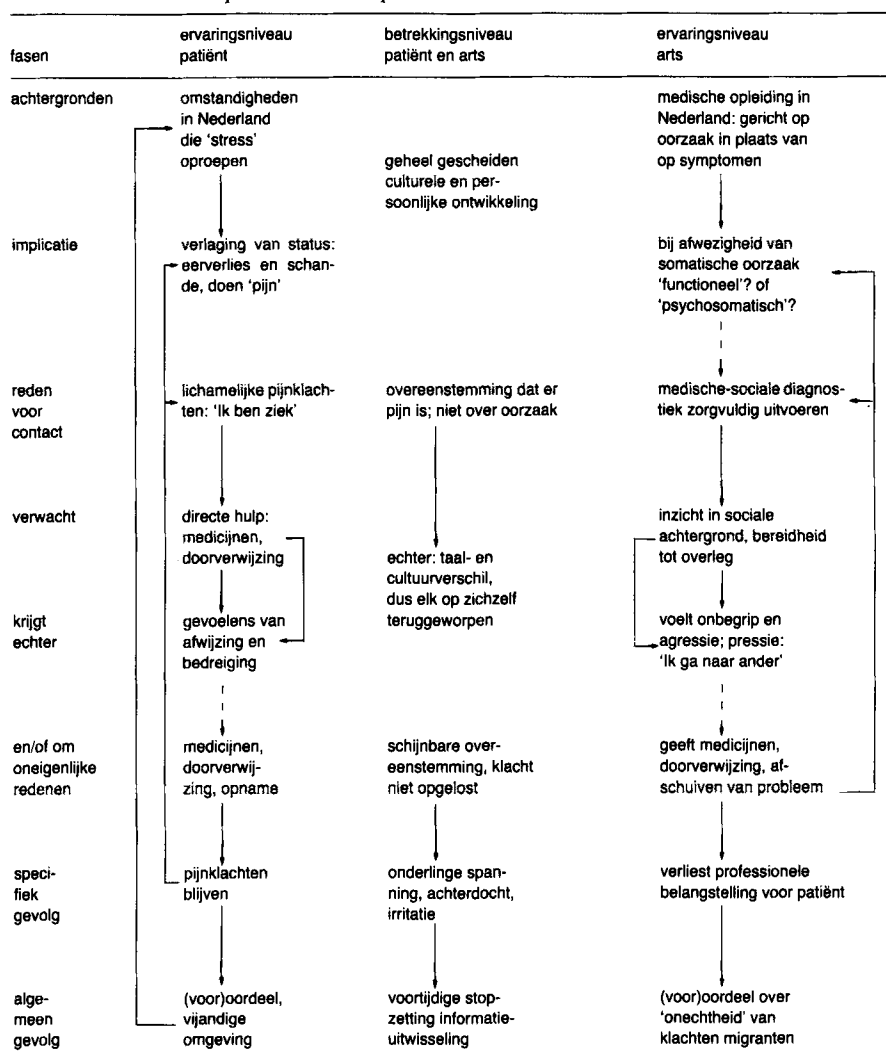
Behalve aan de geschatte knelpunten in de directe contacten van de migrant met de (huis)arts of het ziekenhuis wordt in de literatuur ook aandacht geschonken aan barrières in de uitwisseling van informatie tussen de hulpverleners onderling<sup>27</sup>. Deze barrières behoeven niet specifiek te gelden voor de behandeling van migranten. Wel is het zo dat de buitenlandse patiënt hierdoor nog sterker wordt benadeeld. Door de strakke scheiding tussen eerste- en tweedelijns hulp en de weer aparte RIAGG-structuur zou de buitenlandse patiënt na verwijzing telkens opnieuw de bijzondere positie van zichzelf en de leden van zijn gezin duidelijk moeten maken<sup>28</sup>. We weten inmiddels al hoe ontzettend veel moeite dit juist de migrant kost. Op grond van al haar observaties spreekt Schuring over grote verschillen in effectieve communicatie tussen afdelingen en verpleegkundigen onderling<sup>29</sup>, in het bijzonder ten aanzien van islamitische patiënten. Resultaten van kwantitatief onderzoek hebben wij in de literatuur niet aangetroffen.

#### THEORETISCH MODEL

Zoals de hier besproken literatuur laat zien, beschikken wij thans over vele soorten gegevens en indrukken inzake mediterrane patiënten binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Wij hebben geprobeerd al deze losse informatie in een *schema* of 'model' samen te vatten.

Meer in het bijzonder is het de bedoeling de *psychologische processen* zichtbaar te maken die in de opvang van de mediterrane patiënt een rol spelen, zowel bij de patiënt en de arts afzonderlijk alsook in hun wederzijdse contact. De te onder-

Schema. Communicatieprocessen tussen patiënt en arts.



scheiden fasen, van belang voor het contact tussen (buitenlandse) patiënt en arts, zijn verticaal vermeld; horizontaal wordt telkens de daarbij behorende concrete ervaring van patiënt en arts vergeleken. Daartussen worden in de kolom 'betrekkingsniveau' de mogelijkheden tot en de aard van de communicatie tussen beiden aangestipt.

Voor een goed begrip van het schema is het van belang erop te wijzen dat voor vele migranten de begrippen 'conversie', 'functionele klachten' en 'psychosomatisch' niet bestaan. In hun beleving is er dus geen verband tussen de ervaren omstandigheden en het verlies aan status en de ontstane lichamelijke klachten. Dit is in het schema aangegeven door het ontbreken van een gesloten pijl tussen de desbetreffende componenten van het schema. Voor de Nederlandse arts zijn die relaties zeer wel voorstelbaar; zijn medische verrichtingen worden daarom mede door deze mogelijkheden bepaald.

Zowel aan de kant van de patiënt als aan die van de arts dreigen de beschreven processen uit te monden in een negatieve spiraal. Bij de patiënt gebeurt dit wanneer het gevoel van te worden afgewezen wordt omgezet in een schandebeleving. Net als in het eerder beschreven voorbeeld van werkloosheid kan deze dreiging van gezichtsverlies worden opgevangen door de ernst van de lichamelijke klachten nog sterker te benadrukken. De afgedwongen somatische behandeling bevestigt vervolgens de (somatische) ziekte van de patiënt. De spiraal zet zich voort als de 'behandeling' geen resultaat oplevert. De medicijnen en de doorverwijzing hadden immers geen medisch-technische, maar slechts een bezwerende functie. De overeenstemming tussen arts en patiënt over deze behandeling is maar schijn! De patiënt voelt zich niet echt geholpen. Hierdoor kan het vertrouwen van migranten in de Nederlandse artsen en de Nederlandse samenleving in het algemeen worden geschaad. Veel



Turkse migranten zouden tijdens hun vakantie in Turkije een arts consulteren over hun ervaringen met de Nederlandse gezondheidszorg en hem de in Nederland voorgeschreven medicijnen 'ter keuring' voorleggen<sup>26</sup>.

Ook bij de Nederlandse arts kan vroegtijdige doorverwijzing worden ingegeven door de dreiging van gezichtsverlies. Een juiste aanpak van vage klachten is bij Nederlandse patiënten al heel lastig<sup>30</sup>. Op het terrein van de psychosomatiek is de kans op een verkeerde diagnose vrij groot. Mogelijk eigen falen wordt door doorverwijzing voorkomen of althans minder zichtbaar gemaakt. Een medisch niet goed verantwoorde of slecht begeleide doorverwijzing kan er vervolgens toe leiden dat dezelfde soort stoornissen zich in de communicatie met een andere arts of hulpverlener herhaalt. Vooroordelen die bij de ene arts ontstaan kunnen zo vervolgens door de andere arts worden 'herkend' en in hun onderlinge contact worden bevestigd.

#### AANBEVELINGEN

In het gepresenteerde theoretische schema worden de mogelijke knelpunten in het contact tussen arts en patiënt zichtbaar gemaakt. Diverse auteurs (bijvoorbeeld Dedeoglu<sup>22</sup>, Delawi<sup>17</sup>, Orücü<sup>10</sup>, Van de Meer<sup>19</sup>) blijven erop hameren dat juist in het contact met migranten een goede patiënt-artsrelatie van groot belang is voor effectieve hulpverlening. Die relatie kan worden bevorderd als de arts zich door zijn patiënt laat informeren over zijn persoonlijke omstandigheden en die van zijn familie. De hulpverlener behoort daarbij te beseffen dat sommige gedragingen van migranten, bijvoorbeeld een theatrale presentatie van klachten, het gevolg zijn van de communicatieproblemen door de grote verschillen in taal en cultuur. Daarmee wordt voorkomen dat dergelijk gedrag als een (niet zo aantrekkelijk) kenmerk aan de gehele groep van migranten wordt toegeschreven. Zo niet, dan dreigt deze hulpverlener deze patiënten zodanig bevooroordeeld tegemoet te treden dat zij zich op hun beurt overeenkomstig het uitgelokte stereotiepe gedrag gaan gedragen<sup>31</sup>.

Nu het overall is doorgedrongen dat het verblijf van de Turken en Marokkanen in ons land een permanent karakter heeft gekregen, stelt ook de overheid dat alle instellingen op het gebied van de gezondheidszorg voor deze buitenlanders toegankelijk dienen te zijn. Dit houdt in dat bij behandeling en voorlichting rekening

moet worden gehouden met hun cultuur en religie<sup>32</sup>. Zo heeft men bijvoorbeeld in sommige ziekenhuizen buitenlandse koks aangesteld in verband met de islamitische voorschriften op het gebied van voeding<sup>33</sup>. Ook streeft men op verschillende plaatsen naar een grotere flexibiliteit bij de werkers in de gezondheidszorg om in onderling overleg zelf de opvang van migranten te verbeteren. Fernandez beschrijft de ervaringen van een samenwerkingverband tussen huisarts en specialist, maatschappelijk werker en patiënt om voor een beperkte buitenlandse doelgroep een goede eerstelijnsgezondheidszorg te ontwikkelen<sup>34</sup>. Zeer bijzonder was het initiatief van een groep hulp- en dienstverleners in Amersfoort om een studiereis naar Turkije te maken, juist naar die gebieden waar hun cliënten vandaan komen<sup>26</sup>. Een andere tendens is, in multidisciplinaire teams een aparte deskundige, 'de consulents-arts', als een soort katalysator van het communicatieproces in het team op te nemen, zoals in het Academisch Ziekenhuis Utrecht<sup>17</sup>. Doordat de consulents-arts medische deskundigheid en kennis van de culturele achtergrond der minderheden in zich verenigt, wordt een voor 'beide partijen' geloofwaardige bijdrage aan de oplossing van communicatieproblemen geboden<sup>35</sup>. Hoewel dit op het eerste gezicht een kostbare aanslag op de financiële mogelijkheden van een ziekenhuis lijkt, is het toch een realistische investering, zeker als zo'n functionaris actief betrokken wordt bij de nascholing, 'on the job', van medisch, verpleegkundig en administratief ziekenhuispersoneel en van huisartsen en andere werkers in de gezondheidszorg in de betrokken regio<sup>36</sup>. □

*Volgende week: Ervaringen van mediterrane patiënten en artsen in de regio Schiedam.*

#### Literatuur

1. Dösen A. Het gastarbeiderssyndroom. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1983; nr 38.
2. Mak G, Schrammeyer F. Migrant en geestelijke gezondheidszorg: een literatuurstudie. 2e druk. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, 1983 (nr 55).
3. Dijk R van, Schoenmakers J. Migrantencultuur en psychische stoornissen. Psychologie en Maatschappij 1983; 24: 349-75.
4. Hof R van 't. Zieke buitenlanders. Medisch Contact 1984; 39: 1351-2.
5. Orücü H. Gesomatiseerde klachten bij Turkse werknemers. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam, 1979.
6. Gründeman RWM. Migrant, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde-TNO, 1985.
7. Bellemen S. De contactfrequentie van allochtone patiënten. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 48-50.
8. Slegt AC, Kessel HA van. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 289-93.
9. Boutar-Boxelaar M, Burgers M. Marokkanen en Turken

en de Nederlandse gezondheidszorg. Rapport Instituut Culturele Antropologie Rijksuniversiteit Utrecht, 1982.

10. Orücü H. Psychosociale hulpverlening aan Turkse cliënten in Nederland. Amsterdam: Averroes, 1982.
11. Kabela M, Meer Ph van der. Ziek of niet ziek bij Marokkanen. Muiderberg: Coutinho, 1983.
12. Jongemans D. Het denken over gezondheid en ziekte in Noord-Afrika. Tijdschrift Sociale Geneeskunde 1978; 56: 805-7.
13. Mol M de. Marokkaanse ziekten tegenover Europese artsen. Streven 1977; nr 30.
14. Shadid WAR, Koningsveld PS van. Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1983.
15. Venneman W. Ervaringen van een Amsterdamse huisarts. In: Hoolboom H (red). Gezondheidszorg en buitenlandse werknemers, Turken en Marokkanen. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1980, 123-36.
16. Wolters I. Marokkanen en geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 725-7.
17. Delawi I. Alleen God weet wanneer je dood gaat. Interview Utrechts Universiteitsblad 29 november 1985.
18. Paes A. Gastarbeiders en hun huisartsen. Rapport Instituut Huisartseneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht, 1974.
19. Meer Ph van der. Omgaan met Marokkanen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
20. Verspaandonk H. Het buitenlandse kind in het Nederlandse ziekenhuis: een onderzoek naar communicatiestoornissen. Bunnik: Bureau Voorlichting Buitenlanders, 1982.
21. Bedeaux T, Zijde G van der. Psychosociale hulpverlening aan Turken en Marokkanen. Rapport Instituut voor Sociale Psychologie Rijksuniversiteit Utrecht, 1980.
22. Dedeoglu N. Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders. Academisch Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1979. (In vertaling bij Stichting Nederlands Centrum Buitenlanders, Utrecht.)
23. Visser J. Buitenlanders praten over gezondheidszorg. De Eerste Lijn 1983; nr 10.
24. Dingeleek-Lettinga J. Ik ben geopereerd maar weet niet waarvoor. Motief 1980; 32-3.
25. Pluk P, Wojciechowski W. Vergelijkende en interculturele psychotherapie. De Psycholoog 1984; 19: 323-5.
26. Es A van. Gezondheidszorg in Turkije: verslag van een studiereis. Hilversum: Stichting Buitenlandse Werknemers, 1986.
27. Dijk R van. Allochtone patiënten in huisartspraktijk in Bos en Lommer. Amsterdam, 1985.
28. Tuinstra F. Falende hulpverlening. Intermediair 1986; nr 47.
29. Schuring C. Communicatie met buitenlandse patiënten: het gebruik van hulpmiddelen. Rapport Vakgroep Sociale Psychologie Rijksuniversiteit Utrecht, 1985.
30. Es JC van. De patiënt met vage klachten. Kompas voor de Huisarts 1981; C58/1-13.
31. Wolters I. Hoe vreemd is de zielige Marokkaan? Intermediair 1986; nr 43.
32. Roscam-Abbing. In: Gezondheidszorg voor etnische minderheden. Trefpunt 1983; nr 3.
33. Kagie R. Buitenlanders in onze ziekenhuizen. Onze Wereld 1982; nr 12, 16-27.
34. Fernandez R. Psychosociale hulpverlening aan buitenlanders. De Eerste Lijn 1983; nr 10.
35. Barendregt S, Delawi I, Schreuder-Hoekstra, J. Een consulents-arts voor buitenlandse patiënten. Medisch Contact 1985; 40: 899-900.
36. Riemersma, Gijtenbeek. Opleidingen in de gezondheidszorg en minderheden; interimrapportage 1: inventarisatie van initiatieven Amsterdam: SCO, 1984.

Dubbelboer J. Patiëntenvoorlichting: visie, praktijk en beleid. Medisch Contact 1985; 40: 1307-9.

Eppink A. Cultuurverschillen en communicatie. Alphen a/d Rijn: Samson, 1981.

Six M, Orücü H, Botros A. Migratie en geestelijke gezondheid. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1981; 36: 645-55.

Verhaak P. Het waarnemen van psychosociale problematiek. Gezondheid en Samenleving 1984; nr 4.



# Psychologische variabelen van insulineconsumptie

## Geschiedenis van een diabetespatiënte

De geschiedenis in dit artikel illustreert twee betrekkelijk recente en met elkaar samenhangende inzichten met betrekking tot de zorg voor en de begeleiding van diabetespatiënten.

Het eerste inzicht is dat *patiënteneducatie* een gunstig effect op de diabetes kan hebben. Daarom wordt tegenwoordig bij de begeleiding van de patiënteneducatie de nadruk gelegd op het zoveel mogelijk zelfstandig maken van de patiënt. Dit gebeurt door veel aandacht te schenken aan voorlichting en het stimuleren van zelfcontrole en -regulatie. Door middel van factoren als dieet, insulinedosering en lichaamsbeweging krijgt de patiënt de mogelijkheid zelf invloed te hebben op de eigen bloedsuikerregulatie. Gebleken is dat dit gunstige effecten kan hebben, zoals een verbetering van de diabetes, tot uiting komend in een daling van de bloedsuikerspiegel en een vermindering van de glucosurie<sup>1</sup>, en verbetering van de bloedsuikerregulatie en het psychologisch welbevinden van de patiënt<sup>2</sup>.

Het tweede inzicht is dat *psychosociale factoren* van invloed zijn op de bloedsuikerregulatie en de controle van diabetes. Zo is er een relatie gevonden tussen bepaalde psychofysiologische en gedragspsychologische variabelen (onder andere 'locus of controle', kennis omtrent diabetes en attitude ten opzichte van de ziekte) en de bloedsuikerinstelling<sup>3</sup>. De mate waarin de levensomstandigheden als stressvol worden ervaren beïnvloedt de bloedsuikerinstelling en de diabetescontrole in ongunstige zin<sup>3-6</sup>. Van mogelijk belang voor de gevoeligheid voor infecties is dat de ervaring van stress bij diabetespatiënten is geassocieerd met een vermindering van de immuunfunctie (vermindering van de T-celactiviteit en immunoglobulinespiegels) en de migratie van granulocyten (chemotaxis)<sup>7</sup>.

Wanneer wij ervan uitgaan dat de mate waarin ervaringen (subjectief) als stress worden beleefd de bloedsuikerregulatie beïnvloedt, dan is de patiënt zelf de enige die daar inzicht in kan hebben. Dit inzicht kan worden bevorderd doordat de patiënt zijn of haar bloedsuikerwaarden onder ogen krijgt. (Dit zou overigens een verklaring kunnen zijn voor het succes van de zelfcontrole.) Daarom hebben wij ons afgevraagd of een korter of langer durende begeleiding van diabetespa-

E. van 't Hull  
en M. J. de Vries

*Drie jaar lang werd een patiënte met insuline-afhankelijke diabetes mellitus begeleid bij zelfcontrole en zelfregulatie van haar bloedsuikerinstelling. In die tijd werd een wisselwerking zichtbaar tussen de attitude van de patiënte tegenover levensgebeurtenissen en het ziekteproces en fysiologische parameters, zoals de bloedsuikerinstelling en het insulinegebruik. Het leerproces resulteerde in een subjectieve verbetering van de kwaliteit van het leven en een betere bloedsuikerinstelling, vergezeld van een aanzienlijke daling van de insulineconsumptie. Een bericht uit de afdeling Algemene Ziekteleer, PA II, van de Erasmus Universiteit Rotterdam, van Mw. E. van 't Hull, laboratoriumassistent A, en Prof. Dr. M. J. de Vries, patholoog-anatoom.*

tiënten gericht op het vergroten van de autonomie (interne 'locus of control') en het vermogen het hoofd te bieden aan stressvolle levensomstandigheden ('coping ability'), de thans gangbare behandeling op een vruchtbare wijze kan aanvullen. Het aantal studies over de effecten van een dergelijke interventie is zeer klein; deze onderzoeken hebben bovendien alleen betrekking op de invloed van biofeedbacktraining en ontspanningsprogramma's<sup>8-10</sup>.

Het laatste is voor ons aanleiding geweest om een onderzoek te starten waarbij is gekozen voor een individuele begeleiding van patiënten met diabetes mellitus in de vorm van gesprekken. De rol van de patiënt is hierbij die van *medeonderzoeker*: hij registreert en rapporteert de uitkomsten bij de zelfcontrole van bloedsuikers en insulinegebruik en de psychologische problematiek die hij heeft ervaren gedurende de aan het gesprek voorafgaande observatieperiode. Tijdens het gesprek wordt aandacht besteed aan de mogelijke relevantie en de

consequenties van de bevindingen voor de bloedsuikerinstelling zowel als voor de algemene levenssituatie van de patiënt. Gezamenlijk wordt besproken hoe deze nieuwe inzichten in het dagelijks leven kunnen worden geëffectueerd.

In feite is er dus sprake van een *leerproces*. Om dit proces te illustreren, zullen wij hier de geschiedenis van één patiënt, die door ons gedurende drie jaar werd begeleid, wat uitvoeriger bespreken.

### INTRODUCTIE PATIËNTE

Mw. B zocht in het najaar van 1982 contact met ons instituut. Zij werd geboren op 9 maart 1949 en heeft sinds 1970 diabetes mellitus. Dit werd drie maanden na haar huwelijk gediagnosticeerd. Uit dit huwelijk heeft zij twee zonen. Aanvankelijk was zij gedurende het eerste jaar ingesteld op 20 eenheden insuline per dag. Voordat zij in 1982 overging op de insuline-infusiepomp, was haar insulinegebruik opgelopen tot 68 IE, verdeeld over 5 injecties per dag. Haar bloedsuikerwaarden lagen in deze periode rond de 20 mmol/l, met als laagste waarde 15 mmol/l.

Op het moment van het eerste gesprek gebruikte zij sinds twee maanden de insulinepomp en gaf zij aan dat zij zich beter voelde. Zij gebruikte iets minder insuline, ongeveer 50 IE per dag en haar bloedsuikers waren wat lager, tussen de 11 en 20 mmol/l. Zij had geen diabetische complicaties.

Zij werkte hele dagen in haar eigen schoonheidssalon en zij leefde op dat moment gescheiden van haar man, samen met haar twee kinderen. Haar bedrijf verkeerde ondanks goede klandizie in financiële moeilijkheden.

### PATIËNTE OVER HAAR DIABETES

De aanleiding voor patiënte om contact met ons te zoeken was *dat bij haar de indruk was ontstaan dat zij invloed had op de hoogte van haar bloedsuikers*. Zij verbond daaraan de volgende conclusie: 'Als ik het dan allemaal zelf doe, dan kan ik ze ook weer omlaag krijgen. Ik weet alleen nog niet hoe'.

Ze vertelde dat haar in de loop van de jaren dingen waren opgevallen die bij haar vragen opriepen ten aanzien van

haar eigen rol in het ziekteproces. Bijvoorbeeld: telkens als zij in een *conflict* was verwickeld, bleken haar bloedsuikers op te lopen. Soms zoveel dat een ziekenhuisopname noodzakelijk was. Als andere oorzaken van hoge bloedsuikers noemde zij het *'wegeten' van problemen* door het eten van chocoladerepen of ander voedsel dat van de dieetlijst was geschrapt. Ook had zij ontdekt dat *piekeren* gepaard ging met hoge bloedsuikerwaarden. Ze had de stellige overtuiging dat *angst en kwaadheid* haar bloedsuikerwaarden verhoogden. Zij zei daarvan: 'Diabetes heeft met angst te maken en vechten voor jezelf, onvrede en destructief omgaan met jezelf'. Tot nu toe kon zij echter niets met deze inzichten beginnen.

#### PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK

Het eerste gesprek werd bepaald door een nauwelijks te remmen stortvloed van informatie. Zij praatte energiek, zonder te pauzeren en nogal chaotisch. Zij legde daarbij veel nadruk op de vele grotere en kleinere conflicten in haar leven. Uit het gesprek werd duidelijk dat zij veel belang hechtte aan haar onafhankelijkheid en dat zij op zoek was naar een manier van omgaan met haar diabetes die haar leven zou veraangename.

Zij had moeite om aan haar financiële verplichtingen te voldoen. Daarnaast was zij verwickeld in een echtscheidingsprocedure en had zij alléén de zorg voor haar twee kinderen. Desondanks werkte zij ook nog voor enkele avonden per week als vrijwilligster bij de telefonische hulpdienst. Veel waardering voor haar medemensen, haar eigen familie en haar schoonfamilie inbegrepen, had zij niet. De meeste mensen verweet zij oneerlijkheid en gebrek aan saamhorigheid. Op de vraag waarom zij bij haar man was weggegaan antwoordde zij: 'Zolang hij nog voer, ging het nog wel. Maar toen hij aan de wal kwam raakte ik mijn vrijheid kwijt.' Haar drang naar onafhankelijkheid had haar ook doen besluiten afstand te doen van het recht op alimentatie voor haar kinderen en haar deel van het gemeenschappelijk bezit, zoals hun huis. In het kader van haar onafhankelijkheid zag zij de diabetes als iets dat ze nog niet in de hand had, ondanks het feit dat de bloedsuikerinstelling met de insuline-infusiepomp nauwkeuriger kon worden bijgesteld. Haar behoefte haar bloedsuikers zelf te reguleren werd niet ingegeven door de gedachte eventuele complicaties te voorkomen: dat was secundair; pri-

mair was haar ervaring dat leven met diabetes lastig was en haar plannen kon dwarsbomen, en dat moest veranderen.

#### LEERPROCES

Tijdens het eerste gesprek werd het ons duidelijk dat veel van haar aandacht en energie gingen zitten in het oplossen van conflicten. De strategie die zij daarbij gebruikte was die van het *vechten tegen* de problemen rond haar financiën, haar werk, haar echtgenoot en de diabetes. Wij stelden haar de vraag hoe het voor haar zou zijn als zij niet zoveel energie hoefde te steken in al die problemen. 'Ja', zei ze, 'dat zou net zoiets zijn als vakantie hebben. Als ik vakantie heb, maar dat heb ik nooit, dan heb ik maar weinig insuline nodig en kan ik zoveel eten als ik wil.' Hiermee droeg zij zelf een oplossing aan voor haar problemen. Vakantie hebben betekende voor haar de vrijheid om te doen waar zij behoefte aan had. We hebben verder uitgewerkt hoe ze daarmee in haar dagelijks leven kon experimenteren. Vol humor en enthousiasme maakte zij plannen voor de komende dagen.

Teneinde te onderzoeken of de psychosociale problemen van Mw. B van invloed waren op haar lang niet ideale bloedsuikerinstelling, werd met haar afgesproken dat zij wat regelmatigere bloedsuikermetingen zou doen en om verband te kunnen leggen tussen meting en haar subjectieve belevingen, meet- en ervaringsgegevens te verzamelen in een dagboek.

De *eerste periode* van het leerproces stond vooral in het teken van het bewustworden van hoe haar manier van leven in verband stond met de ernst van haar diabetes. De ochtend na het eerste gesprek belde zij op om te vertellen dat haar bloedsuikers gedurende de nacht zo waren gedaald dat zij 's morgens een hypoglycémie had. Ook de dagen daarna had zij veel hinder van lage bloedsuikerwaarden, zodat ze geleidelijk aan wat insuline minderde. Ze ontdekte de paradox dat, waar zij dacht controle te hebben over haar diabetes, de ziekte controle had over haar leven, doordat de leefregels rond diabetes een zelfstandige rol waren gaan spelen. Ook ontdekte ze dat er bloedsuikerstijgingen waren op momenten dat zij een gesprek voerde met iemand die bedreigend voor haar is, zoals een belastingambtenaar. Ze nam waar dat die bloedsuikerstijgingen incidenteel waren, wanneer zij in staat was na afloop

van zo'n gesprek haar gedachten te verplaatsen of uiting te geven aan haar gevoelens van angst. Na een gesprek met een goede vriendin vertelde ze daarover: 'Er bovenuit stijgen dat helpt, wanneer ik er met iemand over praat die heel vertrouwd is, bij wie ik mag zijn wie ik ben. Ik begon met een bloedsuiker van 17,8 mmol/l en binnen een half uur zat ik met mijn bloedsuiker op 6,2 mmol/l.' Besteedde zij geen aandacht aan haar gevoelens, bijvoorbeeld omdat zij zich daarvan op het moment niet bewust was, dan bleven haar bloedsuikers hoog en was er meer insuline nodig om een verdere stijging te voorkomen. Zij noemde dit 'van koers' zijn. Zij beschreef haar ervaring als volgt: 'Ik hou mijzelf gevangen, dan lijkt het net alsof ik in een tunnel zit, waarin ik mij niet kan omdraaien. Het gaat vaak gepaard met agressie, niet tegen een ander maar tegen mijzelf. Dan kan ik mijzelf wel wat aan doen'.

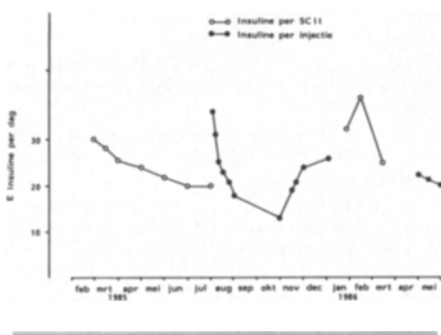
Deze laatste uitspraak markeerde een wending in het proces. De verandering was, dat waar zij in het begin de ziekte zag als bedreiging van haar bestaan op fysiologisch niveau, ze nu ook haar ziekte beleefde als een bedreiging van haar existentie op psychologisch niveau. Haar veranderde houding bracht ook mee dat ze meer bereid was gehoor te geven aan de signalen van haar lichaam, zodat ze adequater ging inspelen op variaties in de bloedsuikerinstelling. Het zien dat haar persoonlijke instelling ook een positieve invloed kon hebben op de bloedsuikerhoogte en het insulinegebruik, stimuleerde haar om wat meer vrijheid voor haar zelf te nemen. Zo veranderde zij haar werktijden en stopte ze met het vrijwilligerswerk bij de telefonische hulpdienst.

Naarmate zij het ziek-zijn meer als deel van haar totale bestaan (dus niet alleen van haar lichaam) ging erkennen en haar gevoelens leerde te onderkennen, werden gemiddeld ook haar bloedsuikerwaarden lager. Waren haar bloedsuikerwaarden in de jaren hiervoor rond de 20 mmol/l, nu lagen de waarden in een gebied tussen de 4 en 11 mmol/l. Gedurende een jaar leek haar insulinebehoefte zich rond de 20 en 24 IE per dag te stabiliseren.

De belangrijkste daling van haar insulinegebruik vond plaats in deze eerste periode. *Figuur 1* geeft het insulinegebruik weer tot oktober 1984. In de maanden februari en maart was er een stijging van het insulinegebruik te zien. De eerste piek viel samen met financiële zorgen en een ernstige verkoudheid. De tweede

piek kwam overeen met de tijd waarin de officiële afronding van haar echtscheiding plaatsvond. Waarschijnlijk heeft het gebruik van de insuline-infusiepomp voor een belangrijk deel bijgedragen aan de verbetering van de metabole controle, maar de vraag is of dit resultaat ook had kunnen worden bereikt als zij haar houding ten opzichte van haar ziekte niet zou hebben veranderd.

*Figuur 1. Insulinegebruik van Mw. B in de periode januari 1983 tot oktober 1984.*



In de tweede periode, van oktober 1984 tot eind maart 1985, kwam zij in een ernstige levenscrisis terecht, met zowel medische als zakelijke en relationele aspecten. Ze leerde daar uit eigen kracht doorheen te komen.

Het begon met een ziekenhuisopname in verband met buikklasten. Tijdens de onderzoeksperiode werd zij geconfronteerd met de angst voor een maligniteit en een operatie. In de wachtperiode voor de operatie trok ze zich alleen terug in een boerderij. Vlak voor de operatie dook zij weer op en vertelde dat ze veel had nagedacht. Ze had besloten dat haar leven anders zou worden. Ze wilde minder werken en meer tijd gaan besteden aan haar privé-leven. Ze wilde ook niet meer met ziekte worden geconfronteerd en staakte daarom het meten van haar bloedsuikerwaarden. Tijdens ons gesprek ging ze zich voorstellingen maken over hoe haar leven er zou uitzien als ze gezond zou zijn. Ze ontdekte dat ze, of ze nu ziek of gezond was, werd geconfronteerd met een pijnlijke crisis in haar bestaan. Het werd haar duidelijk dat haar gedragspatroon, dat zo verweven is met diabetes, voor haar de functie heeft haar te beschermen tegen negatieve emoties, met name angst. Ze maakte vervolgens contact met de angst, die voor haar is verbonden met het loslaten van die identificatie: 'Ik ben ontzettend bang mijzelf te verliezen. Dan ben ik kwetsbaar en afhankelijk'. Ze voegde daaraan toe: 'Ik

denk ook gewoon, dat als ik echt eenmaal zover kom, als ik heel eigen ben aan mijzelf, dat ik afhankelijk en kwetsbaar ben, dat ik dan echt mijzelf ben.' Met deze uitspraak gaf zij aan in welke richting haar ontwikkeling zou gaan.

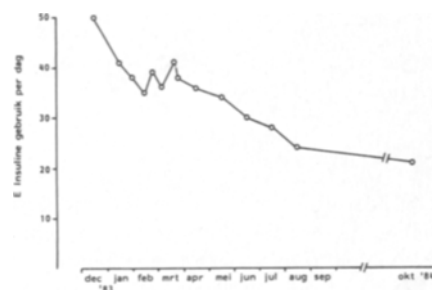
Er zijn wel gegevens over haar insulinegebruik, niet over de bloedsuikerwaarden in deze periode. Na de operatie stabiliseerde haar insulinebehoefte zich rond de 22 IE per dag. In de weken dat zij herstelde van de operatie (er werd slechts littekenweefsel gevonden, hetgeen verband hield met een vroeger doorgemaakte hysterectomie) was de financiële situatie van haar bedrijf dermate verslechterd dat zij de zaak in februari 1985 sloot. In diezelfde periode had zij een kortdurende relatie met een man. Vlak voor het afbreken daarvan werd zij opgenomen in verband met ontregeling en een acidose. Daarna besloot zij weer haar bloedsuikers te meten, maar enkele dagen nadat zij uit het ziekenhuis was ontslagen, kreeg zij griep, die werd gecompliceerd door een longontsteking, waardoor opnieuw een ziekenhuisopname nodig was. Zowel lichamelijk als geestelijk beleefde zij deze periode als een absoluut dieptepunt. Het was in veel opzichten een keerpunt in haar bestaan: plotseling was zij zonder werk, had alle tijd voor haar kinderen en leefde van een bijstandsuitkering. Haar oude adaptatiemechanismen waren niet meer adequaat.

Midden in deze crisis ontdekt zij wat voor haar 'eigen zijn aan zichzelf' betekent. Zij maakt een aantal keuzes ten aanzien van haar leefwijze, maar nu vanuit een ander perspectief. Zij onderneemt fysieke activiteiten: ze zwemt, wandelt en fietst, niet met het doel daarmee lagere bloedsuikers te krijgen, maar omdat zij merkt dat het haar goed doet. Zij gaat tekenen en schilderen; vooral haar tekeningen hebben veel zeggingskracht. Vanuit dit nieuwe perspectief gaat zij met voeding om en heeft veel plezier bij het koken. Tevens komt er ruimte in haar leven om meer aandacht te besteden aan relaties. Vooral de relatie met haar kinderen ervaart zij rijker en intensiever. Ook haar naaste familie zoekt zij voor het eerst sinds jaren weer op. Op een vraag wat dit alles betekent voor haar diabetes antwoordt zij: 'Het is waarschijnlijk een genezen van een diabetespatroon. Dat is het. Wel of geen insuline, dat maakt niets uit, maar het patroon raakt weg'.

Vrij abrupt daalden daarna haar bloedsuikerwaarden en zij kon haar insulinebehoefte, die in de voorafgaande periode

weer was toegenomen, wat verminderen (figuur 2). In augustus 1985 stapte zij van de pomp af en ging over op insuline-injecties. Dit is voor haar een positieve keuze; het op deze manier omgaan met insuline ziet zij als 'op eigen benen staan'. Ze had namelijk ontdekt dat de mogelijkheid van de pomp om tussentijds wat extra insuline af te geven haar de gelegenheid gaf haar verantwoordelijkheid te ontduiken: 'Vroeger sjoemelde ik op een andere manier en nu sjoemel ik met de pomp; hij wordt te pas en te onpas uit mijn tas gehaald om mijzelf dingen toe te staan, terwijl ik mij op die andere manier beter voel'. Zij start op aanraden van haar behandelend internist met 36 IE per dag. Dat is wat veel, omdat zij veel last heeft van te lage bloedsuikers. Die zijn regelmatig lager dan 3 mmol. Als die bloedsuikers zo laag zijn komt het 'oude patroon' weer te voorschijn in de vorm van het wegeten van de hypo's, niet met één boterham maar met vier boterhammen met suiker. Ze komt daar achter en gaat geleidelijk aan wat insuline minderen. Tussen begin augustus en november 1985 ging haar insulinegebruik omlaag van 36 IE, naar 14 IE (figuur 2).

*2. Insulinegebruik van Mw. B in de periode februari 1985 tot juni 1986.*



Enige tijd kon zij dit handhaven, maar plotseling stegen haar bloedsuikers weer en had zij meer insuline nodig. Het ging allemaal wat minder goed, ze dronk nogal veel alcohol en had veel wisselende relaties met mannen. Zij zag dit als een andere uiting van hetzelfde patroon. Later, toen zij terugkeek op de toename van haar insulinegebruik, gaf zij aan dat ze in de tijd dat ze 14 IE insuline gebruikte, plotseling bang werd: dit kon niet waar zijn. Daarna dreigde ze dermate te ontregelen dat zij in januari het besluit nam de pomp maar weer te gebruiken. In februari kreeg zij opnieuw griep, gevolgd door een longontsteking. Ze zei daarvan: 'Ik

geloofde niet meer in mijzelf, ik liet het maar gaan'. Ook deze keer vond zij de weg eruit, nu op eigen kracht. Juni 1986 is de pomp weer opgeborgen en spuit zij weer twee keer op een dag insuline, in het totaal ongeveer 18 IE per dag.

In maart 1986 werd de therapeutische relatie beëindigd. Zij heeft geleerd wat zij wilde leren en daarbij heeft haar ziekteproces een plaats gekregen in haar leven: het is van een vijand veranderd in een bondgenoot.

In het eindgesprek merkte zij het volgende op: 'Ik kan nu in relatie staan met de mensen om mij heen en natuurlijk zijn daar veel gevoelens omheen, maar het geeft niet meer van die pieken in mijn bloedsuikers. Dat zie ik toch als resultaat van dat keiharde werken. Daarin heb ik veel respect voor mijzelf. Ik heb het toch aangedurfd en ik ben bereid geweest om helemaal naar de bodem te gaan. Het was zwaar maar ik ben blij dat ik het gedaan heb.'

De vraag kan worden gesteld wat er is veranderd in vergelijking met de situatie van drie jaar terug. Wat het meest opvalt is de indruk van rust en ruimte die zij geeft. Ook het tempo waarin zij praat is veel lager. Haar humor heeft de wrange bijklank verloren. Als zij nu haar verhaal vertelt is dat heel samenhangend. Wanneer zij over haar medemensen praat zijn haar belangstelling en bewogenheid voelbaar. Zij heeft het over gewoon worden en ze laat zien dat gewoon zijn heel bijzonder is.

#### BESCHOUWING

Het leerproces dat wij in de inleiding hebben aangeduid betreft bij onze patiënte een bewustwording van haar eigen invloed op haar bloedsuikeringstelling en insulinegebruik, niet alleen door het al of niet naleven van de haar gegeven leefregels, maar ook door de manier waarop zij met haar emoties, stemmingen en spanningen omgaat. Op basis van deze inzichten heeft zij uiteindelijk belangrijke stappen genomen om haar leven anders en creatiever in te richten.

Dit nieuwe bewustzijn is zeker mede ontstaan uit de door haar zelf uitgevoerde controle op haar metabole instelling. Misschien is zij daarin exceptioneel, maar nu de mogelijkheid van zelfcontrole door diabetespatiënten steeds meer wordt aangegrepen, is het niet onredelijk te verwachten dat er een hulpvraag ontstaat bij een grotere groep patiënten. Het lijkt ons belangrijk te onderzoeken of,

wanneer zo'n situatie ontstaat en wordt onderkend door patiënt of begeleider, dit de mogelijkheid biedt de therapie op een vruchtbare wijze aan te vullen met het aanbieden van een leerproces als hier beschreven.

Behalve de besproken psychologische transformatie is er in onze casus sprake van een duidelijke daling van de insulineconsumptie met gemiddeld lager en stabielere, voor langere perioden te handhaven, bloedsuikerwaarden. Voor zover ons bekend, is dit in de literatuur nog niet eerder beschreven. Wij zijn geneigd – de betrokken patiënt doet dat zeker – om dit effect toe te schrijven aan het psychologisch ontwikkelingsproces dat Mw. B heeft doorgemaakt. Wat ons echter het meest frappeerde was de daling van haar insulinegebruik met iets meer dan de helft. Dit riep bij ons vele vragen op, vooral de vraag hoe dat fysiologisch valt te verklaren. Gezien haar gewicht, zo rond de 55 kilo, zou zij dagelijks ongeveer 40 IE nodig hebben<sup>11</sup>. Zij gebruikt ongeveer de helft van die hoeveelheid. Gebruikte zij voorheen te veel insuline en had dat te maken met haar aanvallig ontregelde bloedsuikerspiegels, of is er sprake van een afnemende resistentie tegen insuline? Of komt het doordat zij zich beter aan haar regime is gaan houden? Ook hebben we ons afgevraagd of de verklaring zou kunnen worden gevonden in een verhoogde endogene insulineproductie. Evenals bij het ontstaan van een metabole ontregeling, is hier waarschijnlijk sprake van een wisselwerking tussen verschillende van deze en misschien nog onbekende factoren. In de toekomst zullen deze vragen moeten

worden beantwoord door onderzoek met grote aantallen mensen. Wij zijn het eens met Peyrot en McMurry<sup>3</sup>, dat daarbij vooral dient te worden gekeken naar individuele verschillen ten aanzien van deze vele directe en indirecte invloeden, invloeden die niet los van elkaar kunnen worden gezien in hun effecten op de metabole instelling en het leven van de patiënt met diabetes mellitus. □

#### Literatuur

1. Ballegoie E, Reitsma WD, Sluyter WJ, Doorenbos H. De verbetering van de Diabetes Mellitus bij patiënten die zichzelf controleren en reguleren onder poliklinisch toezicht. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 44.
2. Dupuis A, Jones RL, Peterson ChM. Psychological effects of blood glucose self-monitoring in Diabetes patients. Psychosomatics 1980; 21: 581.
3. Peyrot M, McMurry JF. Psychosocial factors in diabetes control: Adjustment of insulin-treated adults. Psychosom Med 1985; 47: 542.
4. Barglow P, Hatcher R, Edidin DV, Sloan-Rossiter D. Stress and metabolic control in Diabetes: Psychosomatic evidence and evaluation of methods. Psychosom Med 1984; 46: 127.
5. Bradley C. Life events and the control of Diabetes Mellitus. J Psychosom Res 1979; 23: 159.
6. Jacobson AM, Rand LJ, Hauser ST. Psychological stress and glycemic control: A comparison of patients with and without proliferative diabetic retinopathy. Psychosom Med 1985; 47: 372.
7. Linn MW, Linn BS, Skyler JS, Jensen J. Stress and immune function in Diabetes Mellitus. Clin Immunol and Immunopathol 1983; 27: 223.
8. Fowler JE, Budzynski ThH, VandenBergh RL. Effects of an EMG biofeedback relaxation program on the control of Diabetes. Biofeedback And Self-regulation 1976; 1: 105.
9. Rose MJ, Firestone P, Heick HMC, Faught AK. The effects of anxiety management training on the control of juvenile diabetes mellitus. J Behav Med 1983; 6: 381.
10. Seeburg KN, Boer KF de. Effects of EMG biofeedback on diabetes. Biofeedback and Self-regulation 1980; 5: 289.
11. Skyler JS, Reeves ML. Intensive treatment of type 1 diabetes mellitus. In: Olefsky JM, Sherwin RS (eds). Diabetes Mellitus. Management and complications. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.



#### Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamembleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

# Aanstaande huisartsen getoetst op hun kennis over diabetes

De laatste jaren zijn er grote vorderingen gemaakt op het gebied van toetsings- en evaluatiemethoden. In het bijzonder in de beroepsopleiding tot huisarts is evaluatie van het competentieniveau van huisartsen in opleiding (haio's) een vast onderdeel van de opleiding geworden, zij het dat de diverse daarvoor ontwikkelde toetsen nog op experimentele wijze worden gebruikt. Zo'n 'toets in ontwikkeling' is de diabetestoets voor huisartsen. Doel van dit artikel is de constructie, de afname en de eerste resultaten van deze toets te beschrijven.

## TOTSTANDKOMING DIABETESTOETS

De in 1982 opgerichte landelijke Werkgroep Evaluatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) nam in 1983 het initiatief tot het uitschrijven van een project om de kennis van aanstaande huisartsen op het gebied van diabetes mellitus te meten<sup>1</sup>. Het project werd gefinancierd door de Stichting Research Fonds Diabetes Mellitus.

Het onderwerp 'diabetes' werd gekozen om de volgende redenen:

1. Diabetes mellitus is een chronisch ziektebeeld, dat grote gevolgen kan hebben voor het leven van de mensen die eraan lijden.
2. Diabetes mellitus is een complex ziektebeeld, dat door de aard en gevarieerdheid van uitingvormen van artsen kennis en kunde op het gebied van diverse orgaansystemen vraagt en inzicht in een reeks hulpverleningsmethodieken (screening, 'follow-up', begeleiding, voorlichting, motivatie, coördinatie van zorg).
3. De diabeteszorg in Nederland heeft op dit moment een versnipperd karakter. De diabetespatiënt kan behalve op de zorg door de huisarts zijn aangewezen op de bemoeienis van specialisten (internist, neuroloog, oogarts, dermatoloog, revalidatiearts), alsmede van de diëtist en de wijkverpleegkundige.
4. Het takenpakket van de huisarts bevat onder meer de zorg voor de niet-insulineafhankelijke diabeet en de acute eerste opvang van de ontregelde insulineafhankelijke diabeet<sup>2,3</sup>; een veelomvattende taak, waarop hij of zij gezien zijn of haar opleiding mogelijk niet voldoende is voorbereid<sup>4</sup>.

J. Zuidweg, Y. D. van Leeuwen,  
L. H. C. Tan en G. van Geldorp

*Behalve dat er een goed inzicht mee wordt verkregen in het feitelijke kennisniveau van huisartsen in opleiding biedt hij ook uitstekende aanknopingspunten voor scholing, nascholing en verdere toetsing. We hebben het over de diabetestoets, ontwikkeld door de Werkgroep Evaluatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde.*

5. De prevalentie van diabetes mellitus in de huisartspraktijk is zodanig (circa 30, voor het merendeel oudere type II-diabetes mellitus patiënten per normpraktijk) dat het goed te verdedigen is extra aandacht aan deze patiëntencategorie te geven<sup>5</sup>.

## VRAAGSTELLING

De hoofdvraagstelling van het onderzoek luidde: 'Wat weten en kunnen aanstaande huisartsen met betrekking tot patiënten met diabetes mellitus?'

Om de bruikbaarheid van de onderzoekresultaten zo groot mogelijk te maken is geopteerd voor een kennismeting aan het begin van de beroepsopleiding en een tweede meting aan het einde van het opleidingsjaar.

In dit artikel bespreken wij het verloop van het onderzoek tot en met de resultaten van de eerste meting.

## ONDERZOEKINSTRUMENT

Alvorens tot de toetsconstructie over te gaan, werd een 'kennispakket' opgesteld, dat informatie bevat die een huisarts nodig heeft om de diabeteszorg in zijn of haar praktijk gestalte te kunnen geven<sup>6</sup>. Het kennispakket werd ter beoordeling voorgelegd aan een 'expert panel', samengesteld uit vier hoogleraren in de huisartsgeneeskunde en twee huisartsen met grote ervaring op het terrein van de diabetesbehandeling. Op basis van dit

pakket, vervat in een boekje dat binnenkort aan alle huisartsen in opleiding zal worden uitgereikt, werd een toets samengesteld.

In de toets, die bestaat uit zeventien uitgeschreven spreekkamer- en visitesituaties, is veel aandacht besteed aan de problematiek van de oudere type II-diabetespatiënt. Elke casus bevat een aantal vragen van het type juist/onjuist. In totaal bedraagt het aantal vragen 126.

De vragen worden gesteld in de vorm van een bewering waarop het antwoord 'juist', 'onjuist' of '?' kan worden gegeven. Deze vraagvorm leent zich goed voor geautomatiseerde verwerking van de gegeven antwoorden<sup>7</sup>. De vragen hebben betrekking op allerlei aspecten van de diabetesbehandeling. In het kader laten wij een voorbeeld van casuïstiek en vragen zien.

Voor gebruik tijdens de tweede meting werd een variant van de geconstrueerde toets samengesteld.

## ONDERZOEKOPZET EN PROCEDURE

Alle acht Nederlandse universitaire huisartsinstituten deden aan het onderzoek mee. Een twintigtal opleidingsgroepen, ieder bestaande uit tien tot twaalf huisartsen in opleiding, maakte de toets op het eigen instituut tijdens een terugkomdag onder examencondities.

De beginmeting werd afgenomen in de eerste maand van het opleidingsprogramma. Het aantal deelnemers aan de beginmeting bedroeg 219. Alle deelnemers ontvingen na enige tijd persoonlijke 'feed-back'.

## RESULTATEN EN DISCUSSIE

Na afname van de toets zijn op basis van commentaar van deelnemers en een psychometrische analyse dertien minder goede vragen verwijderd. Als maat voor betrouwbaarheid is de interne consistentie berekend; deze bedraagt 0,79: een acceptabele waarde voor een dergelijke toets.

In onderstaande tabellen worden de resultaten van de deelnemers weergegeven in percentage goede antwoorden op de 113 overgebleven vragen. De gegevens zijn beschrijvend van aard. Er is geen oordeel over voldoende/onvoldoende:

het instrument is bedoeld om kennisniveaus te beschrijven zonder de pretentie te hebben te normeren.

De gemiddelde score is 60% goed beantwoorde vragen (= % goed); de standaarddeviatie bedraagt 8,7.

### Resultaten per instituut

In tabel 1 is het percentage goed beantwoorde vragen per instituut vermeld. De verschillen zijn niet groot. Er is een klein maar significant verschil tussen instituut 5 en 7 enerzijds en instituut 1, 2, 4, 6 en 8 anderzijds; instituut 3 neemt een tussenpositie in.

Tabel 1. Scores per instituut, standaarddeviaties (SD) en aantallen deelnemers.

landelijk gemiddelde	instituut							
	1	2	3	4	5	6	7	8
scores ..... 60	62	63	58	63	54	64	53	63
SD ..... 8,7	8,1	7,7	8,5	7,8	9,0	7,0	7,3	6,7
N ..... 219	35	32	19	24	35	36	18	20

### Resultaten per rubriek

De toetsvragen zijn onderverdeeld in een tiental zinvol te onderscheiden rubrieken. De rubrieken 1 en 2 hebben betrekking op diabetes mellitus type I, voor zover relevant voor de huisarts (eerste hulp bij onregeling, beleid bij dreigende onregeling, algemene informatie over diabetes); rubriek 3 t/m 9 gaan vooral over diabetes mellitus type II. Slechts één vraag uit de toets bleek in rubriek 4 (pathofysiologie) te passen. De scores die op deze rubriek zijn behaald zullen dan ook niet worden vermeld.

In tabel 2 zijn de gemiddelde resultaten van alle huisartsen in opleiding tezamen in percenten goed beantwoorde vragen uitgezet per rubriek. Per rubriek wordt de waarde van de interne consistentie gegeven (alfa).

Conclusies op het niveau van de rubriek dienen met enige voorzichtigheid te worden getrokken, vanwege de betrekkelijk lage interne consistentie (zie kolom 'alfa').

Uitschieters zijn de hoge score op rubriek 1 en de vrij lage score op de rubrieken 7, 8 en 10. We hadden hierover enige verwachtingen geformuleerd voordat de resultaten van de eerste meting bekend waren: wij verwachtten een duidelijk hogere score op vragen over diabe-

Tabel 2. Gemiddelde resultaten per rubriek.

rubriek	onderwerp	% goed	aantal vragen	alfa per rubriek
1	acute situaties bij type I .....	81	14	0,31
2	niet-acute situaties bij type I .....	59	7	0,27
3	epidemiologie, erfelijkheid en prognose van diabetes .....	59	10	0,45
5	diagnostiek .....	66	12	0,38
6	diagnostiek van complicaties en onregeling .....	63	31	0,47
7	medicatie, overige therapie en beleid .....	49	16	0,54
8	dieettherapie .....	42	7	0,18
9	psychosociale en financiële aspecten .....	54	6	0,21
10	overige vragen, o.a. over sport en reizen .....	51	9	0,40

tes type I dan op vragen over diabetes type II; binnen de vragen over diabetes type II verwachtten wij een lagere score op de rubrieken 7 t/m 10 dan op de rubrieken 3, 5 en 6; tenslotte hadden wij geen reden om aan te nemen dat er grote verschillen tussen de instituten zouden zijn.

De eerste hypothese wordt alleen bevestigd voor zover het vragen over diabetes mellitus type I uit rubriek 1 betreft. Dit is niet zo vreemd als men in gedachte houdt dat de deelnemers net begonnen zijn aan de huisartsopleiding, zodat hun kennis nog hoofdzakelijk vergaard is in het basiscurriculum. Tijdens de basisopleiding wordt de nadruk in het onderwijs gelegd op de insulineafhankelijke diabetes mellitus, waarbij het coma en precoma diabeticum tijdens het coschap interne geneeskunde nog eens extra worden belicht. Aangezien niet alleen huisartsen, maar ook bijna alle specialisten in hun praktijk met de problematiek van de diabetespatiënt type II te maken krijgen, is het de vraag of de onderbelichting van het onderwerp 'diabetes mellitus type II' in het basiscurriculum niet dient te worden gecorrigeerd.

De tweede hypothese wordt wel geheel bevestigd. Ook dit is terug te voeren op het onderwijs in het basiscurriculum, waarin therapie en beleid een minder prominente plaats innemen dan diagnostiek. De rol van het onderwerp voeding en dieet als ondergeschoven kindje in de medische opleiding is vaker gesignaleerd<sup>8</sup>.

De derde hypothese – geen grote verschillen tussen instituten – blijkt ook uit te komen. De acht basiscurricula blijken op het onderdeel 'diabeteszorg', zoals met deze toets gemeten, een onderling sterk overeenkomend patroon van resultaten af te leveren.

### CONCLUSIES

De ervaringen die tot nu toe met de kennistoets op het gebied van diabetesbehandeling bij huisartsen in opleiding zijn opgedaan leren ons vooral dat met zo'n toets verschillende doelen worden gediend:

- Ten eerste noodzaakt de toetsconstructie tot het nauwkeurig omschrijven en uitschrijven van het voor de huisarts vereiste kennisdomein.
- Ten tweede wordt inzicht verkregen in het feitelijke kennisniveau van de artsassistenten in opleiding.
- Ten derde vormt een dergelijke toets in combinatie met het 'Kennispakket' een uitstekend uitgangspunt voor scholing, nascholing en toetsing. Constructie van toetsen op andere onderdelen van het 'Basistakenpakket voor huisartsen' lijkt dan ook zeker aan te bevelen.

Voor een uitvoerige beschrijving van de onderzoekresultaten wordt verwezen naar het eindrapport<sup>2</sup>, dat bij de eerste auteur kan worden aangevraagd: J. Zuidweg, huisarts, Vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch en Vakgroep Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

### SAMENVATTING

In dit artikel is verslag gedaan van de ontwikkeling van een kennistoets op het gebied van diabetesbehandeling in de huisartspraktijk. Vanwege het patiënten-aanbod in de eerste lijn en de taakomschrijving van de huisarts met betrekking tot zorgverlening aan diabetespatiënten ligt de nadruk in de toets op de problematiek van de oudere type II-diabetespatiënt.

De toets is afgenomen bij 219 huisartsen in opleiding, afkomstig van alle acht Nederlandse beroepsopleidingen tot huis-

arts. De afname vond plaats aan het begin van het opleidingsjaar.

De resultaten van deze kennismeting zijn gepresenteerd, uitgesplitst per beroepsopleiding en per toetsrubriek. De verschillen tussen de instituten zijn niet groot. Vragen die betrekking hebben op acute problematiek bij diabetes type I worden duidelijk beter beantwoord dan de andere vragen die vooral betrekking hebben op de diabetes type II. Vragen over therapie van diabetes type II, dieetbehandeling en psychosociale aspecten scoren lager dan vragen over diagnostiek. Dit heeft mogelijk te maken met een wat eenzijdig onderwijsaanbod in het basiscurriculum. □

\*\*\*

*De auteurs danken de leden van de Werkgroep Evaluatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde voor hun medewerking en begeleiding, evenals de stafleden van de beroepsopleidingen en alle getoetste huisartsen in opleiding.*

*Verder danken zij de huisartsexperts J. Baggen, J. Berkhout, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Prof. Dr. J. D. Mulder Dzn., Prof. Dr. C. Spreuwenberg, Prof. Dr. C. van Weel en de andere geraadpleegde deskundigen.*

*Drs. C. P. M. van der Vleuten en Mw. D. Riksen van de vakgroep O&O Rijksuniversiteit Limburg verzorgden de dataverwerking en leverden de 'feed-back'-rapportage voor de deelnemers.*

## Voorbeeld van een casus

De heer Driessen, een 78-jarige, redelijk vitale, alleenstaande man vraagt een visite aan voor pijn aan zijn voet. 's Middags komt de huisarts bij hem langs. Patiënt is sinds tien jaar bekend met een milde diabetes mellitus type II (bloedsuiker nooit boven de 14 mmol/l), waarvoor hij dieet houdt. Bij onderzoek blijkt patiënt een klein ulcus ter plaatse van het kopje van metatarsale I van de rechtersoet te hebben. Er zit een rode rand om het ulcus. De heer Driessen vertelt dat hij twee weken geleden een wandeling heeft gemaakt, waarna hij last kreeg van pijn aan zijn voet.

De huisarts concludeert: diabetisch ulcus na overbelasting.

1. Dit is inderdaad de meest waarschijnlijke diagnose.

Hij adviseert patiënt om driemaal daags zijn rechtersoet in een sodabad te zetten.

2. Dit is een correct advies in dit geval.

Tot de instructie voor voetverzorging bij de heer Driessen behoort/behooren:

3. Het dragen van sokken van een vochtabsorberend materiaal (bijvoorbeeld: wol of badstof).

4. Het niet dragen van kapotte of gestopte sokken.

5. Het dagelijks controleren van de binnenkant van de schoenen op oneffenheden.

6. Het dagelijks wisselen van schoenen.

7. Het regelmatig inspecteren van de voeten.

### Literatuur

1. Pieters HM, Leeuwen Y van, Evaluatie van de huisartsopleiding. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 322-3.

2. Springer MP et al. LHV-basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1983.

3. Es JC van. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

4. Baggen J. De diabetespatiënt, dokter is er zoet mee. Medisch Contact 1986; 41: 704-6.

5. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

6. Zuidweg, J, Leeuwen YD van, Geldorp G van, Tan LHC. Kennispakket voor de behandeling van diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1986.

7. Wijnen WHFW. Ja-nee-vragen: en toetsprocedure met mogelijkheden. Onderzoek van Onderwijs 1973; 2: 12-4.

8. Hautvast JGAJ. Richtlijnen goede voeding: een mijlpaal voor consument, arts en industrie? Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2255.

9. Zuidweg J, Tan LHC. Kennis en vaardigheid met betrekking tot patiënten met diabetes mellitus bij aanstaande huisartsen. Eindrapport Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1987.

**Kosten thuishulp gehandicapten** – In 'Praktische thuishulp, de cijfers op tafel' worden kostencijfers gepresenteerd, gebaseerd op een onderzoek dat is gehouden bij acht thuishulpprojecten aan gehandicapten, verspreid over Nederland. De verschillen tussen de projecten blijken groot. Bovendien richten de onderzochte projecten zich bijna niet op volwassen gehandicapten, reden waarom aan de conclusies geen absolute waarde kan worden toegekend: ze moeten worden gezien als een belangrijke indicatie. Het is wel de eerste keer dat door de gevonden bedragen om te rekenen er totaalcijfers voor geheel Nederland uit de bus kwamen: praktische thuishulp voor gezinnen met een gehandicapt kind kost tussen de f 100.000,— en f 270.000,— per 100.000 inwoners; voor heel Nederland zou dat tussen de 14 en 38 miljoen gulden zijn. Het rapport is te bestellen door overmaking van f 5,— per stuk op girorekening 382100 ten name van de Stichting Dienstverlening Gehandicapten Utrecht, onder vermelding van 'Cijfers op tafel'. Nadere informatie: SDG, Utrecht, tel. 030-331121.



**Querido-stipendium** – Doel van het Querido-stipendium is de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland. In aanmerking komen Nederlandse afgestudeerden in beroepen op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, niet ouder dan veertig jaar, zodat zij nog geruime tijd via wetenschappelijk werk een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de preventie van de Nederlandse gezondheidszorg. Het stipendium is bedoeld als toelage voor noodzakelijk te maken kosten voor het in het buitenland volgen van een opleiding dan wel een program van werkzaamheden aan een erkend opleidings- en/of onderzoeksinstituut en die als zodanig niet in Nederland kunnen plaatsvinden. Het stipendium wordt jaarlijks slechts aan één persoon toegekend. Aanvragen voor het in 1988 te verlenen stipendium dienen vóór 1 januari 1988, verge-

zeld van een curriculum vitae, een studie- of opleidingsprogramma, een begroting en andere relevante gegevens, te worden ingediend bij het secretariaat van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3, 2582 SC 's-Gravenhage, tel. 070-540300.

**Usher-syndroom** – Mensen die lijden aan het Usher-syndroom zijn vanaf hun geboorte slechthorend en doof. Later, meestal rond de puberteit, openbaart zich een oogziekte, die Retinitis Pigmentosa heet. Voor mensen met het Usher-syndroom, hun relaties en andere belangstellenden werd op 16 mei 1987 een voorlichtings- en ontmoetingsdag gehouden, waarvan onlangs het verslag is verschenen. Dit verslag bevat de voordrachten, een samenvatting van het forumgesprek en de antwoorden op een aantal vragen over het Usher-syndroom die door de deelnemers zijn gesteld. Het verslag is à f 10,— (er zijn ook braille-exemplaren) te bestellen bij de Stichting doofblinden, Postbus 587, 3500 AN Utrecht, tel. 030-340506.



Dr. J. A. I. Coolen, *De integratie van een voorzieningssysteem. Een onderzoek naar coördinatie en integratie in de gezondheids- en welzijnszorg voor oude mensen.* De Tijdstroom, Lochem/Gent, 1986. ISBN 90 352 1149 9. 227 blz. Prijs f 30,—.

Dit boek is eerder verschenen als academisch proefschrift. Het onderzoek dat aan dit boek ten grondslag ligt werd verricht aan de faculteit der bestuurskunde van de Universiteit Twente. De schrijver heeft in deze studie een poging gedaan meer zicht te krijgen op het begrip 'integratie van het systeem van gezondheids- en welzijnszorg voor oude mensen'. Omdat in veel beleidsbeschouwingen concepten als 'integratie' en 'coördinatie' zeer veelvuldig worden gebruikt en in het algemeen zeer vaag blijven, heeft Coolen als doelstelling van zijn studie gekozen het begrip 'integratie' en het daarmee verwante begrip 'coördinatie' te meten. Hij heeft dit onderzocht in zestien lokale voorzieningssystemen. Het blijkt geen eenvoudige opgave te zijn deze begrippen in het kader van een systeem van gezondheidsvoorzieningen te meten. Onder integratie verstaat hij de feitelijke afstemming van activiteiten in een gedifferentieerd systeem. Integratie kan worden ondersteund door coördinatie. Onder dit laatste begrip verstaat hij de mate van betrekkingen tussen organisaties, zowel wat betreft de communicatie als wat betreft de coöperatie.

Om de mate van integratie te kunnen meten is uitgegaan van de manier waarop het systeem functioneert met betrekking tot de cliënten. In de studie wordt gepoogd na te gaan of er tussen voorzieningen zodanige samenhangen bestaan dat cliënten op de juiste plaats in het

## BOEKEN

systeem terechtkomen. Tot dit lokale voorzieningssysteem rekent de onderzoeker huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, wijkverpleging, gezinsverzorging, verzorgingstehuis, open bejaardenwerk en bijzondere huisvesting. Om de integratie te meten aan de effecten voor cliënten gaat hij ervan uit dat bij een groep cliënten kan worden vastgesteld in hoeverre zij op grond van bepaalde handicaps 'belang' heeft bij bepaalde specifieke andere voorzieningen en in hoeverre er pogingen zijn gedaan (verwijzingspogingen) om de cliënten bij de juiste voorziening onder te brengen. Vervolgens wordt nagegaan of die pogingen ook met succes zijn bekroond. Zo komt de onderzoeker tot een index voor de mate van integratie; dit is namelijk de proportie van de cliënten die belang hebben bij een bepaalde voorziening en voor wie verwijzingspogingen zijn verricht die succesvol zijn gebleken. De meting werd toegepast op een deel van het voorzieningssysteem, namelijk de lijnen tussen kortdurende medisch-curatieve voorzieningen en de voorzieningen voor langdurige zorgverlening; dit betreft de lijn van huisarts en ziekenhuis en verpleeghuis naar gezinsverzorging, wijkverpleging en verzorgingstehuis. De conclusie is, dat deze wijze van meten een goed handvat geeft voor een operationalisering voor het begrip 'integratie'. Vervolgens wordt met de ontwikkelde meetmethode een aantal hypothesen getoetst. De hypothesen hebben betrekking op de relaties tussen de schaalgrootte, de coördinatie en de integratie. Dat de mate van integratie in groot-

schalige voorzieningssystemen minder is dan in kleinschalige, kon niet worden aangetoond. Dat geldt ook voor het verband tussen schaal en coördinatie. Wel werd gevonden dat de coördinatie bij de planning op bestuurlijk niveau een positief effect heeft op de coördinatie bij de uitvoering en tevens dat de mate van coördinatie een positief effect heeft op de integratie.

De conclusie van de auteur luidt dat door deze studie meer zicht is verkregen op de integratie van systemen van voorzieningen in de gezondheids- en welzijnszorg. Als praktische relevantie ziet hij dat empirisch is aangetoond dat coördinatie integratie in positieve zin beïnvloedt en dat er derhalve methoden te ontwikkelen zijn om zorgsystemen beter te kunnen besturen. Hoe dit moet wordt niet aangegeven.

Mijn indruk is dat bovenstaande conclusies wellicht gerechtvaardigd zijn, maar dat de studie ondanks de empirie een zo hoog abstractieniveau heeft dat daaruit niet valt af te leiden hoe men dan in een lokaal voorzieningssysteem de zo gewenste en zo gemeten integratie kan verbeteren. Het boek is voor niet-sociologen en zeker voor niet in de sociologische onderzoeksmethodologie ingewijde medici moeilijk te lezen. Het blijft voor de medicus practicus de vraag of een zo ingewikkeld proces als het succes van een verwijzingspoging alleen in mate en getal mag worden uitgedrukt en of daar vervolgens conclusies aan mogen worden verbonden. Medici die nauw zijn betrokken bij de beleidsontwikkeling in een lokaal of regionaal voorzieningssysteem kunnen wellicht deze studie gebruiken om meer inzicht te verwerven in de ingewikkelde concepten van integratie en coördinatie.

Dr. D. H. Sipsma

### CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, *Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937*

J. M. Komen, *huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnsstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov), tel. 074-912131/074-439046*

W. Chr. F. de Vries, *De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774).*

### ANONIEME DOKTERS

*Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705 of 02208-94624*

*Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995*

## Hulpverlening aan artsen

Het hoofdbestuur der KNMG heeft het initiatief genomen een systeem van hulpverlening tot stand te brengen ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid (zie MC nr. 8/1985, blz. 216). Deze hulpverlening kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot collega J. Diepersloot, secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

### LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, *psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858.*

Prof. Dr. W. K. van Dijk, *Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)*

Dr. P. Lens, *huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 071-275311 (toestel 4680) of 023-245362.*

Drs. W. H. Melles, *theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361*

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, *Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444*

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, *vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111*

Dr. M. J. van Trommel, *psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-658066*

## Arts en recht

# Tussen ziekenhuis en verpleeghuis: 'verkeerde bed'

Vonnis Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage, kort geding d.d. 18 juni 1987

In vervolg op de in Medisch Contact van 12 december 1986 (MC nr. 50/1986, blz. 1621) gepubliceerde uitspraak d.d. 27 oktober 1986 van dezelfde rechtbank, waarin werd bepaald dat de ziektekostenverzekeringsmaatschappij niet gehouden was de kosten van het 'verkeerde bed' te vergoeden, heeft de president in kort geding nu bepaald dat *de Staat* wel aansprakelijk kan worden gesteld voor deze kosten. Geheel in lijn met de geest van de AWBZ wordt gesteld dat niet de particuliere patiënt zelf voor deze privaatrechtelijk niet verzekerbare kosten hoeft op te draaien, maar dat deze ten laste moeten komen van de Staat, vergelijkbaar met de situatie die voor ziekenfondspatiënten geldt.

Het effect van deze uitspraak is bevredigend, namelijk dat de particuliere patiënt niet de dupe wordt van een tekort aan verpleeghuisbedden. Een tekort waar de samenleving als geheel verantwoordelijk voor is.

De Staat heeft overigens aangekondigd in hoger beroep te gaan. Wat de uitslag daarvan ook zal zijn, afwenteling in de risicosfeer van de particuliere patiënt achten wij niet aanvaardbaar.

Mr. W. R. Vroom-Kastelein

Prof. Dr. J. C. van Es

De rechtbank overweegt onder meer (red.):

### 2. De feiten

- De eisers zijn in gemeenschap van goederen gehuwd.
- Mevrouw heeft bij Nuts een verzekering afgesloten tegen kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp.
- Eiseres is 75 jaar. Zij is ziek sedert 1983. Op 23 juni 1986 verslechterde haar toestand plotseling en werd zij opgenomen in het ziekenhuis Sint Antoniushove te Leidschendam; zij verbleef daar vanaf die datum tot en met 23 maart 1987.
- Sinds 25 juli 1986 heeft ze aanspraak op verzorging in een verpleeghuis.
- Nuts vergoedt het verblijf in het ziekenhuis slechts tot en met 14 augustus 1986.
- Eiseres is echter nog tot 24 maart 1987 in het

ziekenhuis verpleegd, omdat er tot die datum geen plaats in een (psychogeriatisch) verpleeghuis beschikbaar was.

– Ze heeft over de periode vanaf 13 augustus 1986 tot en met 23 maart 1987 verpleegnota's van Antoniushove ontvangen, ten bedrage van f 77.387,70. De nota's worden niet vergoed door Nuts. Voorts zijn nota's ontvangen van specialisten. Ook die nota's zal Nuts niet vergoeden.

### 3. Ziekenhuizen en verpleeginrichtingen

Een patiënt die genezen is keert gewoonlijk naar huis terug, maar het komt onder oudere patiënten voor dat er geen weg terug is. Andere redenen dan die welke opname in een ziekenhuis noodzakelijk maakten kunnen een terugkeer naar huis in de weg staan en opname in een verpleeginrichting noodzakelijk maken. Er is echter een tekort aan verpleeghuisbedden en – naar valt aan te nemen – niet aan ziekenhuisbedden. Zo kan het gebeuren dat een patiënt langer in een ziekenhuis verblijft dan zijn dokter op medische gronden nodig vindt.

### 4. Verzekeringen tegen ziekenhuiskosten

Kosten van verpleging in een ziekenhuis zijn over het algemeen gedekt door een ziekenfonds of een particuliere ziektekostenverzekeraar, als bijvoorbeeld Nuts. Daarvoor is meestal vereist dat een dokter opname en verder verblijf nodig vindt. Verblijft nu een patiënt in afwachting van een plaats in een verpleeginrichting langer in een ziekenhuis dan op medische gronden nodig is, dan ontstaan er problemen.

Voor de ziekenfondssector voert de Staat na een aantal rechterlijke uitspraken het volgende beleid: de kosten zijn voor rekening van het ziekenfonds, als de verzekerde maar voldoende actief is geweest in zijn poging te worden overgeplaatst.

Voor de particuliere sector heeft de rechter uitgemaakt dat in zo'n geval de kosten volgens de polisvoorwaarden juist niet voor rekening van de verzekeraar komen. In deze zaak gaat het om de particuliere sector.

### 5. Eisen, argumenten en verweer

5.1. De eisers willen dat óf de Staat óf Nuts hun f 77.387,70 betaalt.

5.2. De argumenten van de eisers zijn:

- Zij kunnen de nota's van het ziekenhuis niet betalen.
- Ze hebben heel lang elke week tevergeefs

geprobeerd een plaats in een verpleeghuis te krijgen.

- Nuts is haar rechtsplicht niet tijdig nagekomen.
- Verder heeft Nuts geen noodvoorzieningen getroffen.
- De Staat heeft niet gezorgd voor voldoende verpleeghuizen.
- Hij heeft verder nagelaten maatregelen te treffen en Nuts toestemming te geven een verstrekking in geld toe te kennen.
- De Staat heeft het non-discriminatiebeginsel geschonden.

### 7. Beoordeling van de eis dat de Staat de ziekenhuisnota's betaalt

7.1. In de paragrafen 2.3 en 4 van dit vonnis is gesproken over een ziekenhuisopname die niet langer medisch noodzakelijk is, maar wordt voortgezet omdat een plaats in een verpleeghuis nog niet beschikbaar is. In de ziekenfondssector komen de kosten dan voor rekening van het ziekenfonds, maar hoe is dat in de particuliere sector?

Vier mogelijkheden laten zich hier denken. De kosten zijn voor:

- a. de verzekeraar;
- b. de patiënt;
- c. het ziekenhuis;
- d. de Staat, c.q. het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Mogelijkheid a. is onderzocht en verworpen, terwijl mogelijkheid c. hierop afstuit dat een ziekenhuis in het algemeen rechtens niet verplicht is diensten kosteloos te verlenen. Dat het hier anders zou zijn, is niet aannemelijk. Als debiteuren blijven dus over: de patiënt en de Staat.

7.2. Artikel 6, tweede lid, AWBZ luidt voor zover hier van belang: 'Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang der verstrekkingen geregeld (. . .); voor wat betreft de verstrekkingen in ziekenhuizen echter slechts voor zover de periode van één jaar te boven gaande.' Met toepassing van deze wetsbepaling is vastgesteld het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. Artikel 4, eerste lid, van dat besluit luidt: 'Aanspraak op opname en verder verblijf in een ziekenhuis bestaat slechts voor zover de periode van één jaar te boven gaande'. Een behandeling in een ziekenhuis voor een periode van minder dan één jaar is met andere woorden door de AWBZ niet gedekt. De wetgever is er kennelijk van uitgegaan, *niet* dat de patiënten een verblijf tot één jaar zelf zouden moeten beta-

len, maar integendeel dat dit risico ofwel door een ziekenfonds wordt gedragen ofwel voor particulieren afdoende verzekeraar is.

Maar voor de particuliere sector is het uitgangspunt niet helemaal juist, speciaal niet in die gevallen waarin een verblijf in een ziekenhuis enerzijds al na enkele weken medisch niet langer meer noodzakelijk is, maar anderzijds als gevolg van een beddentekort (in verpleeghuizen) nog een groot deel van een jaar moet worden voortgezet. Niet aannemelijk is dat zo'n risico voor particulieren afdoende verzekeraar is. Men mag daarom aan artikel 6, tweede lid, AWBZ en artikel 4, eerste lid, Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering niet een argument ontleenen voor de stelling dat de aansprakelijkheid berust bij de patiënt zelf.

Ook overigens is voor de stelling geen steun te vinden in het recht. Zij is zelfs regelrecht in strijd met de grondslagen van de AWBZ. Aannemelijk is dat het hier gaat om een zwaar geneeskundig risico waarvan nagenoeg niemand de hoge kosten zelf kan dragen, terwijl het risico privaatrechtelijk niet afdoende verzekeraar is. Grondslag van de AWBZ is dat een dergelijk risico in de volksverzekering moet worden ondergebracht (Memorie van Toelichting 1965-1966-8457, blz. 8 linker kolom). Ook mogelijkheid 6 moet dus worden verworpen.

7.3. Is dan de Staat voor de kosten aansprakelijk? Noch uit het tweede lid van artikel 6 AWBZ, noch uit een andere wetsbepaling valt dat aanstonds af te leiden. Het gaat nu eenmaal om een verblijf in een ziekenhuis van minder dan één jaar en op die verstrekking verleent de AWBZ naar de letter van artikel 6, tweede lid, geen aanspraak.

Maar in het licht van wat zojuist in paragraaf 7.2. werd overwogen en beslist, zal moeten worden aangenomen dat artikel 6, tweede lid, AWBZ, sprekende over 'verstrekkingen in ziekenhuizen', slechts bedoelt: 'verstrekkingen in ziekenhuizen op medische indicatie'. Zo is het ook met artikel 4, eerste lid, Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. Het artikellid spreekt over 'opneming en verder verblijf in een ziekenhuis' en bedoelt daarmee kennelijk: 'opneming en verder verblijf in een ziekenhuis op medische indicatie'.

Deze opvatting sluit aan bij de rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (voor de ziekenfondssector) en het daarop gebaseerde beleid van de Staat in die sector, met dien verstande dat – naar valt aan te nemen – de kosten in die sector niet langer ten laste komen van de ziekenfondsen, maar van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

7.4 De primaire vordering van de eisers tegen de Staat is een geldvordering. Zo'n eis is in

kort geding toewijsbaar, als voldaan is aan enkele algemene eisen.

Tot die eisen behoort dat een voorziening uit hoofde van onverwijld spoed is geboden. Aannemelijk is dat die situatie zich hier voordoet. Niet aannemelijk is wat de Staat in dit verband heeft gesteld, te weten dat de eisers wel niet onmiddellijk zullen hoeven te betalen. Algemeen bekend is immers dat ziekenhuizen bij de incasso van hun vorderingen in het algemeen weinig geduld hebben. Niet juist is dat van onverwijld spoed alleen sprake zou zijn als de eisers in rechte tot betaling zouden zijn aangesproken.

In de afweging van de belangen van partijen wordt nog betrokken het risico van een onmogelijkheid van terugbetaling. In dit geval wordt dat risico niet zo groot geacht dat het een toewijzing van de vordering in de weg staat.

## 9. Beslissingen

De president:

Veroordeelt de Staat om aan eisers te betalen f 77.387,70.

Verklaart dit vonnis tot zover uitvoerbaar bij voorraad. □

# PRAKTIJKPERIKELLEN

## De lasten des levens

*Een 71 jaar oude patiënt werd door een arts voor biologische geneeskunde in het westen des lands verwezen naar de kaakchirurg in de buurt van zijn woonplaats op de Noord-Veluwe, met het verzoek 'een grondige excochleatie van het abces in de linker bovenkaak en frontaal te willen verrichten'. De verwijzende collega stuurde de X-foto's met de patiënt mee. Deze bleken een maand tevoren op de afdeling Kaakchirurgie, waarnaar de patiënt nu was verwezen, te zijn vervaardigd en te zijn verslagen door de radioloog. In diens verslag wordt gesproken van een opheldering verdacht voor een periapicaal abces op twee plaatsen in de bovenkaak.*

*De anamnese van patiënt vermeldde dat hij reeds tientallen jaren leed aan vage hoofdpijn en duizeligheidsklachten waarvoor hij vele artsen had geconsulteerd, het laatst een gerenommeerd neuroloog, die uitgebreid onderzoek (X-foto's, EEG, etc.) had verricht en de patiënt had meegedeeld dat er geen organische afwijkingen voor de hoofdpijn waren en dat hij ervan uit moest gaan dat deze een uiting waren van de lasten des levens. Daar patiënt hiermee geen genoegen nam en zijn vrouw reeds in het alternatieve circuit verkeerde, besloot ook hij de trein te nemen en zijn heil op 150 km afstand te zoeken.*

*Bij klinisch onderzoek op de afdeling Kaakchirurgie werden geen afwijkingen gevonden en de (op dezelfde afdeling Kaakchirurgie!) vervaardigde X-foto's vertoonden absoluut geen afwijkingen. Er waren weliswaar twee zwartingen in de bovenkaak die de radioloog had vermeld, doch die betroffen respectievelijk het foramen incisivum en een locale botatrofie veroorzaakt door een vroegere traumatische extractie. Afgezien van het feit dat langdurige hoofdpijnklachten eigenlijk nooit door kaakontstekingen worden veroorzaakt, was er dus geen indicatie voor exploratie van de maxilla.*

*De patiënt had vergeefs honderden kilometers afgelegd en de foto's waren onverrichtzake over dezelfde afstand enige malen verplaatst. Tandheelkundige radiologie: een vak apart!*

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

Nummer 33 – 14 augustus – 42e jaargang

Medisch Contact – Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

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; Mw. M. L. van Weert-Waltman en Prof. Dr. P. E. Voorhoeve, ondervoorzitters; J. J. Blom en J. E. Reinders, leden; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), C. F. A. Heijen (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviserende leden.

## Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Vroom-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. Laffr  , directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

## 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-Geneskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-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. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

## Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

## Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 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.

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

# SRC

## Jaarverslag 1986

Als belangrijkste gebeurtenis moet worden vermeld dat Dr. J. M. J. Tans in de plenovergadering van 5 september 1986 afscheid nam als voorzitter van de SRC. Aanvankelijk aanvaardde hij deze functie voor een periode van twee jaar, maar zijn leiding bleek van een zodanige inhoud, dat het vanzelfsprekend was dat hij de reglementaire termijn van vijf jaar ruim vol maakte. Het voorzitterschap van Tans, van huis uit neuroloog, kan worden gekarakteriseerd als standvastig en zorgvuldig, met grote kennis van zaken. De SRC is hem hiervoor veel dank verschuldigd. Door de KNMG werd zijn verdienste erkend door toekenning van de zilveren legpenning van de KNMG. De voorzittershamer werd overgedragen aan Dr. J. Boevé, daarvoor reeds vice-voorzitter en lid van de Commissie van Uitvoering (CvU).

In verscheidene vergaderingen van de CvU werd beraadslaagd over de wijze waarop agnio (assistent-geneeskundige niet in opleiding)-werkzaamheden, die zijn verricht voorafgaande aan de eigenlijke opleiding, zouden kunnen meetellen. Deze situatie, ontstaan door een relatief overaanbod van assistenten, gaf regelmatig aanleiding tot moeilijke beslissingen. Nadat hierover in een beleidsvergadering van de SRC uitvoerig van gedachten was gewisseld, werden ten behoeve van een gelijke behandeling richtlijnen opgesteld, waarin werd aangegeven in welke gevallen agnio-werkzaamheden voor enige korting op de opleidingsduur in aanmerking zouden kunnen komen. Deze richtlijnen werden op 15 september 1986 aan de opleiders rondgezonden en worden sindsdien toegepast.

Tevens werd nogmaals bepaald dat om te kunnen worden ingeschreven in het register van assistent-geneeskundigen in opleiding, een globaal opleidingsschema bekend moet zijn met schriftelijke principetoezeggingen van eventuele vervolgoepleiders.

Begin 1986 konden na een lange voorbereiding de richtlijnen voor handhaving respectievelijk uitschrijving op grond van art. 1023 van het Huishoudelijk Reglement (HR) van de KNMG (kortweg ook wel 'herregistratie' genoemd) worden vastgesteld. Deze procedure is nog niet van start gegaan in verband met enkele logistieke moeilijkheden, onder andere het ontbreken van voldoende computerfaciliteiten. Mede gezien het onlangs verschenen ontwerp Wet BIG, is het de bedoeling hier zo spoedig mogelijk mee te beginnen.

Onze hartelijke dank gaat uit naar al diegenen die aan de werkzaamheden van de SRC in het jaar 1986 hebben deelgenomen.

### *Mutaties in de samenstelling van de SRC en de CvU*

In de samenstelling van de SRC kwamen de volgende wijzigingen: De plaatsvervangend vertegenwoordiger *anesthesiologie* Dr. H. B. H. van Beem werd opgevolgd door Dr. J. W. van Kleef. Dr. J. Boevé werd als vertegenwoordiger van de *heelkunde* opgevolgd door Dr. J. J. Hamming. In de plaats van Prof. Dr. H. A. D. Walder werd als plaatsvervangend vertegenwoordiger *neurochirurgie* aangewezen Prof. Dr. E. Meyer.

In de vertegenwoordiging van de *nucleaire geneeskunde* vond een onderlinge wisseling plaats: Dr. F. H. M. Corstens werd vertegenwoordiger en Prof. Dr. J. B. van der Schoot plaatsvervangend vertegenwoordiger.

De plaatsvervangend vertegenwoordiger *verloskunde/gynaecologie* Dr. G. H. B. Broeders werd opgevolgd door Dr. L. A. Schellekens. Voorts kwamen in de vertegenwoordiging van de opleidingsziekenhuizen de volgende wijzigingen: Drs. W. Th. F. Filippini en Dr. J. Lanssen werden als vertegenwoordigers opgevolgd door Dr. D. J. van Dijk en Dr. P. J. C. M. Heynen, terwijl de plaatsvervangende vertegenwoordigers Mw. Dr. E. Borst-Eilers en Dr. van Dijk werden opgevolgd door Drs. H. A. Nolet en Dr. H. J. Schneider

Bovendien is van belang te vermelden dat de reeds in 1985 in gang gezette procedure om het adviseurschap van deze vertegenwoordigers en plaatsvervangende vertegenwoordigers te wijzigen in een buitengewoon lidmaatschap respectievelijk plaatsvervangend buitengewoon lidmaatschap van de SRC, begin 1986 door middel van een wijziging van het HR van de KNMG werd afgerond.

In de samenstelling van de CvU kwam tot tweemaal toe een wijziging. Per 1 april 1986 trad Drs. W. Th. F. Filippini (vertegenwoordiger van de opleidingsziekenhuizen) terug; hij werd opgevolgd door Dr. D. J. van Dijk. Per 5 september 1986 werd Dr. J. Boevé door diens aantreden als voorzitter, als lid van de CvU opgevolgd door Prof. Dr. C. P. A. van Boven en als vice-voorzitter door Prof. Dr. M. Koster. Per 31 december 1986 trad als vice-voorzitter en lid van de CvU terug Dr. J. A. van Wijk (vertegenwoordiger urologie). In diens opvolging werd in januari 1987 voorzien.

### *Vergaderingen*

#### *1. CvU*

De CvU heeft in 1986 zestien keer vergaderd. In enkele van deze vergaderingen werden naar aanleiding van een visitatierapport gesprekken gevoerd met de betreffende opleider: drie keer in aanwezigheid van de vertegenwoordiger in de SRC en een vertegenwoordiging van de plenaire visitatiecommissie van het betrokken specialisme, twee keer in aanwezigheid van alleen de vertegenwoordiger van het specialisme in de SRC. In twee gevallen vond met de plenaire visitatiecommissie en de vertegenwoordiger in de SRC een overleg plaats als bedoeld in art. 26 van de Voorschriften van de visitaties, visitatiecommissies en erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen.

Verder heeft de CvU in 1986 in totaal 125 keer over individuele opleidingsschemata beraadslaagd. Daarnaast vond – naast voorbereidende besprekingen voor de plenovergaderingen – beraadslaging plaats over diverse beleidszaken, zoals PAOG, automatisering, concept-opleidingseisen van het Centraal College (CC) in verband met het aan de plenovergadering uit te brengen preadvies, evaluatieformulier, part-time opleiding.

#### *2. Plenovergaderingen*

In 1986 werden zoals gebruikelijk weer zes plenovergaderingen gehouden. In april en november heeft hieraan voorafgaande een beleidsvergadering plaatsgevonden waaraan ook door een vertegenwoordiger van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) werd deelgenomen. In de eerste daarvan kwamen twee onderwerpen aan de orde: richtlijnen inzake het meetellen van agnio-werkzaamheden en de problematiek van de instroom van basisartsen in de beroepsopleidingen, ter mogelijke oplossing waarvan door een werkgroep van de KNMG bepaalde gedachten waren geformuleerd. In de tweede vergadering, waaraan ook vertegenwoordigers van de plenaire visitatiecommissies deelnamen, werd over de volgende onderwerpen van gedachten gewisseld: de wetenschappelijke scholing tijdens de opleiding tot medisch specialist, consequenties van de invoering van een vijfjarige werkweek voor de opleiding en beleidsvoornemens van de KNMG ten aanzien van het PAOG.

In de plenovergaderingen werd voorts – afgezien van de beraadslaging over visitatierapporten en verzoeken om inschrijving in het register van erkende specialisten – gediscussieerd over:

– concept-besluiten van het CC, te weten nieuwe opleidingseisen voor cardiopulmonale chirurgie, keel-neus-oorheelkunde, longziekten en tuberculose, radiagnostiek en verloskunde/gynaecologie (twee keer), erkenning en opleidingseisen klinische genetika en een standaardmodel opleidingseisen;

- de definitieve versie van de richtlijnen voor herregistratie;
- een reglement van orde voor de SRC;
- jaarverslagen van de plenaire visitatiecommissies.

In totaal werden acht verzoeken om inschrijving in het register van erkende specialisten behandeld, te weten:

- 1 keer een verzoek van een buitenlandse cardiopulmonaal chirurg om hem met toepassing van art. 12 van besluit no. 2-1982 van het CC jo art. 1018 lid 1 van het HR van de KNMG in te schrijven. Dit verzoek werd afgewezen.
- 1 keer een verzoek van een in het buitenland opgeleide en aldaar erkende kinder- en jeugdpsychiater om hem met toepassing van art. 12 van besluit no. 2-1982 van het CC jo art. 1018 lid 1 van het HR als psychiater te registreren. Ook dit verzoek werd afgewezen.
- 3 keer een verzoek om inschrijving als klinisch geriater met toepassing van art. 4 van besluit no. 4-1982 van het CC jo art. 1018 lid 2 van het HR; alle drie verzoeken werden afgewezen.
- 1 keer een verzoek om inschrijving als klinisch geriater met toepassing van art. 1018 lid 1 van het HR; hierop werd positief beslist.
- dit laatste geschiedde ook op twee verzoeken om inschrijving als nucleair geneeskundige met toepassing van art. 4 van besluit no. 3-1983 van het CC jo art. 1018 lid 2 van het HR.

In de laatstgenoemde drie gevallen heeft het CC zich niet tegen deze inschrijvingen verzet.

In totaal werd 169 keer over een visitatierapport en 29 keer over een rapportage beraadslaagd; 14 keer werd de beslissing over het rapport aangehouden; slechts in drie gevallen kon de uiteindelijke beslissing niet meer in 1986 worden genomen.

Er werden 2 rapportages niet goedgekeurd; op grond van een dezer rapportages werd besloten de betreffende opleidingsbevoegdheid niet te handhaven, aangezien aan de gestelde voorwaarde voor verlenging niet was voldaan.

Uit het hiernavolgende overzicht van de beslissingen over visitatierapporten zal blijken dat in 1986 6 keer een negatieve beslissing werd genomen (1 keer geschiedde dat na een verzoek om heroverweging van een in 1985 genomen afwijzende beslissing).

Evenals in vorige jaren waren ook in 1986 de belangrijkste tekortkomingen die tot deze negatieve beslissingen leidden: onvoldoende opleidingsactiviteiten, onvoldoende opleidingsklimaat, conflictsituaties binnen de opleiding, te wensen overlatende organisatie en structuur van de opleiding, onvoldoende begeleiding door de opleidersstaf, onvoldoende wetenschappelijke activiteiten.

#### Overzicht van beslissingen over visitatierapporten

<b>1a. Verlenging van bestaande opleidingen:</b>			
voor minder dan 5 jaar .....			23
voor 5 jaar (+ rapportage) .....			75
			98
<b>1b. Niet verlengd .....</b>			
			3
<b>2a. Erkenning van nieuwe opleidingen en nieuwe opleiders in bestaande opleidingen</b>			
	<b>totaal</b>	<b>nieuwe opleiding</b>	<b>nieuwe opleider</b>
voor minder dan 5 jaar .....	42	12	30
voor 5 jaar (+ rapportage) .....	9	-	9
	51	12	39
<b>2b. Niet (opnieuw) verleend .....</b>			
	3	2	1

Voorts werd in een der plenovergaderingen beraadslaagd over handhaving/beëindiging van een aantal opleidingen, waarin reeds twee jaar of langer geen assistent-geneeskundigen waren opgeleid. Besloten werd twee B-opleidingen verloskunde/genaecologie niet te continueren.

In de loop van het jaar werd door vier opleiders eigener beweging de opleidingsbevoegdheid teruggegeven wegens de afwezigheid van assistent-geneeskundigen in opleiding in verband met het ontbreken

van financiële middelen voor hun honorering (twee keer B-opleiding verloskunde/genaecologie, een keer opleiding revalidatie en een keer opleiding inrichtingspsychiatrie).

In het verslagjaar werd door de plenaire visitatiecommissie neurologie een begin gemaakt met de evaluatie van de opleidingen neurologie waarin de psychiatrie is geïntegreerd. Vier daarover uitgebrachte visitatierapporten konden in 1986 worden behandeld. In alle gevallen bleek dat deze geïntegreerde opleiding goed voldoet.

Op grond van verkregen minder gunstige informatie besloot de SRC in overleg met de betrokken plenaire visitatiecommissie om drie opleidingen tussentijds te visiteren.

#### Contacten binnen en buiten Domus Medica

##### 1. Met het CC

In het verslagjaar kon door allerlei omstandigheden slechts één keer een presidiumoverleg CC/SRC plaatsvinden. Daarin werd over de volgende onderwerpen van gedachten gewisseld: beperking van de termijn waarbinnen op basis van de overgangsregeling in een erkenningsbesluit inschrijving in het register van erkende specialisten kan worden gevraagd, invoering van verplichte toetsen in het kader van de opleiding, experimentele deeltijdopleiding, consequenties voor de opleiding van de invoering van een vijftigjarige werkweek, PAOG, beoordelingsprocedure bij SRC inzake conceptbesluiten van het CC. Zoals gewoonlijk vond op bureauniveau echter frequent en intensief overleg plaats en nam de secretaris als adviseur deel aan de vergaderingen van het CC en omgekeerd geschiedde dit door de secretaris van het CC bij plenovergaderingen van de SRC. Voorts werd door een der vice-voorzitters, de secretaris en de directeur van de SRC deelgenomen aan de viering van het vijftigjarig bestaan van het CC.

##### 2. Met de LSV

Kortdurend was er begin 1986 sprake van enige hapering in de contacten met de LSV toen deze haar oude rechten op de kamer van de secretaris claimde. Nadat de kamer tijdelijk (enige maanden) door de SRC aan de LSV was afgestaan, werd deze weer, en nu definitief, ter beschikking van de SRC gesteld.

De contacten met de LSV werden, zoals tevoren, voornamelijk door de secretaris onderhouden (voor zover mogelijk en nodig bijwonen van de vergaderingen van het centraal bestuur en informeel overleg op bureauniveau).

##### 3. Met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid

In het verslagjaar is het niet mogelijk gebleken een periodiek overleg tussen CvU en vertegenwoordigers van het Staatstoezicht te arrangeren.

##### 4. Met de LVAG

Evenmin werd in het verslagjaar een vergadering van de Contactcommissie CC-SRC-LVAG gehouden.

##### 5. In Europees verband

Door de directeur werd eenmaal een vergadering van de Conférence Internationale des Ordres bijgewoond. Deze werd voor het grootste gedeelte in beslag genomen door de voorbereiding van een Europees handboek over medische ethiek.

#### Bemiddelingen en beroepszaken

##### 1. Bemiddelingen/tussenkomst

In 1986 werd vier keer door een assistent-geneeskundige om bemiddeling ex art. A. 16 van de algemene eisen verzocht. Eén bemiddelingsprocedure kon nog niet in het verslagjaar worden afgerond. In de overige drie gevallen (assistent-geneeskundigen cardiologie, orthopedie en psychiatrie) oordeelde de bemiddelingscommissie dat de assistent-geneeskundige recht had op een tweede beoordeling bij een andere opleider. Deze adviezen werden door de CvU overgenomen en voor de betreffende assistent-geneeskundigen werd een andere opleider gevonden. Een van hen besloot echter daarna de opleiding niet voort te zetten, de andere besloot begin 1987 na een korte periode bij

de tweede opleider de opleiding verder in de Bondsrepubliek West-Duitsland te vervolgen.

In totaal werd vier keer om tussenkomst ex art. A. 18 verzocht. Ook in deze gevallen gelukte het een andere opleider bereid te vinden de assistent-geneeskundige voor een tweede beoordeling in zijn opleiding op te nemen.

Enkele malen werd de SRC gevraagd om goedkeuring te verlenen aan een door de opleider zelf gearrangeerde tweede beoordelingsperiode bij een andere opleider, onder andere door middel van onderlinge uitwisseling van assistent-geneeskundigen. Waar de betreffende assistent-geneeskundigen ook zelf daarmee akkoord waren gegaan, kon de SRC reglementair aan een dergelijke regeling haar fiat verlenen.

Van belang is om in het kader van deze paragraaf te vermelden dat Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, die na zijn aftreden als voorzitter van de SRC vrijwel ononderbroken het voorzitterschap van bemiddelingscommissies heeft bekleed, in de loop van het verslagjaar aan de SRC mededeelde deze functie te willen beëindigen. Hem werd op gepaste wijze dank betuigd voor zijn langdurige dienstbetoon.

## 2. Commissie van Beroep

In het verslagjaar werden geen beroepen ingesteld tegen beslissingen van de SRC. Wel heeft de commissie in twee uit 1985 resterende beroepszaken uitspraak gedaan:

- Het beroep tegen een afwijzende beslissing van de SRC op het verzoek om inschrijving als klinisch geriater met toepassing van art. 1018 lid 1 van het HR werd ongegrond verklaard.
- Het beroep ten principale tegen een reeds in 1984 genomen afwijzende beslissing van de SRC op een verzoek om inschrijving als klinisch geriater op grond van art. 4 van besluit no. 4-1982 van het CC jo art. 1018 lid 2 van het HR respectievelijk het subsidiaire beroep tegen de afwijzende beslissing van de CvU over het opleidingsschema voor de noodzakelijk geachte aanvullende opleiding klinische geriatrie werden niet ontvankelijk verklaard.

## Bureau SRC

Begin 1986 is in de per 1 januari 1986 ontstane vacature van een full-time medewerker tijdelijk door uitzendkrachten voorzien. Ditzelfde geschiedde met een part-time vacature die per 1 februari 1986 ontstond. In de loop van het eerste half jaar werden beide vacatures en een reeds langere tijd bestaande part-time vacature weer met vaste medewerkers opgevuld. Twee medewerksters vierden in de tweede helft van 1986 hun twaalfenhalfjarige jubileum.

Het aantal bezoekers dat voor een gesprek op het bureau werd ontvangen, bedroeg zeventig; in het merendeel van de gevallen (59) betrof dit assistent-geneeskundigen in opleiding die voor advies kwamen. Tweemaal werd naar aanleiding van een door de SRC genomen beslissing door een opleider het visitatierapport ingezien.

## Taaltest

In het verslagjaar werd vier keer de taaltest Nederlands afgenomen. Het aantal kandidaten dat bij het eerste examen slaagde bedroeg negen; het aantal geslaagden na herkansing was vijf; vier kandidaten werden afgewezen. In één geval besloot de CvU met toepassing van art. 8 van besluit no 1-1983 van het CC (buitenlandse artsen in opleiding tot medisch specialist) dispensatie van de taaltest te verlenen.

Begin 1986 is een van de examinatrices wegens ziekte definitief uitgevallen; een docente van het Talenpracticum Regina Coeli te Vught bleek bereid haar te vervangen. In het tweede halfjaar 1986 moest ook Dr. L. P. H. J. de Vink wegens ziekte zijn functie van gecommitteerde opgeven. Dr. A. F. M. van der Reep (voormalig vertegenwoordiger van de opleidingsziekenhuizen in de SRC en lid van de CvU) is bereid gevonden deze taak tijdelijk over te nemen. Mede ten gevolge van deze gebeurtenissen heeft de CvU een oriënterend onderzoek gedaan naar andere mogelijkheden en faciliteiten voor het afnemen van de taaltest. Een aanvaardbare oplossing werd (nog) niet gevonden.

## Inschrijving in het opleidingsregister respectievelijk het register van erkende specialisten

### 1. Opleidingsregister

In 1986 werden 465 assistent-geneeskundigen in het opleidingsregister ingeschreven. Met ingang van 1 januari 1986 ontvangen de wetenschappelijke verenigingen halfjaarlijks (in plaats van jaarlijks) een overzicht van de assistent-geneeskundigen die met de opleiding zijn begonnen en in het opleidingsregister zijn ingeschreven; nieuw daarbij is de vermelding van de opleidingsinrichting(en) waar de (voor)opleiding plaatsvindt.

### 2. Register van erkende specialisten

Het totaal aantal in 1986 ingeschreven specialisten bedroeg 528 (te weten 441 mannen en 87 vrouwen (in 1985 was het totale aantal 566)). Hiervan werden 32 specialisten met toepassing van de EG-richtlijnen geregistreerd (in 1985 was dit aantal 17); in 11 gevallen betrof dit een Nederlandse arts die de opleiding in een andere lidstaat van de EG had gevolgd (in 1985: 4).

Voor verdere details wordt verwezen naar de *bijlage* waarin een overzicht van ingeschrevenen wordt gegeven.

## Diversen

1. Begin 1986 werd een nieuw model visitatierapport in gebruik genomen; het oude model bleek reeds langere tijd niet meer toegesneden op de praktijk binnen de diverse opleidingen. Bij het nieuwe model is tevens een handleiding voor de visitatiecommissies gevoegd. De adequatere vraagstelling in het nieuwe rapport heeft ook de voorbereiding van de stukken voor de plenovergaderingen vergemakkelijkt.

2. Zoals reeds in de inleiding werd aangegeven speelde in 1986 de werkgelegenheidsproblematiek opnieuw een belangrijke rol. Afgezien van het feit dat in vele B-opleidingen (met name verloskunde/gynaecologie) geen assistent-geneeskundigen in opleiding (agnio's) meer aanwezig zijn, werd de SRC enkele malen geconfronteerd met een verzoek om de opleiding een jaar of langer te mogen onderbreken, in welke periode de agio dan als assistent-geneeskundige niet in opleiding (agnio) op de betreffende opleidingsafdeling bleef werken. Hiervoor werd geen toestemming gegeven. Voorts bleek dat het aantal agnio's is toegenomen: in 1986 was dit 660 ten opzichte van 531 in 1985. Het merendeel van hen is werkzaam in opleidingsinrichtingen heelkunde, inwendige geneeskunde, psychiatrie en verloskunde/gynaecologie. In het kader van de werkgelegenheidsproblematiek werd binnen de SRC ook uitvoerig gediscussieerd over een van de zijde der KNMG geopperd plan voor een centrale aanmelding, registratie en selectie voor de beroepsopleiding na het basistsexamen. In de beleidsvergadering van april 1986 bleken de meningen over centrale aanmelding en registratie verdeeld; een centrale selectie werd afgewezen.

3. Onderwerp van ampele discussie was ook de automatisering binnen de KNMG. Ofschoon de richtlijnen voor 'herregistratie' zijn vastgesteld, is het ten gevolge van het ontbreken van adequate computerfaciliteiten nog steeds niet mogelijk geweest met de herregistratieprocedure een aanvang te maken. In de loop van het jaar werd door een organisatie-adviesbureau een onderzoek naar de structuur van de automatiseringsorganisatie binnen de KNMG ingesteld. Het rapport hierover werd pas begin 1987 ingediend.

4. Zoals reeds onder de paragraaf 'plenovergaderingen' is vermeld, werd in een der beleidsvergaderingen samen met vertegenwoordigers van de plenaire visitatiecommissies van gedachten gewisseld over de vraag of het bij invoering van de vijftigjarige werkweek mogelijk zou zijn de opleiding volgens de huidige normen te realiseren. Bij deze beraadslaging bleken de meningen over de mogelijkheden daartoe uiteen te lopen, mede vanwege de vele organisatorische en financiële aspecten die aan een verkorting van de arbeidsduur kleven.

5. Naar aanleiding van de discussienota (vrijwillige en verplichte nascholing; een permanente activiteit van artsen) van het orgaan



PAOG werd op verzoek van de KNMG uitvoerig beraadslaagd over de structuur en organisatie die deze nascholing zou moeten krijgen. De SRC is van mening dat de wetgeving aan het huidige CC dient te worden opgedragen en dat de SRC formeel met de uitvoering dient te worden belast, zulks mede met het oog op de herregistratie. De daadwerkelijke uitvoering zou bij de wetenschappelijke specialisten-

verenigingen samen met de universiteiten moeten berusten. Het bleek dat dit standpunt grosso modo door het CC en de LSV wordt gedeeld.

Dr. J. A. van Wijk, secretaris

Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur

#### Ingeschreven specialisten in 1986.

specialisme	totaal aantal ingeschreven specialisten	waarvan vrouwel. special.	waarvan buiten EEG-verband ingeschr.	waarvan in EEG- verband ingeschr.	subdifferen- tiatie EEG- landen	Ned. arts met opleiding in EEG-land	subdifferen- tiatie EEG- landen	EEG-artsdipl. en opleiding in Nederland
allergologie .....	1	—	—	—	—	—	—	—
anesthesiologie .....	54	11	5	3	3× Belg.	3	3× Duitsl.	1× Belg.
cardiologie .....	27	2	—	1	1× Belg.	—	—	—
cardiopulmonale chirurgie .....	2	1	1	—	—	—	—	—
dermatologie .....	13	2	—	1	1× Duitsl.	—	—	—
gastro-antero-logie .....	1	—	—	—	—	—	—	—
heelkunde .....	20	—	—	—	—	2	2× Duitsl.	—
inwendige geneeskunde .....	69	9	—	2	1× Belg. 1× Duitsl.	—	—	—
keel-neus-oorheelkunde .....	13	1	—	—	—	—	—	—
kindergeneeskunde .....	30	10	—	2	2× Belg.	—	—	—
klinische chemie .....	—	—	—	—	—	—	—	—
klinische geriatrie .....	6	2	—	1	1× Belg.	—	—	—
longziekten en tuberculose .....	18	2	—	—	—	—	—	—
medische microbiologie .....	12	1	—	1	1× Duitsl.	—	—	—
neurochirurgie .....	6	1	—	—	—	2	2× Duitsl.	—
neurologie .....	35	6	1	—	—	—	—	—
(aant. klinische neurofysiologie) .....	29	4	—	—	—	—	—	—
nucleaire geneeskunde .....	2	—	—	—	—	—	—	—
oogheelkunde .....	23	5	2	—	—	1	1× Belg.	—
orthopedie .....	20	—	—	—	—	1	1× Duitsl.	—
pathologische anatomie .....	10	3	—	1	1× Belg.	—	—	—
plastische chirurgie .....	7	1	—	1	1× Belg.	1	1× Luxemb.	—
psychiatrie .....	70	20	3	8	8× Belg.	—	—	—
radiodiagnostiek .....	31	2	—	—	—	—	—	—
radiologie .....	—	—	—	—	—	—	—	—
radiotherapie .....	3	—	—	—	—	—	—	—
reumatologie .....	7	3	—	—	—	—	—	—
revalidatie .....	6	3	—	—	—	—	—	—
urologie .....	15	—	—	—	—	1	1× Duitsl.	—
verloskunde en gynaecologie .....	25	4	—	—	—	—	—	1× Belg.
zenuw- en zielsziekten .....	2	—	—	—	—	—	—	—
<b>totaal .....</b>	<b>528</b>	<b>87</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>18× Belg. 3× Duitsl.</b>	<b>11</b>	<b>9× Duitsl. 1× Belg. 1× Luxemb.</b>	<b>2× Belg.</b>

SRC

## Rapport opleidingen en assistentenbestand

*Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de SRC erkende opleidingsinrichtingen per 1 januari 1987*

### Inleiding

Ingevolge artikel B.15 van het besluit van het Centraal College no. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit no. 1-1982, hebben de erkende opleiders de verschillende gegevens betreffende hun opleiding per 1 januari 1987 aan de Specialisten Registratie Commissie verstrekt. Helaas werd wederom van enkele opleiders – ondanks herhaalde verzoeken – geen opgave ontvangen. Voor het opstellen van het rapport is daarom gebruik gemaakt van de recentste gegevens die over de desbetreffende opleidingen bekend waren.

Tabel I geeft een overzicht van het totaal aantal erkende opleidingen van de verschillende specialismen, uitgesplitst in academische A-, niet-academische A- respectievelijk B-opleidingen.

Tabel II geeft een overzicht van het aantal opleidingen per specia-

lisme, het aantal medewerkers aan de opleiding (met tussen haakjes geplaatst het totaal van de door hen bezette formatieplaatsen), het aantal beschikbare bedden en het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding voor dat specialisme, waarbij apart is vermeld het aantal buitenlandse geneeskundigen. Voorts is hierin opgegeven het aantal aanwezige assistent-geneeskundigen niet in opleiding respectievelijk assistent-geneeskundigen die na voltooiing van de opleiding in de inrichting werkzaam zijn gebleven en zich nog niet als specialist hebben laten registreren (adspirant specialisten).

Tabel III vermeldt van de zogenoemde snijdende specialismen per specialisme het aantal opleidingen, gegroepeerd naar bovengenoemde drie categorieën. Hierbij worden aangegeven het aantal medewerkers aan de opleiding van het eigen specialisme (respectievelijk het aantal formatieplaatsen), het aantal bedden dat voor de opleiding beschikbaar is, het aantal assistent-geneeskundigen, het aantal assistent-geneeskundigen niet in opleiding en het aantal 'adspirant specialisten'. Van het aantal assistent-geneeskundigen wordt vermeld hoeveel hiervan in opleiding is voor het eigen specialisme en hoeveel voor een

ander specialisme. Ook wordt vermeld hoeveel assistent-geneeskundigen buitenlanders zijn. Vervolgens is de verhouding gegeven van het aantal specialisten ten opzichte van het aantal assistent-geneeskundigen. Onderaan deze tabel zijn deze gegevens per categorie samengevat voor alle zogenoemde snijdende specialismen.

Tabel IV vermeldt dezelfde gegevens als tabel III, echter nu voor de zogenoemde niet-snijdende specialismen.

Tabel V geeft een samenvatting van de gegevens betreffende alle

erkende opleidingen. Het onderscheid tussen de drie eerdergenoemde categorieën opleidingen is echter gehandhaafd.

Tabel VI geeft een overzicht van het aantal in de verschillende specialismen werkzame assistent-geneeskundigen niet in opleiding en 'aspirant specialisten' per 1-1-1987, waarbij ter vergelijking ook de stand van zaken per 1-1-1985 en 1-1-1986 is vermeld.

Tabel VII tenslotte geeft een overzicht van de in de laatste zes jaar ingeschreven specialisten per specialisme.

**Tabel I. Aantal erkende opleidingsinrichtingen per specialisme per 1-1-1987, gerangschikt naar A- en B-opleidingen, waarbij de academische en niet-academische A-opleidingen in afzonderlijke kolommen staan.**

SPECIALISMEN	OPLEIDINGEN		
	A ACAD.	A NIET- ACAD.	B
allergologie .....	2	—	—
anesthesiologie .....	7	2	—
cardiologie .....	8	4	6
cardiopulmonale chirurgie .....	5	2	—
dermatologie .....	8	—	—
gastro-enterologie .....	6	1	—
heelkunde .....	8	22	23
inwendige geneeskunde .....	9	21	29
keel-neus-oorheelkunde .....	8	—	4
kindergeneeskunde .....	8	12	—
klinische chemie .....	1	2	—
klinische geriatrie .....	—	3	—
longziekten en tuberculose .....	8	7	—
medische microbiologie .....	8	2	—
neurochirurgie .....	7	1	—
neurologie .....	8	7	6
nucleaire geneeskunde .....	4	—	—
oogheelkunde .....	8	—	—
orthopedie .....	7	6	6
pathologische anatomie .....	8	—	5
plastische chirurgie .....	5	1	—
psychiatrie .....	8	9	10
radiodiagnostiek .....	8	10	1
radiotherapie .....	5	2	—
reumatologie .....	4	3	—
revalidatie .....	3	16	—
urologie .....	6	9	—
verloskunde en gynaecologie .....	8	9	19
vroedvrouwenschool .....	—	—	1
<b>totaal</b> .....	<b>175</b>	<b>151</b>	<b>110</b>
aantekening klinische neurofysiologie .....	8	5	—
<b>totaal</b> .....	<b>183</b>	<b>156</b>	<b>110</b>

STAGES	OPLEIDINGEN
inrichtingspsychiatrie .....	13
kinderspsychiatrie .....	5
psychotherapie .....	5
sociale psychiatrie .....	18
<b>totaal</b> .....	<b>41</b>

**Tabel II. Alfabetisch overzicht der specialismen per 1.1.1987.**

SPECIALISME	OP- LEI- DING	MEDEWERKERS EIGEN SPECIALISME	BEDDEN- BESTAND	ASS. WAAR- VAN BUITEN- LANDERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. ANDER SPEC.	AGNIO	ADSPI- RANT SPEC.
allergologie .....	2	4( 4 )	3	3	—	3	—	—
anesthesiologie .....	9	179( 173,7)	100	151	3	150	1	10
cardiologie .....	18	164( 160,5)	810	88	2	88	—	26
cardiopulmonale chirurgie .....	7	35( 34 )	285	24	3	21	3	22
dermatologie .....	8	55( 46,3)	228	50	2	50	—	9
gastro-enterologie .....	7	23( 21,8)	117	21	—	21	—	2
heelkunde .....	53	373( 370,8)	4955	211	12	127	84	150
inwendige geneeskunde .....	59	545( 530,9)	5666	447	6	349	98	101
keel-neus-oorheelkunde .....	12	97( 81,1)	423	63	1	63	—	9
kindergeneeskunde .....	20	290( 267,6)	1613	125	4	123	2	30
klinische chemie .....	3	4( 4 )	—	3	—	3	—	—
klinische geriatrie .....	3	6( 5,8)	284	5	—	5	—	5
longziekten en tuberculose .....	15	78( 77,2)	775	50	2	50	—	16
medische microbiologie .....	10	66( 57,9)	—	30	—	30	—	2
neurochirurgie .....	8	39( 36,5)	423	10	1	10	—	20
neurologie .....	21	129( 123,3)	1199	106	3	93	13	32
nucleaire geneeskunde .....	4	8( 6,8)	8	7	—	7	—	1
oogheelkunde .....	8	82( 67,4)	433	82	5	78	4	1
orthopedie .....	19	90( 87,7)	992	66	1	66	—	15
pathologische anatomie .....	13	100( 93,8)	—	49	3	47	2	2
plastische chirurgie .....	6	24( 20,9)	151	13	—	13	—	1
psychiatrie .....	27	239( 212,8)	2883	198	2	192	6	55
radiodiagnostiek .....	19	167( 163,6)	—	114	3	114	—	17
radiotherapie .....	7	48( 46,8)	246	30	2	30	—	7
reumatologie .....	7	30( 27,3)	209	16	—	16	—	8
revalidatie .....	19	95( 85,9)	1260	42	2	42	—	5
urologie .....	15	52( 50,7)	472	37	3	36	1	5
verloskundige/gynaecologie .....	37	249( 230,6)	2141	118	6	117	1	63
aantekening klinische neurofysiologie .....	13	36( 33,5)	—	27	—	27	—	—
<b>totaal</b> .....	<b>449</b>	<b>3307(3123,2)</b>	<b>25676</b>	<b>2186</b>	<b>66</b>	<b>1971</b>	<b>215</b>	<b>614</b>
inrichtingspsychiatrie .....	13	61( 56,2)	3536	12	—	12	—	23
kinderspsychiatrie .....	5	36( 30,3)	169	16	—	12	4	13
psychotherapie .....	5	16( 12,2)	154	5	—	5	—	1
sociale psychiatrie .....	18	141( 116,8)	—	37	—	37	—	9
<b>totaal</b> .....	<b>490</b>	<b>3561(3338,7)</b>	<b>29535</b>	<b>2256</b>	<b>66</b>	<b>2037</b>	<b>219</b>	<b>660</b>

**Tabel III. Snijdende specialismen per opleiding.**

SPECIALISME	OP- LEI- DING	MEDE- WERKERS EIGEN SPEC.	BEDDEN- BESTAND	ASS. WAAR- VAN BUITEN- LANDERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. ANDER SPEC.	RATIO SPEC./ ASS.	AGNIO	ADSPI- RANT SPEC.	RATIO SPEC. + ADSPI- RANT SPEC./ AGNIO
<i>academische A-opleidingen</i>										
cardiopulm.chirurgie .....	5	25( 24,6)	207	20	2	17	3	1.3:1	13	2
heelkunde .....	8	136(134,5)	1061	61	5	56	5	2.2:1	50	7
k.n.o.-heelkunde .....	8	86( 70,1)	343	60	1	60	—	1.4:1	8	4
neurochirurgie .....	7	34( 31,5)	373	10	1	10	—	3.4:1	18	1
oogheelkunde .....	8	82( 67,4)	433	82	5	78	4	1.0:1	1	4
orthopedie .....	7	43( 40,7)	354	34	—	34	—	1.3:1	9	5
plastische chirurgie .....	5	22( 18,9)	135	12	—	12	—	1.8:1	1	1
urologie .....	6	29( 27,7)	228	24	3	23	1	1.2:1	4	1
verloskunde/gynaecologie .....	8	117(103,1)	676	73	2	72	1	1.6:1	16	4
<b>totaal aantal</b> .....	<b>62</b>	<b>574(518,5)</b>	<b>3765</b>	<b>376</b>	<b>19</b>	<b>362</b>	<b>14*</b>	<b>1.5:1</b>	<b>120</b>	<b>29</b>

Vervolg tabel III. Snijdende specialismen per opleiding.

SPECIALISME	OP- LEI- DING	MEDE- WERKERS EIGEN SPEC.	BEDDEN- BESTAND	ASS.	WAAR- VAN BUI- TEN- LAN- DERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. ANDER SPEC.	RATIO SPEC./ ASS.	AGNIO	ADSP- RANT SPEC.	RATIO SPEC. + ADSP- SPEC./ AGNIO + AGNIO
<i>niet-academische A-opleidingen</i>											
cardiopulmonale chirurgie .....	2	10( 9,4)	78	4	1	4	-	2.5:1	9	-	0.8:1
heelkunde .....	22	136(135,3)	2291	112	7	68	44	1.2:1	44	6	0.9:1
neurochirurgie .....	1	5( 5 )	50	-	-	-	-	-	2	-	-
orthopedie .....	6	28( 28 )	377	24	1	24	-	1.2:1	3	-	1.0:1
plastische chirurgie .....	1	2( 2 )	16	1	-	1	-	2.0:1	-	-	-
urologie .....	9	23( 23 )	244	13	-	13	-	1.8:1	1	1	1.7:1
verloskunde/gynaecologie .....	9	43( 42,1)	482	29	4	29	-	1.5:1	12	-	1.0:1
<b>totaal aantal</b> .....	<b>50</b>	<b>247(244,8)</b>	<b>3538</b>	<b>183</b>	<b>13</b>	<b>139</b>	<b>44</b>	<b>1.3:1</b>	<b>71</b>	<b>7</b>	<b>1.0:1</b>
<i>B-opleidingen</i>											
heelkunde .....	23	101(101 )	1648	38	-	3	35	2.7:1	56	-	1.1:1
k.n.o.-heelkunde .....	4	11( 11 )	80	3	-	3	-	3.7:1	1	-	2.8:1
orthopedie .....	6	19( 19 )	261	8	-	8	-	2.4:1	3	-	1.7:1
verloskunde/gynaecologie .....	20	89( 85,4)	983	16	-	16	-	5.7:1	35	2	1.8:1
(incl.vroedvr.sch.)											
<b>totaal aantal</b> .....	<b>53</b>	<b>220(216,4)</b>	<b>2972</b>	<b>65</b>	<b>-</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>3.4:1</b>	<b>95</b>	<b>2</b>	<b>1.4:1</b>
<i>totaal opleidingen snijdende specialismen</i>											
academische A-opl. ....	62	574(518,5)	3765	376	19	362	14		120	29	
niet-academische A-opleidingen .....	50	247(244,8)	3538	183	13	139	44		71	7	
B-opleidingen .....	53	220(216,4)	2972	65	-	30	35		95	2	
<b>totaal generaal</b> .....	<b>165</b>	<b>1041(979,7)</b>	<b>10275</b>	<b>624</b>	<b>32</b>	<b>531</b>	<b>93</b>		<b>286</b>	<b>38</b>	

\* Onder deze kolom zijn opgenomen 10 buitenlandse assistent-geneeskundigen die gedurende 1-2 jaar een stage in een Nederlandse opleidingsinrichting volgen:

cardio-pulmonale chirurgie .....2  
heelkunde .....2

oogheelkunde.....4  
urologie .....1  
verloskundige/gynaecologie .....1

Tabel IV. Niet-snijdende specialismen per opleiding.

SPECIALISME	OPL.	MEDEW. EIGEN SPEC.	BED- DEN- BE- STAND	ASS.	WAAR- VAN BUI- TEN- LAN- DERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. AN- DER SPEC.	RATIO SPEC./ ASS.	AG- NIO	AD- SPI- RANT SPEC.	RATIO SPEC. + ADSP- SPEC./ AGNIO + AGNIO
<i>academische A-opleidingen</i>											
allergologie .....	2	4( 4 )	3	3	-	3	-	1.3:1	-	-	-
anesthesiologie .....	7	160( 154,7)	17	133	2	132	1	1.2:1	8	10	1.2:1
cardiologie .....	8	105( 101,8)	320	60	1	60	-	1.8:1	7	10	1.7:1
dermatologie .....	8	55( 46,3)	228	50	2	50	-	1.1:1	9	-	0.9:1
gastro-enterologie .....	6	21( 19,8)	97	19	-	19	-	1.1:1	2	1	1.0:1
inwendige geneeskunde .....	9	246( 237,9)	1292	179	2	173	6	1.4:1	17	29	1.4:1
kindergeneeskunde .....	8	227( 213,4)	781	88	1	88	-	2.6:1	16	6	2.2:1
klinische chemie .....	1	1( 1 )	-	-	-	-	-	1.0:1	-	-	-
longziekten en tbc .....	8	48( 47,4)	377	31	-	31	-	1.5:1	9	4	1.3:1
medische microbiologie .....	8	54( 46,8)	-	30	-	30	-	1.8:1	2	3	1.9:1
neurologie .....	8	81( 78,6)	548	80	3	70	10	1.0:1	9	9	1.0:1
nucleaire geneeskunde .....	4	8( 6,8)	8	7	-	7	-	1.1:1	1	-	1.0:1
pathologische anatomie .....	8	83( 76,8)	-	43	3	41	2	1.9:1	1	2	1.9:1
psychiatrie .....	8	103( 88,1)	679	101	2	100	1	1.0:1	13	-	0.9:1
radiodiagnostiek .....	8	103( 99,6)	-	77	1	77	-	1.3:1	14	4	1.2:1
radiotherapie .....	5	32( 31,4)	191	22	2	22	-	1.5:1	6	-	1.1:1
reumatologie .....	4	19( 17,2)	144	11	-	11	-	1.7:1	6	2	1.2:1
revalidatie .....	3	23( 19,2)	256	15	1	15	-	1.5:1	-	2	1.6:1
aantekening klinische neurofysiologie .....	8	24( 22,8)	-	20	-	20	-	1.2:1	-	-	-
<b>totaal aantal</b> .....	<b>121</b>	<b>1397(1313,6)</b>	<b>4941</b>	<b>969</b>	<b>20</b>	<b>949</b>	<b>20*</b>	<b>1.4:1</b>	<b>120</b>	<b>82</b>	<b>1.4:1</b>
<i>niet-academische A-opleidingen</i>											
anesthesiologie .....	2	19( 19 )	83	18	1	18	-	1.1:1	2	1	1.0:1
cardiologie .....	4	26( 25,7)	250	19	1	19	-	1.4:1	10	5	1.1:1
gastro-enterologie .....	1	2( 2 )	20	2	-	2	-	1.0:1	-	-	-
inwendige geneesk. ....	21	150( 148,4)	2101	142	2	120	22	1.1:1	55	9	0.8:1
kindergeneeskunde .....	12	63( 54,2)	832	37	3	35	2	1.7:1	14	-	1.2:1
klinische chemie .....	2	3( 3 )	-	3	-	3	-	1.0:1	-	-	-
klinische geriatrie .....	3	6( 5,8)	284	5	-	5	-	1.2:1	5	1	0.7:1
longziekten en tbc .....	7	30( 29,8)	398	19	2	19	-	1.6:1	7	-	1.2:1
medische microbiologie .....	2	12( 11,1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
neurologie .....	7	28( 25,9)	431	23	-	22	1	1.2:1	13	6	0.9:1

Vervolg tabel IV. Niet-snijdende specialismen per opleiding.

SPECIALISME	OPL.	MEDEW. EIGEN SPEC.	BED- DEN- BE- STAND	ASS.	WAAR- VAN BUI- TEN- LAN- DERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. AN- DER SPEC.	RATIO SPEC./ ASS.	AG- NIO	AD- SPI- RANT SPEC.	RATIO SPEC. + ADSP.- SPEC./ AGIO+ AGNIO
psychiatrie .....	9	88 ( 82,7)	1315	74	—	73	1	1.2:1	17	—	0.9:1
radiodiagnostiek .....	10	58 ( 58 )	—	35	2	35	—	1.7:1	3	2	1.6:1
radiotherapie .....	2	16 ( 15,4)	55	8	—	8	—	2.0:1	1	—	1.8:1
reumatologie .....	3	11 ( 10,1)	65	5	—	5	—	2.2:1	2	1	1.7:1
revalidatie .....	16	72 ( 66,7)	1004	27	1	27	—	2.7:1	5	2	2.3:1
aantekening klinische neurofysiologie .....	5	12 ( 10,7)	—	7	—	7	—	1.7:1	—	1	1.8:1
<b>totaal aantal</b> .....	<b>106</b>	<b>596 ( 568,5)</b>	<b>6838</b>	<b>424</b>	<b>12</b>	<b>398</b>	<b>26</b>	<b>1.4:1</b>	<b>134</b>	<b>28</b>	<b>1.1:1</b>
<i>B-opleidingen</i>											
cardiologie .....	6	33 ( 33 )	240	9	—	9	—	3.7:1	9	—	1.8:1
inwendige geneeskunde .....	29	149 ( 144,6)	2273	126	2	56	70	1.2:1	29	—	0.9:1
neurologie .....	6	20 ( 18,8)	220	3	—	1	2	6.7:1	10	—	1.5:1
pathologische anatomie .....	5	17 ( 17 )	—	6	—	6	—	2.8:1	1	—	2.4:1
psychiatrie .....	10	48 ( 42 )	889	23	—	19	4	2.1:1	25	1	1.0:1
radiodiagnostiek .....	1	6 ( 6 )	—	2	—	2	—	3.0:1	—	—	—
<b>totaal aantal</b> .....	<b>57</b>	<b>273 ( 261,4)</b>	<b>3622</b>	<b>169</b>	<b>2</b>	<b>93</b>	<b>76</b>	<b>1.6:1</b>	<b>74</b>	<b>1</b>	<b>1.1:1</b>
<i>totaal aantal opleidingen niet-snijdende specialismen</i>											
acad. A-opl. ....	121	1397 (1316,6)	4941	969	20	949	20		120	82	
niet-acad. A-opl. ....	106	596 ( 568,5)	6838	424	12	398	26		134	28	
B-opleidingen .....	57	273 ( 261,4)	3622	169	2	93	76		74	1	
<b>totaal generaal</b> .....	<b>284</b>	<b>2266 (2146,5)</b>	<b>15401</b>	<b>1562</b>	<b>34</b>	<b>1440</b>	<b>122</b>		<b>328</b>	<b>111</b>	
* Onder deze kolom zijn opgenomen 3 buitenlandse assistent-geneeskundigen die gedurende 1-2 jaar een stage in een Nederlandse opleidingsinrichting volgen:											
anesthesiologie .....											1
cardiologie .....											1
pathologische anatomie .....											1
<i>stages</i>											
inrichtingspsychiatrie .....	13	61 ( 56,2)	3536	12	—	12	—	5.1:1	23	—	1.7:1
kinderpsychiatrie .....	5	36 ( 30,3)	169	16	—	12	4	2.3:1	13	3	2.1:1
psychotherapie .....	5	16 ( 12,2)	154	5	—	5	—	3.2:1	1	—	2.7:1
sociale psychiatrie .....	18	141 ( 116,8)	—	37	—	37	—	3.8:1	9	—	3.1:1
<b>totaal aantal</b> .....	<b>41</b>	<b>254 ( 215,5)</b>	<b>3859</b>	<b>70</b>	<b>—</b>	<b>66</b>	<b>4</b>	<b>3.6:1</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>2.2:1</b>

Tabel V. Alle specialismen per 1.1.1987.

SPECIALISME	OPL.	MEDEWERKERS EIGEN SPECIALISME	BED- DEN- BE- STAND	ASS.	WAAR- VAN BUI- TEN- LAN- DERS	ASS. EIGEN SPEC.	ASS. AN- DER SPEC.	RATIO SPEC./ ASS.	AG- NIO	AD- SPI- RANT SPEC.
<i>academische A-opleidingen</i>										
snijdende specialismen .....	62	574 ( 518,5)	3765	376	19	362	14	1.5:1	120	29
niet-snijdende specialismen .....	121	1397 (1313,6)	4941	969	20	949	20	1.4:1	120	82
<b>totaal aantal</b> .....	<b>183</b>	<b>1971 (1832,1)</b>	<b>8706</b>	<b>1345</b>	<b>39</b>	<b>1311</b>	<b>34</b>	<b>1.5:1</b>	<b>240</b>	<b>111</b>
<i>niet-academische opleidingen</i>										
snijdende specialismen .....	50	247 ( 244,8)	3538	183	13	139	44	1.3:1	71	7
niet-snijdende specialismen .....	106	596 ( 568,5)	6838	424	12	398	26	1.4:1	134	28
<b>totaal aantal</b> .....	<b>156</b>	<b>843 ( 813,3)</b>	<b>10376</b>	<b>607</b>	<b>25</b>	<b>537</b>	<b>70</b>	<b>1.4:1</b>	<b>205</b>	<b>35</b>
<i>B-opleidingen</i>										
snijdende specialismen .....	53	220 ( 216,4)	2972	65	—	30	35	3.4:1	95	2
niet-snijdende specialismen .....	57	273 ( 261,4)	3622	169	2	93	76	1.6:1	74	1
<b>totaal aantal</b> .....	<b>110</b>	<b>493 ( 477,8)</b>	<b>6594</b>	<b>234</b>	<b>2</b>	<b>123</b>	<b>111</b>	<b>2.1:1</b>	<b>169</b>	<b>3</b>
<i>totaal aantal opleidingen in snijdende en niet-snijdende specialismen</i>										
acad. A-opleidingen .....	183	1971 (1832,1)	8706	1345	39	1311	34	1.5:1	240	111
niet-academische A-opleid. ....	156	843 ( 813,3)	10376	607	25	537	70	1.4:1	205	35
B-opleidingen .....	110	493 ( 477,8)	6594	234	2	123	111	2.1:1	169	3
<b>totaal aantal</b> .....	<b>449</b>	<b>3307 (3123,2)</b>	<b>25676</b>	<b>2186</b>	<b>66</b>	<b>1971</b>	<b>215</b>	<b>1.5:1</b>	<b>614</b>	<b>149</b>
<i>keuzestages in het kader van de opleiding tot psychiater</i>										
	41	254 ( 215,5)	3859	70	—	66	4	3.6:1	46	3
<b>totaal generaal</b> .....	<b>490</b>	<b>3561 (3338,7)</b>	<b>29535</b>	<b>2256</b>	<b>66</b>	<b>2037</b>	<b>219</b>	<b>1.6:1</b>	<b>660</b>	<b>152</b>

**Tabel VI. Totaal aantal agnio's en adspirant specialisten per 1-1-1987, vergeleken met de situatie per 1-1-1985 en 1-1-1986.**

Vervolg tabel VI

SPECIALISME/ONDERDEEL	AANTAL AGNIO'S			AANTAL ADSP. SPECIALISTEN		
	per 1-1-1985	per 1-1-1986	per 1-1-1987	per 1-1-1985	per 1-1-1986	per 1-1-1987
allergologie .....	-	-	-	-	-	-
anesthesiologie .....	2	5	10	1	13	11
cardiologie .....	6	19	26	13	11	15
cardiopulmonale chirurgie .....	7	19	22	5	-	2
dermatologie .....	3	2	9	1	-	-
gastro-enterologie .....	3	2	2	4	3	1
heelkunde .....	196	142	150	45	31	13
inwendige geneeskunde .....	110	83	101	70	43	38
k.n.o.-heelkunde .....	9	3	9	7	7	4
kindergeneeskunde .....	16	28	30	16	14	6
klinische chemie .....	-	2	-	1	1	-
klinische geriatrie .....	1	4	5	-	2	1
longziekten en tbc .....	9	10	16	12	5	4
medische microbiologie .....	-	-	2	3	-	3
neurochirurgie .....	10	17	20	-	-	1
neurologie .....	7	10	32	5	11	15
klinische neurofysiologie .....	-	-	-	1	4	1
nucleaire geneeskunde .....	-	-	1	-	-	-

SPECIALISME/ONDERDEEL	AANTAL AGNIO'S			AANTAL ADSP. SPECIALISTEN		
	per 1-1-1985	per 1-1-1986	per 1-1-1987	per 1-1-1985	per 1-1-1986	per 1-1-1987
oogheelkunde .....	-	3	1	4	1	4
orthopedie .....	9	12	15	3	10	5
pathologische anatomie .....	8	3	2	4	5	2
plastische chirurgie .....	3	2	1	2	-	1
psychiatrie .....	14	31	55	4	1	1
inrichtingspsychiatrie .....	13	19	23	1	-	-
kinderpsychiatrie .....	8	11	13	2	-	3
psychotherapie .....	-	-	1	-	-	-
sociale psychiatrie .....	7	15	9	4	2	-
radiodiagnostiek .....	4	8	17	18	14	6
radiotherapie .....	11	10	7	1	-	-
reumatologie .....	2	3	8	5	3	3
revalidatie .....	2	6	5	1	4	4
urologie .....	5	11	5	2	3	2
verloskunde/gynaecologie .....	57	55	63	16	24	6
<b>TOTAAL</b>	<b>522</b>	<b>531</b>	<b>660</b>	<b>251</b>	<b>212</b>	<b>152</b>

**Tabel VII. Overzicht van de in de laatste jaar ingeschreven specialisten per specialisme.**

SPECIALISME	1981 WAARVAN BUITENL.		1982 WAARVAN BUITENL.		1983 WAARVAN BUITENL.		1984 WAARVAN BUITENL.		1985 WAARVAN BUITENL.		1986 WAARVAN BUITENL.		TOTAAL AANTAL INGESCHREVEN SPECIALISTEN PER 1-1-1987*
allergologie .....	1	-	4	1	-	-	-	-	-	-	1	-	19
anesthesiologie .....	52	15	56	10	43	12	11	4	47	6	54	8	926
cardiologie .....	31	1	30	-	36	3	21	1	37	3	27	1	505
cardiopulmonale chirurgie .....	4	1	4	1	-	-	6	-	7	2	2	1	56
dermatologie .....	15	-	11	-	17	-	12	-	13	-	13	1	389
gastro-enterologie .....	1	-	2	-	4	-	3	-	4	-	1	-	51
heelkunde .....	47	1	56	2	42	-	48	-	35	1	20	-	1165
inwendige geneeskunde .....	67	1	73	4	47	1	52	2	69	1	69	2	1751
keel-neus-oorheelkunde .....	20	-	10	-	14	-	13	-	15	-	13	-	499
kindergeneeskunde .....	35	1	32	3	40	3	42	3	39	1	30	2	933
klinische chemie .....	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1	-	-	15
klinische geriatrie .....	-	-	-	-	9	-	13	-	1	-	6	1	29
longziekten en tuberculose .....	13	-	21	1	18	1	15	1	22	-	18	-	484
medische microbiologie .....	7	-	5	1	6	-	5	2	8	-	12	1	200
neurochirurgie .....	3	1	2	-	2	-	3	-	3	-	6	-	80
neurologie .....	30	1	26	2	28	-	22	-	23	2	35	1	362
nucleaire geneeskunde .....	-	-	-	-	-	-	27	2	-	-	2	-	31
oogheelkunde .....	22	2	23	3	19	3	20	3	16	2	23	2	559
orthopedie .....	19	-	19	-	22	-	20	-	24	-	20	-	381
pathologische anatomie .....	5	-	14	1	13	1	10	-	11	-	10	1	296
plastische chirurgie .....	5	-	8	1	3	-	3	-	8	-	7	1	104
psychiatrie .....	74	6	82	5	106	6	71	2	79	4	70	11	950
radiodiagnostiek .....	34	3	35	1	48	5	49	1	35	1	31	-	483
radiologie .....	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	362
radiotherapie .....	4	-	6	-	8	1	4	-	5	-	3	-	98
reumatologie .....	8	-	6	-	3	-	5	1	4	-	7	-	127
revalidatie .....	9	-	10	-	13	-	13	-	11	-	6	-	243
urologie .....	11	3	12	1	12	-	13	-	10	-	15	-	252
verloskunde en gynaecologie .....	40	3	35	2	40	2	32	2	28	-	25	-	842
zenuw- en zielsziekten .....	11	-	4	-	3	-	8	1	10	-	2	-	1103
<b>totaal</b>	<b>568</b>	<b>41</b>	<b>566</b>	<b>39</b>	<b>597</b>	<b>38</b>	<b>543</b>	<b>25</b>	<b>566</b>	<b>24</b>	<b>528</b>	<b>33</b>	<b>13295</b>
	(22 EG)		(22 EG)		(17 EG)		(12 EG)		(13 EG)		(21 EG)		

\* Hierin zijn ook begrepen de specialisten die het specialisme niet meer daadwerkelijk uitoefenen.

### Opmerkingen

1. Het totaal aantal opleidingen is ongeveer gelijk gebleven:

per 1-1-1983 .....	523
per 1-1-1984 .....	507
per 1-1-1985 .....	494
per 1-1-1986 .....	489
per 1-1-1987 .....	490

Ter informatie is tevens een overzicht van de erkende opleidingsinrichtingen bijgevoegd.

2. Het hiernavolgende staatje wekt de indruk dat het totaal aantal in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen enigszins is gestegen. In dit aantal zijn echter ook begrepen 13 buitenlandse assistent-geneeskundigen die een stage van 1-2 jaar in een Nederlandse opleidingsinrich-

ting volgen. In wezen is het totaal aantal assistent-geneeskundigen gelijk gebleven. Het aantal agnio's is ten opzichte van 1-1-1986 drastisch gestegen, in tegenstelling tot het aantal adspirant specialisten, dat duidelijk is afgenomen.

	TOTAAL		EIGEN SPECIA- LISME	ANDER SPECIA- LISME	AGNIO'S	ADSP. SPECIA- LISTEN
per 1-1-1983 .....	2824		2513	311	—	—
per 1-1-1984 .....	2550		2317	323	—	—
per 1-1-1985 .....	2374		2159	215	522	251
per 1-1-1986 .....	2243		2042	201	531	212
per 1-1-1987 .....	2256	(2243)	2037	219	660	152

3. In de navolgende specialismen was er een duidelijke daling van het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding.

	1-1-1984	1-1-1985	1-1-1986	1-1-1987	AFNAME
anesthesiologie .....	161	173	161	150	-11
neurologie .....	112	116	109	93	-16
psychiatrie .....	222	212	206	192	-14
radiodiagnostiek .....	152	137	126	114	-12

4. Het aantal assistent-geneeskundigen dat ten behoeve van een deel-specialistische opleiding een vooropleiding heelkunde volgt is weer enigszins gestegen; in tegenstelling tot vorig jaar is het aantal assistent-geneeskundigen dat een vooropleiding inwendige geneeskunde volgt weer toegenomen.

	1-1-1984	1-1-1985	1-1-1986	1-1-1987
vooropleiding heelkunde .....	78	70	78	84
vooropleiding IG .....	98	90	85	98

5. Het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding met een buitenlands diploma is min of meer gelijk gebleven; per 1-1-1987: 66 (ten opzichte van 65 per 1-1-1985 en 62 per 1-1-1986).

6. Het totaal aantal aan de opleiding deelnemende specialisten is wederom gestegen:

per 1-1-1983 .....	3012
per 1-1-1984 .....	3049
per 1-1-1985 .....	3131
per 1-1-1986 .....	3364 (= 3153,8 formatieplaatsen)
per 1-1-1987 .....	3561 (= 3338,7 formatieplaatsen)

Uit de overzichten blijkt dat de meeste part-time medewerkers voorkomen bij de specialismen dermatologie, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, medische microbiologie, oogheelkunde, pathologische anatomie, psychiatrie, kinderpsychiatrie, sociale psychiatrie, revalidatie en verloskunde/gynaecologie.

7. Uit de verstreckte gegevens is gebleken dat er in totaal 19 volontair assistent-geneeskundigen in opleiding zijn van wie er 7 echter door derden worden gehonoreerd. Het aantal 'echte' volontair assistenten is dus 12 (vorig jaar 11); deze blijken voornamelijk voor te komen in de opleidingen klinische neurofysiologie (4) en oogheelkunde (3).

### *Bijlage. Overzicht opleidingsinrichtingen/opleidingen.*

PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL	PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL
Alkmaar	MCA	heelkunde B kindergen. (niet-acad.) revalidatie verloskunde/gynaecologie B	4			kindergeneeskunde (acad.) klinische chemie longziekten medische microbiologie neurochirurgie neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) oogheelkunde pathologische anatomie A plastische chirurgie psychiatrie A radiodiagnostiek A radiotherapie urologie (acad.) verloskunde/gynaecologie A	
Almelo	Pr. Ireneziekenhuis	heelkunde B radiodiagnostiek B	2	Amsterdam	Andreas Ziekenhuis	heelkunde B inwendige geneeskunde B verloskunde/gynaecologie B radiotherapie	3
Amersfoort	St. Elisabethziekenhuis Zkh. De Lichtenberg Sinai Centrum Zon & Schild RIAGG Oost Utrecht	inwendige geneeskunde B inwendige geneeskunde B psychiatrie A psychiatrie A sociale psychiatrie	1 1 1 1 1	Amsterdam	Ant. v. Leeuwen- hoekhuis	reumatologie revalidatie	2
Amsterdam	AMC	anesthesiologie cardiologie A dermatologie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie neurochirurgie neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) nucleaire geneeskunde oogheelkunde orthopedie A pathologische anatomie A psychiatrie A kinderpsychiatrie radiodiagnostiek A urologie (acad.) verloskunde/gynaecologie A	22	Amsterdam	Dr. J. v. Breemen- instituut	kindergeneeskunde (niet-acad.) revalidatie	1
				Amsterdam	EKG	cardiologie A	9
				Amsterdam	OLVG	cardiopulmonale chirurgie heelkunde A inwendige geneeskunde A longziekten orthopedie A radiodiagnostiek A urologie (niet-acad.) verloskunde/gynaecologie A	
Amsterdam	AZVU (incl. Valeriuskl.)	anesthesiologie cardiologie A dermatologie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A	22	Amsterdam	Slotervaartziekenhuis	heelkunde B inwendige geneeskunde A klinische geriatrie neurologie B orthopedie B (reumatologie samen met Dr. J. v. Breemeninstituut)	5 (+1)
				Amsterdam	St. Lucas Ziekenhuis	heelkunde B inwendige geneeskunde B	6

PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL	PLAATS	OPLEIDINGS- RICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL
		neurologie A		's-Graven- hage	Diaconesseninr. Bronovo	heelkunde A	2
		klinische neurofysiologie (aant.)		's-Graven- hage	Juliana Kinderzieken- huis	inwendige geneeskunde A	1
		psychiatrie B				kindergeneeskunde (niet-acad.)	
Amsterdam	RIM	verloskunde/gynaecologie B	1	's-Graven- hage	Rode Kruis Zieken- huis	heelkunde A	3
Amsterdam	RKO	revalidatie	1			inwendige geneeskunde A	
Amsterdam	GG & GD	revalidatie	1			orthopedie B	
Amsterdam	JAGGZ	sociale psychiatrie	1	's-Graven- hage	Westeinde Ziekenhuis	heelkunde A	10
Amsterdam	RIAGG Centrum/Oud- West	sociale psychiatrie	1			inwendige geneeskunde A	
Amsterdam	RIAGG Zuid/Nieuw- West	sociale psychiatrie	1			keel-neus-oorheelkunde B	
Apeldoorn	Julianaziekenhuis	inwendige geneeskunde B	1			neurochirurgie	
Arnhem	Hervormd Diacones- senhuis	inwendige geneeskunde B	3			neurologie A	
		neurologie B				klinische neurofysiologie (aant.)	
Arnhem	Ziekenhuis De Mal- berg (Gemeente- ziekenhuis)	verloskunde/gynaecologie B	5	's-Graven- hage	Ziekenhuis Leyenburg	orthopedie A	11
		heelkunde A				pathologische anatomie B	
		inwendige geneeskunde A				radiodiagnostiek A	
		klinische geriatrie				verloskunde/gynaecologie A	
		neurologie B				cardiologie A	
		reumatologie				heelkunde A	
Arnhem	Johanna Stichting	revalidatie	1			inwendige geneeskunde A	
Assen	Licht & Kracht/ Port Natal	psychiatrie A	1			keel-neus-oorheelkunde B	
Assen	RIAGG Drenthe	sociale psychiatrie	1			longziekten	
Benne- broek	Vogelenzang	psychiatrie A	1			neurologie A	
						klinische neurofysiologie (aant.)	
Beverwijk	Rode Kruis Zieken- huis	heelkunde B	2	's-Graven- hage	Bloemendaal	orthopedie A	3
		inwendige geneeskunde B				radiodiagnostiek A	
Boekel	Huize Padua	inrichtingspsychiatrie	1	's-Graven- hage	Rosenburg	urologie (niet-acad.)	2
Bussum	Majellaziekenhuis	inwendige geneeskunde B	1	's-Graven- hage	RIAGG Westhage	verloskunde/gynaecologie A	1
Delft	Reinier de Graafgast- huis – St. Hippolytus	heelkunde B	3	's-Graven- hage	Ned. Zeehospitium	psychiatrie A	1
		inwendige geneeskunde B				psychiatrie A	
		verloskunde/gynaecologie B		Groningen	Academisch Zieken- huis (incl. P.A. Lab.)	inrichtingspsychiatrie	27
	– Bethel	heelkunde B	1			sociale psychiatrie	
Delft	Revalidatiecentrum	revalidatie	1			allergologie	
Delft	SSDZ	pathologische anatomie B	1			anesthesiologie	
Deventer	Stichting Deventer Ziekenhuis (St. Geertruiden en St. Jozef)	heelkunde A	7			cardiologie A	
		inwendige geneeskunde A				cardiopulmonale chirurgie	
		kindergeneeskunde (niet-acad.)				dermatologie	
		orthopedie B				gastro-enterologie	
		radiodiagnostiek A				heelkunde A	
		urologie (niet-acad.)				inwendige geneeskunde A	
		verloskunde/gynaecologie B				keel-neus-oorheelkunde A	
Dordrecht	Diaconessenhuis Refaja	heelkunde B	3			kindergeneeskunde (acad.)	
		inwendige geneeskunde B				longziekten	
Dordrecht	Merwedeziekenhuis	klinische chemie	2			medische microbiologie	
		inwendige geneeskunde B				neurochirurgie	
		psychiatrie B				neurologie A	
Dordrecht	RIAGG Dordrecht e.o.	sociale psychiatrie	1			klinische neurofysiologie (aant.)	
Eindhoven	Catharinaziekenhuis	cardiologie A	7			nucleaire geneeskunde	
		heelkunde A				oogheelkunde	
		inwendige geneeskunde A				orthopedie A	
		kindergeneeskunde (niet-acad.)				pathologische anatomie A	
		longziekten				plastische chirurgie	
		radiodiagnostiek A				psychiatrie A	
		verloskunde/gynaecologie A				kinderpsychiatrie	
Eindhoven	Diaconessenhuis	heelkunde B	1			radiodiagnostiek A	
Eindhoven	St. Joseph Ziekenhuis	heelkunde A	5	Groningen	RKZ	reumatologie	
		inwendige geneeskunde A				revalidatie	
		kindergeneeskunde (niet-acad.)				urologie (acad.)	
		orthopedie B				verloskunde/gynaecologie A	
		verloskunde/gynaecologie B				heelkunde B	4
Enschede	Stichting Samenwer- kende Enschedese Ziekenhuizen	heelkunde A				inwendige geneeskunde B	
	– De Stadsmaten	heelkunde B	2	Groningen	RIAGG Groningen	orthopedie B	1
	– Ziekenzorg	longziekten	3	Haarlem	Elisabeth Gasthuis	verloskunde/gynaecologie B	8
		heelkunde B				sociale psychiatrie	
		inwendige geneeskunde A				cardiologie B	
		(samen met Stadsmaten)				heelkunde A	
		neurologie B				inwendige geneeskunde A	
Enschede	't Roessingh (samen met Stadsma- ten en Ziekenzorg)	revalidatie	1	Haarlem	Mariastichting	keel-neus-oorheelkunde B	5
						neurologie B	
Ermeo	Veldwijk	psychiatrie A	1			radiodiagnostiek A	
Franeke	Groot Lankum	inrichtingspsychiatrie	1	Haarlem	St. Joannes de Deo	urologie (niet-acad.)	2
Gouda	Bleuland Ziekenhuis	heelkunde B	2	Haarlem	RIAGG Zuid Kenne- merland	verloskunde/gynaecologie B	1
		inwendige geneeskunde B				cardiologie B	
						heelkunde B	
						inwendige geneeskunde B	
						urologie (niet-acad.)	
						verloskunde/gynaecologie B	
						heelkunde B	
						inwendige geneeskunde B	
						sociale psychiatrie	



PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL
<i>Halsteren</i>	Viersprong	psychotherapie	1
<i>Halsteren</i>	Vrederust	inrichtingspsychiatrie	1
<i>Harderwijk</i>	RIAGG Noord Veluwe	sociale psychiatrie	1
<i>Heemstede</i>	Diaconessenhuis	heelkunde B inwendige geneeskunde B	2
<i>Heerlen</i>	St. Elisabethkliniek	Vroedvrouwenschool	1
<i>Heerlen</i>	De Wever-Ziekenhuis	anesthesiologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde B longziekten neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) orthopedie A pathologische anatomie B radiodiagnostiek A reumatologie revalidatie urologie (niet-acad.) verloskunde/gynaecologie A radiotherapie	14
<i>Heerlen</i>	Radiotherapeutisch Instituut Limburg		1
<i>Heerlen</i>	Welterhof	psychiatrie B	1
<i>Heilo</i>	St. Willibrord	inrichtingspsychiatrie	1
<i>Helmond</i>	St. Lambertus Ziekenhuis	inwendige geneeskunde B kindergeneeskunde (niet-acad.) verloskunde/gynaecologie B	3
<i>'s-Herto- genbosch (incl. Vught)</i>	Groot Ziekengasthuis	cardiologie B heelkunde A inwendige geneeskunde A urologie (niet-acad.) verloskunde/gynaecologie A	5
<i>'s-Herto- genbosch (incl. Vught)</i>	Reinier van Arkel	psychiatrie A	1
<i>(Vught)</i>	Voorburg	inrichtingspsychiatrie	1
<i>Hilversum</i>	Streekziekenhuis Gooi Zuid - Diaconessenhuis	heelkunde B inwendige geneeskunde B orthopedie	2
	- R.K.Z.		1
<i>Hoens- broek</i>	Revalidatiecentrum Hoensbroek	revalidatie	1
<i>Huizen</i>	De Trappenberg	revalidatie	1
<i>Leersum</i>	De Hoogstraat	revalidatie	1
<i>Leeu- warden</i>	M.C.L.	heelkunde B inwendige geneeskunde B verloskunde/gynaecologie B	3
<i>Leeu- warden</i>	RIAGG Friesland	sociale psychiatrie	1
<i>Leiden (Oegst- geest)</i>	Academisch Zieken- huis incl. P.A. Lab. incl. Jellgersma kliniek incl. Curium	anesthesiologie cardiologie A cardiopulmonale chirurgie dermatologie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie neurochirurgie neurologie A klinische neurofysiologie (ent.) oogheelkunde orthopedie A pathologische anatomie A psychiatrie A kinderspsychiatrie radiodiagnostiek A radiotherapie reumatologie revalidatie urologie (acad.) verloskunde/gynaecologie A	25
<i>Leiderdorp</i>	St. Elisabeth Zieken- huis	heelkunde B inwendige geneeskunde B verloskunde/gynaecologie B	3

PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL
<i>Leid- schendam</i>	St. Antoniusshove	heelkunde B	1
<i>Maastricht</i>	Academisch Zieken- huis incl. Vijverdal incl. P.A. Lab	cardiologie A dermatologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) oogheelkunde orthopedie A pathologische anatomie A psychiatrie A radiodiagnostiek A verloskunde/gynaecologie A	16
<i>Maastricht</i>	RIAGG Maastricht	sociale psychiatrie	1
<i>Nieuwegein</i>	St. Antonius Zieken- huis	anesthesiologie cardiologie A cardiopulmonale chirurgie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A longziekten klinische neurofysiologie (aant.) radiodiagnostiek A anesthesiologie cardiologie A cardiopulmonale chirurgie dermatologie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie neurochirurgie neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) nucleaire geneeskunde oogheelkunde orthopedie A pathologische anatomie A plastische chirurgie psychiatrie A radiodiagnostiek A radiotherapie reumatologie urologie (acad.) verloskunde/gynaecologie A	9
<i>Nijmegen</i>	St. Radboud Zieken- huis incl. Dr. Veegerkliniek incl. P. A. Lab. incl. M. C. Dekkers- wald	cardiologie A cardiopulmonale chirurgie dermatologie gastro-enterologie heelkunde A inwendige geneeskunde A keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie neurochirurgie neurologie A klinische neurofysiologie (aant.) nucleaire geneeskunde oogheelkunde orthopedie A pathologische anatomie A plastische chirurgie psychiatrie A radiodiagnostiek A radiotherapie reumatologie urologie (acad.) verloskunde/gynaecologie A	25
<i>Nijmegen</i>	Canisius/Wilhelmina Ziekenhuis	cardiologie B heelkunde A inwendige geneeskunde A kindergeneeskunde (niet-acad.) neurochirurgie (samen met St. Radboud Ziekenhuis) neurologie A revalidatie (samen met St. Maartenskli- niek) verloskunde/gynaecologie B	8
<i>Nijmegen</i>	St. Maartenskliniek	orthopedie A revalidatie	2
<i>Oegstgeest</i>	Psychiatrisch Zieken- huis Endegeest	psychiatrie B inrichtingspsychiatrie	2
<i>Poortugaal</i>	Delta Ziekenhuis	psychiatrie A	1
<i>Roosen- daal</i>	St. Franciscus Ziekenhuis	orthopedie B	1
<i>Rosmalen</i>	Coudewater	psychiatrie B	1
<i>Rotterdam</i>	Acad. Ziekenhuis R'dam incl. Acad.Zhs Dijkzigt incl. Sophia Kinder- zhs incl. Oogziekenhuis incl. R.R.T.I.	allergologie anesthesiologie cardiologie A cardiopulmonale chirurgie dermatologie heelkunde A inwendige geneeskunde A (2x) keel-neus-oorheelkunde A kindergeneeskunde (acad.) longziekten medische microbiologie	26

PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL	PLAATS	OPLEIDINGS- INRICHTING	SOORT OPLEIDING	TOTAAL AANTAL
		neurochirurgie				heelkunde A	
		neurologie A				inwendige geneeskunde A	
		klinische neurofysiologie (aant.)				keel-neus-oorheelkunde A	
		oogheelkunde				kindergeneeskunde (acad.)	
		orthopedie A				longziekten	
		pathologische anatomie A				medische microbiologie	
		plastische chirurgie				neurochirurgie	
		psychiatrie A				neurologie A	
		kinderpsychiatrie				klinische neurofysiologie (aant.)	
		radiodiagnostiek A				nucleaire geneeskunde	
		radiotherapie				oogheelkunde	
		revalidatie				orthopedie A	
		urologie (acad.)				pathologische anatomie A	
		verloskunde/gynaecologie A				plastische chirurgie	
Rotterdam	Bergweg Ziekenhuis	heelkunde A	3			psychiatrie A	
		inwendige geneeskunde A				kinderpsychiatrie	
Rotterdam	St. Clara Ziekenhuis	urologie (niet acad.)	3			radiodiagnostiek A	
		heelkunde A				radiotherapie	
		inwendige geneeskunde A				reumatologie	
Rotterdam	St. Franciscus Gast- huis	radiodiagnostiek A	4	Utrecht	Diaconesenhuis	verloskunde/gynaecologie A	3
		heelkunde A				heelkunde B	
		inwendige geneeskunde A				inwendige geneeskunde B	
		urologie (niet-acad.)				verloskunde/gynaecologie B	
Rotterdam	Havenziekenhuis	verloskunde/gynaecologie A	2	Utrecht	RIAGG West.Utr./ Stad Utr.	sociale psychiatrie	1
		heelkunde B					
Rotterdam	Ikazia Ziekenhuis	inwendige geneeskunde B	2	Venlo	St. Maartensgasthuis	inwendige geneeskunde B	2
		heelkunde B				revalidatie	
Rotterdam	Zuiderziekenhuis	verloskunde/gynaecologie B	5	Venlo	RIAGG Noord Limburg	sociale psychiatrie	1
		cardiologie B				inrichtingspsychiatrie	1
		heelkunde A		Venray	St. Servatius	psychiatrie B	2
		inwendige geneeskunde A		Warmsveld	Het Groot Graffel	inrichtingspsychiatrie	1
		kindergeneeskunde (niet-acad.)				psychiatrie B	1
		verloskunde/gynaecologie B				inrichtingspsychiatrie	1
Rotterdam	Streeklab. Rotterdam	medische microbiologie	1	Wassenaar	Ursulakliniek	psychiatrie B	1
Rotterdam	RIAGG Centrum- West	psychotherapie	2	Willemstad	St. Elisabeth Hospital	inwendige geneeskunde B	3
		sociale psychiatrie				kindergeneeskunde (niet-acad.)	
						neurologie B	
Rotterdam	RIAGG Centrum West/Zuid		2	Wolfheze	Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze	inrichtingspsychiatrie	1
Rotterdam	RIAGG Rijnmond Noord-Oost	psychotherapie					
Santpoort	Provinciaal Ziekenhuis	sociale psychiatrie	3	Wijk aan Zee	Heliomare	revalidatie	1
		psychiatrie B		Ijmuiden	Zeewegziekenhuis	heelkunde B	2
		inrichtingspsychiatrie				inwendige geneeskunde B	
		psychotherapie					
Sittard	De Goddelijke Voorzienigheid	inwendige geneeskunde B	3	Zaandam	Juliana Ziekenhuis	verloskunde/gynaecologie B	1
		neurologie A		Zuidlaren	Dennenoord	psychiatrie B	2
		psychiatrie B				inrichtingspsychiatrie	
Tilburg	St. Elisabeth Ziekenhuis	heelkunde A	7	Zwolle	Sophia Ziekenhuis	cardiologie B	7
		inwendige geneeskunde A				heelkunde A	
		kindergeneeskunde (niet-acad.)				inwendige geneeskunde B	
		medische microbiologie				kindergeneeskunde (niet-acad.)	
		neurologie A (samen met Mariazkh.)				klinische chemie	
		pathologische anatomie B				plastische chirurgie	
		radiodiagnostiek A				verloskunde/gynaecologie B	
Tilburg	Mariaziekenhuis	heelkunde B	3	Zwolle	De Weezenlanden	inwendige geneeskunde B	4
		inwendige geneeskunde B				longziekten	
		verloskunde/gynaecologie A				revalidatie	
		(samen met St. Elisabeth Zkh)				verloskunde/gynaecologie B	
Utrecht	Academisch Ziekenhuis incl. P.A. Lab. incl. Ooglijdersgasthuis incl. WKZ	anesthesiologie	25	Zwolle	RIAGG Zwolle (samen met RIAGG De Hagen te Enschede)	sociale psychiatrie	1
		cardiologie A					
		cardiopulmonale chirurgie					
		dermatologie					
		gastro-enterologie					



## Personalia uit de Afdelingen

### NIEUWE LEDEN

S. N. Allison, Arnhem  
H. Andersen Roëd, Nijmegen  
J. L. M. Backus, Nijmegen  
J. R. J. Bänffer, Rotterdam  
Mw A. T. van Banning-van Dolder, Emmeloord  
Mw Ch. Bardox-Monteverde, Zwolle  
E. J. R. van Beek, Rotterdam  
Mw L. Bellersen, Nijmegen

Mw J. J. C. Berends-van Spanje, Gouda  
Mw A. M. van den Berg, Groningen  
F. van den Berg, Groningen  
A. P. E. Besnard, Almelo  
A. D. Blankert, Haarlem  
R. R. Blees, Vecht  
W. Blitz, Maastricht  
A. G. Boekema, Enschede  
R. U. Boelhouwer, Rotterdam  
Mw E. C. Boer, Rotterdam  
E. J. Boerma, Haarlem

Mw J. M. P. van Bommel, Maastricht  
S. E. Booy, Utrecht  
B. Bosch, Maastricht  
Mw P. H. I. van den Bosch, Amsterdam  
M. L. Bot, Rotterdam  
C. A. B. Boucher, Amsterdam  
E. A. Braam, Enschede  
A. J. Brenkman, Leiden  
Mw C. B. Brouwer, 's-Gravenhage  
W. R. Bruins, Gooi en Eemland  
W. L. C. Brunings, Nijmegen

Mw M. T. Bruyn, Buitenland  
M. A. van Buchem, Leiden  
D. B. Buissommer, Rotterdam  
Mw S. Buma, Groningen  
M. Bunge, 's-Gravenhage  
M. P. M. Burger, Hunsingo Fiv. W. Kwartier  
L. Buys, Amsterdam  
Mw R. C. H. Chitanie, Amsterdam  
Mw S. A. J. Cool-Korporaal, Rotterdam  
Mw H. Cox, Amsterdam  
M. J. J. S. Crobach, Leiden  
H. P. J. Daemen, Zwolle  
F. E. van Dam, Eindhoven  
Mw J. A. Dam, Amsterdam  
P. J. Dekker, Amsterdam  
Mw J. M. Dekkers, Utrecht  
K. P. J. Delaere, Heerlen  
Mw H. J. J. Denis, Eindhoven  
Mw R. U. Djooadmodjo, Amsterdam  
H. Doewes, Midden Twente

Mw G. R. M. Eek, Purmerend  
G. B. Eindhoven, Purmerend  
A. R. van Erk, Eindhoven  
F. A. van Erven Gooi en Eemland  
A. A. van Es, Maastricht  
M. A. M. F. Eyck, Nijmegen  
Ph. W. Fels, Dordrecht  
M. F. F. Franken, Leiden  
Mw A. M. van Furth, Amsterdam  
Mw M. L. M. van der Galiën-Lycklama, Groningen  
R. K. H. Gatz, Maastricht  
Mw M. J. M. Geraerts-Mattern, Utrecht  
J. H. Gerdes, Assen  
H. A. Goud, Dordrecht  
J. A. G. Govaarts, Sittard/Geleen  
K. Graamans, Utrecht  
H. Groen, Groningen  
Mw R. R. M. de Groot, Amersfoort  
A. M. J. de Groote, Apeldoorn

Mw M. C. Hansen Sanchez Vicioso, Leiden  
T. W. M. Harding, Haarlem  
W. Hart, Delft  
Mw A. F. M. Haverkamp-Veenman, Breda  
Mw H. H. T. de la Hayze, Walcheren  
G. J. Den Heeten, Tilburg  
P. A. M. van Hellenberg Hubar, Utrecht  
Mw A. Hemstra, Groningen  
B. J. L. Hennis-Bothenius Lohman, Leiden  
Mw A. Heuvelmans, Meppel  
J. W. G. Heybroek, 's-Gravenhage  
R. A. M. Hofman, Nijmegen  
N. den Hollander, Amsterdam  
J. Holleman, Woerden  
Mw L. ten Hove, Rotterdam  
Mw M. L. Huizinga-Cañó, 's-Hertogenbosch  
H. L. Jaarsma, Enschede  
A. E. Jansen, Amsterdam  
A. J. Jansen, Eindhoven  
A. P. H. Jansen, Arnhem

EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober

## Het 39ste KNMG-Ledencongres

# Lasertechniek in de geneeskunde

Voorzitters: Dr. Ir. M. J. C. van Gemert en Drs. J. J. R. M. Bonnier

Het woord laser is een acroniem voor Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation (dus een versterker voor licht, werkend op het fysische principe van 'gestimuleerde emissie'). Lasers zijn in staat om een coherente zeer gerichte bundel licht van één kleur (golflengte) te produceren. Het soort laser (bijvoorbeeld: robijn laser) slaat op het materiaal waarin gestimuleerde emissie wordt opgewekt. Dit materiaal kan zijn: een gas (bijvoorbeeld argon, krypton, CO<sub>2</sub>, helium, neon), een vaste stof (bijvoorbeeld robijn, of neodymium in een yttrium-aluminium-granaat gastkristal) of een vloeistof (een kleurstof ofte wel een 'dye'). Dit alles maakt het mogelijk om lasers te kunnen kiezen met een golflengte variërend van het (ver)-ultra-violet, via het zichtbare naar het infra-rode en zelfs ver-infra-rode deel van het spectrum die een hoog of laag vermogen hebben en die slechts in korte lichtstoten (gepulst) of continu kunnen opereren. De meeste soorten lasers (maar helaas nog niet allemaal) kunnen hun licht via fibergeleiding naar iedere willekeurige positie transporteren.

Menselijk weefsel, gezond of ziek, absorbeert en verstrooit licht; dus laserlicht dat aan weefsel wordt aangeboden, wordt in dat weefsel verzwakt. De zogenaamde 'indringdiepte' blijkt sterk af te hangen van de kleur (golflengte)



te) van het licht en kan variëren van minder dan één micrometer (dus minder dan de afmetingen van een cel) tot enkele centimeters. De keuze van de verschillende lasers en weefsels maakt het mogelijk om te kiezen tussen coaguleren, verdampen (en dus snijden), ontploffen en fotochemie.

Al deze facetten zullen tijdens de vijf congresvoordrachten aan bod komen, zowel inleidend, klinisch als fundamenteel. In de eerste voordracht: 'Lasers: fictie, kunst of toch science', zullen de verschillende be-

grippen worden ingeleid en zal het vraagstuk van 'dosimetrie' aan de orde worden gesteld. De tweede bijdrage: 'Lasers, a new era in cancer therapy' zal met name het spanningsveld tussen laserhyperthermie en laserfotochemie, maar ook de gewenste biologische responsie (wondheling) omvatten. De derde voordracht: 'Fotodynamische therapie, een oncologische behandeling met toekomst' gaat zowel in op de fundamentele aspecten van fotochemotherapie (geheten fotodynamische therapie) alsook op klinische en dosimetrische aspecten. De volgende voordracht is: 'Imponerende opmars van lasers in de oogheelkunde'. De oogheelkunde is het enige vak waarin lasers een routinebehandelingsinstrument zijn. Het is echter tevens een vak waarin nog steeds imponerende laserontwikkelingen gaande zijn. De laatste voordracht: 'Lasers, een doorbraak in verstopte bloedvaten' zal de 'state-of-the-art' situatie beschrijven van één van de laservakgebieden die zich momenteel zeer snel en fascinerend ontwikkelen. Deze ontwikkeling was voorheen eigenlijk tot de perifere arteriën beperkt, maar recent zijn ook kransslagaders succesvol met lasertechnieken behandeld.

Dr. Ir. M. J. C. van Gemert, klinisch fysisicus

EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober - EINDHOVEN 8,9 en 10 oktober