



redactioneel

- De opleiding tot specialist is een belangrijke kostenfactor. Aldus concluderen Dr. J. H. van Aert en Drs. A. P. W. P. van Montfort, beiden werkzaam aan het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen (BKZ) dat wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Ziekenhuisinstituut. In hun artikel zijn de resultaten van een aantal econometrische analyses betreffende de kostenstructuur weergegeven. Tevens is een aantal achtergronden omtrent met name de opleiding tot specialist en de opleiding co-assistent belicht.
- Enige tijd geleden schreven Prof. Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker in Medisch Contact over de vraag 'Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg?' Zij toonden daarin hun verontrusting over de neiging van ziekenhuizen om taken op zich te nemen die volgens de auteurs in de eerste lijn thuis horen. Daarop zijn nogal wat reacties gekomen, maar geen van deze gingen volgens de heren Van Es en De Melker op de kern van hun betoog in. Zij willen thans proberen in een tweede artikel, 'Wat voor gezondheidszorg willen wij?' tot een nadere verheldering te komen, om daarna nog wat in te gaan op enkele reacties.
- In mei dit jaar werd in Luik op feestelijke wijze het feit herdacht dat twintig jaar geleden, in maart 1958, de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) werd gesticht. Oud-LSV-voorzitter H. van Giffen brengt daarover verslag uit.
- De Paul Ehrlich prijs is de hoogste Duitse onderscheiding voor medisch wetenschappelijk werk en wordt eens in de twee jaar uitgereikt. Dit jaar viel deze ten deel aan de Duitse geleerden Ludwik Gross en Werner Schäfer die beiden baanbrekend werk hebben verricht op het gebied van de tumorvirussen. Over de prijsuitreiking in Frankfurt am Main bericht de Nederlandse internist Dr. A. P. Oomen.



De Amsterdamse huisarts J. A. Philipszoon zond dit werkstuk in voor de tentoonstelling van het KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. Het is getiteld: 'Van Stockumgebergte, binnenland Suriname' en uitgevoerd in O.I.-inkt (72 x 54 cm). De heer Philipszoon is bezig met beeldende kunst 'uit innerlijke drang'.
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	950
<i>Inzenders: I. Bergsma, Dr. S. A. Klein, J. C. C. Meyboom, J. W. Boehmer, Dr. H. K. Scheffer, H. E. R. Mulder, H. van Beek</i>	
Opleidingsfunctie en kostenconsequenties voor algemene ziekenhuizen, door Dr. J. H. van Aert en Drs. A. P. W. P. van Montfort	955
Specialisatie intensieve verpleging	960
Wat voor gezondheidszorg willen wij? door Prof. Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker	961
Universitaire berichten	965
Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen	966
UEMS 20 jaar, door H. van Giffen	967
De Paul Ehrlich prijzen 1978, door Dr. A. P. Oomen	970
Contactlensspecialist vrijgesproken	973
Man-vrouw: anticonceptie in 1977 ...	974
OFFICIEEL	975
Inhoudsopgave officieel	980



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Opflag: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

'NIEUWE MEDICUS' IN HET ZIEKENHUIS

Voor de huisarts die veertien jaar de praktijk uitoefent in een provincieplaats met twee plaatselijke ziekenhuizen is het opmerkelijk dat de begeleiding en voorlichting van de opgenomen patiënten steeds minder grondig gebeurt. Bij mijn wekelijkse bezoek aan de opgenomen patiënten krijg ik herhaaldelijk vragen wat er nu precies aan de hand is, wat er eigenlijk is weggehaald bij de operatie, hoe lang het nog zal duren, enz. Na contact met de behandelend specialist vertel ik hen dan waar ze aan toe zijn. Nu blijkt dat deze voorlichting, die ik zeer nauwgezet pleeg te geven, toch niet voldoende is. Op het spreekuur komen namelijk steeds regelmatig mensen die opgenomen zijn geweest met dezelfde soort vragen. Onlangs kwam een vrouw, en echt niet de minst intelligente uit de praktijk, die een uterusextirpatie had ondergaan, met de vraag hoe het nu ging met de menstruaties. Ik kan dit voorbeeld nog met legio andere uitbreiden. Ik denk dat datgene wat ze mij vragen nog maar het topje van de ijsberg is van de problemen waar de mensen mee zitten.

Sommige ziekenhuizen denken de oplossing gevonden te hebben door het aantrekken van een maatschappelijk werker of zelfs een klinisch psycholoog. Ik betwijfel sterk of zij enige verandering in de situatie kunnen aanbrengen. Zij hebben namelijk geen toegang tot of verstand van de medische setting. De voorlichtende taak kan zeker niet aan hen worden overgelaten. Voor mijn gevoel kan er voor deze slechte begeleiding en voorlichting een betere oplossing worden gevonden. Waarom niet een ervaren huisarts die zo'n twintig jaar in de algemene praktijk heeft gewerkt in een ziekenhuis geplaatst? Deze kan, en dit wil ik zeer benadrukken, in zeer

goede samenwerking met de specialisten, de man zijn naar wie opgenomen patiënten en hun familieleden toe kunnen gaan met alle mogelijke vragen. In het ziekenhuis kan hij door regelmatig de visites mee te lopen van internist, chirurg en gynaecoloog (om de voornaamste maar te noemen) er snel genoeg achter komen wie de probleempatiënten zijn. Ik doel dan voornamelijk op de patiënten met ook psychosociale problematiek. De ervaren huisarts, gewend met dit bijtje te hakken, kan hier misschien sneller hulp bieden. Ook bij de stervensbegeleiding kan deze medicus zeer veel goed werk verrichten, niet alleen rechtstreeks door gesprekken met de patiënt maar ook door gesprekken met het verplegende personeel; ook het verplegende personeel weet vaak niet wat er precies met de patiënt aan de hand is. Velen zullen nu zeggen dat dit taken zijn die best door de maatschappelijk werker of klinisch psycholoog kunnen worden uitgevoerd maar ik heb al gezegd: het mankeert hen aan medische kennis en ten tweede ben ik van mening dat dit juist typisch medische zaken zijn. Ook kan de opmerking worden gemaakt dat het de taak van de huisarts of behandelend specialist is. Dit zal in enkele gevallen ook wel prima worden gedaan, maar al de tijd dat ik nu meeloop zie ik deze taken eerder meer verwaarloosd worden dan minder! De ziekenhuisspecialisten zullen deze 'nieuwe medicus' in het ziekenhuis misschien als een bedreiging voelen, maar ik ben stellig van mening dat zij in goed overleg, dat geregeld zal moeten plaatsvinden, van deze collega zeer veel plezier zullen ondervinden. Vooral voor de patiënten kan deze 'nieuwe dokter' in het ziekenhuis veel goed werk doen – en daar draait eigenlijk toch alles om.

Purmerend, 14 juli 1978

I. Bergsma

Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, dát praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer Want met dood-zwigen help je geen enkel probleem uit de wereld. Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u.

Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder. Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningsplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-631923.



SIRE

Publicatie aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Ideële Reclame

TOPKLINISCHE VERRICHTINGEN

Het vertrek van de hartchirurg Dr. J. Kolff uit het Academisch Ziekenhuis te Leiden naar Amerika heeft de kwetsbare positie waarin topklinische prestaties worden verricht nog eens aangetoond. Er zijn vele factoren die die kwetsbaarheid veroorzaken; om er enkele te noemen: het gebrek aan deskundig personeel, een te klein of te groot aanbod van patiënten, de plaats en taak van de academische ziekenhuizen en de relatie tot algemene ziekenhuizen, onderwijs en opleiding tot specialist en de specifieke eisen die topklinische verrichtingen nu eenmaal met zich brengen. Aan de hand van enkele voorbeelden willen wij dat uiteenzetten en de vraag voorleggen welke consequenties daaruit kunnen worden getrokken. Er worden in Nederland ongeveer 13.000 ooroperaties per jaar verricht. Volgens vooraanstaande otologen moet een oorarts tenminste 500 ooroperaties per jaar verrichten wil hij optimale resultaten bereiken (Feenstra MC 1978 nr. 22 blz. 671). Voor Nederland zou dit betekenen dat een 25-tal oorartsen deze operaties met het best mogelijke resultaat zouden moeten doen. Voor een aantal operaties geldt deze noodzakelijke vaardigheid niet. Er zijn ongeveer 325 KNO-artsen die voor het merendeel ooroperaties uitvoeren. Er is daarom ruimte voor slechts enkele centra waar ooroperaties op topklinisch niveau kunnen plaatsvinden. Voor de open hartchirurgie wordt een aantal van minimaal 500 hartoperaties per jaar per centrum genoemd. Het Antoniusziekenhuis in Utrecht zal binnen afzienbare tijd 1000 geopereerde hartpatiënten per jaar afleveren. Het ziet er naar uit dat een niet onbelangrijk aantal subspecialismen zich zal gaan concentreren in enkele of meerdere - afhankelijk van het aantal patiënten - centra. Voor vrijwel alle subspecialismen geldt dat deze slechts tot hun recht kunnen komen indien ook andere

specialismen in het ziekenhuis worden beoefend; in dat geval kan er zelfs een stimulerende werking van deze subspecialismen uitgaan.

Er bestaat voor het ziekenhuis waarin deze concentratie plaatsvindt ook een gevaar, vooral als het aanbod van patiënten groot is: de andere taken van het ziekenhuis zouden in het gedrang kunnen komen. Het zal van een wijs beleid en een goed management afhangen of het evenwicht tussen die verschillende taken gevonden kan worden, anders zou een algemeen ziekenhuis ongemerkt als een categoriaal ziekenhuis gaan functioneren. Dat in een ziekenhuis alle denkbare concentraties verenigd kunnen zijn lijkt hoogst onwaarschijnlijk. Dit raakt de taak en plaats van de academische ziekenhuizen.

In de basisfilosofie academische ziekenhuizen, zoals opgesteld door de vorige staatssecretaris Dr. G.

*... landelijke
coördinatie ...*

Klein, wordt onder meer gezegd dat het academisch ziekenhuis zich gedurende de laatste decennia heeft ontwikkeld van een hulpinstrument voor de eenvoudige artsopleiding, van een ziekenhuis met beperkte diagnostische en therapeutische mogelijkheden tot een centrum waar gecompliceerde, geavanceerde geneeskunde wordt beoefend. Zowel uit een oogpunt van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek is het van wezenlijk belang gebleken de medische superspecialismen te concentreren in het academisch ziekenhuis. Daarnaast moeten ook patiënten met meer alledaagse afwijkingen kunnen worden behandeld, geheel in overeenstemming met de belangen van onderwijs en onderzoek. Tot zover een stukje basisfilosofie. Het is nauwelijks denkbaar dat deze basisfilosofie voor ieder van de acht academische ziekenhuizen af-

zonderlijk geldt. Nederland heeft waarschijnlijk aan een of twee brandwondencentra genoeg. Voor meer dan twee, drie of vier kinderoncologische centra is - gelukkig - nauwelijks voldoende aanbod. Dit zou dus betekenen dat topklinisch werk verdeeld zou moeten worden over de bestaande academische ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ook nog diverse algemene ziekenhuizen waar dit reeds gebeurt, zie het voorbeeld van het Antoniusziekenhuis. Het zou niet zinvol zijn deze activiteiten dan naar een of meer academische ziekenhuizen over te hevelen, gesteld dat dit mogelijk was en een te groot patiënten-aanbod dit niet onaanvaardbaar zou maken.

Betekent dit niet dat er een landelijke coördinatie moet komen ten aanzien van topklinische verrichtingen, niet alleen tussen de academische ziekenhuizen onderling maar tevens met de algemene ziekenhuizen c.q. categoriale inrichtingen? Dit vergt een beleid dat niet alleen betrekking heeft op het aantal bedden per duizend inwoners of op het wel of niet afremmen van functie-uitbreidingen binnen een ziekenhuis, maar een beleid dat zich bovendien bezig houdt met het soort bedden en de aard en plaats van de functie-uitbreiding c.q. -beperking. Ook voor het onderwijs en de opleiding tot specialist werpt spreiding van subspecialismen vragen op. Opleiding in één ziekenhuis zal dan nauwelijks meer mogelijk zijn. Men mag toch aannemen dat de toekomstige specialist kennis heeft kunnen nemen van alle topklinische verrichtingen op zijn gebied. Voor het wetenschappelijk onderzoek doen zich dezelfde vragen voor. Een supergespecialiseerd centrum heeft vanzelfsprekend research nodig. Het simpele feit dat academische en algemene ziekenhuizen onder verschillende departementen vallen met als gevolg verschil in honorering en rechtspositie van de medewerkers maakt de beantwoording van al die vragen er niet eenvoudiger op.

B.



Vervolg van blz. 950

EEN CRI DE COEUR VAN EEN OUDERE MEDICUS

Geachte Hoofdredacteur! Wanneer zet U eindelijk eens een punt achter die kletsboek van de co-assistent Alexander van Es. Zijn laatste ontboezeming 'Zo geel als een chinees' is qua titel en inhoud wel de limiet. (zie MC van 14 juli 1978, blz. 863). De infantiele weddenschap met zijn mede-co-assistent over de vermoedelijke duur van het overleven van de icterische patiënt is onwaardig en ethisch onaanvaardbaar. Ik ben er misselijk van geworden, vooral van het 'kratje bier' in dit verband. Maar ook beangst. Omdat deze ergerlijke beuzelpraatjes misschien de mentaliteit zouden weergeven van – laat ik hopen – enkele der toekomstige artsen. In ieder geval staat de strekking van deze epistels in schrille tegenstelling tot de hoogstaande inhoud van Uw tijdschrift!

Den Haag, 14 juli 1978

Dr. S. A. Klein,

oud-hoofd afdeling anesthesie
van het Gemeente Ziekenhuis Zuidwal
te Den Haag.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De ingezonden brief van collega A. P. N. de Groot in MC nr. 28/1978, blz. 842, geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

De stelling dat er buiten de bestaande officiële geneeskunde geen geneeswijzen zouden bestaan moge een restant zijn van een gevallen bolwerk van materialistische dogma's waarachter de universitaire geneeskunde zich decennia lang heeft weten te verstoppen, maar is eigenlijk altijd al een uiterst zwak bolwerk geweest. Werkelijk geneeskrachtige middelen zijn eigenlijk uiterst zeldzaam. De voorbeelden van collega De Groot maken zijn betoog al heel erg zwak. Van insuline is nog nooit een diabeticus genezen. Vaccinaties e.d. activeren hoogstens afweerkrachten die latent aanwezig zijn. Zowel hormonale als chemische middelen zijn hooguit marginaal ziektebestrijdend of brengen een biologisch evenwicht tot stand, waarbij het leven kan worden verlengd. Dat pijnstillers geneeskracht zouden hebben is een

lachertje. Operaties dienen geen geneeskracht toe, maar verwijderen of noxen of geven door anatomische oplossingen het lichaam gelegenheid tot ontplooiing van natuurlijke geneeskracht. Deze geneeskracht, d.w.z. de tendens en de potentie om verwondingen te helen en ziekten te overwinnen is een in de levende natuur ingebouwde eigenschap. Zowel kracht als alle geestelijke begrippen zijn op zich zelf ontastbaar en onzichtbaar. We zien alleen de uitwerkingen ervan. Geneeskracht is een abstract begrip en is zowel fysiek als psychisch geconditioneerd. Bemoeizucht van 'buitenstaanders' kan levensgevaarlijk zijn, maar bemoei-macht – ook al is deze legaal – heeft ook haar risico's . . . Wij leven in een tijd dat allerlei 'heilige huisjes' omver worden gegooid (zie het dagboek van onze co-assistent) en dat zuivert toch ook wel de atmosfeer tot op zekere hoogte.

Daarom moet ik wel protest aantekenen tegen de toch wel al te mooi voorgestelde gang van zaken bij de 'ontvangst' van nieuwe ontdekkingen en uitvindingen op het gebied der geneeskunst door de universitaire instanties. Het verleden getuigt ervan dat men helemaal niet klaar staat om ontdekkingen van 'nieuwlichters' als alternatieve geneeswijzen met open armen te ontvangen. De geschiedenis der geneeskunde heeft in dit opzicht te veel zwarte bladzijden. Niemand behoeft zich op de borst te slaan. De historie van Semmelweiss is er een waarvan je nog best slapeloze nachten zou kunnen hebben. Pasteur kon ervan meepraten. Michiel Servet, een universele, geniale geest, medicus, theoloog, architect, concludeerde op grond van bijbelse gegevens dat er een bloedcirculatie in de longen moest zijn, waar lucht en bloed een gebied van uitwisseling zouden hebben, ± 1540. Het was pas een kleine honderd jaar later (1625) dat Harvey dit anatomisch kon bevestigen. Maar nog beschamender is het te weten, dat twintig jaar na de publikatie van Harvey er aan de Sorbonne twee promovendi tot doctor in de geneeskunde werden bevorderd op een proefschrift van 'anti-circulatoire' strekking. Vele occulte geneeswijzen hebben resultaat, maar het is de vraag of de mens er wel bij vaart. De mens is meer dan 'de som der delen' (J. A. v. d. Hoeven). Ziekten kunnen een rood stopteken zijn in

de berm van onze levensweg. Door stoptekens rijden kan vaak goed gaan, maar o wee enz. Bezin u liever op de zin van het leven! Heeft Paul Tournier alles voor niets geschreven en gedaan? Onder alternatieve geneeswijzen wens ik hier ook uitdrukkelijk te wijzen op goddelijke, bijbelse genezingen, waarvan de kracht door velen nog heden ten dage wordt ervaren. Dat zijn beslist niet allemaal baarlijke verzinsels . . .

Noordwijk aan Zee, 19 juli 1978

J. C. C. Meyboom, rustend huisarts

'DUIDELIJKHEID' . . .

Met grote belangstelling heb ik in 'Medisch Contact' de artikelen gelezen over Humanistische geneeskunde, destijds, april 1977, het artikel van M. J. de Vries, nu, 26 mei, dat van Prof. Dr. H. J. Dokter (het artikel van de Vries stond in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde).

De mens als middelpunt in de gezondheidszorg en niet de techniek – de relatie staat centraal – volledig accoord. Maar wat te verstaan onder de 'gelovige mens' die in de humanistische geneeskunde als verschijningsvorm dient te worden geaccepteerd en slechts 'transcendentiaal kenbaar' zou zijn via bijvoorbeeld (Oosterse) transcendentale meditatie of via geloof, maar waarin of waaraan dan? Het hogere zelf, aan de top van het ei-diagram gelokaliseerd, meestal onbewust, het ware middelpunt van ons leven van waaruit alles in ons leven ontstaat – ligt hier de bijbelse notie achter: God heeft de eeuw in ons hart gelegd? Wat te verstaan onder 'zelfverwerkelijking'? Wat is onze 'identiteit'?

Het valt m.i. toe te juichen dat er zó gepubliceerd wordt in onze organen, gaarne echter wat meer duidelijkheid. (Mag ik u er overigens op attent maken dat Paul Tournier reeds in 1944 boeken schreef als: 'Medicine de la Personne' en (med) 'Technique et Foi').

Zeist, 29 mei 1978

J. W. Boehmer

POLIOVACCINATIE

Geweten en volksgezondheid

1. Nu wederom duizenden Nederlanders worden geconfronteerd met de consequenties van hun gewetenshalve afwijzend standpunt inzake vaccinatie tegen polio (myelitis anterior acuta), lijkt het zinvol aandacht te besteden aan het begrip 'geweten', een aangelegenheid die ook na het verdwijnen van deze epidemie urgent blijft.

Volgens Van Dale is geweten: 'innerlijk besef van goed en kwaad, de gezamenlijke al of niet bewuste voorstellingen en begrippen, waarnaar de mens de zedelijke waarde van eigen handelen beoordeelt, het bewustzijn van plicht, in zoverre het zich zelfs tegenover natuurlijke wensen en begeerten stelt'. Zo op het oog een waardevolle omschrijving. Doch ze geeft een momentopname weer, is statisch en verduidelijkt onvoldoende de dynamiek van de groei en het functioneren.

2. Afgezien van een moeilijk of onmogelijk te bepalen eventueel verband met het geërfde of instinctieve inzake ethiek, kan gevoeligheid worden gesteld: een gewetensinhoud betreffende een wezensvreemd probleem c.q. een probleem waarvan de eigenaar niets 'afweet' – zoals polio – is verworven, is aangeleerd. Dit leidt tot een aantal gevolgtrekkingen:

- 2.1. een gewetensinhoud is voor wijziging vatbaar;
- 2.2. een gewetensinhoud functioneert aanvankelijk als een automatisme, is geconditioneerd en geïndoctrineerd;
- 2.3. zolang men zich zelf nog geen oordeel heeft gevormd c.q. heeft kunnen vormen en men toch de 'stem van het geweten' volgt, is men een 'naprater', is de zedelijke waarde nihil;
- 2.4. de zedelijke waarde neemt toe met het doorleven van de eventuele consequenties – voor zover dat mogelijk is – en met de inspanning die men zich getroost om tot een eigen oordeel te komen;
- 2.5. evenals 'geloof' en 'overtuiging' kan desalniettemin een gewetensinhoud *per definitie volkomen onjuist* zijn, in casu bestaat de mogelijkheid dat het niet de wil van God is dat de (mede)mens ziek wordt;
- 2.6. als elk (belangrijk) vermogen, reageren of functioneren staat ook dat van het geweten onder invloed van (alle) andere vermogens of eigenschappen van de persoonlijkheid, hetzij positief of adequaat, gunstig voor eigen welbevinden en het daaraan gekoppelde van de medemens, hetzij omgekeerd. In het laatste geval bijvoorbeeld door zeer menselijke trekken als valse schaamte, gebrek aan moed, quasi-onverzettelijkheid of koppigheid (met als typerend voorbeeld na het aangeleerde 'Er is een God' de vraag 'Is er een God?' niet onder ogen zien);
- 2.7. de aan zijn zorgen toevertrouwde medemens tegen diens mening te dwingen zich te onderwerpen aan de 'wil' van de verzorger betekent in een kwestie als vaccinatie tegen polio het aantasten van de hoogste menselijke waarde en het hoogste menselijke recht: zelfstandigheid in meningsvorming, en is een vorm van geestelijke terreur;
- 2.8. eigen meningsvorming is van onvoldoend gehalte, is onvoldoende doorleefd, is onvolwassen zolang men zich onvoldoende confronteert met vragen als: – als niets geschiedt zonder Gods wil, hoe

verklaar ik dan dat door de medische wetenschap na langdurige en noeste arbeid van velen met inzet van al hun talenten resultaten zijn bereikt waarbij talrijke ziekten op min of meer afdoende en ongevaarlijke wijze kunnen worden voorkomen, zoals longtuberculose ('tering', in het begin van deze eeuw volksziekte nummer één in Nederland), pest, pokken, cholera, tyfus c.s., difterie, kinkhoest, tetanus, enz. ?; – besef ik dat ik en mijn gezin bij voortduring profiteren van de voordelen van verbeterde hygiëne, van talrijke preventieve maatregelen?; – besef ik dat door het gebruik van gevitamineerde margarines rachitis, de 'Engelse ziekte', is uitgebannen?; – is mijn geweten inderdaad meegegroeid, is de zedelijke waarde inderdaad wel zo groot als ze lijkt of ben ik toch ook in de ban van minder gunstige trekken, als bedoeld; – wat zegt het mij dat in Staphorst het inentingspercentage na (de harde confrontatie met) de voorlaatste epidemie is gestegen van ruim 50 tot ruim 80!; – zou ik, indien zelf of mijn kind gebeten door een dolle hond, inenting weigeren?; en zo niet, waarom dan wel die tegen polio, waarvan de rondwarende hoeveelheid 'bijtend' virus toeneemt naarmate het aantal gevaccineerden geringer is; – zou ik ook nu nog mij verzetten tegen een wettelijke dwang tot vaccinatie tegen polio of ben ik geneigd mijn afwijzend standpunt te herzien, zodat dwang niet nodig is?

3. De slotconclusies zijn: zonder de consequenties aan den lijve te hebben ondervonden is een gewetensinhoud niet volgroeid, niet volwassen, en: het wijzigen van een ingenomen standpunt behoeft geen teken van zwakte te zijn, het kan een teken van sterkte zijn.

Den Haag, 19 juli 1978

Dr. H. K. Scheffer.

HET KLEINE TEKORT (IV)

Het artikel van Collega Lens (MC nr. 22/1978, blz. 665) roept reacties op. Enerzijds omdat hij de vinger op de zere plek legt, anderzijds vanwege de ongenueanceerde aanpak. Gelet op de maatstaven die lijken te gelden voor het leven van de huidige huisarts – groot huis, groot inkomen, grote schulden, grote auto grote drukte – kan een praktijk van 2.000 zielen niet. Er zal iets moeten gebeuren aan de superlatieven. Het 'groot' moet veranderen in 'normaal'. Dit is een mentaliteitskwestie. Als we werkelijk vinden dat de 2.000-zielengrens noodzakelijk is, dan moeten we daar wat voor over hebben. Die noodzaak aantonen is niet eenvoudig. Het zal met name voor de zittende huisartsen een enorme stap gaan betekenen een stuk consumptief

inkomen in te leveren vanwege de 2.000-grens. Voor de jongere, pas beginnende huisartsen zal dat eenvoudiger zijn. Het is gemakkelijker van weinig naar iets te gaan dan van meer naar minder. In het artikel worden eigenlijk twee niet vergelijkbare grootheden gebruikt. Het is de 'oude' financiering van de nieuwe mentaliteit. Deze 'papieren' nieuwe dokter heeft een huurwoning, deelt zijn assistente met andere artsen, rijdt een middenklasse auto en maakt geen dure reizen. Er is dan een begroting te maken van dit inkomen waarbij hij kan leven, een begroting die er heel anders uitziet dan die van Lens. Het bezwaar tegen de begroting van Lens is dat oude maatstaven in nieuwe cijfers worden geperst. Daarnaast is weinig fantasie gebruikt om de nieuwe omstandigheden (2.000 zielen) te relateren aan de toepassing van de cijfers. Indien het woonhuis/praktijkpand (te) duur wordt ingeschat en men hierenboven een onmogelijk dure financiering als kosten opneemt, komt men op grote tekorten. Het ware gewenst meerdere kostenpatronen te vergelijken, waarbij men dan zeker komt op een veel goedkopere financiering dan hier voorgesteld. Een objectief oordeel is nodig en daarom is het niet juist, dat Lens slechts één (met name genoemde) financier als informant laat optreden.

Voor de opleiding ligt hier een belangrijke taak, waaraan naar mijn mening niet voldoende (brede) aandacht wordt besteed, ook niet door de arts-assistent. Het verdient aanbeveling in deze opleiding meerdere kanten van financiering te doen belichten, bijvoorbeeld door meer dan één informant. Wellicht kan hier het advies van een gespecialiseerde accountant uitkomst brengen.

Ik geloof eigenlijk dat voor het halen van deze 2.000-grens de financiële barrières niet het belangrijkste zullen zijn. Per slot van rekening worden deze financiële klippen ook genomen als er een groot tekort is aan praktijken, zoals momenteel het geval is.

Heukelum, 8 juli 1978

H. E. R. Mulder, huisarts

BEZUINIGEN

Wellicht mag mij een commentaar van het hart op het redactionele stuk van collega Bol in Medisch Contact nr. 28/1978, blz. 843. Het gaat over bezuiniging: het regeringsstuk Bestek '81. Collega Bol is daar niet blij mee. Je zou zo zeggen: wie wel? De regering, die zich moeilijk kan losmaken van de erfenis van haar voorganger, vast ook niet. Het is blijkbaar bij collega Bol zoals bij velen in de medische professie (en vele andere) toch nog niet helemaal doorgedrongen dat de bomen de hemel niet

ingroeien en dat het eerder aan de medische professie zou zijn geweest de wildgroei wat te beperken dan nu te piepen.

Dat de vorige staatssecretaris de moed heeft opgebracht iets te doen tegen de wildgroei der ziekenhuizen siert hem nu nog steeds. Deze beperking van de groei (niet beperking van de status quo) was terecht en veroorzaakte geen moeilijkheden op het terrein der volksgezondheid.

Dat er nu wordt voorgesteld dat de honoraria der artsen wat minder snel groeien is ook geen doodswond: die zijn de laatste jaren uitermate (verantwoord?) snel gestegen.

Het eigen risico voor ziekenfondsverzekerden is een moeilijk punt. Collega Bol komt er nog op terug, dus geen commentaar. Maar dat het leggen van een eigen verantwoordelijkheid q.q. een kwalijke zaak zou zijn staat te bewijzen. Dat een regering als zij dergelijke plannen heeft advies vraagt aan een bevoegd orgaan, is geen bewijs van zwakte maar een in onze democratische maatschappij een normale zaak.

Zaandam, 17 juli 1978

H. van Beek



LHV/NHI-rapport – Het rapport dat het Nederlands Huisartsen Instituut op verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft uitgebracht over het vertrek uit de huisartspraktijk (MC nr. 25/1978 blz. 757) kan op aanvraag ter beschikking worden gesteld door het NHI, Mariahoek 4, Postbus 2570, 3500 GN Utrecht (telefoon 030-319946). Het rapport brengt verslag uit van een onderzoek naar de omvang van het vertrek van huisartsen uit hun praktijk en naar factoren die dit vertrek beïnvloeden. Het onderzoek werd verricht door de sociologen P. P. Groenewegen en J. van der Zee (supervisie).



Schaken met ivoren stukken

Overmorgen moet ik mijn praatje over de rheumatoïde arthritis houden. Iedere co-assistent moet tijdens zijn co-assistentie op zijn minst één praatje houden; het is nogal belangrijk voor de beoordeling. Je moet het dus goed voorbereiden, maar er komt meer bij kijken.

Ik zou dat praatje willen vergelijken met een schaakspel. Geen gewoon schaakspel, maar een spel met ivoren stukken. Het merkwaardige is nu, dat je het spel voor een deel kunt winnen door met jouw ivoren stukken de aandacht van de tegenstander te trekken. Er komt dus de nodige show bij. Die show is min of meer essentieel, zeker in mijn geval.

In het praatje vertel je het nodige over de rheumatoïde arthritis, waarbij de toehoorders je mogen aanvallen. Er zijn zeer veel mogelijkheden of variaties om mij te attaqueren, want de rheumatoïde arthritis is een hemelsbreed onderwerp in het heelal van de medicijnen. De acute glomerulonefritis, waarover Frank het vorige week had, is wat dat betreft slechts een enkel wolkje met duidelijke contouren. Maar mij kunnen ze over van alles vragen. Dat schaakspel win ik dus nooit, ondanks het feit dat ik een paar stomme artikeltjes heb doorgelezen. Je moet maar net hopen dat die toehoorders nooit de moeite hebben genomen dat soort dingen te lezen; en je moet nog veel meer hopen dat zij geen dingen hebben gelezen die jij niet kent, want dan sta je bij voorbaat schaakmat. Het is een zeer individuele strijd, die je in je eentje voert tegen de 'hele zaal', een soort simultaanschaak dus.

Maar dan komt het. De tegenstanders zijn veelal knappe koppen, maar dat neemt niet weg dat ze toch verleid kunnen worden door een hoop pure show. Je kunt natuurlijk wel jouw gegevens op een papiertje schrijven en die projecteren, maar typen staat veel netter; in twee kleuren typen maakt het geheel onmiddellijk overzichtelijker. En dan die epidiascoop! De lichtsterkte van dat voor-

oorlogse apparaat is nou niet om uit de band te springen. Wanneer je enkele minuten hebt gekeken naar een vel papier dat door middel van dat apparaat is geprojecteerd, dan beginnen je oogluiken dicht te vallen. De heren moeten dan turen en dat kun je die vermoeide koppen niet aandoen. Hoe zalig gaan die ogen zich voelen, wanneer er dan ineens een dia wordt getoond. Daar gaat met weer even recht voor zitten. Dus heb ik enkele dia's gemaakt. Maar zelfs van de heerlijkste spijzen kun je ziek worden wanneer je er teveel van krijgt toegediend; ik heb er dan ook maar enkele uitgekozen. Ook de kleuren en de vlakverdeling spelen een essentiële rol.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(40)

Wanneer het aan mij had gelegen was ik geëindigd met een fundusbeeld, een intens gekleurde oranje-rode vlek met gele spikkels; en dat tegen een pikzwarte achtergrond. . . . Even worden dan die rechthoeken met schema's etc. doorbroken. Ik zie de heren al glunderen. Maar het beroerde is, dat ik helemaal niet weet of het fundusbeeld bij een rheumatoïde arthritis afwijkend kan zijn. Er zijn wel theorieën, maar ja. . . . daar weet ik maar heel weinig van.

Ik moet mijn ivoren stukken dus met zorg uitkiezen. Mijn tactiek bestaat er uit door middels de 'show' de aandacht van mijn toehoorders te trekken. Vanavond heb ik de 'generale' gehouden. Ik heb het diatoestel, de epidiascoop, de lampen, de röntgenbakken en de microfoon uitgeprobeerd om te kijken of alles het deed. Wat jammer, dat ik geen secundanten heb!

Alexander van Es

Opleidingsfuncties en kostenconsequenties voor algemene ziekenhuizen

Een simpele vergelijking tussen opleidingsziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen toont aan dat de kosten per verpleegdag of per opname in de ziekenhuizen met één of meer opleidingen tot specialist ongeveer 25% hoger liggen dan in de ziekenhuizen zonder deze opleidingen. Dit verschil mag echter niet worden aangemerkt als een zuivere schatting van het opleidingseffect. Er spelen namelijk ook een aantal andere factoren mee, zoals de ziekenhuisfunctie, capaciteit en capaciteitsbenutting. In het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen (BKZ)¹ zijn langs econometrisch-statistische weg de kostenconsequenties van het vervullen van opleidingsfuncties aangegeven.

In het onderhavige artikel wordt nader ingegaan op de verkregen resultaten en worden enkele achtergronden verder belicht. Eerst volgen een aantal algemene gegevens omtrent de opleidingsfuncties van algemene ziekenhuizen; er wordt daarbij onderscheid gemaakt in de diverse typen van opleidingen. Vervolgens worden de resultaten met betrekking tot de invloed van met name de opleiding tot specialist en opleiding co-assistent op de kosten van algemene ziekenhuizen weergegeven. Daarna wordt een en ander gezien tegen de achtergrond van de eisen die aan het opleidingsinstituut worden gesteld. Tot slot worden de belangrijkste conclusies samengevat.

Algemene gegevens

In de enquête van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) 1971² worden de onderstaande typen van

door **Dr. J. H. van Aert**
en **Drs. A. P. W. P. van Montfort**



Dr. J. H. van Aert (l.) en Drs. A. P. W. P. van Montfort, econometristen, zijn respectievelijk werkzaam bij het College voor ziekenhuisvoorzieningen en het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Beiden werken aan het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen (BKZ), dat wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

opleidingen in algemene ziekenhuizen onderscheiden:

1. opleiding tot specialist;
2. opleiding co-assistent;
3. opleiding tot ziekenverzorgende;
4. opleiding verpleegkundige A;
5. opleiding verpleegkundige B;
6. opleiding diverse paramedische beroepen (bijvoorbeeld medische analisten, radiologische laboranten, diëtisten) en specifieke verpleegkundige aantekeningen (bijvoorbeeld aantekening kraam- en kinderverpleging).

Bij de opleiding tot specialist geldt dat voor zeven specialismen een verder onderscheid wordt gemaakt in een A- en een B-opleiding. Het verschil

bestaat in hoofdzaak hierin, aldus de toelichting bij de GHI-enquête, dat de A-opleiding voldoende wordt geacht om aan het einde daarvan een registratie als specialist te verkrijgen. De B-opleiding is maar ten dele voldoende en zal dus elders moeten worden gecompleteerd om tot registratie in het specialistenregister te leiden.

Naast bovengenoemde typen van opleidingen komen in de algemene ziekenhuizen nog meer opleidingen voor, zoals de aantekening voor intensive care en de aantekening voor longfunctielaboranten; hieromtrent werden in de GHI-enquête 1971 geen gegevens verzameld.

In tabel 1 (volg. pag.) worden enkele cijfers weergegeven omtrent het aantal ziekenhuizen dat bepaalde opleidingen heeft.

Uit deze tabel volgt dat in 1971 in ongeveer 30% van de algemene ziekenhuizen minstens één opleiding tot specialist voorkomt en in ongeveer 40% minstens één opleiding co-assistent. Het aantal ziekenhuizen dat een opleiding tot specialist heeft neemt vanaf 1957 slechts weinig toe. Het aantal artsen in opleiding tot specialist neemt echter wel sterk toe; in 1971 is dit ongeveer 1,5 maal zo veel als in 1957. Voor de co-assistentenopleiding geldt dat zowel het aantal ziekenhuizen dat betrokken is bij de co-assistentenopleidingen als het aantal co-assistenten sterk toeneemt. Recente cijfers wijzen overigens uit dat na 1971 het aantal ziekenhuizen met opleiding tot specialist respectievelijk co-assistent toeneemt. Uit de tabel valt voor de verpleegkundigenopleidingen af te lezen dat vrijwel alle algemene ziekenhuizen een A-opleiding hebben

en vrijwel geen een B-opleiding. Omdat deze gegevens betreffende het al of niet aanwezig zijn van deze opleidingen vrijwel geen onderscheidend vermogen hebben, werden ze dan ook niet in kostenanalyses van het BKZ betrokken. Ruim 30% van de algemene ziekenhuizen heeft een opleiding tot ziekenverzorgende. In de loop van de tijd is dit aantal toegenomen, doch na 1971 neemt het aantal weer af.

Wat betreft de overige opleidingen blijkt dat bijna 80% van de algemene ziekenhuizen een opleiding voor kraamaantekening heeft en ruim de helft voor kinderaantekening. Onder de paramedische opleidingen blijkt de opleiding voor diëtisten het minst voor te komen (11%); na 1971 neemt het aantal ziekenhuizen met opleiding voor diëtisten vrij sterk toe (1976: 45%). Bij de paramedische opleidingen wordt onderscheid gemaakt in een theoretisch en praktisch gedeelte. Sommige ziekenhuizen hebben alleen het praktische gedeelte van de opleidingen in huis, andere (doch zeer weinige) alleen het theoretisch deel en weer anderen beide. In de verdere kostenanalyses werden deze overige opleidingen buiten beschouwing gelaten. Wel kan men natuurlijk achteraf bezien of ziekenhuizen die volgens het kostenmodel een extreme waarde krijgen juist meer of minder 'overige opleidingen' hebben.

Tot slot nog iets over de relatie tussen de opleiding tot specialist en de opleiding co-assistent. Uit *tabel 2* kan worden afgelezen dat er in 1971 maar enkele ziekenhuizen zijn die *wel* een opleiding tot specialist hebben en *geen* opleiding tot co-assistent. Omgekeerd geldt dat een veel groter aantal ziekenhuizen *wel* een opleiding co-assistent heeft doch *geen* opleiding tot specialist. Voor de jaren na 1971 is een groei waarneembaar van het aantal ziekenhuizen met alleen een opleiding van co-assistent respectievelijk met beide opleidingen, dus een afname van het aantal ziekenhuizen met geen van deze opleidingen.

In dit verband wordt opgemerkt dat het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialisten vereist dat degene die opleider voor arts-assistenten wil zijn ook bereid moet zijn om zijn zorg uit te strekken over co-assistenten.

Tabel 1. Procentuele aantal algemene ziekenhuizen per type van opleiding in 1971 (N = 191).

type opleiding	% algemene ziekenhuizen
opleiding tot specialist	29%
opleiding co-assistent	41%
opleiding tot ziekenverzorgende	32%
opleiding verpleegkundige A	93%
opleiding verpleegkundige B	2%
overige opleidingen en aantekeningen	
– kraamverpleging	78%
– kinderverpleging	55%
– medisch analiste	70%
– radiologisch laborante	73%
– diëtiste	11%

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Overzicht van ziekenhuizen in Nederland over het jaar 1971. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974, 264 blz.

Tabel 2. Relatie opleiding tot specialist en opleiding co-assistent in 1971 (N = 110³).

aantal zieken- huizen	alleen opleiding co-ass.	alleen opleiding tot spec.	beide opleidingen	geen opleiding	totaal
absoluut	20	4	30	56	110
in %	18,2%	3,6%	27,3%	50,9%	100%

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland over het jaar 1971. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974, 264 blz.

Tabel 3. Opleidingsfunctie in relatie tot functiegroep (1971).

functie- groep	aantal zieken- huizen		opleiding tot specialist aantal %		opleiding co-ass. aantal %	gem. aantal bedden
I	27	0	0%	1	4%	160
II	47	6	13%	16	34%	260
III	42	25	60%	25	60%	360
IV	15	13	87%	15	100%	635
totaal	131	44	34%	57	44%	336

In welke ziekenhuizen komen deze opleidingen nu voor? Een antwoord op deze vraag kunnen we ontleen aan een eerder BKZ-rapport⁴, waar de algemene ziekenhuizen in vier functiegroepen werden ingedeeld. In ziekenhuizen behorend tot groep I komen de opleiding tot specialist en de co-assistentenopleiding niet of nauwelijks voor. Daarentegen komen deze opleidingen wel in praktisch alle ziekenhuizen van groep IV voor. Dat deze opleidingen juist voorkomen in de ziekenhuizen met een zwaardere functie is duidelijk. Deze

ziekenhuizen blijken vaak ook groter in omvang te zijn (zie *tabel 3*).

BKZ-kostenanalyses en opleidingsfunctie

In de kostenmodellen opgesteld in het kader van het BKZ zijn uiteindelijk drie typen van opleidingen meegenomen, namelijk:

- de opleiding tot specialist;
- de opleiding co-assistent;
- de opleiding tot ziekenverzorgende.

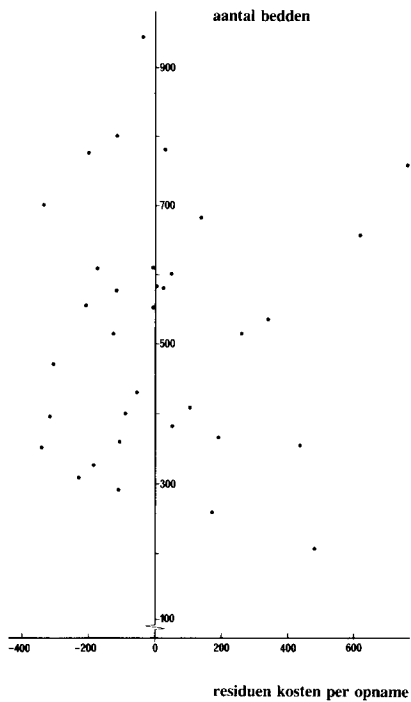
Deze grootheden zijn in deze analyses opgenomen als zogenaamde dummyvariabelen, d.w.z. alleen het kosteneffect van het onderscheid of men wel of geen opleiding had is bestudeerd. Een verdere differentiatie bij met name de opleiding tot specialist en de opleiding co-assistent naar aantal opleidingen, de specialismen waarin en het aantal arts-assistenten bleek niet nodig (zie ook de volgende paragraaf). De algemene conclusie uit de kostenmodellen⁵ was dat de aanwezigheid van een of meer opleidingen tot specialist een zeer relevante kostenverhogende factor is. Voor 1971 is dit effect becijferd op ongeveer f 200,— per opname; dit is ruim 12,5% ($\sigma = 4,5$) van de gemiddelde kosten per opname in het gemiddelde ziekenhuis. Dit impliceert dat het hebben van een of meer opleidingen tot specialist in het gemiddelde ziekenhuis de kosten per opname met 12,5% doet toenemen. In totaal zijn in 1971 de ziekenhuiskosten voor de opleiding van specialisten voor de algemene ziekenhuizen te ramen op ongeveer f 95 miljoen. Kostenanalyses van andere jaren (met name 1968 t/m 1973) ondersteunen de resultaten van 1971. De opleiding co-assistent en de opleiding voor ziekenverzorgenden bleken geen significante kosteninvloed te hebben. Wij zullen nu nader ingaan op de kosteneffecten van de opleiding tot specialist en vervolgens enkele opmerkingen maken over de opleiding co-assistent.

**Nadere analyse
kosteninvloed opleiding tot specialist**

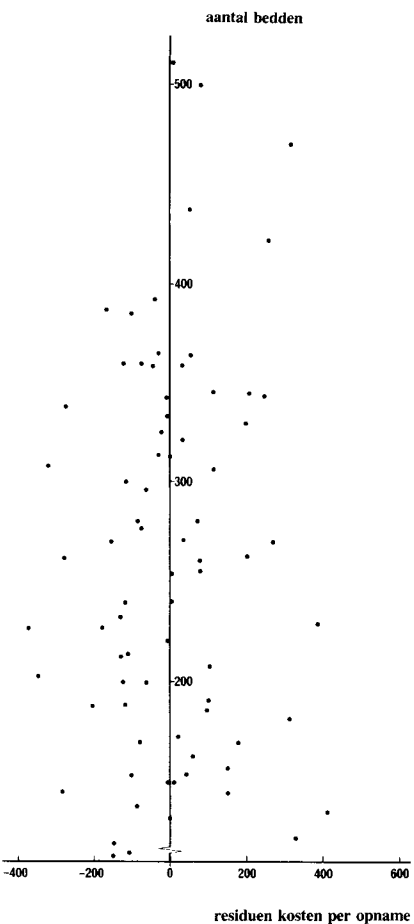
Homogeniteit
Allereerst kan men zich afvragen of de ziekenhuizen met opleiding tot specialist zo sterk van de niet-opleidingsziekenhuizen verschillen dat in feite aan beide categorieën van ziekenhuizen een andere kostenstructuur ten grondslag ligt. De homogeniteit van de ziekenhuizen is hiermee in het geding. In dit geval zouden afzonderlijke analyses voor de opleidingsziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen moeten worden uitgevoerd. Immers, de invloed van bijvoorbeeld de beddenomvang respectievelijk de aanwezige faciliteiten of de mate van specialisatie in het ziekenhuis zal in de

twee groepen van ziekenhuizen kunnen verschillen. Dit is nader onderzocht aan de hand van een zogenaamd residuenonderzoek⁶. Uit de hier weergegeven grafieken (zie fig. 1 en 2) van deze niet-verklaarde

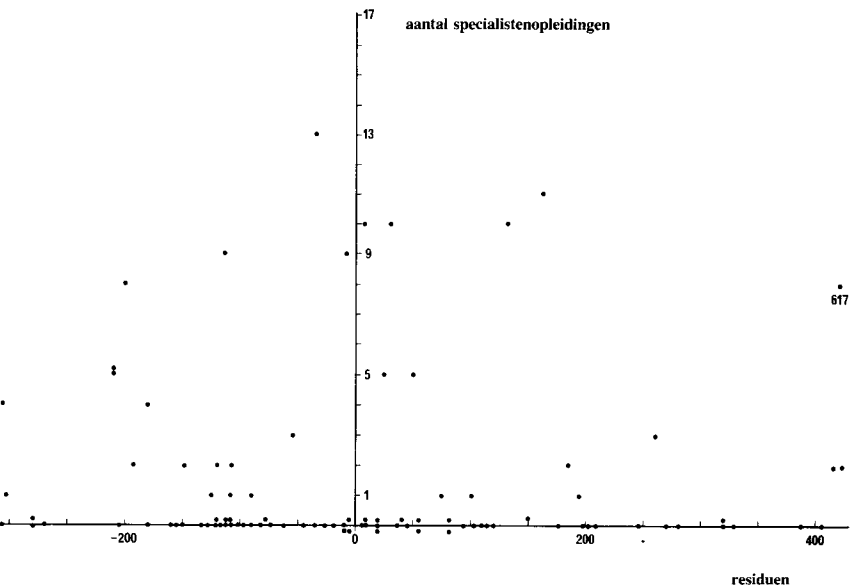
Figuur 1. Residuen kosten per opname tegen het aantal bedden voor ziekenhuizen met specialistenopleidingen.



Figuur 2. Residuen kosten per opname tegen het aantal bedden voor ziekenhuizen zonder specialistenopleiding.



Figuur 3. Residuen kosten per opname tegen het aantal specialistenopleidingen.



verschillen (residuen) in de kosten per opname kan worden geconcludeerd dat de opleidingsziekenhuizen op het punt van de beddenomvang *geen* andere kostenstructuur hebben dan de niet-opleidingsziekenhuizen. Immers, uit de gelijkmatige spreiding van de punten van beide groepen van ziekenhuizen blijkt dat op dit aspect geen systematische over- of onderschatting heeft plaatsgehad. De spreiding van de punten is ongeveer hetzelfde. Men kan dus de opleidings- en de niet-opleidingsziekenhuizen vanuit het oogpunt van het aantal bedden als een homogene groep beschouwen. Hetzelfde geldt ook voor andere in het kostenmodel opgenomen variabelen, zoals bijvoorbeeld de faciliteitenindex (maat voor de zwaarte van de infrastructuur van het ziekenhuis) en de specialisatiegraad (maat voor de verdeling van de opnamen over de subspecialismen binnen de inwendige en chirurgische moeder- en deelspecialismen).

Aantal specialismen

Zoals reeds opgemerkt, is in de kostenanalyse geen rekening gehouden met het aantal specialismen waarin opleidingen tot specialist plaatsvinden. Aan de hand van een residuenonderzoek is nagegaan of de ziekenhuizen met meer opleidingen met betrekking tot het kostenniveau werden onderschat ten opzichte van ziekenhuizen met minder opleidingen. In *figuur 3* (vorige pag.) is het resultaat weergegeven. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de ziekenhuizen met een verschillend aantal opleidingen in de figuur gelijkmatig zijn verdeeld.

Dit impliceert dat het opnemen van het aantal opleidingen in de kostenanalyses niet tot andere kosteneffecten leidt (zie ook Van Aert, 1977). Ook het in beschouwing nemen van het aantal arts-assistenten dat in opleiding tot specialist is heeft geen additionele kosteneffecten. Dit blijkt uit hier niet weergegeven grafieken. Hierbij moet worden bedacht dat wanneer men opleidingen tot specialist heeft dit meestal betrekking heeft op meerdere specialismen én op meerdere arts-assistenten. Blijkbaar is het zo dat wanneer men opleidingen tot specialist in het ziekenhuis heeft, dit zijn effecten uitstraalt over het gehele ziekenhuis. (zie verder de paragraaf 'Opleidingseisen Centraal College').

Verfijning kosteneffect

In het vijfde BKZ-rapport ⁷ worden de afzonderlijke kostensoorten en personeelscategorieën nader geanalyseerd. In het onderhavige artikel worden de belangrijkste conclusies op het punt van de opleiding tot specialist kort weergegeven.

De opleiding tot specialist heeft een verhogende invloed op de totale personeelsbezetting per 100 beschikbare bedden. Dit betreft vooral het paramedisch en het directie- en administratief personeel. Ten aanzien van de kosten is geconcludeerd dat de opleiding tot specialist op alle kostensoorten een verhogende invloed heeft, dus zowel op de salarissen en sociale kosten als de afschrijvingen, rente en de medische middelen.

Wanneer we het totale kosteneffect van de opleiding tot specialist op 100% stellen, dan is 40% hiervan salarissen en sociale kosten, 20% medische middelen, 35% afschrijvingen en rente en 5% overige kosten. Uit deze verdere verfijning van het totale kosteneffect van de opleiding tot specialist komt het uitstralings-effect over het gehele ziekenhuis goed naar voren. Hierbij zij nog aangetekend dat de salarissen van de specialisten en de specialisten in opleiding *niet* in de ziekenhuiskosten zijn begrepen. Terzijde zij opgemerkt dat ook in een aantal buitenlandse kostenstudies het opleidingsprogramma een belangrijke kostenfactor blijkt te zijn (zie Van Aert, 1977, blz. 40).

In de volgende paragraaf wordt in het licht van de bovenstaand weergegeven bevindingen de eisen behandeld die gesteld worden aan een ziekenhuis waarin artsen tot specialist worden opgeleid.

Opleidingseisen Centraal College

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) heeft een eisenpakket geformuleerd ten aanzien van de opleiding tot specialist; de Specialisten Registratie Commissie (SRC) ziet toe op de toepassing van deze eisen. Men kan deze eisen globaal in een drietal categorieën indelen⁸:

1. eisen ten aanzien van de opleiding;
2. eisen ten aanzien van de opleider;
3. eisen ten aanzien van het opleidingsinstituut.

In het kader van het voorgaande zijn vooral de eisen die worden gesteld ten aanzien van het ziekenhuis (opleidingsinstituut) waarin één of meer opleidingen aanwezig zijn relevant. Hierbij wordt opgemerkt dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de opleiding van een arts tot specialist bij de opleider ligt. Het CC heeft een aantal *algemene eisen* geformuleerd die aan de opleidingsinrichtingen worden gesteld, namelijk

- a. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde, inwendige geneeskunde, verloskunde en gynaecologie, radiologie en pathologische anatomie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;
- b. dat aan de inrichting verbonden zijn een pathologisch-anatomisch en een klinisch-chemisch laboratorium en dat een bacteriologisch-serologisch laboratorium ter beschikking staat.

Daarnaast zijn voor de afzonderlijke specialismen nog *specifieke eisen* gesteld. Deze specifieke eisen zouden, althans met het oog op de relevantie voor ons onderzoek, globaal in de volgende groepen kunnen indelen (hierbij wordt de opleiding voor inwendige geneeskunde als voorbeeld gehanteerd):

- a. *werkzame specialisten*. Naast het specialisme waarvoor er een erkenning tot opleiding is wordt door het CC ook vereist dat een bepaald aantal andere specialismen in het betreffend ziekenhuis wordt bedreven. Welke specialismen dit betreft is afhankelijk van het specialisme waarin wordt opgeleid. Dit zijn voor de opleiding in het specialisme inwendige geneeskunde, de specialismen anesthesie, cardiologie, longziekten en tbc en zenuw- en zielsziekten (c.q. neurologie en psychiatrie).
- b. *consulten*. Wanneer bepaalde specialismen, niet reeds onder a. genoemd, niet in het ziekenhuis aanwezig zijn, dan wordt vereist dat deze regelmatig worden geconsulteerd. Welke dit zijn is afhankelijk van het specialisme. Voor de inwendige geneeskunde worden naast de algemene eisen geen

bijzondere eisen gesteld.

c. *opleidingen*. In het ziekenhuis moeten naast de opleiding voor een bepaald specialisme vaak ook andere opleidingen aanwezig zijn. Ook wordt soms vereist dat meer dan één opleider en meerdere arts-assistenten tegelijk aanwezig zijn. Voor de inwendige geneeskunde wordt vereist dat in het ziekenhuis ook specialisten werkzaam zijn die als opleider voor het specialisme heelkunde zijn erkend.

d. *faciliteiten*. Afhankelijk van het specialisme worden eisen gesteld aan de aanwezigheid van bepaalde apparatuur, nevenafdelingen en het niveau van werken op die nevenafdelingen (Voor de inwendige geneeskunde worden naast de algemene eisen geen specifieke eisen gesteld).

e. *omvang*. Ook zijn er voorwaarden ten aanzien van het aantal bedden en het aantal patiënten.

Voor de inwendige geneeskunde moeten er minstens 80 bedden voor de verpleging van betreffende patiënten in het ziekenhuis aanwezig zijn; daarnaast wordt jaarlijks een minimum van 800 opnamen vereist.

f. *documentatie en bibliotheek*. Er worden ook eisen gesteld aan de bibliotheek in het ziekenhuis.

Uit de boven kort samengevatte algemene en specifieke eisen die het CC stelt voor erkenning van een ziekenhuis als opleidingsinstituut kan worden geconcludeerd dat er sprake is van *uitstralingseffecten* naar het functioneren van andere specialismen en nevenafdelingen.

Opleiding co-assistent

Zoals reeds is opgemerkt heeft de opleiding co-assistent slechts in geringe mate invloed op de kostenverschillen tussen ziekenhuizen. Evenals bij de opleiding tot specialist is ook bij de opleiding co-assistent alleen de loutere aanwezigheid of afwezigheid in de kostenmodellen betrokken. Uit een aantal nadere analyses van de opleiding co-assistent in de kostenmodellen blijken geen aanwijzingen naar voren te komen dat deze variabele beter op een andere manier in de beschouwing kan worden betrokken. Dit betreft dan met name het aantal specialismen waarvoor men co-assistenten heeft en het aantal

co-assistenten.

In een publikatie van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen⁹ omtrent de affiliatie van medische faculteiten en academische ziekenhuizen met niet-academische ziekenhuizen wordt een aantal eisen geformuleerd waaraan het niet academisch ziekenhuis moet voldoen wil het in aanmerking komen als affiliatie-ziekenhuis. Ten aanzien van de financiering van de kosten verbonden aan de opleiding co-assistent kan worden gesteld dat een gedeelte van de kosten rechtstreeks door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen wordt betaald en als zodanig ook buiten de ziekenhuiskosten valt; men kan hier denken aan het salaris van de onderwijscoördinator, de docenten, bepaalde onderwijskundige benodigdheden, additionele ruimtelijke voorzieningen. Voor het gedeelte van de kosten dat wel in de ziekenhuiskosten zit, wordt een landelijk uniforme vergoeding gegeven van f 5.000,- per co-assistentenplaats (1971). Dit bedrag staat voor de vergoeding van de zogenaamde overheadkosten. Dit zijn alle meerkosten die het affiliatie-onderwijs in het niet academische ziekenhuis veroorzaakt. Deze kosten zijn meestal moeilijk te lokaliseren. Enkele van deze kostenelementen zijn bepaalde personele lasten (bijvoorbeeld extra verplegend en huishoudelijk personeel, ruimtelijke voorzieningen voor zover deze geen additionele voorzieningen vereisen, kosten WA-verzekering, administratieve uitrusting en eventuele assistentie van de onderwijscoördinator). De resultaten van de analyses duiden niet op een statistisch significante kostenverhogende invloed van de opleiding co-assistent. In dit verband is het zinvol op te merken dat de opbrengsten betreffende de affiliatie conform de voorschriften in het NZI-rekeningschema niet op een kostenrekening worden tegengeboekt doch worden verantwoord op een speciale opbrengstrekening. Wanneer deze opbrengsten wel zouden worden tegengeboekt dan zou de eventuele kostenverhogende invloed niet kunnen worden gevonden, omdat deze dan zou zijn weggesaldeerd. Overigens wordt opgemerkt dat het gezien het gemiddelde aantal co-assistentenplaatsen ($\pm 8,5$) per ziekenhuis gaat om geringe

opbrengsten in verhouding tot de totale kosten van het ziekenhuis.

Conclusie

In dit artikel zijn de resultaten van een aantal econometrische analyses betreffende de kostenstructuur met betrekking tot de opleidingsfunctie weergegeven. Tevens is een aantal achtergronden omtrent met name de opleiding tot specialist en de opleiding co-assistent belicht.

De conclusie is dat de opleiding tot specialist een belangrijke kostenfactor is. De kosten van deze opleiding hebben duidelijk meer te maken met de opleidingsstatus dan met de omvang van de opleidingsactiviteiten. De eisen van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten ondersteunen dit resultaat. Uit onze studie volgen derhalve vanuit kosten oogpunt geen indicaties die ertoe leiden om de specialistenopleidingen te spreiden over zoveel mogelijk ziekenhuizen. Ook blijkt uit de nadere analyses dat de geconstrueerde kostenmodellen op het punt van de opleidingen betrouwbaar zijn. Het opnemen van nadere gegevens, zoals het aantal specialismen waarin wordt opgeleid en het aantal arts-assistenten, naast de loutere aanwezigheid van wel of geen opleiding, geeft vooralsnog geen verbetering van het resultaat. Dit geldt ook voor de opleiding co-assistent.

Het belang van met name de specialistenopleiding zou aanleiding kunnen zijn om via een micro-onderzoek te trachten meer inzicht te krijgen in de verschillende kostengevolgen van de opleidingsfuncties. Een gedetailleerd onderzoek kan inderdaad leiden tot een verbijzondering van de kosten naar de diverse functies, hoewel het kiezen van verdeelsleutels ongetwijfeld de nodige hoofdbreken zal kosten.

Bij de becijferde kostenverhogende invloed van de opleiding tot specialist moet worden opgemerkt, dat wanneer deze opleidingen niet in de algemene ziekenhuizen zouden plaatsvinden dit op zich geen kostenvermindering behoeft te betekenen maar zal leiden tot een kostenverschuiving. Immers, de opleiding van specialisten zal dan elders moeten geschieden. Tot slot wordt nog opgemerkt dat er

mogelijk samenhangen zijn tussen enerzijds het aanwezig zijn van bepaalde opleidingen en anderzijds de kwaliteit van de zorgverlening en de medische research. Soms wordt aangenomen dat de kwaliteit in opleidingsziekenhuizen hoger is dan elders. Als men van deze veronderstelling zou uitgaan, is het duidelijk dat de weglating van een kwaliteitsaanduiding gevolgen heeft voor de interpretatie van de geschatte opleidingskosten. Goede meetinstrumenten voor een kwaliteitsbeoordeling zijn tot op heden evenwel niet beschikbaar. Mogelijk dat een goed uitgewerkt systeem van 'medical audit' hierin in de toekomst meer inzicht kan verschaffen. Evenmin staan thans gegevens ter beschikking over de plaatsvindende researchactiviteiten.

Literatuur

1. Aert, J. H. van, L. M. J. Groot, A. P. W. P. van Montfort, P. A. Verheyen, Econometrische analyse in het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur

Ziekenhuizen, deel 4 A: Vooranalyse en totale kostenevaluatie. Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1976, 47 blz.
Aert, J. H. van, L. M. J. Groot, A. P. W. P. van Montfort, P. A. Verheyen. Econometrische analyse in het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen, deel 4 B: Ziekenhuisfunctie en ziekenhuisomvang.
Aert, J. H. van, L. M. J. Groot, A. P. W. P. van Montfort, P. A. Verheyen: Econometrische analyse in het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen, deel 4 C: Capaciteitsbenutting en overige kostenfactoren.
Aert, J. H. van, L. M. J. Groot, A. P. W. P. van Montfort, P. A. Verheyen, Kostenstructuur van algemene ziekenhuizen in Nederland. *Acta Hospitalia*, 77/3, blz. 221-247.
2. In dit artikel is uitgegaan van 1971, omdat de kostenanalyse ook op gegevensmateriaal van dat jaar is gebaseerd.
3. Dit zijn de 110 algemene ziekenhuizen die in de kostenanalyses van het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen zijn betrokken.
4. Aert, J. H. van en A. P. W. P. van Montfort, Functieclassificatie van algemene ziekenhuizen in het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen, deel 3. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1976, 45 blz.

5. Zie voetnoot 1.
Aert, J. H. van, Ziekenhuiskosten in econometrisch perspectief. Leiden, Stenfert Kroese, 1977, 335 blz. Dit 'zuivere' kostenverschil is ongeveer twee keer zo klein als het ongunstige verschil waarbij geen rekening wordt gehouden met interveniërende factoren zoals ziekenhuisomvang, ziekenhuisfunctie, capaciteitsbenutting, enz. (zie inleiding).
6. Het residu is het verschil tussen de werkelijke kosten van een ziekenhuis en de op basis van het model verwachte kosten van dat ziekenhuis.
7. Aert, J. H. van, L. M. J. Groot, A. P. W. P. van Montfort, P. A. Verheyen, Econometrische analyse in het kader van het Basisonderzoek Kostenstructuur, deel 5: Personeelscategorieën en kostensoorten. Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1977, 73 blz.
8. Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, Specialististen, Erkenning en registratie medisch specialisten. Utrecht, 1972, 182 blz. + uitgave 1977, 453 blz.
9. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, Tweede Rapport Affiliatie-adviescommissie inzake de affiliatie van universiteiten (faculteiten der geneeskunde) met niet-academische ziekenhuizen. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1975.

Specialisatie intensieve verpleging

Deelrapport Centrale Raad voor de Volksgezondheid

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft onlangs het tweede deel van het 4e Deelrapport bij het Basisrapport betreffende specialisaties in de verpleegkunde uitgebracht. Dit tweede deel is gewijd aan de specifieke aspecten van en de differentiaties in de intensieve verpleging. Het bevat onder meer aanbevelingen met betrekking tot de opleiding tot deze specialisatie; deze komen in het kort op het volgende neer:

1. Verpleegkundige intensieve zorgverlening zal steeds gericht moeten zijn optimaal functioneren van de mens als psycho-socio-somatische eenheid in een voor hem levensbedreigende situatie. Hiertoe is een voortdurende geïntegreerde verzorging, bewaking en begeleiding noodzakelijk.
2. De opleiding tot de specialisatie intensieve verpleging heeft tot doel verpleegkundigen in staat te stellen het

functioneren van patiënten die door welke oorzaak dan ook in een levensbedreigende situatie zijn gekomen te ondersteunen. Intensieve verpleging van bepaalde groepen patiënten bij wie specifieke aspecten naar voren komen, zoals bij chronische beademingspatiënten, brandwondenpatiënten, patiënten met ernstige hartafwijkingen, chronische nierdialysepatiënten, neuro-chirurgische patiënten, maakt het noodzakelijk dat op de betreffende afdelingen functietrainingen worden gegeven.
3. Op elke intensive care-afdeling zullen de verpleegkundigen die de verantwoordelijkheid dragen voor een dienstdoend verplegingsteam, de opleiding tot de specialisatie intensieve verpleging moeten hebben genoten.
4. Landelijk zullen de opleidingsprogramma's van functietrainingen gericht op één en

dezelfde differentiatie, van een gelijkwaardige inhoud moeten zijn. Cursussen, die uitsluitend gericht zijn op een bepaald onderdeel van de intensieve verpleging, kunnen niet als een specialistische opleiding in de verpleegkunde worden aangemerkt. Ook de Cursus Medische Techniek komt hiervoor niet in aanmerking. Naarmate er meer eenheid in de opleiding bestaat, zal de continuïteit van de verpleegkundige bezetting in de afdelingen voor intensieve verpleging in één ziekenhuis beter kunnen worden gewaarborgd.
5. De overeenkomsten die in attitude, kennis en vaardigheid bij verschillende specialisaties in de verpleegkunde worden vereist vragen om centralisatie en coördinatie van de opleidingen, zodat de kwaliteit van deze opleidingen en daardoor de kwaliteit van de zorgverlening wordt verbeterd.

Wat voor gezondheidszorg willen wij?

Enige tijd geleden schreven wij een artikel onder de titel 'Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg?'¹. Wij toonden daarin onze verontrusting over de neiging van ziekenhuizen om taken op zich te nemen, die ons inziens in de eerste lijn thuis horen. Wij schreven dit artikel naar aanleiding van enkele recente publikaties in Medisch Contact, waaruit deze neiging bleek. Het was te verwachten dat de auteurs, die voor ons de directe aanleiding tot het schrijven van het artikel waren, daarop zouden reageren². Deze reacties zijn in Medisch Contact gepubliceerd. Wij hebben overwogen om bij ieder ingezonden stuk een weerwoord te plaatsen, maar hebben daarvan afgezien omdat naar onze mening datgene wat wij wilden zeggen blijkens de reacties slechts ten dele is overgekomen. Geen van deze reacties gaat namelijk op de kern van ons betoog in. Wij willen daarom in dit tweede artikel eerst trachten tot een nadere verheldering te komen, vervolgens zullen wij op enkele reacties nog wat verder ingaan. Voor ons is de kernvraag: wat beogen wij met onze gezondheidszorg en welke omgeving kan deze doelstellingen het beste waarborgen? Naar ons oordeel moet de gezondheidszorg aan een aantal voorwaarden voldoen. Deze kunnen het best worden geformuleerd door drie invalshoeken te kiezen: die van de hulpzoekende, de geneeskunde en de gemeenschap. Bij de bespreking daarvan zal overigens blijken dat deze drie niet scherp kunnen worden gescheiden.

A. De hulpzoekende. Uit tal van onderzoeken is gebleken dat de patiënt behoefte heeft aan een goede,

door **Prof. Dr. J. C. van Es**
en **Dr. R. A. de Melker**



Prof. Dr. J. C. van Es (r.) is hoogleraar en Dr. R. A. de Melker lector huisartsgeneeskunde aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

betrouwbare hulpverlening en aan een hulpverlening die menselijk is. McCormick³ heeft de behoefte van de patiënt als volgt gedefinieerd: (a) bescherming voor ziekten die te voorkomen zijn; (b) een goede diagnose van ernstige en levensbedreigende ziekten; (c) een passende behandeling; (d) geruststelling; (e) hulp om te leren leven met de menselijke beperkingen; (f) formele erkenning van ziekte en bevestiging van de ziekenrol. Uit een artikel van Wildavsky⁴ in Daedalus, het tijdschrift van de American Academy of Arts and Sciences, blijkt dat drie kwart van de Amerikaanse bevolking tevreden is met de hulp die zij krijgt, maar dat ze deze te duur vindt en dat de toegankelijkheid tot medische voorzieningen slecht is. Ook in ons land worden de stijgende kosten van de gezondheidszorg als een groot probleem ervaren.

Weliswaar wordt deze kostenstijging ten gevolge van ons verzekeringsstelsel, niet door de 'actuele' patiënt ervaren, de potentiële patiënt wordt echter wel met sterk stijgende premies geconfronteerd. Zo besteedden wij in 1953 3,2% van ons nationale inkomen (BNP tegen marktprijzen) aan de gezondheidszorg; in 1975 8,8%. Thans wordt zelfs van elke tien gulden die wij verdienen er één aan de gezondheidszorg besteed⁵. De hulpzoekende heeft dus behoefte aan hulp die goed toegankelijk is en derhalve 'dichtbij', niet alleen in geografisch maar ook in psychologisch opzicht. Het belang van hulpverlening 'dichtbij' het leefmilieu wordt steeds duidelijker onderkend vanwege het toenemend inzicht in de samenhang tussen leefomstandigheden en het ontstaan c.q. het verloop van ziekten en ziek zijn. Met name gezinsfactoren bepalen mede het ontstaan en het al of niet presenteren van ziekten en klachten. Dit heeft ons inziens als consequentie dat de nadruk op de thuiszorg dient te liggen. Er zijn echter tal van problemen ten aanzien waarvan het advies van of de behandeling door specialisten noodzakelijk of gewenst is. Als de specialist ten opzichte van de huisarts zoveel als verantwoord is een consultatieve functie wil vervullen, kan de patiënt hulp krijgen die 'dichtbij' is, terwijl hij tevens weet dat deze ook medisch verantwoord is. Dan kunnen de deskundigheden en inzichten van huisarts en specialist zoveel mogelijk samenvloeien ten gunste van de patiënt. Als advies van een specialist wordt gevraagd moet niet de eerste reactie het overnemen van de behandeling zijn, maar het raad

geven. Dan kan de patiënt meer hulp dichtbij krijgen dan nu het geval is.

B. Vanuit de geneeskundige organisatie gezien is het van de grootste betekenis dat op een optimale wijze van de beschikbare deskundigheden gebruik wordt gemaakt. Ook de superspecialist moet de kans krijgen om zijn werk als zodanig te verrichten. Dit vergt een streng geëcheloneerde opbouw van de gezondheidszorg.

In de Verenigde Staten is de verdeling in linies veel minder sterk. Dit heeft tot gevolg dat veel specialisten direct voor patiënten toegankelijk zijn, waardoor deze specialisten per definitie in de eerste lijn van de gezondheidszorg functioneren. Ten gevolge daarvan doen zij grotendeels werk waarvoor zij niet opgeleid zijn, terwijl zij maar in beperkte mate hun eigenlijke deskundigheden kunnen gebruiken.

Het feit dat in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem de specialist uitsluitend in de tweede lijn werkzaam is biedt in principe de mogelijkheid om de patiënt daar te behandelen waar deze het beste geholpen kan worden. Het bezwaar van ons huidige systeem is het bestaan van een te sterke scheiding van eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Voor een optimale zorgverlening zou de ziekenhuiszorg veel meer op de behoeften in de thuiszorg moeten worden afgestemd. De 'zeeffunctie' van de huisarts kan – bij goed functioneren de specialist ook helpen om zijn specialisme ook werkelijk te kunnen uitoefenen. De huisarts is echter niet alleen poortwachter voor de specialist. Hij bezit ook specifieke deskundigheden die vooral tot hun recht kunnen komen bij de hulp aan chronisch zieken, lijders aan psychosomatische ziekten of patiënten met functionele stoornissen (een van ons heeft dit uitgewerkt in een artikel dat binnenkort in Huisarts en Wetenschap zal verschijnen). Deze specifieke taak van de huisarts zou idealiter niet tot de thuiszorg beperkt moeten blijven, maar ook binnen het ziekenhuis vervuld moeten worden⁶.

We moeten concluderen dat terwille van een goede benutting van specifieke deskundigheden van huisartsen, specialisten en – daarmee samenhangend: de kwaliteit van de hulpverlening – ieder probleem op de juiste plaats moet worden behandeld.

Naar ons gevoel moet men er steeds naar streven om de hulpverlening zo dicht mogelijk bij het grondvlak te laten plaatsvinden.

Mahler⁷, directeur-generaal van de WHO, gebruikte eens als voorbeeld dat hij zich liever door een bekwame piloot zou laten vliegen dan door een hoogleraar in de aeronautica. Zo zijn wij van oordeel dat bijvoorbeeld de instelling van een werkgroep beentumoren een goed initiatief is. Deze werkgroep maakt het mogelijk voor perifere specialisten op een optimale wijze hulp te bieden, geruggesteund door de gecumuleerde kennis in de werkgroep. Dit is een betere oplossing dan een speciale kliniek voor beentumoren in het leven te roepen. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de relatie tussen eerste- en tweedelijns geneeskunde: de specialist adviseert en steunt de huisarts in zijn diagnostiek en behandeling. Dit vergt een andere vorm van samenwerking dan thans vaak gebruikelijk is en beiden, huisarts en specialist, zullen de voorwaarden moeten scheppen om dit ook tot een realiteit te maken.

C. Vanuit de gemeenschap gezien spelen verschillende factoren een rol. Een eerste zorg is om de kosten van de gezondheidszorg zo gering mogelijk te laten zijn. Tot dusverre zijn de kosten van de gezondheidszorg alleen maar toegenomen. De intramurale gezondheidszorg neemt daarvan een relatief nog steeds groeiend aandeel voor zijn rekening. In 1953 werd bijvoorbeeld 41,2% van de totale kosten van de gezondheidszorg aan de thuiszorg besteed, in 1973 was dit percentage tot 30,4 gedaald. In dezelfde periode steeg het percentage van de totale kosten, wat aan de ziekenhuiszorg ten goede kwam van 42,6 tot 61,9%⁸. De huisartsgeneeskunde is in vergelijking met de ziekenhuisgeneeskunde relatief goedkoop. Het is dus uit economisch oogpunt van belang dat in de eerste lijn zoveel mogelijk kan worden afgehandeld. Een juiste taakverdeling tussen intramurale en extramurale zorg is daarvoor een vereiste. Daarin kan vrij ver worden gegaan. Een belangwekkend voorbeeld is de 'hospitalisation à domicile'⁹ o.a. in Parijs. Patiënten worden vroeg uit het ziekenhuis ontslagen en ontvangen thuis hulp die analoog is aan de hulp

die in het ziekenhuis wordt geboden. De gemiddelde dagprijs was Fr.fr. 151 tegenover Fr.fr. 382 en 525 voor een ziekenhuisopname op respectievelijk een interne en chirurgische afdeling. In Nederland zijn eveneens experimenten met vervroegd ontslag beschreven.¹⁰

Ook de begeleiding van patiënten met chronische ziekten zou veel meer door een specialist én huisarts gezamenlijk kunnen geschieden, waarbij de specialist de patiënt niet behandelt maar wel de huisarts adviseert. Zo heeft een onzer goede ervaring met een gezamenlijke behandeling van ernstige diabetes patiënten¹¹. Ook de experimenten met diagnostische centra beogen de huisarts meer diagnostische mogelijkheden te geven dan hij tot nu toe bezit. Een consultatieve functie van de specialist zou ook aanzienlijk goedkoper zijn dan een overname van de behandeling. Het moge overbodig zijn op te merken dat dit slechts toegepast moet worden als het mogelijk is. Het is echter duidelijk dat het beleid ten aanzien van veel ziekten en klachten niet vast staat, gezien de grote verschillen tussen ziekenhuizen onderling, regionale en nationale verschillen.

Het gaat echter ook om zaken van een andere orde. Wij zijn ervan overtuigd – en velen zijn dat men ons – dat de geneeskunde steeds meer problemen heeft toegeschoven gekregen – en de hulp daarbij op zich heeft genomen – die naar onze mening niet op een medische wijze kunnen en ook niet moeten worden opgelost. Dit fenomeen verdient nauwelijks toelichting; ieder van ons weet het wel. Er is een ontstellende medicalisering op gang gekomen van problemen die elders, in werk en huwelijk, in maatschappij en in de persoonlijke draagkracht zijn gelegen. Ouderwets gezegd bestaat er een vlucht in de ziekte; wat moderner: er is een toenemende neiging om de rol van patiënt op zich te nemen om zich aldus te bevrijden van maatschappelijke verplichtingen en zich te verlossen van onoplosbare situaties.

Een van ons¹² heeft op het KNMG-congres van 1976 ervoor gepleit dat de preventie van de patiëntenrol een zeer belangrijke taak van de huisarts is. Zijn poortwachtersfunctie houdt niet alleen goede zeefunctie ten opzichte

van de tweede lijn in, maar ook een zodanige hulpverlening dat hulpzoekende zoveel mogelijk wordt geleerd zichzelf te helpen. Dit is het bevorderen van hulp in eigen kring, verwijzing naar de 'nulde' lijn, het stimuleren van de 'participating patient'¹³. Dit vergt een ander gezondheids- en ziektegedrag. Van Doorn-de Leeuw¹⁴ wijst erop dat een nieuwe benadering een eerste voorwaarde is om een beter beheersbaar gezondheidszorgstelsel te krijgen: 'Het is duidelijk dat (deze) herziening in de relatie van arts tot patiënt niet kan worden gerealiseerd zonder dat de gemeenschap meewerkt aan een verandering van het ontstane 'consumentisme' bij veel hulpzoekenden.' En dan vervolgt schrijfster met een zeer belangrijke opmerking: 'Wil de overheid staande houden dat er een sociaal recht op gezondheidszorg bestaat, dan zal zij tevens moeten uitspreken dat er dan ook een daaraan gekoppelde publieke plicht bestaat tot gezond leven.' Mechanic¹⁵ wijst erop dat kosten van de gezondheidszorg alleen kunnen worden beheerst door veranderingen in het consumptiepatroon of door veranderingen in de wijze waarop de medische diensten worden verleend. Hij is ook een van de velen die erop wijst dat de arts in de huidige setting vaak betrekkelijk weinig hulp kan bieden bij zeer veelvuldig voorkomende problemen van psychosociale aard. Ook hij komt tot de conclusie dat de ontwikkeling van enerzijds hulp door 'self-help groups', anderzijds door een 'community network of social support and a variety of voluntary and professional counseling and information services', is aangewezen. We moeten niet alleen in deze richting denken en werken omdat er een economische stilstand of teruggang is. Als we onze situatie in wereldperspectief zien dan is een ernstige bezinning op het gebruik dat we van onze middelen maken noodzakelijk. Mahler¹⁶ schreef hierover in zijn artikel: 'Problems of medical affluence': 'It is also clear that a fairer balance of health resources throughout the world is a political imperative and that this region (i.c. Europa) has much to offer in order to achieve this balance';

Op grond van bovenstaande overwegingen kunnen we slechts

concluderen dat de door ons in ons eerste artikel gesignaleerde tendensen gevaarlijk zijn. We moeten zelfs tot de volgende, schijnbaar vreemde conclusie komen: het is van het grootste belang dat de tweedelijns gezondheidszorg zo 'humaan' mogelijk is en zicht heeft op de zieke mens in zijn totaliteit. Het is zeer goed denkbaar dat daarvoor de hulp van gedragswetenschappers nodig is. Deze zullen zich echter ervoor moeten hoeden om onder de 'paraplu' van de geneeskunde hun taken uit te breiden. Dan bevorderen zij – mirabele dictu – de medicalisering, hoewel zij de bestrijding daarvan vaak in hun wapen hebben geschreven!

Als de huisarts en de eerstelijns geneeskunde zo'n belangrijke functie hebben als hierboven is beschreven, dan komt daarvoor wel wat kijken. Zijn werklust moet zodanig worden dat hij deze functies inderdaad kan vervullen. Dit vereist ongetwijfeld praktijkverkleining. Hiervoor bestaan mogelijkheden, er komen immers vele jonge huisartsen uit de opleiding van acht universiteiten. Dan moet de professie echter wel ruimte hiervoor scheppen.

In de tweede plaats zal een duidelijk 'job-description' nodig zijn. Daarin zal een soort standaardpakket moeten zitten dat aan iedereen bekend is. Specialisten, patiënten, de overheid en – niet in de laatste plaats – de huisarts zelf weten dan wat zij behoren te kunnen en wat niet van hen kan worden gееist. Dit vraagt tot op zekere hoogte een standaardisatie van een soort minimumtakenpakket van de huisarts dat iedere huisarts uiteraard naar eigen inzicht op grond van belangstelling en aanleg kan uitbreiden. Hiervoor moge worden verwezen naar de nieuwe versie van het door ons Instituut gepubliceerde rapport 'Kenmerken van de huisarts'. Veel meer dan in de vorige editie wordt hierin op de typische kenmerken van de huisarts ingegaan. Een derde eis is een adequate kwaliteitsbewaking van het werk. Als de huisarts inderdaad de rol wil vervullen die hem structureel en functioneel moet worden toegeschreven, dan zal op korte termijn aan de drie genoemde eisen moeten worden voldaan. De bovengeschetste visie op de gezondheidszorg en de plaats van de huisarts daarin houdt een duidelijke keuze in, een keuze die gebaseerd is

op omschreven doelstellingen en beleidsuitgangspunten voor de gezondheidszorg.

Bij beschouwing en doordenking van de huidige gezondheidszorg moeten wij constateren dat geen duidelijke keuze wordt gemaakt voor een bepaalde beleidsvisie en daarmee voor een duidelijke positie van de thuiszorg, respectievelijk ziekenhuiszorg. Wel wordt voortdurend de centrale positie van de huisarts en het belang van de eerstelijns zorg benadrukt, maar het blijft echter lippendienst. Iets wat Hornstra enkele decennia geleden al constateerde.

Weliswaar wordt ook in de structuurnota 1974 voor een verschuiving van ziekenhuiszorg ten gunste van de eerstelijns zorg gepleit, maar dit berust voornamelijk op economische motieven en veronderstelde praktische voordelen. Dit is op zich niet onjuist, maar door het ontbreken van een uitwerking daarvan blijft de nota vaag. Ook worden de instrumenten niet aangegeven waarmee herstructurering kan plaatsvinden. Er worden hiertoe wel wetten voorbereid, maar het ontbreken van een keuze voor een bepaald model wreekt zich steeds weer. Het ontwijken van het maken van keuzen is kenmerkend voor de crisis in de huidige gezondheidszorg. Het leidt tot beslissingen ad hoc, soms onder druk van belangengroepen. Het ontbreekt immers aan een visie die algemeen aanvaard is en waaraan beleidsbeslissingen kunnen worden getoetst. De eerste- en de tweedelijns geneeskunde functioneren daarom als min of meer onafhankelijke subsystemen. Omdat het aan sturingmechanismen ontbreekt treedt de wet van de competitieve uitsluiting in werking¹⁷). Van het ziekenhuis gaat 'zuigkracht' uit: de geldstroom gaat naar het 'sterkste' systeem. Ten gevolge van het gebrek aan middelen en mankracht kan de thuiszorg haar functie, onder meer de zeeffunctie, niet adequaat vervullen. Daardoor neemt de druk op het ziekenhuis toe, hetgeen leidt tot uitbreiding of minstens handhaving van de geldstromen. Dit gaat uiteraard weer ten koste van de thuiszorg die verder wordt uigehold. Ondanks enkele marginale maatregelen gaat dit proces nog steeds door.

De zuigkracht van het ziekenhuis wordt nog versterkt door het

algemeen bestaande fenomeen van het vertrouwen in de deskundige, op welk terrein dan ook; ook buiten de geneeskunde ziet men dit. Dit leidt ertoe dat (sub)specialist en ziekenhuiszorg ondanks toenemende kritiek als symbool fungeren van het (onbegrensde) vertrouwen in techniek en wetenschap.

Degenen die op ons artikel reageerden illustreren dit alles eigenlijk bijzonder goed. Allen benadrukken de centrale positie van de huisarts, het belang van informatie van hem. Anderzijds wordt gewezen op het falen van de thuiszorg, de gecompliceerdheid van de problemen, de betekenis van het ziekenhuis c.q. gespecialiseerde zorg. Wolters schrijft bijvoorbeeld: 'Nieuwe kennis en ervaring in de gezondheidszorg krijgt in belangrijke mate gestalte in ziekenhuizen of andere specialistische centra, waar men dikwijls een concentratie van nieuwe kennis en ervaring aantreft. Zonder het ziekenhuis een speciale machtsplaats te willen geven zal het ziekenhuis zeker van groot belang blijven bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg, en *dus* ook bij de ontwikkeling van psychosociale zorg'. Hopelijk is ook dit artikel voor zeer velen een reden om de discussie voort te zetten. Niets lijkt ons gevaarlijker dan de gesignaleerde ontwikkelingen op hun beloop te laten. Men kan dit toch niet anders opvatten dan als een voortdurend bevorderen van het bovenbeschreven proces dat leidt tot een taakvergroting van de tweede lijn en een taakverkleining van de eerste lijn. Dit blijkt ook uit zijn pleidooi voor diverse vormen van specialiserende hulpverlening. In de reactie van Voûte komt deze opvatting impliciet naar voren. Ook Paulien Becking legt zich bij de feiten neer. De door haar bepleite 'situationele besluitvorming' laat zien hoe weinig ze zich realiseert, dat de cliënt binnen het ziekenhuis de keuzevrijheid is ontnomen. Uit de literatuur is immers bekend dat de patiënt binnen het ziekenhuis zich in grote mate afhankelijk van de hulpverlener opstelt. Naar onze mening idealiseren de betrokken schrijvers teveel de mogelijkheid die de tweedelijns geneeskunde kan bieden en dragen zij bij tot een voortschrijdende medicalisering. Het is merkwaardig om te zien dat juist gedragswetenschappers dit doen.

Klaarblijkelijk is het sterk bepalend voor denken en handelen in welke setting men werkt. Dit geldt uiteraard ook voor ons zelf.

Ons betoog is geen aanval op de ziekenhuiszorg. Integendeel, naar onze mening kan de door ons gewenste verschuiving in zorgverlening pas goed functioneren bij een krachtige intramurale zorg. Essentieel is naar onze mening – en dat kan uit wat wij schreven gemakkelijk worden afgeleid – dat de hulpverlening nooit in een hoger echelon wordt geboden dan strikt nodig is. De eerste lijn moet niet doen wat in de nulde lijn kan en de tweede niet wat in de eerste lijn kan. De kern daarom is en blijft voor ons de beperking en zo mogelijk preventie van de patiëntenrol!

Dit is alleen mogelijk indien:

- de huidige problemen in de gezondheidszorg niet ontkennd, maar bespreekbaar worden;
- beide subsystemen vanuit eenzelfde beleidsvisie werken;
- beslissingen niet ad hoc maar op grond van een beleidsvisie worden genomen.

Wat ons verontrust is niet zozeer een verschil in opvatting maar de ontkenning van de fundamentele problemen die voortvloeien uit verschillen in visie op de doelstellingen van de gezondheidszorg. De ontkenning van de problemen staat uiteraard een oplossing in de weg.

Wat is de verklaring van deze ontkenning? Van der Voort¹⁸ constateert naar aanleiding van het NHG-congres 1974 over de relatie huisarts-specialist, de angst om onderlinge kritiek meer direct te uiten. Ook in de reacties van degenen die op ons artikel reageerden zien wij dat kritiek vooral verhuld wordt gegeven. Daardoor worden ook oneigenlijke oplossingen gezocht. Als huisartsen op een bepaald terrein tekort schieten dan moet daarin verbetering worden gebracht; de oplossing is niet een overname van die functie, behalve wanneer dat in een totaalconceptie zou thuis horen. Dan berust dat op een bepaald inzicht in de structurele eisen van de gezondheidszorg. Fouten die in de geneeskunde worden gemaakt vormen ook geen argument om die taken door een ander te laten overnemen.

Een van de oorzaken van het ontwijken van problemen is de

wederzijdse afhankelijkheid van huisarts en specialist en van thuiszorg en ziekenhuiszorg. De huisarts heeft de specialist nodig en voelt zich van zijn oordeel afhankelijk. De specialist heeft ook de huisarts nodig, deze is min of meer zijn broodheer.

Welke vragen dienen onderling bespreekbaar te worden gemaakt?

1. Zien wij 'ziek zijn' en 'ziekte hebben' als iets wat ons 'overkomt' of als iets wat een deel van ons bestaan uitmaakt?
2. Zijn wij als hulpverleners verantwoordelijk voor de gezondheid van onze cliënten of is dit uiteindelijk de eigen verantwoordelijkheid?
3. Kiezen wij voor een systeem van maximale, geperfectioneerde, gespecialiseerde zorg, of voor een zorg die slechts ingrijpt daar waar het individu zelf niet meer tot een oplossing kan komen?
4. Hebben we nog vertrouwen in de natuurlijke, geestelijke en lichamelijke afweermechanismen van het individu en zijn omgeving of achten wij het risico van dysfunctioneren groot?
5. Kiezen wij voor zorgverlening in een omgeving, waar risico's zoveel mogelijk worden vermeden (ziekenhuis) of voor hulpverlening met risico's, maar aangepast aan individu en omgeving?

Wij mogen en kunnen niet op twee gedachten blijven hinken. Kiezen voor ons model betekent een verzetting van de bakens, met nadruk op beter, maar niet op meer. Wij hopen met het bovenstaande ons standpunt te hebben verduidelijkt. We zijn ons bewust dat wij niet op alle details uit de ingezonden brieven zijn ingegaan. Dit zou de aandacht van het werkelijke probleem afleiden en de discussie verlagen tot het niveau van 'hacketakken'.

Literatuur

1. Es, J. C. van en R. A. de Melker. Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? MC (1978) 33,693.
2. De artikelen van de inzending: Paulien Becking. MC (1978) 33,765. Wolters, W. H. G. Hoe sterk zijn de territoriale gevoelens in de gezondheidszorg. Voûte, P. A. De afstand tussen

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde

- thuiszorg en ziekenhuis is klein.
3. McCormick, J. S. The personal doctor. J. Royal Coll. Gen Pract. (1976) 26,750.
 4. Wildavsky, A. Doing better and feeling worse: The political pathology of Health Policy. *Deadalus* (1977) Winter, 105.
 5. Lapré, R. M. Kostenontwikkeling en kostenbeteugeling in de gezondheidszorg. Uit: Kostenbeheersing vanuit het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit. Symposiumboek LSV 1977.
 6. Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Nijmegen 1973.
 7. Mahler, H. Health, a demystification of medical technology. *Lancet* (1975) 829.
 8. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Derde rapport inzake de kostenontwikkeling, 1976.
 9. Veylon R. Hospitalisation à domicile et maintien à domicile du sujet âgé. *La Nouvelle Presse Médicale* (1977) 6,29.
 10. Boerema, I. Vervroegd ontslag uit een chirurgische kliniek. *Ned. T. Geneeskunde*. (1971) 115,563.
 11. Melker, R. A. de. Beterschap door beter beleid. Nijmegen 1975.
 12. Es, J. C. van. Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. *MC* (1976) 31, 1357.
 13. Martin, J. F. The active patient, a necessary development. *W.H.O. Chronicle* (1978) 32,51.
 14. Doorn- de Leeuw M. van. Wie gaat de gezondheidszorg beheersen? *Beleid en Maatschappij* (1977) 5, 141.
 15. Mechanic, D. Approaches to controlling the costs of medical care: short-range and long-range alternatives. *N. Eng. J. Med.* (1978) 289,249.
 16. Mahler, H. Problems of medical affluence. *W.H.O. Chronicle* (1977) 31,8.
 17. Leenen, H. J. J. De verhouding intra-extramurale gezondheidszorg. *MC* (1972) 27,1119.
 18. Voort, H. van der. Beeldvorming in de relatie huisarts-specialist. *Huisarts en Wetenschap* (1975) 18,420.

F. L. R. Bauer, aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam; proefschrift: 'Control mechanisms of postresectional hyperplasia in the small bowel mucosa'. Promotores: Prof. Dr. H. Muller (†) en Dr. D. L. Westbroek.

H. Beukers, aan de Rijksuniversiteit te Leiden; proefschrift: 'Ladingsoppervlak en structuur van serum lipoproteïnen'. Promotor: Prof. Dr. H. L. Booij.

D. N. J. Donker, aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; proefschrift: 'Harmonic composition and interhemispheric relationships of visual evoked potentials, a study of scalp potentials evoked by sine wave modulated light in normal subjects and patients with electroencephalographical and/or symptoms of epilepsy'. Promotores: Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen en Prof. Dr. Ir. J. J. Denier van der Gon.

A. Fleeer, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Destruction of sensitized erythrocytes by human monocytes in vitro'. Promotor: Prof. Dr. C. P. Engelfriet.

H. J. Groenewegen, aan de Rijksuniversiteit te Leiden; proefschrift: 'The olivocerebellar projection in the cat. Afferent and efferent connections of the inferior olive: An autoradiographic and degeneration study'. Promotor: Dr. J. Voogd.

J. D. F. Habbema en *J. Hermans*, aan de Rijksuniversiteit te Leiden. proefschrift: 'Statistical methods for clinical decision making'. Promotor: H. de Jonge.

C. L. A. van Herwaarden, aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen; proefschrift: 'Selective and non-selective B-blockade in hypertension'. Promotor: Dr. A. van 't Laar.

C. M. van Hoorn, aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; proefschrift: 'Levinus Lemnius 1505-1568. Zestiende-eeuws geneesheer'. Promotor: Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

B. J. P. de Jong, aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam; proefschrift: 'Monoacylglycerol acylation and deacylation in rat small intestinal epithelial cells'. Promotor: Prof. Dr. W. C. Hülsman.

K. D. Strang, aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam; proefschrift: 'De rol van renale alpha-receptoren bij de regulatie van reninesecretie door de geïsoleerde rattenier'. Promotores: Prof. Dr. W. H. Birkenhäger en Dr. R. Vandongen (Australië).

J. J. Keuning, aan de Rijksuniversiteit te Leiden; proefschrift: 'Typing for HLA-D'. Promotor: Prof. Dr. H. L. van Rood.

J. de Koning, aan de Rijksuniversiteit te Leiden; proefschrift: 'Some aspects of the mechanism of LH-RH-induced release of LH from pituitary glands of female rats'. Promotor: Dr. G. P. van Rees.

C. A. Kraaijeveld, aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; proefschrift: 'De betekenis van humorale en celgebonden immuniteit bij infecties van de muis met een picorna virus en een toga virus'. Promotor: Prof. Dr. K. C. Winkler.

C. J. Lucas, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Interaction of measles virus and lymphocytes. Relation to virus persistence and immunopathology'. Promotores: Prof. Dr. J. J. van Loghem en Prof. Dr. F. Dekking.

G. J. Mastenbroek, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'De invloed van partiële resectie van het neustussenschot op de uitgroei van bovenkaak en neus'. Promotores: Prof. Dr. J. van Limborgh en Prof. Dr. L. B. W. Jongkees.

H. A. J. Oudhof, aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; proefschrift: 'De betekenis van de suturae voor de groei van het calvarium; een beschrijvend onderzoek naar de structuur van de suturae cranii bij mens en rat gevolgd door een experimenteel onderzoek bij de rat'. Promotor: Prof. Dr. W. J. van Doorenmaalen.

C. Pinedo-Veels, aan de Rijksuniversiteit van Utrecht; proefschrift: 'Over verschillen in immunologische eigenschappen van menselijke antilichamen tegen thyreoglobuline'. Promotor: Prof. Dr. R. E. Ballieux.

NIET ROKEN

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

Gemeenschappelijk Administratiekantoor

Hoofdkantoor – Medische Dienst

D. de Pater	medisch adviseur	telefoon 020-872140
W. P. J. Woittiez	plv. medisch adviseur	telefoon 020-872141
Dr J. Th. H. Grond	adviserend chirurg	telefoon 020-872142
K. K. Lie	ovg. speciale dienst	telefoon 020-872139

Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen per 1 juli 1978

rayon	telefoon	adv. gen.	ovg.	
Leeuwarden, Zwolle,	Tesselschadestraat 5 Zamenhofsingel 25	05100- 47123 05200- 30955	H. A. J. Lemmink	M. J. Kamermans
Groningen, Assen,	Dierenriemstraat 100 Stationsstraat 30-32	050 - 720720 05920- 22222	K. Sants J. C. Bergman adj. ag	Dr. Th. R. de Bruin Dr. C. M. Grasveld, na 1/9/78
Winschoten,	Scheldestraat 40	05970- 16822		
Hengelo,	Pr. Beatrixstraat 15	05400- 57575	J. v.d. Liet	Dr. J. B. Mullers
Nijmegen,	Koninginnelaan 164	080 - 778400	T. W. J. Derksen	M. Menschaar
Arnhem,	Utrechtsestraat 46,	085 - 712712	J. Witkamp	M. Menschaar
Hilversum,	's-Gravenlandseweg 76	035 - 42761	W. Koppenol	J. P. Vermeer
Apeldoorn,	Christ. Geurtsweg 10	055 - 414141	A. H. v.d. Werff	J. P. Vermeer
Amsterdam,	Prof. E. M. Meyerslaan 10	020 -5429111	H. F. Croes Mw. N. Postuma -Langendonk, adj. ag	D. Willebrand
Alkmaar, Amsterdamse Haven, en Vervoerbedrijven	Oude Hoeverweg 10 De Ruyterkade 7	072 - 142550 020 - 263543	A. C. F. Blomme	H. Kollis
Haarlem, Leiden,	Surinameweg 8 Stationsplein 212	023 - 339050 071 - 145555	Mw. E. J. Hulscher- Hijszeler	J. Ph. Zeevat
's-Gravenhage,	Scheveningseweg 255	070 - 572001	D. B. Kagenaar	Dr. M. A. van Dongen
Utrecht,	Rachmaninoffplantsoen 61	030 - 912114	R. K. Beems	J. A. W. C. Smit
Rotterdam,	Statenweg 206-214	010 - 653333	W. Vos	J. .J. Spierenburg
Dordrecht,	van Godewijkstraat 17	078 - 38844	E. Stapper	Dr. J. Bonnet
Vlaardingen, Goes,	Nijverheidstraat 28 L. P. v.d. Spiegelstraat 6	010 - 348800 01100- 21000	W. A. J. Maaskant	Dr. J. Bonnet A. R. M. Hueber
Eindhoven,	P. C. Hooftlaan 8	040 - 121515	H. S. Zwarenstein	B. van 't Hullenaar
Venlo,	Kaldenkerkerweg 20	077 - 91888	A. C. Wetters	B. van 't Hullenaar
Tilburg,	Reitseplein 15	013 - 678522	F. P. van Asselt	A. J. C. M. Brandenburg Dr. J. W. Schonk, na 1/8/78
Breda,	Markendaalseweg 78a	076 - 222461	I. de Jongh	A. R. M. Hueber
Maastricht, Heerlen,	Artsenijstraat 5 Heldevierlaan 11	043 - 841555 045 - 735555	J. F. Jacobsson	W. Lammerts van Bueren
Dr R. Vermeer		ag algemene dienst		

UEMS 20 jaar

Op 5 en 6 mei van dit jaar werd in Luik op feestelijke wijze het feit herdacht dat twintig jaar geleden, in maart 1958, de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) werd gesticht. Het initiatief hiertoe kwam niet zomaar uit de hemel vallen. In 1956 immers werd het Verdrag van Rome ondertekend. De aan dit verdrag ten grondslag liggende beginselen van een noodzakelijke samenhang tussen politieke en economische integratie van de Westeuropese landen bracht ook de vrije beroepen tot een intensievere samenwerking.

Nu de Richtlijnen sinds 14 december 1976 kracht van wet hebben gekregen, bestond er zowel met betrekking tot de praktische uitvoering van deze Richtlijnen als met betrekking tot vraagstukken over de bijstelling ervan en het zoeken naar wegen om tot een betere harmonisatie van de opleidingen te geraken, behoefte om met vertegenwoordigers van alle mono-specialistische groeperingen van gedachten te wisselen. De grote deelname aan deze bijeenkomst onderstreepte mijns inziens niet alleen de behoefte die aan een dergelijke gedachtenuitwisseling bestond, maar ook de grote gemotiveerdheid waarmee in de meeste secties wordt gewerkt aan het uitwerken van voorstellen tot harmonisatie van de inhoud van de specialistische opleidingen in de verschillende deelstaten, rekening houdende met de voor ieder land geldende eigen structuur van de gezondheidszorg, maar uitgaande van een aantal algemeen aanvaarde basisgedachten. Doel van dit alles: op den duur binnen de Europese gemeenschap, rekening houdende met individuele en per bevolkingsgroep bestaande specifieke

door *H. van Giffen*

geaardheden, tot voor ieder aanvaardbare en kwalitatief zo gelijkwaardig mogelijke gezondheidszorg te geraken. UEMS-voorzitter Pouyaud, vanaf de oprichting bij de werkzaamheden van de unie betrokken, gaf een historisch overzicht van haar werkzaamheden. Collega Pouyaud wees er terecht op dat met de realisering van de Richtlijnen het werk van de UEMS zeker niet is beëindigd. Na de uitwerking van de coördinatievoorstellen, die tien jaar in beslag nam, staan wij thans voor een nog veel groter probleem; dat is niet alleen voorstellen te doen om tot harmonisatie van de opleidingen te geraken, maar deze ook in de praktijk te realiseren.

Topics

De middagbijeenkomst van de 5e mei en de ochtendbijeenkomst van de 6e mei stonden in het teken van een gedachtenwisseling tussen het presidium van de UEMS en de vertegenwoordigers van de mono-specialistische secties. Het is uiteraard in dit bestek niet mogelijk diepgaand op deze gedachtenwisselingen in te gaan. We moeten ons beperken tot een aantal topics.

Prestations des services

Nog steeds is het niet geheel duidelijk wat precies onder 'prestations des services' moet worden verstaan. Zeker is dat het begrip van de vrijheid

van artsenkeuze en de vrijheid van behandeling ook in Europees verband moet worden gehandhaafd. De problematiek geldt vooral die medici die in de grensgebieden werkzaam zijn. Hier spelen niet zozeer medische beroepsmatige vraagstukken een rol alswel juridische en mogelijk nog in belangrijkere mate politieke. De algemene mening was dat het noodzakelijk zal zijn een duidelijke definitie te geven van het probleem, alvorens het mogelijk zal zijn er een voor ieder aanvaardbare oplossing voor te geven.

Demografie

De demografie is een complex vraagstuk, zeker wanneer men het zou willen gebruiken om daarmee na te gaan hoe binnen Europa een migratie van artsen zou kunnen plaatsvinden. De nationale verschillen in de structuur van de gezondheidszorg, de ontwikkeling van de bevolking en de maatschappelijke welstand, evenals de urbanisatiegraad, bepalen in belangrijke mate de behoefte aan deskundige zorg, terwijl daarnaast bevolkingsdichtheid, geografische verschillen, toelatingseisen tot de universiteit medebepalend kunnen zijn.

Algemene zorg bestond er met betrekking tot het grote aantal artsen, met name specialisten, dat in Italië thans wordt opgeleid. Bovendien vinden deze opleidingen bijna alle part-time plaats, hetgeen in tegenspraak is met hetgeen in de Richtlijnen wordt gesteld. Maatschappelijke oorzaken liggen hieraan ten grondslag. Het feit dat Italië geen numerus fixus kent – hetgeen in de meeste andere Europese landen wel het geval is – maakt dat er een distorsie ontstaat in het aantal

straks ter beschikking staande artsen, hetgeen zeker tot spanningen aanleiding zal geven.

Opleiding

Algemeen blijkt er ernstige zorg te bestaan over de kennis van de arts die de basisopleiding heeft gevolgd en een specialistenopleiding wil gaan volgen. In de Richtlijnen is er immers van uitgegaan dat bij het behalen van het artsexamen een minimale kennis van het generale gebied van de geneeskunde zou bestaan en dat in deze opleiding niet alleen praktisch maar ook theoretisch onderwijs zou zijn gegeven. Reeds eerder attendeerden de mono-specialistische secties Dermato-Venerologie, Oogheekunde, KNO en Kindergeneeskunde op het feit dat in bepaalde landen deze specialismen (of een aantal daarvan) ofwel facultatief waren gesteld ofwel theoretisch-cursorisch werden onderwezen. Thans werd duidelijk dat het met name in Frankrijk onmogelijk is op de universiteiten iedere student geneeskunde een stage Paediatrie te laten volgen. In Italië is men zelfs zover gegaan dat men keuzepakketten vaststelt, afgestemd op het werk dat men later wil gaan verrichten; op deze wijze worden Y-opleidingen ingevoerd, terwijl er steeds van is uitgegaan dat men een volledige basisopleiding zou moeten verkrijgen. Buiten het feit dat het 'produit final' op deze wijze een geheel andere inhoud krijgt dan wat men met het opstellen van de Richtlijnen voor ogen heeft gehad, heeft het bovendien een duidelijke vermindering van kwaliteit en kennis van de basisarts ten gevolge gehad; bovendien neigt men er in vele landen toe deze leemten tijdens de specialistenopleiding op te vullen door de duur van deze opleidingen te verlengen. Alhoewel in praktisch alle landen de basisopleiding nog steeds zes tot zeven jaar in beslag neemt, blijken de afgeleverde artsen niet zelfstandig te kunnen functioneren en volgt derhalve een zeer groot aantal van deze basisartsen een na-opleiding. Men was dan ook algemeen van mening dat de studie van de Commissie Basisgeneeskunde uit het Adviserend Comité van essentiële betekenis moet worden geacht voor de verdere integratie van het medisch handelen in de EEG. Daarbij gaat het niet alleen om de vraag wat voor artsen men wil



De UEMS feestelijk in vergadering bijeen; aan het woord is Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen.

gaan opleiden, maar ook om de vraag wat dan de inhoud van die opleiding moet zijn en welke invloeden dat heeft op zowel het praktisch functioneren van deze artsen als op de inhoud en de duur van de vervolgopleidingen.

Full-time/part-time opleiding

De commissie-Rapin is tot de conclusie gekomen dat de full-time specialisten-opleiding als de meest wenselijke vorm moet worden aanvaard. Daarnaast erkent zij echter dat onder bepaalde omstandigheden ook de part-time opleiding niet geheel moet worden uitgesloten. Het blijkt dat sommige landen met deze stelling nogal wat moeite hebben. Op de stelling van Brearly dat een definitie over wat precies full-time opleiding is nog nooit een uitspraak is gedaan, antwoordt Van Nieuwenhuizen dat het hier niet gaat om het aantal uren dat men actief in de werkzaamheden van de inservice-opleiding is betrokken maar om het feit dat men zich volledig aan alle praktische en theoretische problemen van het specialisme waarvoor men in opleiding is kan wijden; het moet dus niet noodzakelijk zijn nevenberoepen uit te oefenen om maatschappelijk te kunnen functioneren. Duidelijk wordt gesteld dat wanneer men het uitgangspunt van de commissie-Rapin aanvaardt de part-time opleidingen

individueel moeten worden bekeken en dat uitzonderingen op de full-time opleiding moeten zijn gebaseerd op voor het individu zeer bijzondere uitzonderingsomstandigheden en niet op het toestaan van part-time opleidingen voor groepen van mensen die aan bepaalde voorwaarden voldoen.

'Tronc commun'

Uitgebreid wordt ingegaan op het probleem van de zogenaamde 'tronc commun'. Daaronder verstaat men een gemeenschappelijk gedeelte van de opleiding voor moeder- en deelspecialismen waarin de basisbegrippen van een dergelijk specialisme worden onderwezen. Hoewel deze vraagstukken niet voor alle specialismen gelijk liggen, erkennen toch de meeste van de Chirurgie afgeleide specialismen evenals van de Interne afgeleide specialismen dat een gemeenschappelijke basisopleiding van twee tot drie jaar als onderbouwing voor een verdere gespecialiseerde na-opleiding wenselijk is.

Paramedische beroepen

De Richtlijnen voor verpleegkundigen zijn dit jaar klaar gekomen. Die voor de tandartsen zijn aan het eind van dit jaar te verwachten, die voor de vroedvrouwen zijn in bewerking.

Uiteraard wordt uitgebreid ingegaan op het werkterrein dat deze verschillende paramedische beroepen tot het hunne rekenen en de vraag in hoeverre zij in de beroepsuitoefening zelfstandig kunnen opereren. Een probleem daarbij is onder meer, dat de bevoegdheden van de paramedici niet in alle landen op dezelfde wijze zijn geregeld.

De discussie spitst zich dan toe op de Richtlijnen voor de vroedvrouwen en de heilgymnasten/masseurs. Wat de laatste betreft wordt erop gewezen dat de problemen vooral daar te signaleren zijn waar deze paramedici niet verbonden aan het ziekenhuis maar zelfstandig functioneren. Is iedereen het erover eens dat in principe de heilgymnast/masseur slechts op verwijzing van de medicus kan functioneren, in de praktijk blijkt dat men zelfstandig de aard van de behandeling nogal eens wijzigt. De oorzaak hiervan is zeker gedeeltelijk te zoeken in het feit dat de medici in hun opleiding onvoldoende inzicht krijgen in de inhoud en de mogelijkheden van het vak van fysiotherapeut, en dat derhalve op de inhoud van de verwijzing vaak kritiek kan worden uitgeoefend. Zaterdagmiddag 6 mei vergaderde het Presidium van de UEMS. Ook bij deze zitting is nog eens uitgebreid ingegaan op de relatie tussen de basisopleiding en de specialistenopleiding. Ook hier hield men vast aan de gedachte dat aan het 'produit final' een generale opleiding ten grondslag moest liggen. Uiteraard kwam in dit verband ook de opleiding tot huisarts ter sprake.

Namens de *Europese Vereniging van Junior Doctors* wees collega Marner op een aantal uitspraken van het congres van deze vereniging dat kortgeleden in Helsingfors werd gehouden. Als leden van de vereniging worden al die artsen beschouwd die in een ziekenhuis de een of andere vorm van opleiding genieten. Het is duidelijk dat deze definitie niet voor alle landen dezelfde inhoud heeft. Immers, men beschouwt in de vereniging al diegenen die nog niet als 'consultant' werken als artsen die nog in opleiding zijn. Daarbij houdt men dan wel duidelijk rekening met die landen waarbij deze opleiding in een hiërarchische structuur is ingebed; naast het verwerven van kennis spelen ook carrièrevraagstukken een rol.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goud-opdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



Voor landen als Nederland en België, waar de artsen niet in hiërarchisch verband functioneren en de opleidingen binnen maximaal zes jaar zijn beëindigd, betekent dit dat het aantal leden van de vereniging er aanzienlijk kleiner zal zijn dan in andere Europese landen. Erkend moet worden, dat het voor de harmonisatie van de opleidingen in Europa van grote betekenis kan zijn dat de opleidingen niet alleen tot het eigen land beperkt blijven maar ook in andere landen van de EEG moeten kunnen plaatsvinden. Daarom pleit de vereniging niet alleen voor het stimuleren van het volgen van een deel van de opleiding in een gastland, maar vraagt zij bovendien erkenning voor de gedachte dat kwalitatieve verbetering van de specialistenopleiding kan worden bevorderd door te eisen dat tenminste één jaar van deze opleiding in een ander land wordt doorgebracht. Dit betekent niet alleen dat men in de opleidingseisen mogelijkheden voor het volgen van een opleiding in het buitenland moet opnemen, maar ook dat men plaatsen vrij moet maken voor buitenlanders. Vastgesteld moet worden dat het experiment, vertegenwoordigers van alle mono-specialistische werkgroepen bijeen te brengen om over gelijksoortige problemen met elkaar en met het Presidium van gedachten te

wisselen, als geslaagd moet worden beschouwd. Verder is duidelijk dat sommige mono-specialistische groeperingen zeer intensief bezig zijn met het formuleren van opleidingsvoorschriften die tot een harmonisatie van het medisch handelen in Europa kunnen bijdragen, terwijl andere secties zich met deze vraagstukken nauwelijks bezighouden.

De Paul Ehrlich prijzen 1978

De Paul Ehrlich prijs is de hoogste Duitse onderscheiding voor medisch wetenschappelijk werk die eens in de twee jaar wordt uitgereikt. Tijdens een stijlvolle plechtigheid in de Paulskirche in Frankfurt aM werd dit voorjaar deze prijs in aanwezigheid van de Herr Bundespräsident, de Frau Bundesminister für Gesundheit, de burgemeester van de stad Frankfurt, de rector magnificus van de Frankfurtse universiteit en andere hoogwaardigheidsbekleders uitgereikt aan *Ludwik Gross* en *Werner Schäfer*, die beiden baanbrekend werk hebben verricht op het gebied van de tumor-virussen.

Prof. Dr. med. Ludwik Gross verliet Duitsland kort voor de tweede wereldoorlog, werkte enige tijd in het instituut Pasteur te Parijs en ging in 1940 naar de USA, waar hij thans verbonden is aan de Cancer Research Unit, Veterans Administration Hospital, the Bronx, New York. Prof. Dr. h. c. Werner Schäfer werd in Giessen tot diergeneeskundige opgeleid. Sinds 1948 is hij verbonden aan het Max-Planck-Institut für Virusforschung in Tübingen. Hier volgt een samenvatting van de voordrachten van de prijswinnaars.

Ludwik Gross over de ontdekking van de virale etiologie van de muizenleucaemie

Hoewel Ellerman en Bang in 1908 reeds hadden aangetoond, dat de kippenleucaemie door cel- en bacterie-vrije orgaanextracten overgedragen kan worden, heeft het tot 1951 geduurd voordat Gross kon aantonen dat hier inderdaad een virus in het spel is. In de tussentijd hadden vele onderzoekers vruchteloze

door *Dr. A. P. Oomen, internist*

pogingen gedaan op deze wijze bij gezonde muizen leucaemie te veroorzaken, zodat reeds algemeen aangenomen werd dat de muizen-leucaemie een andere oorzaak had. Effectief experimenteel werk werd pas mogelijk, toen er door inteelt muizenstammen met een hoge spontane leucaemie-frequentie beschikbaar kwamen. Gross ging er van uit dat een virus toch de oorzaak moest zijn, wat dan door 'verticale' of 'endogene' transmissie van de ene generatie op de volgende werd overgedragen.

Vier jaar lang deed hij vergeefse pogingen het hypothetische virus te isoleren bij de muizenstammen C 58 en Ak, waarbij spontane leucaemie tot bij 90 procent voorkomt. Hij stond op het punt dit onderzoek op te geven

toen hij toevallig tijdens een voordracht over het Cocksackie-virus hoorde dat dit bij muizenjongen alleen verlammingen veroorzaakt als ze er voor hun 48e levensuur mee worden besmet. Toen hij dezelfde methode bij het eigen onderzoek ging toepassen had hij onmiddellijk succes: *alle* met celvrij weefselextract van leucaemische muizen besmette muisjes kregen binnen 10-20 dagen leucaemie.

Zijn eerste publikaties hierover werden met veel reserve ontvangen en het gelukte andere onderzoekers aanvankelijk niet zijn resultaten te reproduceren. Het bleek dat de virusconcentratie in de extracten van leucaemische dieren vaak zo laag was dat besmettingsproeven slechts sporadisch succes hadden. Door een aantal dierp passages kon de virulentie van het virus sterk worden opgevoerd (een methode die Paul Ehrlich overigens reeds in 1906, maar dan met niet-celvrije extracten, met succes toepaste; zie NTvG 1909) om tenslotte constant te worden.

Met dit materiaal waren besmettingsproeven vrijwel voor 100 procent succesvol en het bleek ook mogelijk hiermee oudere muizen, tot de leeftijd van zeven dagen, te besmetten. De incubatietijd nam dan wel toe naarmate de muis ouder was. Een van deze 'gecultiveerde' virussen, het 'passage A-muizenleucaemie-virus', bleek niet alleen bij muizen doch ook bij ratten leucaemie, lymfosarcomen en Hodgkin-achtige ziektebeelden te veroorzaken. Vervolgens kon Gross bewijzen dat bij de stammen C58 en Ak inderdaad verticale transmissie optrad: extracten van embryo's van jonge, gezonde muizenmoeders van de Ak-stam bleken leucaemie te



Links: Ludwik Gross - rechts: Werner Schäfer; beiden hebben baanbrekend werk verricht op het gebied van de tumor-virussen.

kunnen veroorzaken bij muizenjongen van de C3H-stam, waarbij spontaan nooit leucaemie voorkomt. Ook kon hij het virus isoleren uit muizen, waarbij door röntgenbestraling leucaemie was geïnduceerd. Vervolgens kon het virus met de elektronenmicroscopie worden gezien, niet alleen in het bloedvormende systeem van zieke dieren, doch ook in speekselklieren, pancreas, melkklieren, ovaria, prostaat etc. Het zijn typische ronde deeltjes met een doorsnede van ca. 100 nm. Het 'rijpe' virus heeft 2 of 3 concentrische membranen. Er werden ook lege, inhoudsloze membranen gezien, mogelijk 'onrijp' virus. Volgens de indeling van Bernhard hoort dit virus bij het type C. Al spoedig konden dergelijke virussen ook bij andere diersoorten: kat, rund, schaap, verschillende apensoorten, worden aangetoond. Hierbij bleek dat een virus onschadelijk kan zijn voor zijn 'natuurlijke' gastheer doch leucaemie en sarcomen kan veroorzaken bij een andere gastheer. Voorbeelden hiervan zijn het SV40-virus uit niercellen van Rhesus-aperen en het Adenovirus van de mens (!) dat bij hamster- en rattenjongen sarcomen kan veroorzaken.

Langzamerhand kwam Gross tot de overtuiging dat deze 'maligne' virussen – net als vele andere virussen – zeer wijd verspreid zijn en zowel door 'exogene' als door 'endogene' besmetting kunnen worden overgedragen, doch dat ze in de meeste gevallen geen ziekte veroorzaken. Hiertoe is 'activatie' nodig waarover nog weinig bekend is: röntgenstralen, carcinogene stoffen, bepaalde cytostatica. Behalve een dergelijke 'exogene activatie' is waarschijnlijk ook 'endogene activatie' mogelijk, door bijvoorbeeld metabole of hormonale invloeden. Endogene activatie komt waarschijnlijk het meeste voor, doch daar is nog vrijwel niets over bekend. Deze virussen zijn dan meestal onschadelijk voor hun gastheer, ze worden slechts bij uitzondering geactiveerd, wat men als een 'ongelukje' zou kunnen beschouwen waaraan zowel gastheer als virus sterven. 'De normale samenleving van gast en gastheer is vreedzaam en harmonisch, het is onze taak te zorgen dat deze verhouding niet wordt verstoord'.

Werner Schäfer over de aard en mogelijke bestrijding van maligne virussen

RNA bevattende virussen van het C-type komen bij zeer vele verschillende diersoorten – van vissen tot hoogontwikkelde apen – voor en zijn één van de belangrijkste oorzaken van leucaemieën en in mindere mate ook van massieve tumoren. Schäfer werkte vooral met C-virussen van muizen en katten en vond al spoedig dat deze 'exogeen' en horizontaal overdraagbaar – zoals de klassieke virussen – óf 'endogeen' en verticaal overdraagbaar kunnen zijn. Deze laatste dragen een enzymstelsel met zich mee waardoor het virus-RNA de celkern van de gastheer kan binnendringen en zich daar handhaven zonder deze kern te beschadigen.

In deze 'latente' fase is het virus niet aantoonbaar en ook van buiten af niet beïnvloedbaar. Bij de celdeling gaat het in de kernen van de nieuwe cellen over; zo is de 'infectie' erfelijk. Op grond van allerlei gegevens is het waarschijnlijk dat endogene C-virussen reeds in een zeer vroeg stadium van de evolutie een permanent bestanddeel van het erfelijk materiaal zijn geworden, waaraan later – mogelijk nog steeds – door horizontale overdracht nieuw materiaal wordt toegevoegd. Zo lijkt bijvoorbeeld het endogene C-genoom van het varken van een 5 tot 10 miljoen jaar geleden horizontaal overgedragen C-virus van de muis af te stammen, zoals blijkt uit onder andere de serologische verwantschap van enkele kernelementen. Een aantal C-virussen blijkt in staat te zijn het immuun-mechanisme van het gastheer-organisme grotendeels uit te schakelen, door beschadiging van de immuun-cellen en door neutralisatie van de specifiek tegen hen gerichte antistoffen. Dit laatste bereiken zij door een grote hoeveelheid oppervlakte-antigeen af te stoten, wat zich dan elders aan de antistoffen bindt en deze zo van het virus zelf 'weghoudt'. C-virussen hebben waarschijnlijk een breed actiespectrum: behalve leucaemieën kunnen zij ook andere maligne aandoeningen veroorzaken. Ook tumoren waaruit geen virus geïsoleerd kan worden hebben mogelijk een virale etiologie, wat blijkt uit de aanwezigheid op het oppervlak van de tumorcellen van

bepaalde door virus geïnduceerde antigenen. Behalve maligne aandoeningen kunnen C-virussen bij muizen LE-achtige ziektebeelden veroorzaken en bij katten verschillende op immuun-deficiëntie berustende stoornissen. Zeer recente gegevens wijzen er op dat het endogene C-genoom ook bij het normale gebeuren een rol zou kunnen spelen, bijvoorbeeld bij de differentiatie van immuun- en mogelijk ook andere cellen. Het is duidelijk dat C-virussen zeer eenvoudig gebouwde, doch uiterst vindingrijke agentia zijn, waarvan de bestrijding niet gemakkelijk zal zijn. Bacteriën zijn relatief hoog ontwikkelde ziekteverwekkers die een eigen stofwisseling hebben, waardoor ze niet alleen met antistoffen maar ook door ingrijpen in hun metabolisme – door chemotherapie – bestreden kunnen worden. Virussen gebruiken het metabolisme van hun gastheer cel en zijn daarom niet of nauwelijks voor chemotherapie toegankelijk. Dan blijven alleen de antistoffen over. C-virus is veel nauwer met de gastheer-celkern verwant dan 'klassiek' virus, het neemt als het ware een tussenpositie in tussen het eigen genetische materiaal en het klassieke virus. Hoe houdt het organisme onder normale omstandigheden zijn endogene C-virussen in bedwang? Voor zover bekend bestaan hier twee mechanismen voor:

- a) bepaalde genen induceren de vorming van een infectie-onderdrukkende suppressor,
- b) constante 'immuunbewaking', onder andere door antivirale antilichamen.

Beide mechanismen zouden niet alleen van binnen uit (door het genetische materiaal) maar ook van buiten af door kunstmatige stimulering of door substitutie versterkt kunnen worden. Om deze vragen te kunnen beantwoorden was het nodig de afzonderlijke proteïnen uit het onderzochte virus te isoleren, hetgeen Schäfer lukte. Hij isoleerde een glycoproteïne met een moleculairgewicht van 71.000, het gp71 dat zowel aan de oppervlakte van het virus als aan dat van de door het virus geïnduceerde tumorcellen wordt gevonden. Dit gp71 bleek de vorming van zowel anti-virus als anti-tumorcel antilichamen te kunnen opwekken. Behalve determinanten van een hoge

specificiteit bleek het ook determinanten van het 'inter-species-type' te bevatten, waardoor de met behulp van gp71 opgewekte antilichamen ook in staat bleken C-virus systemen bij andere zoogdieren uit te schakelen. Gp71 werd regelmatig gevonden aan de oppervlakte van tumorcellen, waaruit ook het virus kon worden geïsoleerd, maar niet aan de oppervlakte van 'niet productieve tumorcellen'. Zoals eerder gezegd bestaan er blijkbaar nog andere door virus geïnduceerde celoppervlak-antigenen. Schäfer wist een grote hoeveelheid (milligrammen!) gp71 te maken en verkreeg, door deze bij een geit in te spuiten, een zeer krachtig anti-gp71-antiserum. De eerste pogingen tot actieve immunisatie met zuiver gp71 stelden teleur. Het lukte wel bescherming tegen het 'eigen', doch niet tegen heterologe muizen-C-virussen op te wekken. Af en toe leek het er zelfs op dat endogene virussen, bijvoorbeeld het Ak-virus, door de insputing juist werden geactiveerd. De resultaten van de passieve immunisatie met het breed-spectrum anti-gp71 geïteserum waren daarentegen zeer indrukwekkend. Een kat bijvoorbeeld, lijdend aan een sinaasappelgroot, zeer kwaadaardig, door een exogeen katten-C-virus veroorzaakt sarcoom, genas dank zij deze behandeling in 6 weken volledig. Het bleek dat het anti-gp71 geïteserum een breed spectrum had; het was zeer effectief zowel bij leucaemieën als bij massieve tumoren bij verschillende diersoorten. Nu werd nagegaan of dit serum ook endogene, verticaal overgebrachte maligne aandoeningen kon genezen. Als model werd de Ak-muizenstam van Gross gebruikt. Als de behandeling maar vroeg werd begonnen, liefst tijdens de zwangerschap van de moeder, bleek ook hier het resultaat indrukwekkend: tot op de voor muizen hoge leeftijd van 1 1/4 jaar was de leucaemiefrequentie bij 58 behandelde muizen 18 procent, bij de controlegroep hoger dan 80 procent. Waarbij nog moet worden bedacht, dat bij deze eerste proeven zeker nog niet het meest effectieve behandelingsschema was gevonden. Zo was dus 25 jaar geleden na de ontdekking van het Ak-virus door Gross een effectieve therapie tegen de door dit virus veroorzaakte muizen-leucaemie gevonden.

Inschrijven voor het Ledencongres in Arnhem

In Medisch Contact nr. 25 van 23 juni jl. is veel aandacht besteed aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG dat op 4, 5 en 6 oktober aanstaande wordt gehouden in Arnhem. Het complete programma van het recreatieve en het wetenschappelijk gedeelte, dat laatste gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde', werd daarbij afgedrukt. Ook het inschrijfformulier treft u in dat MC-nummer aan. U gelieve dat tijdig in te sturen, vóór 1 september aanstaande.



Foto-wedstrijd

Vergeet ook niet foto's in te zenden voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste Ledencongres. Informatie daarover wordt eveneens geboden in MC nr. 25 van 23 juni jl. Inzendingen worden vóór 1 september aanstaande tegemoet gezien door collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-33 45 34)

Het werkingsmechanisme van deze therapie is nog duister. Vast staat dat succes alleen mogelijk is zolang het eigen immuunmechanisme meewerkt. De kunstmatige toegevoerde antistoffen schakelen het goed beschermde en verborgen virus blijkbaar niet volledig uit, maar geven het eigen immuunmechanisme zo'n voorsprong dat dit het virus in bedwang kan houden. Volledige genezing – zoals bij de klassieke virussen – is waarschijnlijk nooit mogelijk. Er bestaat zelfs een gevaar dat door deze therapie de celkern ontvankelijker wordt gemaakt voor nieuwe, horizontaal overgedragen virussen, die zo de celkern 'ingedwongen' kunnen worden. Iets dergelijks is Jaenisch kort geleden gelukt.

Schäfer waarschuwt tegen te hoog gespannen verwachtingen wat betreft de therapie van maligne aandoeningen bij mensen op grond van deze indrukwekkende resultaten. Deze immunotherapie werkt alleen tegen door C-virus veroorzaakte aandoeningen, welk virus bij de mens nog nooit is aangetoond. Het is ook nog niet duidelijk hoeveel maligne aandoeningen een virale oorzaak hebben; andere oorzaken zijn zeker niet uitgesloten. Toch komt het C-virus waarschijnlijk wel bij mensen voor en kon het tot nu toe alleen niet worden aangetoond omdat een mens tenslotte niet als een proefdier kan worden benaderd.

Als diergeneeskundige, die gewend is alle twee- en vierbenige wezens in zijn beschouwingen te betrekken, kan Schäfer zich niet voorstellen dat de primaat Homo Sapiens dit 'Danaë-geschenk' van de natuur niet zou hebben ontvangen: 'Nature non saltat'. Intensief onderzoek in deze richting is daarom nodig. Als het zou lukken, uit menselijke tumoren een C-virus of tenminste een specifiek tumor-oppervlakte-antigeen aan te tonen, is daarmee de weg naar effectieve immunotherapie van (bepaalde) maligne aandoeningen bij mensen geopend.

Contactlensspecialist vrijgesproken

Het tuchtcollege van de ANVC te Amsterdam, gezien de op 30 november 1977 gedateerde, bij het bestuur van de ANVC ingekomen klacht van de heer S te O, namens diens echtgenote, mevrouw S-H, dat X, contactlensspecialist, gevestigd te A bij mevrouw S-H voornoemd zeer slordig contactlenzen had aangemeten, welke lenzen zo zwaar op haar hoornvlies hadden gedrukt, dat daardoor vervormingen aan het hoornvlies ontstaan waren, tengevolge waarvan zij zeer is gedupeerd en – mede – financieel schade heeft geleden, welke klacht het tuchtcollege aanmerkt als een klacht terzake het bepaalde in artikel 8, leden 1, 2, 3 en 8 van het reglement Beroepsuitoefening (Erecode van Reglement van Tucht); gezien het – op verzoek van het tuchtcollege – door X de dato 27 december 1977 uitgebrachte verslag met betrekking tot de door hem bij mevrouw S-H aangepaste contactlenzen en de door X de dato 20 januari 1978 aan het tuchtcollege verstrekte nadere technische gegevens; gehoord hetgeen voornoemde X, bijgestaan door zijn raadsman Mr. K, juridisch adviseur, wonende te B, ter zitting van het tuchtcollege de dato 2 februari 1978 te Utrecht heeft verklaard ter bevestiging van zijn schriftelijk verslag d.d. 27 december 1977, luidende onder meer als volgt:

1. 'Met mevrouw S heb ik voor het eerst over het dragen van contactlenzen gesproken op 29 oktober 1974, in het filiaal te L. Het bleek mij dat zij toen een bril droeg waarvan de correctie niet juist was,

waardoor zij niet optimaal zag; het voorschrift voor deze bril dateerde uit 1970. Ons gesprek resulteerde in de aanschaf van contactlenzen door mevrouw S.

Op 12 november 1974 is mevrouw S begonnen met het dragen van de contactlenzen; de aanpassing hiervan verliep vlot. Aanvankelijk werden de contactlenzen wat onregelmatig gedragen maar op 8 april 1975 was het zover dat mevrouw S, tenzij zij klachten zou hebben, alleen nog voor de normale halfjaarlijkse controle terug behoefde te komen. Tussen november 1974 en april 1975 is mevrouw S twee keer voor controle bij mij geweest (op 3 december 1974 en 6 februari 1975). In verband met het verliezen van de linker contactlens is zij ook nog bij mij geweest op 12, 13 en 19 december 1974. Tijdens de controle op 8 april 1975 is de sterkte van de rechter lens op mijn advies nog veranderd, waarmee de gezichtsscherpte met de contactlenzen uitstekend was. Ondanks het feit dat op 8 april 1975 de gebruikelijke afspraak om over een half jaar terug te komen met mevrouw S was gemaakt, heb ik haar daarna – wellicht tengevolge van de verhuizing? – noch in L. noch in één van de andere filialen terug gezien. Uit de mij in fotocopie toegezonden brief van de heer S blijkt dat zijn echtgenote van april 1975 tot november 1977 ook niet bij een andere contactlensspecialist voor controle is geweest; een termijn die mijns inziens te lang genoemd moet worden. Uit het feit dat zij alleen naar het Wilhelmina Gasthuis is geweest om reservelenzen aan te schaffen kan echter wel worden

afgeleid dat mevrouw S de lenzen goed verdroeg en dat er ook verder geen problemen waren.

De door mij aan mevrouw S geleverde lenzen geven zoals ieder type harde lenzen na langdurig dragen een vervorming van het hoornvlies. Deze vervorming zal echter nooit van blijvende aard zijn en naar een normale situatie terugkeren. Aan de andere kant stel ik dat door de zorgvuldige wijze van werken de lenzen gedurende twee en een half jaar zonder controle goed verdragen werden. Van zeer slordig aanmeten van de lenzen, waar de heer S van spreekt, is dus geen sprake. Dat mevrouw S nu tijdelijk geen lenzen mag dragen omdat men in het WG vindt dat er bij haar nieuwe lenzen moeten worden aangemeten'.

2. Gehoord de nadere uiteenzetting van X met betrekking tot de door hem bij mevrouw S-H gehanteerde aanpastechniek en het daaraan voorafgegane gepleegde onderzoek, waarbij is gebleken dat in verband met de stand van de oogleden, de traanwerking en het geringe aantal oogknipperingen moest worden gekozen voor een extreem vlakke aanpassing;

gezien het op verzoek van het tuchtcollege door X de dato 14 februari 1978 aan het tuchtcollege uitgebrachte schriftelijke verslag, behelsende algemene beschouwingen met betrekking tot de door X op grond van grondige studie en rijpe ervaring individueel gehanteerde vlakke aanpastechnieken; overweegt:

1. dat X op grond van het door hem bij mevrouw S-H verrichte onderzoek alleszins verantwoord heeft kunnen geraken tot de aan mevrouw S-H aangepaste vlakke lenzen;

2. dat mevrouw S-H ondanks het verzoek van X – welk verzoek het tuchtcollege aanmerkt als een voorschrift – vanaf 8 april 1975 tot november 1977 zich niet meer ter controle heeft gemeld;

ziet af, op grond van de uitgebreide en gemotiveerde klacht, ingebracht door de heer S namens diens echtgenote mevrouw S-H, van verder verhoor van de heer S en/of mevrouw S-H; verklaart de bij het bestuur van de ANVC door de heer S te O namens mevrouw S-H aangebrachte voornoemde klacht ongegrond; spreekt deswege X, contactlensspecialist te A, terzake van voornoemde klacht vrij.

Gegeven te Culemborg, maart 1978.

Was getekend, leden van het Tuchtcollege van het ANVC.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drenthe. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.

Man-Vrouw: Anticonceptie in 1977

Binnen het (NHG-)project Man-Vrouw: Anticonceptie zijn in 1977 vooral de *eerstelijns cursussen geboortenregeling* er uitgesprongen, zo blijkt uit het overzicht van de werkzaamheden over het jaar 1977. Dat jaar werden in tien plaatsen van die cursussen gehouden, dit jaar waarschijnlijk in nog eens tien plaatsen. Mogelijke geïnteresseerden waren met de cursus bekend gemaakt via publikaties in de vakpers en via een folder die aan alle wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, huisartsen, verloskundigen en leidsters van de gezinszorg was toegestuurd.

Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat deze activiteit financieel ondersteunt, heeft er bijzondere belangstelling voor. Debet daaraan is de omstandigheid dat het hier gaat om het eerste *interdisciplinaire* nascholingsproject in de eerste lijn. Op departementskosten is het Instituut voor toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding Itabo de cursussen geboortenregeling nu gaan evalueren.

Ook het boek '*Helpen bij seksuele moeilijkheden*', in mei 1977 uitgebracht, vulde kennelijk een gat in de markt. In de loop van het vorige jaar werden er 6.200 exemplaren van verkocht. Een extra editie staat op stapel.

Eendaagse symposia vonden plaats in Enschede, Eindhoven, Utrecht, Beverwijk, Groningen en Gent. Deze bijeenkomsten waren voorbereid door medewerkers van het NISSO, de Rutgersstichting, de Schorerstichting, het COC, de Nationale Kruisvereniging en de Werkgroep Man-Vrouw: Anticonceptie. Eén dag van een Warffumcursus voor huisartsen uit Drenthe kreeg als thema seksuele hulpverlening. M-V: A verzorgde inhoud en begeleiding.

In september 1977 werd een werkgroep 'Proefcursussen helpen bij seksuele moeilijkheden' opgericht, nadat tijdens eerdere symposia over seksuologische hulpverlening in de eerste lijn een groeiende behoefte aan *langerdurende*

cursussen was waargenomen. De werkgroep hoopt dit najaar proefcursussen bestemd voor groepen eerstelijns werkers uit verschillende vakgebieden te kunnen aanbieden in Assen, Apeldoorn, Utrecht, Rotterdam en Eindhoven.

Ook in 1977 kwamen de opleiders van medische studenten die in het bijzonder aandacht besteden aan de seksuologische hulpverlening enige malen bijeen. In een brief aan het Interfacultair overlegorgaan stelden zij voor te komen tot een interfacultaire werkgroep '*Seksuologie in het medisch curriculum*'.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

Personalia

Overleden

J. L. Bakker, Witte de Withstraat 11, Amsterdam.
 Dr. C. W. Beyerinck, Sophialaan 29, Hilversum.
 L. van Bommel, Schepenmakersdijk 10, Edam.
 E. C. van Essen, Lindeakkers 17 O. en W. Middelbeers.
 Dr. I. H. Go, Putstraat 27, Born.
 K. Koning, Gentiana 9, Dordrecht.
 A. H. J. v. Loenen Martinet C. N. A. Looslaan 56, Rotterdam.
 A. R. F. Somers, Joh. Verhulststraat 37^{II}, Amsterdam.
 I. Wessel, Hoge Naarderweg 9, Hilversum.
 C. Blanksma, L. de Colignyalaan 35, Rotterdam.
 J. G. H. Bokslag, 's-Gravendijkwal 152 A, Rotterdam.
 W. S. Cramer, Danckertsstraat 35 B, Den Haag.
 Mw. I. E. A. v. Dop, Oosterstraat 18 B, Vlaardingen.
 A. J. van Dijck, Wilhelminapark 3, Meppel.
 Dr. H. J. Eijkman, J. Banckertsplaats 117, Rotterdam.
 Dr. L. J. J. M. Fick, J. v. Stolberglaan 172, Den Haag.
 G. B. Grooters, Kroonprins 27, Haaksbergen.
 Dr. I. M. de Haas, Deventerweg 150, Zutphen.
 J. Hoek, Postbus 40126, Amsterdam.
 Dr. K. P. Kühler, Jac. Catssingel 54, Breda.
 G. D. A. Kuyken, Potgieterlaan 3, Hilversum.
 W. J. Talsma, W. Degenstraat 41, Nijmegen.
 Dr. H. J. van Wiechen, Burg. van Roijensingel 8, Zwolle.

Adspirant leden

Ph. A. P. Cossee, Nieuwe Rijn 40, Leiden.
 H. Doewes, Baken 37, Groningen.
 P. B. Dunki Jacobs, G. Metsstraat 12^{IV}, Amsterdam.
 R. Gerritse, St. Mariastraat 54A, Rotterdam.
 R. M. Gerritsen, Osdorperweg 801, Amsterdam.
 R. Gilhuis, C. Danckertsstraat 37, Rotterdam.
 J. J. v.d. Have, Koolstraat 36A, Groningen.
 I. Hoekstra, Kerkstraat 51, Utrecht.
 F. A. V. Jansen, Schuitendiep 37, Groningen.
 J. N. W. Koch, Passeerdersstraat 4, Amsterdam.
 J. J. M. Kums, Prof. Huybersstraat 239, Nijmegen.
 E. L. Monsma, Schildstraat 8A, Rotterdam.
 J. M. v. Ochten, Hert. Elisabethstraat 10, Oss.
 N. P. M. Reijnen, Vivaldistraat 11, Venray.
 A. N. J. Schouten, Javastraat 5, Nijmegen.
 M. Schrijver, Semmelweislaan 5, Eindhoven.
 Mw. K. Y. A. Seeder-Leegsma, Westerstraat 58, Enschede.
 P. I. van Spiegel, Heidebloemstraat 89, Nijmegen.
 G. Sutedja, Kerkweg 29, Malden.
 F. A. W. Unck, Zwanenveld 75-29, Nijmegen.
 A. M. J. Vliegen, P. Schunckstraat 746, Heerlen.
 G. K. van Voorst Vader, Lange Mare 44, Leiden.
 L. F. Westhoff, Lage Morsweg 16, Leiden.
 J. A. M. Widdershoven, Middachtenstraat 117, Nijmegen.
 R. P. Wielenga, Adriaan Pauwlaan 12, Heemstede.
 P. L. Wubs, Vogelplantsoen 192, Dieren.
 J. W. R. Meijer, Bredasebaan 23, Bladel.
 Mw. S. M. Muskens, van Lieflandlaan 40, Utrecht.
 Th. G. A. M. Nijman, Anatole Franceplaats 480, Rotterdam.
 V. A. de Ridder, W. Barentszstraat 46, Utrecht.

J. J. Rondhuis, Torenlaan 51, Baarn.
 J. L. Schoen, Hoogte Kadijk 44 hs, Amsterdam.
 B. R. Schudel, Singelweg 38, Groningen.
 P. A. C. Teunissen, Ackersdijkstraat 35 B, Rotterdam.
 J. P. M. Theunissen, van 't Santstraat 140, Nijmegen.
 D. Troost, Vletweide 100, Bunnik.
 Mw. E. M. J. de Vries-van Dijk, Adelaarstraat 2 bis, Utrecht.
 Mw. J. H. de Waal, 2e Jan Steenstraat 113, Amsterdam.
 Mw. T. M. van Wijgerden, Merelstraat 25 bis, Utrecht.
 Mw. J. B. G. Wijnands, Jan Luykenstraat 1, Utrecht.

Opleidingsbevoegdheden

In de plenovergadering van de Specialisten Registratie Commissie d.d. 23 juni 1978 zijn de volgende opleidingsbevoegdheden verleend c.q. verlengd:

Inwendige geneeskunde

Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam: A-opleiding;
 De Wever Ziekenhuis te Heerlen: A-opleiding;
 Ziekenhuis Sint Annadal te Maastricht: A-opleiding;
 Bleuland Ziekenhuis te Gouda: B-opleiding;
 Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle: B-opleiding.

Longziekten en tuberculose

Medisch Centrum Dekkerswald te Groesbeek in combinatie met Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen;
 Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht.

Neurologie

De Wever Ziekenhuis te Heerlen: A-opleiding;
 Sophia Ziekenhuis te Zwolle: B-opleiding.

Aantekening klinische neurofysiologie

Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht: A-opleiding.

Orthopedie

Academisch Ziekenhuis te Utrecht: A-opleiding.

Plastische chirurgie

Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

Psychiatrie

Ziekenhuis De Goddelijke Voorzienigheid te Sittard: B-opleiding.

Radiotherapie

Oncologisch Centrum IJsselstreek te Deventer: B-opleiding.

Reumatologie

Slotervaartziekenhuis/Amsterdams Centrum voor Reumatiekbestrijding te Amsterdam.

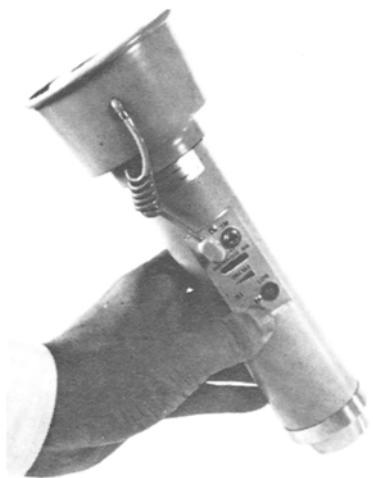
Revalidatie

Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht.

MINI ECHO SOUNDER ES101A

met luidspreker en Stethoscoop

foetale harttonen te beluisteren vanaf 10e week
tevens te gebruiken bij hart en vaat souffles.



ALLEENVERTEGENWOORDIGING

PROMELUX B.V.

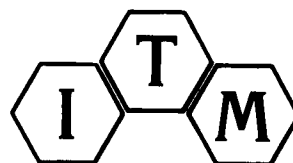
Bergschenhoek. Postbus 33, tel. 01892-3654
Ermelo. Tel. 03417-4190

**ONDERSTAANDE FOTO GEEFT U
EEN INDRUK, WAT ER IN DE
NIEUWE SHOWROOM VAN I.T.M.,
ZOAL TE ZIEN IS:**

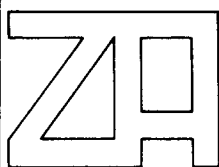


**DENKT U AAN VERHUIZEN,
HERINRICHTING OF
PRAKTIJKVERNIEUWING, LAAT
ONS GEHEEL VRIJBLIJVEND EEN
OFFERTE UITBRENGEN. HET
TELEFOONNUMMER VOOR HET
MAKEN VAN EEN AFSpraak IS**

040-447726



**Inrichtingen-Techniek Medica
Mobiele scheidingswanden,
kastenwanden, praktijkinterieurs,
systeemplafonds, Hoogstraat 86^c,
Eindhoven.**



**ZIEKENHUIS
ST. ANNADAL
MAASTRICHT**

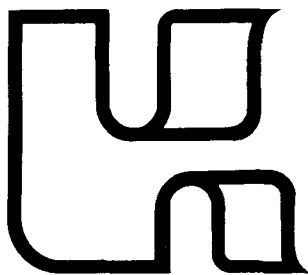
In het ziekenhuis met een capaciteit
van 768 bedden ontstaat bij de
afdeling UROLOGIE per 1 oktober
a.s. een plaatsingsmogelijkheid
voor een

chef de clinique

Aan de afdeling is een opleiding tot
uroloog verbonden.

Nadere inlichtingen over de functie
kunt U verkrijgen bij Dr. M.M.
Ausems, tel. 043-862133 of privé
043-621376. Salariëring vindt
plaats volgens L.A.D.-normen.

Sollicitaties met curriculum vitae te
richten aan de directie van het
ziekenhuis, postbus 1918,
6201 BX Maastricht.



De Ursula Kliniek heeft neurologische, neurochirurgische en psychiatrische afdelingen. Voorjaar 1979 worden de neurologische en neurochirurgische afdelingen overgeplaatst naar het dan voltooide nieuwe Westeinde Ziekenhuis in Den Haag.

In verband met de veranderende structuur van onze kliniek wordt contact gezocht met een

internist met geriatrische belangstelling

die zal functioneren als medisch leider van de afdeling psycho-geriatrische observatie en als consulent-internist voor de andere afdelingen.

Naast het dienstverband (part-time) bestaat bovendien de mogelijkheid de poliklinische internistische praktijk van de huidige functionaris voort te zetten.

Inlichtingen te verkrijgen bij C. W. Neuberg, internist. Telefoon (huis) (01751) 7 98 65.

Sollicitaties te richten aan J. A. M. Ceha, geneesheer-directeur.

Ursula Kliniek Wassenaar

Eikenlaan 3-5, Wassenaar. Telefoon (01751) 7 94 41.

Gevestigd:

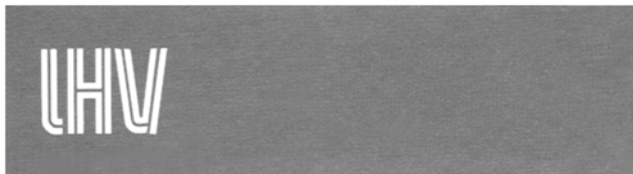
H. G. Jonker

chirurg, in associatie met: **J. T. F. van de Laar**,
chirurg,

Ziekenhuis Rijnoord, Alphen aan den Rijn.

GEVESTIGD TE DRACHTEN
Th. B. Paping

Specialist voor Radiodiagnostiek in associatie met J. Udding
en H. G. Zijlstra, Radiologen
Ziekenhuis 'Nij Smellinghe', Compagnonsplein 1.



van de Stichting CLaNAG

Jaarverslag 1977

Het is mij een genoegen U hierbij namens het bestuur van de Stichting CLaNAG het jaarverslag over 1977 aan te bieden.

Op 1 maart 1977 bestond onze Stichting tien jaar. Dit jubileum hebben bestuur en medewerkers op bescheiden wijze gevierd. Tevens mag niet onvermeld blijven dat per 1 maart 1977 drie medewerkers, met name Mw. B. S. M. Bakker en de heren C. van den Broek en W. Hofman, tien jaar hun beste krachten aan de stichting CLaNAG hebben gegeven. Ons bestuurslid, de heer R. P. E. E. M. Beljaars, apotheker, heeft voor zijn functie bedankt. De Stichting is hem veel dank verschuldigd voor zijn farmaceutische adviezen. De heer J. P. de Man, apotheker, hebben wij in het bestuur van CLaNAG als zijn opvolger mogen begroeten.

Op 28 oktober bereikte ons het bericht dat Dr. G. J. Buth was overleden. Van de oprichting af t/m 1975 was hij penningmeester van het bestuur.

U treft hierbij aan de balans per 31 december 1977 en de staat van baten en lasten over de periode 1 januari 1977 t/m 31 december 1977. Het verheugt ons dat de exploitatiekosten binnen de geraamde begroting zijn gebleven.

Wij verlenen gaarne décharge aan de directeur van het laboratorium voor het door hem gevoerde farmaceutisch en financieel beleid.

Namens het bestuur

N. T. W. Karsemeijer, arts, voorzitter.

Indeling jaarverslag 1977

1. Farmaceutisch verslag
 - 1.1. Algemene opmerkingen
 - 1.2. Overzicht van de werkzaamheden
 - 1.3. Beschrijving van de geconstateerde ontoelaatbare afwijkingen
 - 1.4. Onderzoek van antacida
 - 1.5. Microbiologie
 - 1.6. Instrumenten, inrichting, meubilair
 - 1.7. Personeel
 - 1.8. Samenvatting
2. Financieel verslag

1. Farmaceutisch verslag

1.1. Algemene opmerkingen

Voor de gehaltebepalingen is spectrofotometrie nog steeds de meest gebruikte techniek, maar het aandeel van chromatografische methoden neemt nog steeds toe. Daarmee groeit ook de behoefte aan standaardsubstanties. Om onnauwkeurigheid ten gevolge van herhaalde verdunningen te vermijden en bovendien het verbruik van deze kostbare stoffen te beperken, moeten wij in staat zijn kleine hoeveelheden met grote nauwkeurigheid af te wegen. Voor dit doel hebben wij een Mettler ME 30 elektronische microbalans aangeschaft.

Naast gaschromatografie en hogedruk vloeistofchromatografie is nu de zogenaamde high-performance thin-layer chromatogra-

phy (HPTLC) een vaak toegepaste techniek voor kwantitatieve bepaling geworden, vooral voor mengsels. Door toepassing van interne standaards kan volgens onze ervaring een reproduceerbaarheid beter dan $\pm 1\%$ worden bereikt. Speciaal ten behoeve van de densitometrie en de fluorimetrie van deze chromatogrammen is de Zeiss PMQ II-spectrofotometer nog iets uitgebreid.

De publikaties in het Pharmaceutisch Weekblad over de kwaliteitscontrole van antacida in vitro waren voor ons aanleiding een aantal antacida volgens de daar aangegeven methode te gaan onderzoeken. Een overzicht van onze bevindingen vindt u onder 1.4.

Wanneer de vervaldatum op een verpakking van een specialité is gewijzigd veroorzaakt dit argwaan. Toch kan blijken dat de wijziging op goede grond berust en wel op de uitkomst van een heranalyse van de voorraad bij de leverancier. Dit was bijvoorbeeld het geval bij Bendralan[®], Diclocil[®] en Pentrexyl[®] van Bristol-Myers. De analyses die wij in deze gevallen hebben verricht bevestigen dat de verlenging verantwoord was. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat wij menen dat deze verlenging niet kan worden overgenomen op verpakkingen met eenzelfde chargenummer die elders zijn bewaard omdat door afwijkende bewaaromstandigheden het gehalte sneller kan zijn teruggelopen. De oorspronkelijke – en ook de nieuwe – houdbaarheidsstermijn heeft daarvoor een veiligheidsmarge.

De uitgebreide tabel die tot dusver in het overzicht van de werkzaamheden werd opgenomen gaf vaak aanleiding tot misverstanden en is daarom door een eenvoudiger overzicht vervangen.

In tegenstelling tot de thans algemeen aanvaarde opvatting dat voor aflevering aan de patiënt gereede bereidingsvormen niet langer dan vijf jaar na fabricage voor gebruik geschikt worden geacht stond de aflevering op 15 maart 1977 door een groothandel van een specialité met chargenummer 72B01, dat betekent ruim vijf jaar na bereiding.

Een arts stuurde ons een monster 'dieetzout' waarvan de smaak bij hem achterdocht wekte. Bij een vlamreactie zag hij een duidelijke geelkleuring. Wij stelden vast dat het een onzuiver natriumchloride (zeezout?) was!

Twee van de afkeuringen – zie onder 1.3 – gebeurden naar aanleiding van ons door apotheekhoudende artsen toegezonden monsters. Wij willen hierbij allen die menen redenen te hebben tot twijfel aan de goede kwaliteit van een geneesmiddel aanspooren ons daarvan aangetekend een monster (niet te klein!) toe te zenden. Hoewel in veel gevallen de bezorgdheid ongegrond zal blijken – wat een geruststelling betekent voor de betrokkenen – zullen er ook fouten aan het licht komen en kan wellicht onheil worden voorkomen.

1.2. Overzicht van de werkzaamheden

In dit verslagjaar onderzochten wij 8301 monsters verdeeld over de volgende rubrieken (van deze monsters werden er ons 32 toegezonden door 22 artsen):

bereidingsvorm	specialité's	farmaceutische preparaten en eigen bereidingen
tabletten	2161	2704
dragees	687	961
capsules	575	290
injecties	167	20
stropen en suspensies	89	53
suppositoria	108	85
zalven en crèmes	36	53
poeders, druppels, e.a.	70	65
grondstoffen	2	145
	3895	4406

1.3. Beschrijving van de ontoelaatbare afwijkingen

Te laag gehalte aan werkzame stof

Bromisoval tabletten 300 mg: ca 2½ jaar na bereiding 90% (waarschijnlijk ontleding).

Trimethadion tabl. 300 mg: ruim 1 jaar na bereiding 75%. Sublimatie werkzame stof.

Loco Cafergot PB supp.: 1¼ jaar na bereiding ergotaminetaraat gehalte 75%. Paarsachtig gekleurd (ontleding).

Carbimazol tabl. 5 mg (spec.): 1¼ jaar na bereiding 82% (ontleding).

Verkeerde samenstelling van de werkzame stof

Clioquinol grondstof: 47,6% 5-chloor-7-jood-8-chinolinol naast verwante verbindingen.

Ontleding van de werkzame stof

Ferrofumaraat tabl. 200 mg: na 1¼ jaar 3,7% ferri-ijzer (eis fabrikant: max. 3%, BP '73 max. 2,5%).

Slechte desintegratie

Cyclandelaat caps. 400 mg: van alle 12 onderzochte capsules was de desintegratietijd langer dan 15 minuten, van 7 zelfs langer dan 1 uur; de inhoud bleef een intact pipje.

Acetylsalicylzuur e.c. dragees 500 mg: de kern bleef in kunstmatig darmsap USP XIX minstens 3 uur intact, waarna de bepaling niet is voortgezet.

Verkeerde etikettering

Mirvan tabl.: op buitenverpakking geen chargennummer, geen vervaldatum (artsenmonsters).

Penicilline V kalium tabl. 266 mg in verpakking met etiket Paracetamol tabl. 500 mg.

Euphyllin tabl. 100 mg: etiket '19,5 mg ethyleendiamine' moet zijn 19,5 mg ethyleendiamine monohydraat (is 15 mg ethyleendiamine).

Te grote gewichtsspreiding

Aminofylline 100 mg tabl.: eerste monster van 20 tabl., twee tabl. groter afwijking meer dan -15%; twee meer dan -7,5%.

Tweede monster van 20 tabl., een tabl. afwijking meer dan -15%.

Derde monster van 23 tabl., twee meer dan -7,5%; twee meer dan +7,5%.

Andere charge, monster van 32 tabl., een meer dan -15%; twee meer dan -7,5%; twee meer dan +7,5%.

Te hoog vochtgehalte

Bij anhydrische aminofylline werden te lage gehalten aan theofylline en ethyleendiamine gevonden (twee charges).

Te laag vochtgehalte

Theofylline grondstof bevatte 6,2% vocht in plaats van 8,0 tot 9,5%. Mogelijk verdwenen via de wand van de plastic fles.

Vocht in verpakking

Chloordiazepoxide 10 mg dragees: klont op bodem van flacon à 1000 st.

Kaliumchloride sustained release 600 mg tab.: idem.

Zalven en crèmes

Triamcinolon acetonide crème 0,1%: onder de microscoop vertoonde de crème verspreid voorkomende kristallen, staafvormig, met een lengte van 0,025 tot 0,050 mm.

Unguentum cetylicum hydrosom bevatte vaste deeltjes die moeilijk konden worden fijngewreven.

Bij tubes die gelei met een antibioticum bevatten was door inwerking van de inhoud op de tubewand wegens gebreken aan de coating gasvorming ontstaan.

Een monostearaat-crème met een te vaste consistentie bleek een te laag watergehalte te hebben.

Diversen

Magnesiumperoxyde 500 mg tabl. vertoonden gele vlekken door aanraking met plastic vulmateriaal.

Suppositoria met coffeine, ergotamine, fenobarbital en cyclizine hydrochloride hadden een te hoog smeltpunt. Een patiënte raakte deze 18 uur na het inbrengen onveranderd weer kwijt.

Chlooramfenicolpalmitaatsuspensie met een onregelmatig klonterig uiterlijk bleek een hoge concentratie aan schimmels en sporevormende bacteriën te bevatten.

Diprofylline – fenobarbital – efedrine hydrochloride tabl. brokelden en kapten zo sterk dat ze onhandelbaar waren.

Neomycinesulfaat-substantie werd afgeleverd in een onvolledig gesloten flesje waardoor vocht kon worden aangetrokken en het neomycinesulfaat in een deegachtige massa was veranderd.

Piperazineadipaat 300 mg tabl.: bij openen van de verpakking van vier jaar geleden door de fabrikant verpakte en recent afgeleverde tabl. viel een onaangename geur op terwijl de tabl. waren verkleurd. Wij vonden een zeer hoog kiemgetal (kleine bacil, 1,8·10⁶ kiemen per gram).

In het algemeen kan worden gesteld dat overleg met de fabrikanten c.q. importeurs over de gevonden afwijkingen heeft geleid tot bevredigende oplossingen.

1.4. Onderzoek van antacida

Van de hand van Ir. C. van Dop, G. M. Overvliet en Drs. H. M. Smits (RIGO), verschenen in het Pharmaceutisch Weekblad artikelen over hun vergelijkend onderzoek naar het neutraliserende vermogen van in Nederland verkrijgbare antacida (Ph. Weekbl. (1976) 111, 748, 1093 en 1354). Hun methode beoogt een indruk te krijgen van de neutralisatiesnelheid, de maximaal bereikte pH, de bufferende werking en het zuurbindend vermogen. Aangezien bij genoemd onderzoek alleen specialité's waren betrokken wilden wij daarnaast gegevens verzamelen over farmaceutische producten en eigen bereidingen, omdat deze naar onze bevindingen in de receptuur een voorname plaats innemen. Kort samengevat kregen wij de volgende resultaten:

Vloei-bare preparaten

Suspensio Antacida FNA. Op verzoek van enige apothekers onderzochten wij een aantal monsters van in hun apotheken bereide partijen en daarnaast preparaten van twee farmaceutische fabrieken. De eigenschappen van de suspensie blijken in het algemeen te voldoen aan de in genoemde publikaties gehanteerde normen, met dien verstande dat bij de eigen bereidingen de neutralisatiesnelheid soms tekort schiet. De kwaliteit is wat wisselend, in het bijzonder wat de bufferende werking betreft: deze is bij de fabriekspreparaten sterk tot zeer sterk, bij de eigen bereidingen matig tot sterk. De bereiding dient nauwkeurig volgens voorschrift te worden uitgevoerd. Het FNA beveelt aan het preparaat koel te bewaren gedurende ten hoogste zes maanden.

Muthesa®: resultaten conform die van het RIGO. Regla-pH®: resultaten conform die van het RIGO. Hierbij moet worden aangetekend dat inmiddels de dosering volgens de bijsluiter aanzienlijk blijkt te zijn verlaagd, hetgeen tijdens het onderzoek nog niet het geval was.

Aluminox®: resultaten conform die van het RIGO.

Vaste preparaten

Hiervan hebben wij alleen industrieel vervaardigde preparaten onderzocht.

Aluminiumhydroxide (Algeldraat) 500 mg tabl.: zonder cacao-smaak: de neutralisatiesnelheid is veel lager dan bij de meeste door ons onderzochte suspensies. Bij goede suspensies wordt binnen vier minuten een pH van tenminste 2,5 bereikt (norm Van Dop c.s.), maar bij de onderzochte tabl. was dit op één uitzondering na niet het geval en lag deze tijd tussen zeven en twaalf minuten. Voor zover het de overige criteria betreft deden de tabl. op de hierna besproken uitzondering na weinig of niet onder voor de suspensies. Een fabrikaat dat werd bereid met Aluminium

Hydroxydum colloïdale Ph.Ned. VI bleef bij de andere ten achter op de punten neutralisatiesnelheid en bufferende werking. De fabrikant is overgegaan op een ander type aluminiumhydroxide en de werking is nu in alle door ons beoordeelde opzichten uitstekend.

Met cacaopoeder: deze tabl. bleven meestal aanzienlijk onder de normen. Helaas hebben wij tot dusver hiervan nog te weinig onderzocht om te kunnen beoordelen of recente charges van sommige fabrieken wellicht beter zijn. Wel zijn er aanwijzingen dat de eigenschappen bij bewaring slechter worden.

Ongekleurde tabl. met cacao-aroma of andere reuk- of smaakstoffen: deze gedragen zich als tabl. zonder cacaosmaak.

Trisibam® poeders en korrels (niet door Van Dop c.s. vermeld): bij onderzoek van de minimaal voorgeschreven dosis, één poeder respectievelijk 8 ml korrels, waren de uitkomsten:

	poeders	korrels	kwalificatie bij beide
pH na 4 min.	boven 2,5	boven 2,5	goed
pH na 20 min.	4,3	3,6	goed
bufferende werking	9,0 meq/dosis bij pH 3,0-2,5	4,7 meq/dosis bij pH 3,0-2,5	zeer sterk
zuurbindend vermogen	19,7 meq/dosis	12,5 meq/dosis	goed (minstens 10 meq/dosis)

Van Dop c.s. beschouwen een maximum pH-waarde van 6,0 bij de neutralisatie als een redelijke eis. Een hoge pH-waarde immers versterkt de maagzuursecretie. Alle hierboven vermelde door ons onderzochte preparaten voldeden aan dit criterium, in tegenstelling tot tabletten die natriumwaterstofcarbonaat en/of calciumcarbonaat bevatten, eventueel naast andere werkzame bestanddelen. Een voorbeeld hiervan zijn Rabro® tabletten in de samenstelling zoals deze in Nederland in de handel zijn. Van Dop c.s. onderzochten Rabro® tabletten van andere samenstelling die voor export waren bestemd en vonden een maximum van 8,0; wij vonden bij de op de Nederlandse markt verkrijgbare tabletten een maximum van 9,5. Het onderzoek wordt voortgezet.

1.5 Microbiologie

In 1977 werden verricht 147 ijkingen en gehaltebepalingen van antibiotica en bereidingen daarvan; 19 sterilisatiebepalingen; 1 bepaling van het kiemgetal.

Met uitzondering van het onder 1.3 vermelde onder Diversen (chlooramfenicolpalmitaatsuspensie en piperazineadipaattabletten) gaven de resultaten geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

1.6 Instrumentarium, inrichting, meubilair

Aanschaf apparatuur

Voor het afwegen van standaardsubstanties: Mettler elektronische microbalans ME 30.

Ter vervanging van een van onze analytische balansen: Mettler H 80 elektronische balansen.

Ter vervanging van de Beckman pH-meter: Beckman digitale pH-meter 3500 met daarnaast een eenvoudige pH-meter in 1/20 pH-eenheid Consort D 414.

Een tweede Valco injectiekraan voor de hogedruk-vloeistofchromatograaf.

HAMO LABOR LS 73 spoelautomaat ter vervanging van het Miele-apparaat, met daarbij een Grohe mengthermostaat voor voeding met boilerwater.

Waterbad voor de Rotavapor (vervanging).

Ismatec slangenpompje voor proeven met antacida.

Een Dosimat E 535 doseereenheid met 5 wisseleenheden bij de Metrohm potentiograaf.

Ruiter + houder voor lamphuizen voor gebruik bij de PMQ II fluorimeter-opstelling zodat in plaats van een filter, voor het exciterende licht de monochromator kan worden gebruikt.

Peri slangenpompje.

Hanhart elektronische stopwatch (vervanging).

Inrichting

Stempelklok (vervanging), 8 kaartenbakken en een Sharp rekenmachine (vervanging).

Meubilair

Brandveilige ladenkast voor het archief van het laboratorium en 3 brandveilige kasten voor o.a. het artsarchief en de correspondentie met fabrikanten en importeurs.

1.7 Personeel

In de door het vertrek van twee laboranten ontstane vacatures kon worden voorzien. Onze hulpkracht voor licht administratief en laboratoriumwerk is na vertrek vervangen door twee part-time krachten.

1.8 Samenvatting

Voor de gehaltebepalingen, vooral van mengsels, wordt in toemende mate gebruik gemaakt van chromatografische methoden met als laatste uitbreiding de high-performance thin-layer chromatography.

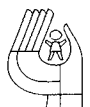
Het aantal afkeuringen bedroeg 28. Typische recidieven zijn carbimazoltabl., acetylsalicylzuurdragees en clioquinol.

Een onderzoek van antacida op zuurbindende eigenschappen gaf inzicht in de kwaliteit van een aantal farmaceutische preparaten en eigen bereidingen. Deze bleek over het algemeen redelijk tot zeer goed te zijn, maar ten aanzien van aluminiumhydroxidetabletten waarin cacaopoeder is verwerkt staan wij voorsnogsceptisch.

Zoals al uit een onderzoek van Van Dop c.s. (Pharm. Weekblad (1976) III, 748, 1093) bekend was geven preparaten die natriumwaterstofcarbonaat of calciumcarbonaat bevatten aanleiding tot te hoge pH-waarden waarbij men bevreesd is voor een rebound-effect. Het onderzoek van antacida wordt voortgezet.

Financieel verslag op volgende blz.

Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.



SIRE

Publicatie aangeboden door dit blad in samenwerking met de Stichting Kinder Rechter

Kindermishandeling, dat is pijn en leed, ontstaat vaak in het heimelijk. Het is een probleem dat niet alleen de ouders, maar ook de samenleving aangaat.

Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder.

Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningensplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-631923.

2. Financieel verslag

BALANS PER 31 DECEMBER 1977

Activa	31-12'77 f	31-12'76 f	Passiva	31-12'77 f	31-12'76 f
Vastgelegde middelen:			Eigen vermogen:		
instrumentarium	135.591	143.613	kapitaal	6.885	6.885
meubilair	14.610	10.674	Schulden op lange termijn:		
inrichting	43.703	52.026	8½% lening o/g LHV	155.000	155.000
	193.904	206.313	7% obligatielening	150.000	305.000
Vlottende middelen:			Schulden op korte termijn:		
voorraden	51.232	50.825	ontvangen voor-		
nog te ontvangen			schotten LHV	5.546	21.433
bijdragen zieken-			met de ziekenfonds-		
fondsen 1977	15.454	34.532	en in komende jaren		
transitorische activa ...	33.658		te verrekenen	2.397	30.382
geldmiddelen	66.468	218.818	transitorische passiva	40.888	113.246
	<u>166.812</u>	<u>133.461</u>		<u>48.831</u>	<u>61.431</u>
	<u>360.716</u>	<u>425.131</u>		<u>360.716</u>	<u>425.131</u>

STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1977

	begroot 1977 f	werkelijkheid 1977 f	1976 f
Kosten:			
kosten bestuur	9.000	6.892	7.895
personeelskosten	756.000	731.170	679.880
kosten monster-			
verwerving	38.000	34.336	31.274
kosten laboratorium....	185.000	182.741	165.220
algemene kosten	37.500	40.725	33.388
financierings-			
kosten	21.700	20.550	9.405
onvoorzien	10.000	17.146	9.055
	<u>1.057.200</u>	<u>1.033.560</u>	<u>936.117</u>
Kostendeckking:			
ziekenfondsen 73%	754.499	683.365	
Apotheekcie. der LHV 27%	279.061	252.752	
	<u>1.033.560</u>	<u>936.117</u>	

Accountantsverklaring

Wij hebben de jaarrekening 1977 van de Stichting CLaNAG gecontroleerd. Op grond van ons onderzoek zijn wij van oordeel, dat de jaarrekening 1977 een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de Stichting op 31 december 1977 en van het resultaat over 1977.

Amsterdam, 11 mei 1978

Nederlandse Accountants Maatschap

J. Reefman

G. Eijkel, apotheker, directeur

H. J. C. Leusink, arts, penningmeester

J. F. van der Aa, financieel adviseur

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 31 – 4 augustus 1978

KNMG:

Personalia 976

SRC:

Opleidingsbevoegdheden 976

LHV:

Jaarverslag 1977 van de Stichting CLaNAG 977