



redactioneel

- De discussie over de mogelijke taken van het ziekenhuis met betrekking tot de psychosociale hulpverlening wordt voortgezet. Geïntroduceerd door de hoofdredacteur tekent de psycholoog Dr. W. H. G. Wolters, hoofd van de psychosociale afdeling van de Universiteitskliniek-Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht, verzet aan tegen de gescheiden circuit-benadering.
- De directeur van het LAD-bureau, Mr. W. G. van der Putten, zet alle relevante feitelijkheden rondom de totstandkoming van de CAO-ziekenhuiswezen nog eens op een rijtje.
- Dr. H. Lamberts, als huisarts werkzaam op de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD, greep de pen naar aanleiding van een voorlopig advies van de sub-commissie financiële aspecten ter begeleiding van de Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra.
- De totale last van lichamelijke en psychosociale problemen wordt kennelijk voor vele vrouwen rond de menopauze moeilijk te dragen. Wellicht zouden de lichamelijke problemen van de overgang een gereede aanleiding kunnen zijn om hulp te zoeken voor de ouder wordende vrouw die voor haar psychosociale problemen op zich minder gemakkelijk hulp inroept. Aldus een van de conclusies van een oriënterend onderzoek bij patiënten van de polikliniek 'Klimakterium' van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, verricht door de maatschappelijk werkster Paulien Becking en de sociologe Marijke de Vries-Regt.
- Met name op het terrein van de historische groei van de gezondheidszorg en het perspectief voor de toekomst loopt de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid praktisch om de maatschappelijke ontwikkelingen heen, aldus een kritische beschouwing van de econoom Dr. P. C. J. van Loon.



In het Utrechtse Centrum voor Reactivering en Verpleging, het 'Albert van Koningsbruggenhuis', treft men dit vrolijke kunstwerk aan op een kruispunt van patiënten- en personeelsverkeer. Het beeldengroepje heet 'Feestgangers' en is gemaakt door de Amsterdamse beeldhouwster Ruth Brouwer.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	270
<i>Inzenders: H. v. Beek, H. E. Bouwhuis, Dr. J. Ph. H. B. Sybesma + naschrift Mr. J. H. Peters</i>	
De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg, door Dr. W. H. G. Wolters	273
De CAO-Ziekenhuiswezen voor 1978 en 1979, door Mr. W. G. van der Putten	275
Voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra. Gezondheidscentra te sterk om te verdwijnen, te zwak om te blijven bestaan. Begeleidingscommissie rapporteert over financiële aspecten, door Dr. H. Lamberts	278
Beleidsnota Kindergeneeskunde	280
Psychosociale problemen en de overgang. Een oriënterend onderzoek bij 59 patiënten van de polikliniek 'Klimakterium' van het AZU, door Paulien Becking en Marijke de Vries-Regt	281
Toekomstverkenning Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Toekomstverkenning met twee maten, door Dr. P. C. J. van Loon	284
Sportmedische praktijk III – Samenwerking sportarts-huisarts-specialist, door C. J. Weidema en mw. C. M. Kutsch Lolenga-Van Riessen	290
OFFICIEEL	293
Inhoudsopgave officieel	296



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

GRIEP: GEEN PANIEK!

Sinds enige weken circuleren in de dagbladders en – zoals steeds verlaat – in de Hollandse medische pers, verhalen over de 'Russische griep'. Daar worden dan ietwat hysterische toestanden omheen gebouwd alsof ons land zou worden bedreigd door pest of pokken. Razendsnel moeten vaccins worden gebrouwen, die mogelijk eind februari ter beschikking zouden komen. Uiteraard wordt daarbij voorbijgegaan aan het feit, dat 1. influenza een betrekkelijk onschuldige ziekte is bij gezonde mensen, en 2. vaccinatie ertegen allerminst zeer effectief is.

Waarom wordt er nu eens niet gekeken naar de *feiten*? Ik citeer de Lancet van 11 februari jl.: 1. (p. 294) Een rapport uit Rusland over deze H1N1 influenza (subtype H1N1 influenza-A virus, *Red.*), citaat: 'Mainly children over 5 years and young adults were infected'; '... outbreaks of moderate severe illness'; 2. (p. 322) Een rapport van een groep in Hongkong die zich ook met deze virusvariant bezighield, citaat: 'Mainly younger people': '... mild with low-grade fever between 37.1 and 38.0 C.'

Moet je daar nu zo'n toestand omheen bouwen, blijkbaar zonder kennis te nemen van de feiten? En als huisarts moet je je dan maar wild rennen. Een kind met een coryza: 'Dokter, is dat de gevreesde Russische griep?' Ter adstructie: hier wordt de term 'de gevreesde ziekte' gebruikt voor maligniteit. Dat de kranten dit soort paniekberichten plaatsen is begrijpelijk. Zij leven van de koppen; hoe meer hoe liever, dat komt de verkoopcijfers ten goede. De consequenties interesseren hen nauwelijks. Maar de medische pers en instanties zou men toch wel iets minder paniekerigheid en iets meer verantwoordelijkheidsgevoel toewensen.

Zaandam, 20 februari 1978

H. van Beek

GEEN BLOEDTRANSFUSIE? (I)

Gaarne wil ik, jeugdarts, sinds kort gedoopt tot een van Jehovah's Getuigen,

reageren op het artikel van Mr. J. H. Peters 'Geen bloedtransfusie?' in MC nr. 51/1977, blz. 1595.

Allereerst wil ik mijn waardering uitspreken voor de wijze waarop Mr. Peters deze moeilijke te benaderen kwestie heeft behandeld. Zijn aanbeveling, een gedachtenwisseling in gang te zetten vooral tussen die gezondheidswerkers die rechtstreeks met het weigeren van bloed door Jehovah's Getuigen geconfronteerd worden, lijkt me essentieel. Vooral om de emotionele aspecten onder controle te krijgen.

Vervolgens een poging wat licht te doen schijnen op de geloofsbeleving van een getuige van Jehovah. Om te beginnen: Getuigen van Jehovah, onze Schepper, is een levenswijze. Jezus is ons, als grootste Getrouwe Getuige (Op. 1:5), hierin voorgegaan. Wij zullen, als onvolmaakte mensen, hierin maar ten dele slagen, maar we koesteren inderdaad de hoop, dat wij na 'Armageddon', of Harmagedon (Op. 16:16), de slag waarin Jehovah de goddeloosheid van de aarde verwijdt, mogen doorgaan in groei tot aan de volmaaktheid toe, onder leiding van Gods koninkrijk. (Op. 7:4-11, 20:4-7). Jehovah's Getuigen dragen deze naam pas sinds 1931, hoewel de organisatie al in 1870 gestart is. Zij noemden zich oorspronkelijk bijbelonderzoekers. Na jarenlange zorgvuldige bestudering van de bijbel werd het hen duidelijk dat ze hun kennis moesten gaan uitdragen, moesten gaan getuigen (Jes 43:10). Zij herstelden toen ook het gebruik van de naam van de Schepper, Jehovah. Jehovah's Getuigen besteden nog steeds veel tijd aan het bestuderen van de bijbel. Deze activiteit wordt niet gedekt door de uitdrukking: 'de bijbel letterlijk nemen'. Het streven is juist uit de aan cultuur en tijd gebonden formuleringen, de grondbeginselen naar voren te halen die van alle tijden zijn. De mens van nu verschilt niet wezenlijk van de mens uit Abrahams tijd. Ook Jehovah God is altijd dezelfde.

Het verbod om bloed tot zich te nemen nu wordt, als een van de resultaten van de jarenlange bestudering, als niet mis te verstaan ervaren.

De medische argumentatie zoals opgevoerd in de brochure 'Jehovah's

Doorlezen naar blz. 272.

DE RELATIE ZIEKENHUIS-THUISZORG

‘Voor de ziekenhuisgeneeskunde is de thuisgezondheidszorg een oneigenlijk werkterrein’, schreven wij in het nummer van 13 januari jl. (MC nr. 2/1978, blz. 35) in deze kolommen. Dat was (mede) aanleiding voor Dr. W. H. G. Wolters om in een artikel: ‘De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg’ (blz. 281 van dit nummer) te wijzen op het gevaar dat in deze uitspraak ligt: de gescheiden circuit-benadering zou erdoor kunnen worden bevorderd. Een dergelijke ontwikkeling wordt – terecht, menen wij – door de auteur afgewezen.

Waar het om gaat is, dat het ziekenhuis en het ‘thuisfront’ ieder een eigen functie hebben. Dat schreven wij vorige week (MC nr. 8/1978, blz. 239). Thans willen wij de relatie ziekenhuis-thuiszorg nader uitdiepen.

Het ziekenhuis heeft als functie, gedurende een episode de verantwoordelijkheid voor de zorg van de extramurale gezondheidszorg over te nemen. De zorg in het ziekenhuis richt zich met name op de medisch-technische aspecten van het ziek zijn, voor zover deze aspecten niet in de extramuraal gegeven zorg kunnen worden betrokken. Omdat een ziekenhuisopname diep kan ingrijpen in iemands leven en er vaak een (tijdelijke) reductie optreedt van zijn normale levenspatroon, is er grote aandacht nodig voor de psychosociale aspecten van het opgenomen zijn in een ziekenhuis.

De thuisgezondheidszorg heeft als functie, patiënten continu en integraal te begeleiden. De patiënt dient zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving te worden behandeld. Centraal in deze visie staat dan ook het ‘home-team’, niet het ziekenhuis. De specialist fungeert in deze visie als medewerker/consulent van het ‘home-team’, dat ook tijdens de ziekenhuisopname

medeverantwoordelijk blijft voor de patiënt.

Dit mag theoretisch waar zijn, zegt Wolters, de werkelijkheid is anders. Het zijn de huisartsen zelf die het ziekenhuis betrekken bij medisch-psychosociale problemen. Dat is juist. Momenteel staat het ziekenhuis nog centraal in de gezondheidszorg. De vraag is of dit zo moet blijven.

De overheid heeft zich op dit punt duidelijk uitgesproken. In de structuurnota staat de thuisgezondheidszorg centraal. Het ontbreekt echter nog aan mechanismen om de gelden meer naar de extramurale zorg te doen stromen. Ons grote bezwaar is, dat men de terecht geconstateerde leemten in de thuisgezondheidszorg wil laten opvullen door het



Ons grote bezwaar is dat men de leemten in de thuisgezondheidszorg wil laten opvullen door het ziekenhuis

ziekenhuis, een in verhouding tot de extramurale zorg goed bedeed en goed georganiseerd bolwerk. Het uitgangspunt van de centrale rol van de eerstelijns gezondheidszorg wordt daarmee volledig ondergraven. Er kunnen uiteraard redenen zijn om die gedragslijn tijdelijk aan te houden, maar ze mag niet worden geïnstitutionaliseerd. De categorale zorg vertoont zeer sterk de neiging wel in die richting te denken, vooral ten aanzien van de chronische ziekten. Enkele voorbeelden: In Groningen houdt men als proef een poliklinisch spreekuur voor door de specialist geselecteerde hypertensiepatiënten die medicamenteus worden behandeld.

Deze polikliniek wordt bemand door één of meer doktersassistenten, die goed geïnstrueerd en aan de hand van een protocol de tensie en de medicatie controleren en zo nodig bijstellen. Verschijnt een patiënt niet op het afgesproken uur, dan gaat men na waarom hij niet is gekomen. Psychische en sociale problemen als gevolg van de behandeling worden met de patiënt besproken en gezamenlijk wordt dan naar oplossingen gezocht. Doel van dit experiment is onder meer het effect vast te stellen van een optimale behandeling van de hypertensiepatiënt. In Zwolle loopt al enkele jaren een experiment onder auspiciën van het Nederlands Astma Fonds. Door de longarts uitgezochte en onder diens leiding ambulante astmapatiënten worden daar in een team bestaande uit een maatschappelijk werker, de wijkverpleegkundige en de (zelden aanwezige) huisarts besproken en vanuit het team begeleid.

Dr. Wolters nu wil het ziekenhuis gebruiken als ontwikkelingskern op psychosociale probleemgebieden in de gezondheidszorg, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch niveau. Dat deze ontwikkeling voortvloeit uit lacunes en gebrek aan mogelijkheden in de eerste lijn is buiten kijf. In Medisch Contact van 6 mei 1977 (MC nr. 18/1977, blz. 569) schreven Bruins en Van Veen in een beschouwing over de vroege opsporing van hypertensiepatiënten, dat de organisatie van de eerste lijn verre van ideaal is. Zij gaven tevens aan, aan welke voorwaarden zou moeten worden voldaan om de huisarts en het ‘home-team’ een centrale functie in die eerste lijn te kunnen laten vervullen. Kijken wij naar de totale gezondheidszorg, dan blijft de visie van Wolters beperkt. De huidige problemen moeten meer fundamenteel worden aangepakt. Niet een deel, maar de hele structuur moet op de helling. Zo niet, dan plegen we alleen symptoombestrijding.

B.

Getuigen en de bloedkwesitie', noemt Mr. Peters een poging tot rationalisatie van religieuze overwegingen. Gezien in het licht van het boek Leviticus wordt het mogelijk duidelijker. Daarin worden namelijk geboden uitgevaardigd die tot doel hebben de gezondheid van het Israëliische volk te bevorderen, zoals quarantaine van besmettelijk zieken, het niet mogen aanraken van kadavers e.d. Dus is het m.i. bijbels gefundeerd, ook het verbod om bloed tot zich te nemen mede vanuit het gezichtspunt van gezondheidsoverwegingen te belichten. Wat betreft de consequenties van in strijd met de gedane belofte toch bloed toedienen het volgende: Het zou mij niet als kwaad voorkomen als ik een arts aansprakelijk stel voor een onrechtmatige daad. Ik formuleer dit van mijzelf uit, omdat iedere getuige van Jehovah in zo'n situatie zijn eigen, door bestudering der bijbel geoefende, geweten zal volgen.

Tot slot wil ik met nadruk naar voren brengen, dat (uiteraard) ook voor een getuige van Jehovah, de Levengever, het leven heilig is. Ik doe daarom een dringend beroep op mijn collegae, die onder de gezondheidswerkers in deze de verantwoording dragen, om ook mij en mijn geloofsgenoten naar vermogen medische hulp te blijven bieden, ondanks onze weigering van bloed. Het diepgewortelde verlangen om te overleven, krachtig ondersteund door geloof, is menigmaal van compenserende waarde gebleken.

Uithoorn, 15 februari 1978

H. E. Bouwhuis, jeugdarts

GEEN BLOEDTRANSFUSIE? (II)

Gaarne complimenteer ik Mr. J. H. Peters met zijn artikel: 'Geen bloedtransfusie?', gepubliceerd in Medisch contact nr. 51/1977, blz. 1595.

Het artikel verruimt het inzicht in de leer van de Jehova's Getuigen en belicht fraai de theologische, medische, juridische en medisch-ethische invalshoek, van waaruit op de bloedweigering door Jehova's Getuigen wordt gereageerd.

De praktische oplossing die Peters noemt ten opzichte van het rhesus-antagonisme is discutabel. De genoemde preventieve mogelijkheden berusten op het toedienen van anti-D immunoglobuline bij de moeder. Dit geschiedt indien bij de partus het kind rhesus-positief blijkt en bij de rhesus-negatieve moeder géén antistoffen worden aangetroffen. Deze toediening van antistoffen kan nu juist bij Jehova's Getuigen niet zonder meer worden toegepast, aangezien het anti-D immunoglobuline gewonnen wordt uit plasma van geïmmuniseerde moeders of donors.

Het lijkt me dat men bij Jehova's Getuigen dit achterwege laten van de preventieve maatregel dient te bespreken, eventueel met de berekening van de kans tot het verkrijgen van een rhesus-baby. De ouders kunnen dan overwegen verdere gezinsuitbreiding achterwege te laten, omdat preventieve maatregelen door hen in de regel niet genomen kunnen worden. Indien zij toch besluiten tot verdere gezinsuitbreiding, is dit een goed overwogen besluit en nemen zij de volle verantwoordelijkheid op zich tot het verkrijgen van een rhesus-baby.

Dordrecht, 31 januari 1978

Dr. J. Ph. H. B. Sybesma,
Medisch directeur
Rode Kruis Bloedbank
'Merwedestreek'.

Naschrift

Het probleem van de bloedweigering van Jehovah's Getuigen in de situatie van een rhesus-baby doet zich door preventieve maatregelen en een afnemend geboortecijfer in de praktijk hoe langer hoe minder voor. Het is juist, zoals Dr. Sybesma opmerkt, dat onder preventieve maatregelen moet worden begrepen de toediening van anti-D immunoglobuline bij de moeder direct na de geboorte van een rhesus-positief kind. In principeel opzicht merkt Sybesma ook terecht op, dat toediening van antistoffen niet zonder meer bij de moeder zou kunnen plaatsvinden. In de praktijk levert deze toediening doorgaans geen bijzondere problemen op, doordat de injectie wordt ervaren als een geneesmiddel waarmee een rhesus-baby bij de volgende zwangerschap kan worden voorkomen en de moeder geen verband legt tussen de injectie en haar bloedweigering als Jehova's Getuige.

Deze praktische handelwijze is aanvechtbaar, maar is misschien verdedigbaar tegen de achtergrond van het ernstige probleem waarvoor eigenlijk, zoals ik in het betreffende artikel uiteenzet, geen bevredigende oplossing bestaat. Weigert de moeder toediening van antistoffen dan zal de arts met het oog op gezinsuitbreiding het risico van een rhesus-baby met de moeder moeten bespreken. Weliswaar ligt dan een zware verantwoordelijkheid bij de ouders, die maatregelen zouden kunnen treffen, daarmee is nog niet het krijgen van een rhesus-baby uitgesloten.

Utrecht, 20 februari 1978

J. H. Peters, algemeen directeur
Ziekenhuis Oudenrijn



Geschiedenis der geneeskunde Literatuur

Bij het slotartikel van de serie 'Stadsvroedvrouwen en stadsvroedmeester te Enkhuizen in het begin van de 19e eeuw' van de hand van Prof. Dr. A.C. Drogendijk Sr. (MC nr. 7/1978, blz. 228) zijn de literatuuropgaven weggevalen. Het ging om:

E. D. Baumann, De Dokter en de Geneeskunde. De wetenschap. Nederlandsche kultuurgeschiedkundige monografieën, nr. V. Amsterdam 1915.

E. D. Baumann, Geschiedenis der geneeskunde. Amsterdam 1918.

J. G. de Lint, Geneeskunde, encyclopaedisch overzicht, naar Prof. Dr. H. E. Sigerist's Einführung in die Medizin. Amsterdam 1933.

M. L. Muller, Over houding en ligging der barende. Geneesk. Gids, 1927 afl. 29, 30 en 31.

A. J. van Reeuwijk, Vroedkunde en Vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17e en 18e eeuw. Proefschrift. Amsterdam 1941.

A. H. M. J. van Rooy, Zorg voor het moederschap in oude tijden. Tijdschr. v. Ziekenverpl., 1929, blz. 507, 537 en 574.

J. Schipsema, Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde in de 18e eeuw. Proefschrift. Gasselternijveen 1936.

ERRATUM – In het artikel 'Tussen eerste en tweede echelon, analyse van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduraicijfers (1974) uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen; II: Resultaten', afgedrukt in MC nr. 8/1978, blz. 245, leze men in plaats van de variabele 'ligduur: aantal verpleegdagen/1.000 verzekerden' voortdurend: 'gemiddelde verpleegduur'.

Praeventiefonds – Het Praeventiefonds heeft tot taak het nemen of bevorderen van maatregelen, welke strekken om ziekte te voorkomen of de gezondheid te bevorderen. Deze taak wordt onder meer vervuld door het verlenen van subsidies in de kosten van wetenschappelijk onderzoek. Deze onderzoeken, bij voorkeur van toegepast wetenschappelijke aard, dienen gericht te zijn op de preventie van ziekte of de bevordering van de gezondheid en zowel wat de tijdsduur als de kosten betreft overzienbaar te zijn. Belanghebbenden kunnen zich voor de toezending van een aanvraagformulier en van de algemene richtlijnen wenden tot de Secretaris van het Bestuur van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3 te 's-Gravenhage, telefoon nr. 070-541776.

De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg

De opening van het kinderoncologisch centrum kreeg in Medisch Contact ruime aandacht in de vorm van een samenvattend verslag van de door Voûte en Last gehouden inleidingen en een redactioneel commentaar. Het redactioneel commentaar stelt opnieuw het probleem aan de orde van de relatie ziekenhuis-extramurale zorg. De nogal geprononceerde stellingname stelt vraagtekens bij bepaalde ontwikkelingen en activiteiten binnen ziekenhuizen. Ofschoon het daarbij in eerste instantie om psychosociale hulpverlening gaat, gaan de vragen die in dit commentaar gesteld worden veel verder.

De nu volgende reactie op het betreffende commentaar gaat uit van ervaringen met de psychosociale hulpverlening aan kinderen, adolescenten en hun ouders in een kinderziekenhuis.

Gescheiden circuits

Het is waarschijnlijk dat het merendeel van zieke kinderen of adolescenten in ons land, op een redelijk veilig tijdstip, terecht komt in een van de subsystemen van ons gezondheidszorgbestel. Het is ook een feit, dat kinderen met moeite over de drempel komen van het ene systeem naar het andere. Te denken valt hierbij aan de ingewikkelde problematiek van de samenwerking tussen bijvoorbeeld bureauartsen-huisartsen-specialisten. Patiëntjes kunnen te lang in een circuit vertoeven voordat ze op het andere circuit worden gezet. Terugkoppeling en verwijzing blijven handelingen die door allerlei niet direct op het belang van de patiënt gerichte factoren kunnen worden bepaald.

In MC 2/1978 werd uitvoerig bericht over de opening van het kinderoncologisch centrum in het Emmakinderziekenhuis te Amsterdam. De kritische noot die de hoofdredacteur daaraan toevoegde viel niet goed bij Dr. Wolters.

In bijgaand artikel tekent de auteur verzet aan tegen de gescheiden circuit-benadering. Een dergelijke op een kunstgreep berustende benadering staat zijns inziens een patiënt- en probleem-gerichte aanpak in de weg en belemmert de levensnoodzakelijke samenwerking tussen intra- en extramurale gezondheidszorg.

door Dr. W. H. G. Wolters



De heer Wolters, psycholoog, is hoofd van de psychosociale afdeling van de Universiteitskinderkliniek-Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Hij is tevens verbonden aan het Instituut voor Medische Psychotherapie in die stad.

Binnen een bestel van gezondheidszorg waarin de autonomie van de verschillende subsystemen erg centraal staat, met een hoge waardering voor de opvatting en beslissingsbevoegdheid van de individuele behandelaar, kan de discussie over samenwerking altijd worden getroffen door enige mate van vrijblijvendheid.

In deze discussie, die in zekere zin een laboratoriumdiscussie is (d.w.z. de patiënt moet optimaal worden geholpen en begeleid, terwijl men praat over nieuwe structuren en nieuwe samenwerkingsverbanden) bestaat het

gevaar dat de situatie van de concrete patiënt naar de achtergrond verdwijnt. De stelling, of hypothese, van B. (Medisch Contact 1978): 'Voor de ziekenhuisgeneeskunde is de thuisgezondheidszorg een oneigenlijk werkterrein', accentueert m.i. te zeer afstand, gescheidenheid van kennis en ervaringsgebieden, en zou de gescheiden circuit-benadering kunnen bevorderen. Te weinig treft men in deze stelling aan een patiënt-gerichte, probleem-gerichte aanpak, waarin m.i. nauwe samenwerking tussen ziekenhuis en extramurale zorg levensnoodzakelijk is.

Het ziekenhuis als ontwikkelingskern

In het verleden heeft het ziekenhuis als sociaal systeem zich wellicht nogal geïsoleerd, statisch en erg zelfbewust opgesteld. Inmiddels is er in de samenleving en in het ziekenhuis zelf, dat zich lang als een soort 'totaal-instituut' heeft opgesteld, het een en ander aan het veranderen.

Een van de belangrijke veranderingen die zich momenteel voordoen is de verandering in aard van ziektepatronen. Het rapport *Pediatrie in de toekomst* laat dit duidelijk zien. Binnen de kindergeneeskunde presenteren zich nieuwe

probleemvelden, waarover men tot voor kort weinig kennis en ervaring bezat. De kinderoncologie is een van die gebieden; te noemen zijn ook de kindercardiologie, de intensive care, de haemodialyse bij kinderen, de psychosomatische klachten bij kinderen; gebieden waarbij op grond van nieuwe inzichten of op grond van de introductie van nieuwe technieken ook een hele duidelijke psychosociale problematiek zich presenteert. Patiëntjes met ernstige en chronische ziekten hebben naast medische hulp dikwijls heel lange en intensieve begeleiding nodig.

Nu is het zeker zo dat de psychosociale problematiek van kinderen met allerlei ernstige chronische ziektes iets gemeenschappelijks heeft, naast een inhoudelijk specifieke problematiek. De problemen van kinderen die in haemodialyse zijn kan men voor een deel ook tegenkomen bij kinderen met cystic fibrose. Toch zijn er specifieke problemen die samenhangen met de specifieke aard van de ziekte en de daaraan aangepaste behandeling. Welnu, het zijn die ziekenhuizen die als eerste op deze problemen stuiten, deze problemen verkennen en kennis opbouwen hierover, die impulsen moeten geven naar de extramurale zorg over de wijze waarop men met deze kinderen en hun gezinnen zou kunnen omgaan. Die ziekenhuizen – en dit geldt zeker voor ziekenhuizen met een meer speciale taak – hebben m.i. een belangrijke opgave om ontwikkelingswerk te doen ten aanzien van bepaalde (psychosociale) probleemgebieden; dit geldt vooral ten aanzien van de inhoudelijke kant van die problemen alsook ten aanzien van de organisatie c.q. de opbouw van de hulpverlening.

De brochure '*Kinderen met leukemie*' en de inleidingen van Voûte en Last geven een goed voorbeeld van de wijze waarop nieuwe kennis en ervaring worden omgezet in een overzichtelijk hanteerbaar programma. Bovendien is het grote voordeel en ook een doelstelling bij de ontwikkeling van een dergelijk programma, dat delen ervan zeer goed bruikbaar zijn in andere ziekenhuizen en klinieken en dus een groot uitstralingseffect kunnen hebben naar de extramurale zorg. Het grote voordeel is dat op een weinig pretentieuze, heel directe en pragmatische wijze een uitnodiging tot samenwerking wordt gedaan. Het zou onjuist zijn, en het is ook

onmogelijk, voor al deze nieuwe basisproblemen die zich voordoen aparte begeleidingsgroepen te creëren. De kennis en ervaring van een psychosociale kerngroep kan evengoed worden aangewend bij het op gang brengen van een begeleidingssysteem voor kinderen met cystic fibrose als voor het op gang brengen van een begeleidingssysteem voor kinderen die in haemodialyse zijn. Deze kernen kunnen iets in gang zetten om het na enige tijd uit handen te geven aan de extramurale zorg. Ongetwijfeld is en blijft de huisarts daarbij de centrale figuur. Wie zal hieraan twifelen? Maar tegelijk zal een retorische verwijzing naar de huisarts als een 'deus ex machina' niet altijd het antwoord zijn op ingewikkelde nieuwe vragen om hulp of begeleiding.

Huisarts waarheen?

Het zijn de huisartsen zelf, die het ziekenhuis betrekken bij de extramurale gezondheidszorg voor die medisch-psychosociale problemen die zich in toenemende mate presenteren en waarvoor geen duidelijk ambulante hulpverleningssysteem bestaat. Ik noemde reeds de psychosomatische klachten bij kinderen: de kinderen met vage hoofd- en buikpijn, de talloze obese kinderen, de astma-kinderen, maar ook de verwaarloosde en mishandelde kinderen, de kinderen met enuresis en encopresis, de kinderen die niet willen eten en de heel jonge geretardeerde kinderen. Er ontwikkelt zich m.i. heel duidelijk een nieuw gebied van medisch-psychosociale problematiek van meer alledaagse aard naast de psychosociale problemen die samenhangen met de geavanceerde klinische zorg, waarbij evenzeer een uitgesproken *geïntegreerde pediatrisch-psychosociale benadering* nodig is.

Helaas laat juist in dit veld de ambulante geestelijke gezondheidszorg, met name de medisch-opvoedkundige bureaus, nogal verstek gaan. Zij immers hebben momenteel weinig affiniteit met dit soort problemen. Bovendien krijgt men de indruk, dat een dikwijls nogal eenzijdig oudergerichte opstelling het kind niet die ruimte geeft die het nodig heeft. Het onderzoek van kinderen wijst men af als een onfatsoenlijke handeling, die geen zoden aan de dijk zet. De kinderarts als teamlid wordt geleidelijk aan verdonkeremaand.

Ongetwijfeld niet in concordantie met een prachtige blauwdruk van ons gezondheidszorgbestel anno 1990, groeit in veel kinderafdelingen het werk rond deze kinderen en levert het ziekenhuis een steeds belangrijke bijdrage aan de ambulante gezondheidszorg! Opnieuw bewijst het ziekenhuis, dat de *opsplitsing in intramurale en extramurale gezondheidszorg onjuist* is en dat een gezamenlijk bezig zijn rond en met de patiënt wel mogelijk is.

Research

Wellicht is er geen onderwerp dat in ziekenhuizen en zeker in universiteitsziekenhuizen momenteel met zoveel frustraties is behept, als het onderwerp research. Het zal niemand ontgaan hoeveel moeite men in toenemende mate ook binnen universiteitsziekenhuizen moet doen om aan een zeer klein stukje onderzoek toe te komen. Velen hebben problemen om de kwaliteit van de patiëntenzorg op peil te houden, laat staan dat men tijd heeft voor research.

Toch zijn het de universitaire medewerkers die juist gekozen hebben voor een werkomgeving waar onderzoek zou kunnen worden gedaan. Wanneer we nu kijken naar wat er aan patiënt-gericht psychosociaal onderzoek gebeurt in Nederlandse (universiteits)ziekenhuizen of ziekenhuizen met een heel speciale regionale of landelijke plaats, dan is dit droevig weinig. Eigenlijk onverantwoord weinig om adequate prikkels uit te zenden naar de extramurale zorg! Er is dan m.i. ook geen reden om er voor te pleiten gelden voor research over te hevelen naar de extramurale zorg. Zinnig lijkt het eerst te werken aan de opbouw van motivatie in de extramurale zorg om research te doen en te werken aan een adequate infrastructuur om dit mogelijk te maken. Er is eerst ook een *mentaliteitsombouw* nodig bij de werkers in de extramurale zorg om daadwerkelijk tot research te komen. Niemand zal er overigens aan twifelen dat deze research ook daar nodig is.

Het zou zeer zinnig kunnen zijn wanneer op landelijk niveau een inventarisatie zou worden gemaakt van de belangrijkste medisch-psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten, om dan te bezien welke prioriteiten moeten

worden gesteld. Er zou dan een aantal projecten kunnen worden opgezet, waarbij ziekenhuizen en extramurale zorg gezamenlijk aan dergelijke researchprojecten zouden kunnen werken. Juist in het gebied van de psychosociale zorg van kinderen en adolescenten is een splitsing in intramurale en extramurale zorg niet alleen kunstmatig, maar funest.

Literatuur

Ziekenhuis en psychosociale hulpverlening. Redactioneel commentaar F. A. Bol in Medisch Contact (1978), 33, 2, 35.

Nederlandse Vereniging voor kindergeneeskunde, Pediatrie in de Toekomst (1974).

Kinderen met leukemie. Brochure Hulpverleningsproject Fonds 'Actie Geven voor Leven', samengesteld door H. Behrendt, kinderarts, A. Adema, pedagogisch medewerkster, B. F. Last, psycholoog. Emmakinderziekenhuis, Amsterdam, 1977.

Kinderen met leukemie; blik in het Kinderoncologisch Centrum van het Emmakinderziekenhuis te Amsterdam. Medisch Contact (1978) 33, 2, 42-44.

Huisarts en Ziekenhuis, Prof. Dr. J. C. van Es. in: Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen. Bosch & Keuning, Baarn, 1976. p. 236-258.

Ontwikkeling van psychosociale zorg in de kindergeneeskunde, Dr. W. H. G. Wolters. in: Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen. Bosch & Keuning, Baarn, 1976. p. 48-71.

De CAO-Ziekenhuiswezen voor 1978 en 1979

1. Ondertekening

Op 8 maart a.s. zal, naar verwachting, de tweede CAO-Ziekenhuiswezen door NZR en werknemers/beroepsorganisaties, waaronder de LAD, worden ondertekend. Deze CAO loopt van 1 januari 1978 tot 1 januari 1980.

2. Totstandkoming

Medio vorig jaar begonnen de onderhandelingen over de wijziging van de eerste CAO. Het grote aantal wijzigingsvoorstellen en met name de nullijn-filosofie van de NZR, leidden ertoe, dat de onderhandelingen langer dan afgesproken duurden. Ruime aandacht werd besteed aan de betaling tijdens de preklinische periode, de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd voor leerling-werknemers en de trendmethodiek. Niet op 31 december 1977, de datum van afloop van de eerste CAO, maar pas op 9 februari 1978 werd overeenstemming over de nieuwe tekst bereikt.

De samenstelling van het CAO-overleg (COAZ) bleef onveranderd. Aan werknemerszijde waren de 10 zetels als volgt verdeeld: ABVA 2, KABO 1, NCBO 1, KUVV 1, NCVVV 1, GOB 2, FHZ 2. Kortom zes zetels voor de beroepsorganisaties en vier voor de landelijke bonden.

door **Mr. W. G. van der Putten**



Directeur bureau Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband

Vrijwel op het eind van de onderhandelingen echter verliet de KUVV, die ± 10.000 leden representeert, het overleg. Aangevoerde reden hiertoe is het niet nakomen door de NZR van eerder gemaakte afspraken betreffende de arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd voor leerling-verpleegkundigen. De gevolgen van deze daad konden niet goed beoordeeld worden. In dit geval, maar overigens ook in andere kwesties, werd de noodzaak tot overlegspelregels gevoeld. Bij het tot stand brengen van een integrale – dat wil zeggen voor alle werknemers geldende – CAO is een goede verhouding, gestoeld op duidelijke afspraken over de representativiteit tussen de werknemers-vertegenwoordigers noodzakelijk. De wet op de CAO 1927

voorziet niet voldoende in de diverse juridische problemen betreffende de vertegenwoordigingsmacht.

3. Werkingssfeer en validiteit

De CAO bindt in eerste instantie de leden van de organisatie die hebben getekend. Door middel van een algemeen verbindendverklaring (AVV) van de minister van Sociale Zaken, kan de werkingssfeer van de CAO naar anderen worden uitgebreid. Zover is het nog niet. Er wordt naar gestreefd om de AVV-procedure zo spoedig mogelijk te starten. Daarmee kan worden bereikt, dat werkgevers en werknemers die geen lid zijn van de CAO-partijen en/of werkzaam zijn in aan het ziekenhuis dienstverlenende bedrijven en het personeel in dienst van op toelatingscontract werkzame medische specialisten onder de CAO gaan vallen.*

Hoewel de vroegere verplichte goedkeuring van de CAO door de minister van Sociale Zaken vervallen is, poogt deze minister – en met hem

* Een uitzondering geldt voor de directeurs van ziekeninrichtingen die onder de CAO-begripsbepaling van 'directeur' vallen. Het is te betreuren dat juist de directeurs die – zoals uit de praktijk ook blijkt – een kwetsbare functie bekleden nog geen rechtspositieregeling vergelijkbaar met de CAO hebben.

de minister van Economische Zaken en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne – invloed uit te oefenen op de inhoud van de CAO. Ook de invoering van de tweede CAO brengt noodzakelijkerwijs extra-kosten voor de sector gezondheidszorg mee. De overheid heeft aangekondigd, wettelijke voorzieningen te maken die de CAO voor non-profit organisaties, zoals de gezondheidszorg, aan ministeriële goedkeuring onderwerpen. Zolang deze er niet zijn, is de CAO voor de overheid en ook voor het COZ een gegeven.

4. Artsen en CAO

Assistent-geneeskundigen

De ervaring met de eerste CAO was wel dat deze voor de assistent-geneeskundigen zeker geen overbodige regeling was, maar ook dat de toepassing ervan problemen opleverde. De aard van de functie en de financiële driehoeksrelatie tussen specialist, ziekenhuis en assistent-geneeskundige waren hieraan debet (vide mijn artikel in M. C. 1976/29, blz. 929). Daarbij speelde ook een rol, dat er in het pre-CAO-tijdperk geen landelijke werktijdenregeling voor assistent-geneeskundigen was geweest. Enfin, redenen genoeg om aan de groep assistent-geneeskundigen bijzondere aandacht te besteden. De nieuwe CAO zal voor hen een speciale paragraaf bevatten, waarin praktische regels staan over de toepassing van werktijdenregelingen, overwerk en wachtdiensten. Deze paragraaf is onverkort in het officieel gedeelte van deze aflevering van MC gepubliceerd, waarnaar ik moge verwijzen.

Medische specialisten in dienstverband en verpleeghuisartsen

Voor de medische specialisten in dienstverband en de verpleeghuisartsen zijn geen aparte regelingen gemaakt. De voor hen belangrijk te achten professionele statuten zijn nog niet klaar. Hierover worden besprekingen gevoerd tussen LAD, LSV c.q. NVVA enerzijds en de betrokken secties van de NZR anderzijds. Met name de medische zelfstandigheid voor de arts in dienstverband vormt een belangrijk element in de professionele statuten.

Medisch directeuren

De medisch directeuren, voorzover zij full-time zijn belast met de beleidsvoorbereiding alsmede met het totale beheer van de instelling en daarvoor rechtstreeks verantwoording verschuldigd zijn aan het bestuur, vallen niet verplicht onder de CAO. Uiteraard kan de CAO – geheel of gedeeltelijk – vrijwillig in overleg tussen directeur en het bestuur van toepassing verklaard worden op hun onderlinge rechtsrelatie.

5. Enkele belangrijke vernieuwingen

a. Ziektekostenverzekering

Vanaf 1 januari 1978 kunnen degenen wier salaris meer bedraagt dan f 36.200,— deelnemen in een collectieve ziektekostenverzekering (IZZ). Deze heeft twee voordelen: – de werkgeversbijdrage is zeer aantrekkelijk; – de daartegenoverstaande rechten en voorzieningen zijn vergelijkbaar met die van het ziekenfonds en veelal beter dan bij een andere maatschappij verkregen worden; een aanvullende verzekering is tegen extra-premie realiseerbaar.

b. Overgangsrecht

In 1978 en 1979 zal een volledige compensatie gegeven worden voor het bedrag dat de werknemer, niet verplicht verzekerd volgens de ziekenfondswet, door het invoeren van de CAO 1977 in inkomen en andere toekenningen achteruitgaat. In de daaropvolgende jaren wordt dit bedrag jaarlijks verlaagd met 2% van het netto-inkomen over het jaar 1976.

c. Aansprakelijkheid

De werkgever verplicht zich een verzekeringsovereenkomst te sluiten die de persoonlijke aansprakelijkheid van de werknemer dekt voor de schade aan derden toegebracht in de uitoefening van zijn functie. De werkgever vrijwaart de werknemer voor aansprakelijkheid ter zake en ziet af van de eventuele mogelijkheid van regres op de werknemer. Een en ander behoudens voor de gevallen, dat de schade het gevolg is van opzet, roekeloosheid of grove schuld van de werknemer.

NB: deze regeling dekt dus niet aansprakelijkheid voor schade, veroorzaakt door doen of nalaten buiten het ziekenhuis. Artsen dienen

zich hier zelf voor te verzekeren.

Voorts is een regeling opgenomen die erin voorziet dat de werkgever materiële schade vergoedt (tot een bepaald maximum) die door een patiënt is toegebracht aan de werknemer in de uitoefening van zijn functie.

d. Overwerkvergoeding

25% voor overwerk verricht tussen 06.00 en 22.00 uur op maandag t/m vrijdag, met dien verstande, dat in een periode van 7 dagen het aantal aldus te belonen uren maximaal 5 bedraagt; de overige uren worden beloond met 50%.

50% voor overwerk verricht tussen 22.00 en 06.00 uur op maandag t/m vrijdag.

75% voor overwerk op zaterdag tot 18.00 uur en roostervrije dagen.

100% voor overwerk op zaterdag vanaf 18.00 uur en op zon- en feestdagen tussen 00.00 en 24.00 uur. Assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist krijgen overwerkvergoeding vanaf het 50ste uur (zie aparte paragraaf).

e. Arbeidsduur

Er komt een onderzoek naar de mogelijkheid van verbeterde arbeidstijdenregelingen, langere roostervrije periodes en meer vrije weekenden (vóór 1 juli 1979). De normale dagdienst eindigt om 18.00 uur.

Een flexibele werkweek voor assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist (nl. tussen de 40 en 50 uur).

f. Verhuiskosten

Bij de sollicitatie is de werkgever verplicht om afspraken te maken over een eventuele verhuizing van de werknemer. In een aantal omschreven gevallen betekent dit tevens een verhuiskostenvergoeding. Maximering van de verhuiskostenvergoeding (12% of 4% van het bruto-jaarsalaris) bij het salaris gelijk aan inpassingsnr. 90.

g. Bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst

Bij berekening van overwerkvergoeding bij oproep wordt uitgegaan van een periode van tenminste een half uur, te vermeerderen met de werkelijke reistijd.

Indien de werknemer in een tijdvak van 3 achtereenvolgende periodes van

28 dagen gedurende meer dan 8 weekeinddagen bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst verricht, ontvangt hij boven de huidige compensatie, voor de meerdere diensten op weekeinddagen een toeslag van 50% van deze compensatie.

h. Trendclausule

Voor de algemene salarisaanpassing worden de overheidstrendmaatregelen met betrekking tot het salaris en de vakantietoeslag gevolgd. De autokostenvergoeding wordt verhoogd tot 41 cent per km.

Bovenstaande opsomming van wijzigingen is geenszins uitputtend.

6. Karakter van de CAO

Deze CAO kan niet worden beschouwd als een minimumregeling.

Hij is echter ook geen maximumregeling. Van de inhoud van de secundaire arbeidsvoorwaarden die de CAO bevat mag niet worden afgeweken; in zoverre dus een verplicht uniform pakket. Arbeidsvoorwaarden die niet in de bepalingen van de CAO zijn geregeld en die voor 1 januari 1977 voor een werknemer golden, moeten in de arbeidsovereenkomst worden vastgelegd. Het verdient aanbeveling andere regelingen van immateriële aard, hangende bijvoorbeeld de professionele code, in de arbeidsovereenkomst of in een bijlage daarbij vast te leggen.

7. Functiewaardering

De komende tijd zal het belangrijke project van de functiewaardering de nodige aandacht krijgen. Daarvoor is

een conglomeraat van activiteiten opgezet: beleidsgroep, stuurgroep, projectteams, deskundigencommissies, veldonderzoek, e.d. Indien dit project slaagt – dat wil zeggen: dat het Bureau Bakkenist, Spits & Co een aan de gezondheidszorg aangepast systeem van waardering voor alle functies creëert dat mede door het COAZ wordt geaccepteerd – zal dit de fundamenteën geven voor de salarisregelingen in de toekomst. Ik heb bij de academische beroepsbeoefenaren voldoende argwaan tegen dit project waargenomen om verzekerd te zijn van een adequate reactie.

PRAKTIJKPERIKELN

Te pakken gehad

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

Woensdagmorgen kwam mijnheer A (40) even bij me binnenlopen. Hij had het niet gemakkelijk, dat was in een oogopslag te zien. Dit tegen alle verwachtingen, want hij had volkomen relaxed van zijn wintersportvakantie teruggekeerd moeten zijn. Hij had weliswaar een autorit van twee dagen met echtgenote, kinderen en caravan (in welke volgorde is hier niet zo van belang) achter de rug, maar daar voelde hij zich niet ziek van.

Het punt was, dat hij nog niet geheel was opgeknapt van zijn ziekte. Hij had het in Oostenrijk flink te pakken gehad. Het was begonnen met keelpijn, overal spierpijn, koorts (na twee dagen gedaald), transpireren, enz. Niet gehoest?: neen! Niet neusverkouden?: neen! Op bed gelegen?: ja, vijf dagen, geen lol aan!

Hij had zelfs een dokter geraadpleegd. Een allervriendelijkste man. Van een afstand had de arts de patiënt in de keel gekeken. Met name hart en longen waren niet geausculteerd, zo verzekerde patiënt mij. Wel was tweemaal de tensie opgenomen. Toen wist de arts het al; de volgende medicatie had hij daarop voorgeschreven gekregen: 1. een antibioticuminjectie in het been, uit eigen voorraad; 2. Oспен (Phenoxylpenicilline) 1000, 3 dd. caps. I. (20 caps.); 3. Expectal Tropfen, 4 dd. 15 gtt; 4. Ascorbisal (Ac. Ascorb. + Ac. Acetyl) 3 dd. tabl. I; en 5. Cardiofrik Tropfen 3 dd. 12 gtt. Dit alles gecombineerd in te nemen. De tweede, derde en vierde dag consulteerde patiënt de goede collega nogmaals en kreeg telkenmale één injectie met het antibioticum. De vierde dag schreef de arts hem uit eigen medicijnkast nog Vibramycine 0,100 2 dd. caps. I voor (8 caps.). De injecties en de Vibramycine-capsules uit eigen voorraad moest patiënt tezamen met vier consulten à contant afrekenen (O.Sh. 1500,—). De rekening van de overige, in de apotheek gehaalde medicijnen was O.Sh. 280,—.

Op de vraag van de toch redelijk intelligente patiënt of dit allemaal wel nodig was, kwam het verbijsterende antwoord dat de medicijnen elkaar moesten versterken. Tot driemaal toe benadrukte de collega toch vooral de Cardiofrik Tropfen niet te vergeten: die waren blijkbaar van vitaal belang in zijn therapeutische benadering. Op een gecombineerd recept/rekening-briefje stond als diagnose vermeld: 'Virale infectie, bronchitis, bronchopneumonie'. Patiënt was zeer gerustgesteld toen ik hem na onderzoek kon mededelen geen enkele afwijking te kunnen constateren. Vijf dagen later belde hij mij op om te vertellen dat hij uitslag begon te krijgen . . ., maar verder voelde hij zich prima!

Polypragmasie of een gewone doorsnee Westeuropese huisarts?

Gezondheidscentra te sterk om te verdwijnen, te zwak om te blijven bestaan

Begeleidingscommissie rapporteert over financiële aspecten

Zo eenvormig als de opvatting is dat de eerste lijn de centrale plaats moet innemen bij de toekomstige structuur en vooral financiering van de gezondheidszorg, zo meervoudig zijn de mogelijkheden om aan de eerste lijn een nieuw gezicht te geven. In de discussie daarover hebben de gezondheidscentra de afgelopen jaren een belangrijke plaats ingenomen en zonder twijfel zijn de bijdragen aan de kennisvermeerdering uit de centra niet zonder betekenis geweest. Heel geleidelijk echter is men ook aan de minder uitgesproken organisatievormen waarin de samenwerking in de eerste lijn plaats kan vinden, zoals bijvoorbeeld het 'home team', meer aandacht gaan geven.

In deze overgangsfase heeft de bekende Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra een belangrijke rol gespeeld. Deze regeling begint nu echter de grens van haar voorlopigheid wel definitief te bereiken (1 januari 1979). De regeling is, zoals in Nederland te doen gebruikelijk, door een commissie begeleid. Maar in tegenstelling tot wat ook niet ongewoon is, heeft de begeleidingscommissie een productief bestaan geleid. Ook al kan men er op onderdelen een afwijkende mening over hebben, een tweetal belangrijke werkstukken zijn geproduceerd. In het rapport over de juridische aspecten van de gezondheidscentra wordt terecht, na een opsomming van alle mogelijke complicaties, de noodzaak van een professioneel statuut voor alle hulpverleners benadrukt. Op deze plaats gaat het echter vooral om het voorlopig advies van de sub-commissie financiële

door **Dr. H. Lamberts**



De auteur is als huisarts werkzaam op de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG&GD.

aspecten, dat de voorzitter van de begeleidingsgroep op 19 december 1977 aan tal van belanghebbenden heeft aangeboden. De bedoeling is dat op ruime schaal opmerkingen en suggesties worden gedaan, opdat het definitieve advies een uitgangspunt kan vormen voor te voeren beleid.

Nergens ideale oplossing

De sub-commissie onderschrijft de conclusie, dat de ontwikkeling van gezondheidscentra in Nederland gedurende de afgelopen tien jaar tot een zeer heterogeen beeld heeft geleid. Er bestaat een grote variatie in werkomstandigheden, organisatievormen en financieringsbronnen. Een belangrijke overeenkomst tussen alle gezondheidscentra is echter, dat nergens de ideale oplossing is gevonden voor de botsing tussen de inhoudelijke aspecten van de samenwerking in de eerste lijn en de financieringsvorm en structuur van de

huidige, vooral op de solo-hulpverlener afgestemde gezondheidszorg. Onder de huidige omstandigheden blijken dienstverbanden bij een gemeente of bij een stichting evenmin tot een stabiele en op den duur aanvaardbare werksituatie te leiden als situaties waarin de huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen als vrije ondernemers voor het samenwerkingsbelang moeten opkomen.

Gedurende de afgelopen tien jaar hebben wij in Ommoord met een zestal zeer uiteenlopende subsidiëerings- of ondersteuningsregelingen te maken gehad. Ging het in de zestiger jaren nog om het Praeventiefonds en de Kruisinga-pot, begin 1970 volgde alras een regeling van de zijde der ziekenfondsen en een huursubsidieregeling door de gemeente Rotterdam. In 1974 liep de reeds genoemde voorlopige stimuleringsregeling van stapel, welke evenmin soelaas bood, zodat een dienstverband met de gemeente Rotterdam onontkoombaar was. Iedere regeling opnieuw echter stortte zand tussen de toch al niet soepel op elkaar ingrijpende tandwielen van enerzijds de wens tot samenwerken en tot ontwikkelen van nieuwe hulpverleningsstrategieën en anderzijds het ingewikkelde spel van krachten dat hier voor het gemak maar gezondheidszorgpolitiek genoemd wordt.

Deze conclusie is niet voorbehouden voor de situatie in Ommoord, in tal van andere centra hoort men precies dezelfde geluiden. Er bestaat, ook in de sub-commissie

financiële aspecten, eenstemmigheid over de conclusie dat samenwerkingsverbanden zullen blijven bestaan en dat er een eind dient te komen aan de bonte verzameling van 'ad hoc'- en 'voorlopige' voorzieningen. Er is dringend behoefte aan een financieringssysteem dat rekening houdt met de heterogeniteit in samenwerkingsvormen maar dat daarnaast voldoende stabiliteit biedt voor een inhoudelijke ontwikkeling. Dit betekent op voorhand, dat er geen principiële keuze gemaakt kan worden voor één bepaalde organisatievorm of één bepaalde doelstelling.

Uitgangspunten

In het voorlopig rapport van de sub-commissie wordt een nogal ingewikkelde en in verholde termen gestelde oplossing geboden, welke in mijn ogen alle steun verdient. Het is zelfs opmerkelijk dat een dusdanig breed samengestelde commissie, waarin naast de belangen van hulpverleners in samenwerkingsverbanden ook de belangen van solo-hulpverleners bij voortdurend aan de orde zijn gekomen, tot een dusdanig praktisch compromis is gekomen.

Zich beperkend tot de financiële aspecten heeft men een tweetal uitgangspunten gekozen:

1. er is in de wijkgezondheidscentra sprake van een structureel exploitatietekort, vergeleken met de omstandigheden der solo-hulpverleners. Het gaat daarbij met name om de huur van een gebouw en om een aantal personeelslasten. Het is niet te verwachten dat hierin ooit verandering komt;
2. samenwerking en ontwikkelingswerk kost tijd. Ook hier is sprake van een structureel probleem. De samenwerkings- en ontwikkelingstijd kan nimmer worden teruggekregen door een eventueel hier en daar optredende besparing in tijd.

Wanneer men let op de nu bestaande onzekerheid over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg en over de wijze waarop deze bestuurd gaat worden (Wet voorzieningen

gezondheidszorg, Wet tarieven gezondheidszorg, Wet ziekenhuisvoorzieningen, Wet op het bevolkingsonderzoek) dan is het begrijpelijk dat het onverstandig is los daarvan de huidige honoreringsregels, -normen en kostenvergoeding ter wille van de gezondheidscentra te doorbreken. Het is onverstandig nu twee soorten huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen in het leven te roepen: één soort in de samenwerkingsverbanden en één soort solo-werkend.

Specifieke oplossingen

Dit houdt in, dat voor de twee genoemde uitgangspunten specifieke oplossingen moeten worden aangedragen. Daarbij is het duidelijk dat de sub-commissie kiest voor een *financiering uit de AWBZ*, als onderdeel van ons sociale verzekeringsstelsel. Dit is een logische keuze, gezien ook de ontwikkeling welke zich bij de financiering van het werk der kruisverenigingen lijkt voor te gaan doen en welke zich ook reeds bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft voorgedaan.

Overigens zie ik op korte termijn geen praktische verschillen met een financiering uit de algemene middelen, waarbinnen de ongewisheid van de subsidiëring is vervangen door een goed omschreven recht op suppletie mits aan de op voorhand bekende voorwaarden is voldaan. Zowel een financiering uit de AWBZ als een uit de algemene middelen hebben als voordeel dat er enerzijds geen onderscheid wordt gemaakt tussen twee soorten hulpverleners, terwijl anderzijds de exploitatietekorten niet meer in de eerste plaats door de ziekenfondsverzekering behoeven te worden opgebracht maar meer gelijkmatig op de gehele bevolking rusten. In het voorlopig advies berust de financiering vanuit de AWBZ op een tweetal pijlers:

1. op basis van een totaal-budget (per gezondheidscentrum) wordt een omschreven gedeelte van het exploitatietekort, vergeleken met de kostenvergoedingen in de solo-situatie, vergoed. Zoals gezegd gaat het hier met name om

huisvestingskosten en om extra personeelslasten;

2. er wordt erkend dat voor iedere hulpverlener sprake is van een aantal samenwerkingsuren. Er is uitgegaan van een gelijkwaardige positie voor de hulpverlener, onafhankelijk van de wijze waarop hij werkt of de wijze waarop hij wordt gehonoreerd (bijvoorbeeld dienstverband). Ook wordt opengelaten of de samenwerkingsuren direct aan de hulpverlener worden vergoed of aan de organisatie waarvan hij deel uitmaakt.

Het is duidelijk, dat er een discussie zal ontstaan over het aantal samenwerkingsuren dat voor de verschillende hulpverleners redelijk wordt geacht. Het is immers nodig aan de hand van de feitelijke samenwerking en de feitelijke ontwikkelingswerkzaamheden tot een zekere normering daarvan te komen. Het is echter voor de hand liggend dat de discussie wel zal uitkomen op $\pm 20\%$ van de tijd. Nu reeds kunnen de kruisverenigingen bij de normering voor wijkverpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen in samenwerkingsverbanden rekening houden met $\pm 15\%$ samenwerkingstijd. Voorts is het geen onredelijke schatting dat huisartsen in samenwerkingsverbanden gemiddeld 500 tot 600 patiënten minder hebben dan de overige huisartsen. Er is in beginsel geen reden om wat de fysiotherapeuten en de verloskundigen betreft aan te nemen dat bij hen het tijdsbeslag voor samenwerking en ontwikkeling geringer zou zijn. Overigens is er over het tijdsbeslag van de solo-werkende fysiotherapeut en verloskundige relatief weinig bekend.

Het is hier niet de plaats om meer in detail in te gaan op een aantal punten van kritiek op het voorlopig advies waar het gaat om de benadering van de fysiotherapeutische hulpverlening en om het werk van de verloskundigen wanneer deze zich bijvoorbeeld intensiever met de anticonceptie, met voorlichting en met bijvoorbeeld moedergroepen willen bezighouden. Evenmin komt hier de discussie aan de orde over het maatschappelijk werk in gezondheidscentra, een discussie welke langzamerhand tragische vormen aanneemt.

Te ondersteunen compromis

Wanneer ik de afgelopen tien jaar met betrekking tot de ontwikkeling van gezondheidscentra overzie en de reeks lessen welke daaruit geleerd kan worden leg naast de inhoud van het voorlopig advies, dan ben ik van mening dat het sterke voorkeur verdient de gedachtengang van de sub-commissie te volgen en te ondersteunen. Natuurlijk is het niet zo moeilijk op een aantal zeer principiële uitgangspunten het voorstel, in feite een compromisvoorstel van de sub-commissie, af te wijzen. Maar zodoende zou opnieuw het isolement, waar de gezondheidscentra zich geleidelijk aan uit hebben losgemaakt, in alle hevigheid worden opgeroepen. Het is een kwestie van de kip en het ei of men de gezondheidscentra ziet als een gevolg van de discussie over een nieuwe aanpak in de eerstelijns gezondheidszorg of dat men van mening is dat de gezondheidscentra bij het aanzetten van deze discussie een belangrijke rol hebben gespeeld. Niet valt te ontkennen, dat zowel in de werkstukken van het Nederlands Huisartsen Genootschap als in die van

de Landelijke Huisartsen Vereniging de afgelopen jaren een ingrijpende koerswijziging zichtbaar is geworden. Daarnaast is het duidelijk, dat de gezondheidscentra aan een aantal verwachtingen wel en aan een aantal verwachtingen niet beantwoord hebben. Ook is het duidelijk, dat de tot nu toe gevonden oplossingen voor de centra om te overleven op de langere termijn geen soelaas bieden. Is het hier de rechtspositie of de vrijheid van het professioneel handelen, elders is het de teamverantwoordelijkheid, de organisatiestructuur en bijna altijd de financiering welke een wezenlijk beletsel vormt.

De in het voorlopig advies naar voren gebrachte oplossing is natuurlijk geen oplossing voor ieder probleem. Het zal voorlopig wel zo blijven, dat degenen die in een gezondheidscentrum wil werken daarvoor een belangrijke prijs in energie en motivatie en nog wel andere zaken moet betalen. Maar daar staat dan ook het een en ander tegenover. De oplossing welke nu ter discussie is, is niet meer maar ook niet minder dan een stabiele ondergrond

waarop op een redelijke manier kan worden gewerkt.

Het is nodig snel tot een meer *definitieve regeling* te komen en dat geldt ook in het geval de Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra met bijvoorbeeld nog twee jaar zal worden verlengd tot 1 januari 1981. Want het tot stand brengen van een regeling in zo'n drie jaar is in Nederland (en trouwens ook elders) nog altijd snel. Het is daarom van belang de voortvarende aanpak van de begeleidingscommissie op weg naar een overzichtelijke en definitieve regeling voor de samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg te ondersteunen. Zodoende zou een ruim tien jaar durende periode van voorlopigheid, onzekerheid en van volledig niet op elkaar afgestemd zijn van de inhoudelijke doelstellingen voor de hulpverlening en de bestaande structuur ten einde komen.

Beleidsnota Kindergeneeskunde

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft een bundel rapporten het licht doen zien, handelend over de ontwikkeling van de kindergeneeskunde in ons land anno 1977 en bedoeld om actuele beleidslijnen voor de pediatrie aan te geven.

Herstructurering

Kortgeleden nog, aldus het voorwoord van deze Beleidsnota Kindergeneeskunde, kon de gehele kindergeneeskunde in een stad of streek worden uitgeoefend door één all-round kinderarts. Rond 1960 kwam hierin grondig verandering. Vorderingen in de wetenschap en wijzigingen in de maatschappij noopten tot herstructurering in de gezondheidszorg en in het bijzonder in de kindergeneeskunde. Deze herstructurering betreft allereerst de werkwijze van de kinderarts: zijn samenwerking met andere kinderartsen in één groepspraktijk (hoofdstuk 1), de communicatie tussen kinderartsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis (hoofdstuk 2) en de extramurale taken van kinderartsen in de jeugdgezondheidszorg (hoofdstuk 3).

Hoofdstuk 4 behandelt het specifieke vraagstuk van de zorg voor het jonge gehandicapte kind.

Van zeer grote betekenis werd juist in de kindergeneeskunde de ontwikkeling van deelspecialismen (hoofdstuk 5). Nauw hiermee verbonden is de conceptie van regionale samenwerking en onderlinge taakverdeling tussen werkers in verschillende echelons (hoofdstuk 6). De term 'regio' kwam in gebruik voor een landsdeel waarin alle echelons evenwichtig zijn vertegenwoordigd, al is het op voorhand niet te verwachten dat voor alle pediatrie problemen de regiogrootte de zelfde zal kunnen zijn. Duidelijk is, dat deze wetenschappelijke en organisatorische ontwikkelingen in de kindergeneeskunde hun repercussies hebben voor vorm en inhoud van opleiding (hoofdstuk 7) en voortgezet onderwijs aan kinderartsen (hoofdstuk 8).

Opleidingscapaciteit

In het slothoofdstuk (hoofdstuk 9) wordt een overzicht geboden van de ontwikkeling van het aantal kinderartsen in Nederland.

In 1977 telde ons land volgens een voorlopige becijfering 523 kinderartsen. Het aantal klinisch werkzamen onder hen wordt voor de nabije toekomst geraamd op 600, tegenover circa 300 in 1972. In dat jaar werd ongeveer een kwart van de pediatrie bezigheden buiten het ziekenhuis verricht; de ontwikkeling van de kindergeneeskundige taken in de jeugdgezondheidszorg, de zwakzinnigenzorg, de medische kleuterdagverblijven en de kinderbescherming zal de toekomstige behoefte aan kinderartsen mee bepalen.

De laatste jaren schreef de Specialisten Registratie Commissie jaarlijks zo'n 35 kinderartsen in. Gezien het huidige bestand en de ontwikkelingen binnen de pediatrie wordt de bestaande opleidingscapaciteit als niet te hoog aangemerkt; voor een toename van het aantal intramuraal werkende kinderartsen van 300 naar 600 in tien à vijftien jaar lijkt een grotere opleidingscapaciteit zelfs gewenst.

De Beleidsnota Kindergeneeskunde is te bestellen door overmaking van f 7,50 op postgiro 940930 van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde te Amsterdam.

Psychosociale problemen en de overgang

Een oriënterend onderzoek bij 59 patiënten van de polikliniek 'Klimakterium' van het AZU

Er zijn in Nederland 756.831 vrouwen tussen 45 en 54 jaar (Bron C.B.S.); dat zijn dus de vrouwen voor wie de menopauze actueel kan zijn. Iedere vrouw zal het stoppen van menstruatie meemaken. 80% Zal extragenitale symptomen van het klimakterium ervaren en bij de helft van deze groep vrouwen zullen deze symptomen de aanleiding zijn om medische hulp te vragen (Jaszmann, 1973).

Het is verbazend dat over de verwerking van zo'n ingrijpende gebeurtenis in het leven van iedere vrouw zo weinig bekend is. Daarom is enige jaren geleden de polikliniek 'Klimakterium' te Utrecht opgericht met als driedelig doel:

1. Betere hulpverlening aan vrouwen in de overgang De basisgedachte was dat deze hulpverlening verbeterd kon worden door het coördineren van deskundigheid op gynaecologisch, internistisch en psychosociaal gebied.
2. Het doen van onderzoek naar de lichamelijke veranderingen en de psychosociale problemen van de vrouw in deze periode.
3. Nieuwe ervaringen op dit gebied door te geven in de opleiding van de huisarts en aan andere belangstellenden.

Verschiedende onderzoeken op somatisch gebied werden in gang gezet. Van een enkele zijn de eerste resultaten reeds gepubliceerd (Van Paassen et al. 1976, Duursma en Van Paassen 1977). Andere onderzoeken zijn gaande. In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de eerste ervaringen, vergaard in de gesprekken die door de maatschappelijk werkers zijn gevoerd. De capaciteit van de polikliniek is beperkt en de ruim honderd nieuwe patiënten die per jaar hun weg naar de

Ruim drie jaar functioneert nu de polikliniek 'Klimakterium' te Utrecht, waar patiënten met overgangsklachten worden behandeld. De aanpak is multidisciplinair. Patiënten die op deze polikliniek worden gezien, hebben in zeer veel gevallen ook te kampen met psychosociale moeilijkheden, in het overgrote deel van de gevallen van reeds lang bestaande aard. Dit exploratieve onderzoek maakt duidelijk dat de problemen waarvoor de vrouw in de overgang om hulp vraagt, niet uitsluitend op de lichamelijke veranderingen zijn terug te voeren, maar ook op de psychosociale problemen die in vele gevallen – althans bij de patiënten van de polikliniek 'Klimakterium' – al lang voor de overgang bestonden. De totale last van lichamelijke en psychosociale problemen wordt kennelijk, rond de menopauze, voor velen moeilijk te dragen. Misschien zijn ook de lichamelijke problemen van de overgang een gerede aanleiding om hulp te zoeken voor de ouder wordende vrouw, die voor haar psychosociale problemen op zich minder gemakkelijk hulp inroept.

door **Paulien Becking**
en **Marijke de Vries-Regt**



Mevrouw Becking (links) is maatschappelijk werkster en Mevrouw de Vries-Regt is sociologe en als zodanig zijn beiden verbonden aan de afdeling Obstetrie en Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht. Hoofd: Prof. Dr. A. A. Haspels.

polikliniek vinden zijn om verschillende redenen niet representatief voor de totale groep Nederlandse vrouwen in de overgang: het zijn vaak vrouwen met een uitgebreide symptomatologie die maar ten dele of soms in het geheel niet op de overgang is terug te voeren. Vaak werden zij al door huisarts of specialist behandeld. In vele gevallen heeft de

vrouw de verwijzing naar de polikliniek doorgezet.

De vrouw die de polikliniek bezoekt kan verzekerd zijn van een systematische begeleiding waarbij gynaecoloog en internist samenwerken met maatschappelijk werkster en diëtiste, terwijl op de hulp van andere disciplines een beroep kan worden gedaan.

Psychosociale aspecten van het klimakterium

Het ophouden van de menstruaties op zich lijkt een weinig ingrijpende gebeurtenis die echter betekenis krijgt vanuit de cultuur waar de vrouw in leeft. Het is deze cultuur die begrippen als jong, oud, vruchtbaar, geboorte, menarche en menopauze een betekenis toekent en maakt dat al deze begrippen en zeker de menopauze 'beladen' wordt beleefd.

Hierbij komt dat het wegvallen van de endocriene functie van het ovarium – vooral de productie van oestrogenen – vaak gepaard gaat met genitale en extra-genitale verschijnselen. De lichamelijke veranderingen maken het

aanpassen aan de vaak andere sociale rol die van de oudere vrouw wordt verwacht vaak moeilijk. Omgekeerd kunnen de sociale veranderingen het adequaat reageren op de lichamelijke lichamelijke veranderingen compliceren (Van Keep en Haspels, 1977).

De reactie van iedere vrouw op de menopauze wordt door de interactie van veel factoren bepaald, waarbij vooral de psychosociale constellatie waarin zij zich bevindt op het moment dat het klimakterium begint, een grote rol speelt. In de gevallen waarin vóór het begin van het klimakterium haar psychosociale omstandigheden al moeilijk waren is te verwachten dat deze – tijdens het klimakterium – een extra belasting zullen vormen. Het klimakteriële symptomencomplex kan soms bizarre vormen aannemen, maar ook kan een wankel psychosociaal evenwicht door het klimakterium worden verstoord.

Deze overwegingen hebben ons ertoe gebracht om van de patiënten, die de polikliniek 'Klimakterium' bezochten naast de inventarisatie van klachten, belevingsaspecten en sociale achtergrondgegevens, ook een inventarisatie te maken van deze psychosociale achtergrond.

Onderzoek

Inventarisatie van de psychosociale achtergrond is mogelijk geworden door de gesprekken die de maatschappelijk werker met de patiënten heeft gevoerd. Wel moet men daarbij bedenken dat deze gesprekken in de eerste plaats zijn gericht op *hulpverlening* en niet zozeer op inventarisatie. De maatschappelijk werker gaat in het gesprek uit van de situatie waarin de patiënte zich bevindt en sluit daarbij aan op de behoefte die de patiënte al dan niet openlijk aangeeft.

Als de vrouw dit wenst zal zij van de hulp van de maatschappelijk werker gebruik kunnen maken om te zoeken naar een oplossing van haar problemen of een verandering van haar situatie. In een dergelijk gesprek wordt niet steeds systematisch te werk gegaan. Daarom is voor het verkrijgen van de gegevens van de psychosociale situatie van de vrouw die deze polikliniek bezocht heeft óók gebruik gemaakt van gegevens uit de vragenlijst die door de gynaecoloog tijdens het eerste bezoek van de patiënte aan de polikliniek waren genoteerd.

Het is jammer dat dit nodig was, omdat deze vragenlijsten niet steeds door dezelfde persoon zijn ingevuld; men is niet altijd consequent geweest in de interpretatie van de vraag en evenmin in het noteren van het antwoord. Toch is het beeld dat uit dit totale onderzoek komt naar onze mening voldoende interessant om op deze wijze te presenteren.

Een onderzoeksgroep van 59 vrouwen uit 1974/1975

Van 59 vrouwen waren alle gegevens beschikbaar. Al deze vrouwen hebben een gesprek met de maatschappelijk werker gehad. Een afspraak voor een dergelijk gesprek werd als regel gemaakt bij het eerste onderzoek. Het waren allen vrouwen die in 1974 en 1975 voor het eerst de polikliniek bezochten. Tweederde van deze vrouwen in de eerste vier maanden van 1975. De leeftijdsverdeling van deze 59 vrouwen ziet er als volgt uit:

<i>leeftijd</i>	<i>aantal</i>
< 45 jaar	7
45 tot 50 jaar	18
50 t/m 55 jaar	24
> 55 jaar	10
	59

15 Van de 59 vrouwen leefden zonder partner, dat wil zeggen waren ongehuwd, gescheiden of weduwe. Het opleidingsniveau van de vrouwen die de polikliniek bezochten is hoog in vergelijking met de totale groep Nederlandse vrouwen van deze leeftijd: bijna een kwart heeft minstens een Mulo-diploma, de overigen hebben lagere school met eventueel enkele jaren voortgezet onderwijs, huishoudschool of vakschool. Wat hun sociaal-economische positie betreft is uitgegaan van het beroep van de vrouw en – indien dit niet was aangegeven – van het beroep van de man. Waren beide beroepen bekend dan werd het 'hoogste' als criterium genomen. De indeling werd gemaakt volgens de codering van de Nederlandse Stichting voor Statistiek, waarbij beroepen zijn ingedeeld in hogere, midden en lagere. Ruim de helft van de vrouwen behoort dan tot de middengroep (58%), bijna 1/3 behoort tot de lagere groep (31%). Bijna 1/3 van de vrouwen heeft vier of

meer kinderen. De helft heeft één tot drie kinderen.

Ruim de helft van de vrouwen is al in de post-menopauze (61%), dat wil zeggen heeft dus sinds meer dan een jaar niet meer gemenstrueerd. Bijna 1/3 bevindt zich in de pre-menopauzale fase, dat wil zeggen heeft nog een menstrueel patroon dat niet essentieel afwijkt van hetgeen zij in het verleden hadden.

Klachtenpatroon

Het spreekt vanzelf dat de meeste van deze vrouwen klachten vertonen die wel in verband met het klimakterium kunnen worden gebracht. Zo had 3/4 van de vrouwen opvliegingen. 2/3 Van deze vrouwen heeft één of meer typische klachten veroorzaakt door opvliegingen zoals

- slaapstoornissen;
- zo sterk transpireren dat men zich 's-nachts moet verschonen;
- moeilijk het dagelijks werk kunnen volbrengen;
- moeilijk tussen de mensen kunnen verblijven;
- andere klachten.

Het aantal van deze klachten dat door de vrouwen wordt opgegeven blijkt verband te houden met een aantal variabelen: Vrouwen met uitsluitend lagere schoolopleiding geven vaker aan meer klachten te hebben in verband met opvliegingen dan vrouwen met een hogere opleiding. Ook blijkt dat de vrouw uit de lagere economische klasse meer klachten heeft dan de vrouw uit de hogere economische klasse (uiteraard zullen vrouwen met uitsluitend lagere opleiding in de sociaal economische klasse meer vertegenwoordigd zijn).

Er blijkt ook samenhang te zijn tussen het aantal klachten en het al of niet buitenshuis werken. Degenen die niet buitenshuis werken geven relatief meer klachten op. Van de onderzoeksgroep werkte 31% van de vrouwen meer dan 2½ dag per week (het CBS vermeldt bij deze categorie vrouwen 24%).

Daarnaast werd door de helft van de vrouwen ook meer dan vijf van de volgende klachten naar voren gebracht:

- koude handen of voeten;
- duizeligheid;
- migraineuze hoofdpijn;
- gewone hoofdpijn;
- pijn in de gewrichten;
- spierpijn;
- rugpijn;
- hartkloppingen.

Er is geen direct verband aangetoond tussen het hebben van opvliegingen en slapeloosheid.

Psychosociale problematiek

Bij 6 vrouwen (10%) bleek kortstondige psychosociale problematiek aanwezig te zijn. Voorbeelden hiervan waren: het recent overlijden van de echtgenoot of het vertrek van de kinderen uit het ouderlijk huis. Bij 37 (63%) was de problematiek al langer aanwezig. Enkele voorbeelden: de echtgenoot was meer dan tien jaar ziek, er waren reeds geruime tijd opvoedingsproblemen met de kinderen, er bestond een eenzaamheid van de patiënte gedurende meer dan vijf jaar, een echtgenoot die reeds meer dan drie jaar geleden zijn vrouw had verlaten en niet wil scheiden. Naarmate de problematiek korter heeft geduurd bestaat er meer uitzicht op verbetering van de situatie. Bij vrouwen met een langdurige psychosociale problematiek ligt de situatie anders. Het is juist de verwevenheid van deze problemen met de lichamelijke moeilijkheden die de zaak zo gecompliceerd maakt. Deze patiënten hebben veelal ook weinig of geen sociale contacten en maken de indruk slecht in hun omgeving geïntegreerd te zijn. Misschien is hier zelfs de verklaring in te vinden dat juist deze groep in zo groten getale onder de bezoekers van de polikliniek 'Klimakterium' voorkomt: de moeilijkheden zijn reeds lang aanwezig en er zijn niet veel mensen met wie men erover kan praten. Mogelijk grijpt de patiënte daarom haar lichamelijke klachten aan om aandacht te krijgen en misschien een oplossing voor haar problemen. Daarbij verwacht zij soms ten onrechte dat het uitsluitend behandelen van de lichamelijke problemen ook tot een volledig verdwijnen van de psychosociale problemen zal leiden. Hierbij moet nog worden opgemerkt, dat er geen direct verband kon worden gelegd tussen langdurige psychosociale problemen en de frequentie van de opvliegingen of andere lichamelijke klachten.

Hulpverlening

De hulpverlening aan deze patiënten is niet eenvoudig. Uiteraard wordt nagegaan of de lichamelijke klachten

een oorzaak op somatisch gebied hebben en zonodig wordt een behandeling daarvoor ingesteld. De hulpverlening met betrekking tot hun psychosociale problemen is aanzienlijk moeilijker. Als na medisch onderzoek geen lichamelijke afwijkingen worden geconstateerd, wordt de vrouw doorgezonden naar de maatschappelijk werker. Deze tracht dan in gesprekken de aandacht te vestigen op de problemen op psychosociaal gebied. Voor de vrouw blijkt dit vaak moeilijk te accepteren, omdat in de huidige maatschappij een lichamelijke klacht sociaal meer aanvaard wordt dan een psychosociaal probleem. Ook de vrouw zelf ziet op tegen de erkenning dat het hier niet gaat om een lichamelijke afwijking maar om een psychisch probleem waarvoor nu eenmaal geen pillen verkrijgbaar zijn, maar dat zij zelf gedwongen is op te lossen. Soms schept dit inzicht voor de vrouw een nieuw probleem, omdat zij er niet altijd van overtuigd is dat zij de mogelijkheden bezit om aan 'zichzelf' te werken en vanuit deze zelfwerkzaamheid mede haar leefomgeving kan beïnvloeden, ja zelfs kan veranderen.

Wanneer de vrouw haar situatie duidelijk onder ogen ziet, kan de maatschappelijk werker haar verwijzen naar een hulpinstantie in haar eigen omgeving.

De toekomst

Mede door dit onderzoek zijn we bevestigd in de overtuiging dat de polikliniek alleen verantwoord kan werken als dit geschiedt op een multidisciplinaire basis. Alleen zo kan men de omvangrijke problematiek die zich in eerste instantie niet altijd zo complex laat aanzien adequaat behandelen.

Het onderzoek zal ook in de toekomst worden voortgezet. De bevindingen en indrukken van deze eerste analyse zullen een leidraad verschaffen voor toekomstige exploratie.

Wij danken de leden van de werkgroep 'Klimakterium', bestaande uit: Prof. Dr. A. A. Haspels, Dr. P. A. van Keep, E. G. C. van Seumeren – gynaecologe, Dr. S. A. Duursma – internist, H. C. van Paassen – arts, M. A. H. M. Wiegerinck – arts, A. Meijerink – arts, ook gaat onze dank uit naar Dr. E. J. Zwaan – socioloog, voor de steun tijdens de uitvoering van het onderzoek. De polikliniek 'Klimakterium' is geopend op woensdagmiddagen in het gebouw van de polikliniek Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, ingang Vaartsestraat. Patiënten dienen tevoren een afspraak te maken via de secretaresse mevr. J. Schmidt, telefoon 030-372787 (uitsluitend woensdag 14.00-17.00 uur) en 03450-5654. (uitsluitend donderdag 14.00-17.00 uur).

Paulien Becking en Marijke de Vries-Regt

Literatuur

1. C. B. S. Statistisch Zakboek 1976.
2. Jaszmann, L (1973): Epidemiology of (limacteric and Postlimacteric complaints. In: Ageing and Estrogens. Front. Hormone Res. Vol. 2. Eds.: P. A. van Keep en Ch. Lauritzen. Karger (Basel).
3. Passen H. C. van, S. A. Duursma, J. M. M. Roelofs, J. v.d. Sluijs-Veer, R. Andriesse, M. A. H. M. Wiegerinck. (1976): Biochemical Parameters of Bone Metabolism in the Pre-, Peri- and Post-Menopausal State. In Consensus on Menopause Research. Eds. P. A. van Keep, R. B. Greenblatt and M. Albeaux-Fernet. M. T. P. Lancaster.
4. Keep, P. A. van en A. A. Haspels (1977): Oestrogeentherapie in (limacterium en Post-Menopausze. Excerpta Medica, Amsterdam.

Toekomstverkenning met twee maten

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft zojuist het rapport 'De komende twintig jaar; een toekomstverkenning voor Nederland' van zijn in 1974 ingestelde Commissie Algemene Toekomstverkenning (WRR-rapport nr. 15) aan de regering aangeboden. De raad is van mening, dat het rapport belangrijk kan bijdragen tot het denken over de mogelijke ontwikkelingen van de Nederlandse samenleving op lange termijn. Volgens de Instellingswet van de WRR heeft de raad onder meer tot taak 'ten behoeve van het regeringsbeleid wetenschappelijk gefundeerde informatie te verschaffen over ontwikkelingen die op langere termijn de samenleving kunnen beïnvloeden' en een 'wetenschappelijk gefundeerd kader te ontwikkelen dat de regering ten dienste staat voor het stellen van prioriteiten en het voeren van een samenhangend beleid.' Anders gezegd: wetenschappelijke informatie wordt verschaft voor het voeren van een beleid door de centrale overheid; ten behoeve van die centrale overheid wordt een wetenschappelijk gefundeerd kader ontwikkeld. Kortom: de informatie en het kader moeten bijdragen tot het voeren van een samenhangend regeringsbeleid en tot het stellen van de juiste prioriteiten.

In 'De komende twintig jaar' zijn de deelgebieden sociale dienstverlening en sociale hulpverlening en de gezondheidszorg in elkaars verlengde behandeld. H. de Graaf schreef een nota over 'Sociale dienstverlening en sociale hulpverlening', voor de nota 'Gezondheidszorg' tekenden H. H. W. Hogerzeil en B. M. S. van Praag. Het rapport schetst twee toekomstbeelden voor de komende

Met name op het terrein van de historische groei van de gezondheidszorg en het perspectief voor de toekomst loopt de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid praktisch om de maatschappelijke ontwikkelingen heen.

Aldus Dr. Van Loon, die bijgaand de paragrafen 'Sociale dienstverlening' en 'Gezondheidszorg en sociale hulpverlening' uit hoofdstuk 3 van het rapport kritisch beschouwt. Hij doet dit op persoonlijke titel en buiten verantwoordelijkheid van de departementslijn.

door *Dr. P. C. J. van Loon*



De heer Van Loon, econoom (specialisatie sociale psychologie) is raadsadviseur Lange Termijn Planning van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

vijfentwintig jaren. Het ene beeld is geënt op het veronderstellen van een continue jaarlijkse groei van de produktie van 3%: de A-variant. Het andere: de B-variant, gaat uit van een geleidelijke daling van het groeitempo van de produktie tot 0 vanaf 1990 tot het einde van deze eeuw. Voor deze twee varianten worden knelpunten geformuleerd. De conclusie van het verkennend onderzoek is, dat tot veler verrassing de verwachte ontwikkelingen op een aantal deelgebieden ongevoelig bleken voor de verandering van de groeivoet. Deze

deelgebieden zijn onder meer de gezondheidszorg, de sociale hulpverlening en de sociale dienstverlening.

Lange termijn-visie dienstverlening

Het is bijzonder boeiend kennis te nemen van paragraaf 3.5: 'Sociale dienstverlening' en paragraaf 3.6: 'Gezondheidszorg en sociale hulpverlening' in hoofdstuk 3, dat gaat over de maatschappelijke ontwikkelingen in beide varianten. Men moet groot respect hebben voor de auteurs van deze paragrafen, die een visie, een toekomstbeeld ontwerpen, zonder dat zij een mogelijkheid hebben om de instrumenten te analyseren die bij de totstandkoming van zo'n toekomstbeeld op elkaar inwerken c.q. elkaar tegenwerken. Evenwel maakt het op mij een vreemde indruk, dat men op geen enkele wijze enige indicatie geeft voor de richting van het overheidsbeleid. Uiteraard wordt uitgegaan van de sterke toeneming van de overheidsbemoeiing met het gehele apparaat van dienstverlening. De overheid is echter verdeeld over verschillende niveaus en in verschillende departementale en organisatorische verantwoordelijkheden. Het overheidsapparaat kan niet als een

flexibele partner in het overleg over de richting van het toekomstbeeld worden beschouwd. Als overheidsfunctionaris wil ik de stelling poneren, dat ondanks het beschikken van de overheid over macht ook de overheid bij dit hele procesdenken vrij machteloos staat. Als functionaris voor lange termijn-analyses kan ik deze machteloosheidsgevoelens uitspreken. Zij nemen in het hierna volgende soms de vorm aan van een lichte kritiek.

Waarom reageer ik in een tijdschriftartikel? De reden is dat ik wil bijdragen tot de discussie over de vraag welke partners en welke tegenpolen met elkaar in verbinding moeten worden gebracht om tot een redelijke vormgeving van overheidsinvloed te komen, die in het kader van grotere mondigheid van de patiënten en consumenten, de burgers van het jaar 2000, grotere ruimte schept. Het is het doel van de WRR-publikatie in deze komende jaren voor het jaar 2000 een nieuwe grondslag te leggen. Over het management van het bestaande instrumentarium en het innoveren van nieuwe instrumenten en invalshoeken zal dan toch een exacte discussie moeten gaan plaats vinden. In het huidige bestel ontbreekt naar mijn persoonlijke mening een voldoende diepgaand vooroverleg van de verschillende besluitvormers in de onderscheidene procesgangen om tot een inhoudelijk gesprek over de toekomst te komen.

Ik sta in het vervolg stil bij enkele onderdelen, die zeer willekeurig zijn gekozen. Ik ben zo vrij de keuze te

doen voor de term 'dienstverlening'. Het onderscheid tussen sociale dienstverlening enerzijds en gezondheidszorg met sociale hulpverlening anderzijds is vrij arbitrair.

De arts en de beperktheid van de mens

Ruim een eeuw geleden hebben artsen de grondslagen gelegd voor een effectief milieuhygiënisch beleid. Van artsen en van hun professionele organisaties wordt ook thans verwacht dat men vooruitziet en anticipeert op het ontstaan van ziekten, van ziektegedragingen en van onbehagen.

Zijn de artsen daarvoor uitgerust?

Artsen willen autoriteit hebben, en wordt ook ongewenste autoriteit opgedrongen. De bevolking zoekt meer dan ooit artsenautoriteit. De autoriteitscumulatie bij de artsen is in het rapport van de commissie van de WRR niet aan de orde gesteld. Er wordt wel gesproken over een rolverschuiving naar een consultatieve taakopvatting. Dat is juist, want artsen zijn zeer gewichtige praatpalen voor de bevolking voor de emoties en rolconflicten die ontstaan bij de voortgaande geleidelijke afbraak van de traditionele sociale integratiekaders.

Het *vereenzamingsproces* wordt in het rapport als een van de grote knelpunten gesignaleerd. De vereenzaming van individuen neemt sterk toe op ieder niveau en op iedere leeftijd. Gedacht moet worden aan de veranderingen in het gezin, de individualisering binnen het gezin, het buitenshuis werken van de gehuwde vrouw, echtscheidingen, gezinsverdunningen, een toenemend aantal bejaarden, een nieuwe wooncultuur en de eenzaamheid van kinderen door het terugvallen van geboorten. Zo stelt het rapport vast: kinderen worden op jongere leeftijd onafhankelijk en de jeugdcriminaliteit zal op steeds jeugdiger leeftijd beginnen. In variant-B blijft echter het gezin nog langer intact en in variant-B bieden voorts wijkcontacten een bescheiden compensatie voor het wegvallen van de traditionele kaders van sociale integratie.

Als uitgangspunt voor een procesmatig denken over een toekomstgericht overheidsbeleid dienstverlening wil ik het volgende vooropstellen: De mens is een organisme op deze aarde, evenals

plant of dier. Stabiliteit is altijd het kenmerk geweest van de omstandigheden waaronder het individuele organisme op aarde leeft. De zeer geleidelijke veranderingen in de biotopen van de verschillende planten- en diersoorten, worden opgevangen door natuurlijke selectiemechanismen. Binnen de levensspanne van een individu (en zelfs van enkele generaties) is de leefomgeving onveranderlijk. Ook de mens is – aldus Huizinga in *Intermediair* van 14 oktober 1977 – hoofdzakelijk toegerust voor het functioneren in een sociale wereld, die in grote trekken onveranderlijk is. Men moet dus uitgaan van de fundamentele menselijke beperktheid. Het beleid van de overheid, van de belangenorganisaties van professionele werkers en van de vertegenwoordigers van de bevolking zou dus gericht moeten zijn op een vertraging van de snelle veranderingen die zich voltrekken¹. Ook al heeft men kritiek op de vrij grote eenzijdigheid van de geschetste toekomstbeelden van het rapport Toekomstverkenning, dan nog zal men moeten toegeven dat het complex van veranderingen elkaar beïnvloedt en versnelt.

De WRR oefent kritiek uit op het rapport van haar commissie door te stellen dat door de keuze van de groeivoeten, zonder het invoeren van andere veronderstellingen, ertoe voert dat de indruk wordt gewekt als zou de toekomstige ontwikkeling min of meer vastliggen en niet beïnvloedbaar zijn². De WRR heeft het rapport van de eigen commissie bovendien gerelativeerd door vast te stellen: het gaat om een verwachting ten aanzien van de toekomst die leeft bij een beperkt aantal door de WRR in de commissie benoemde instellingen en personen. Uiteraard heeft de samenstelling van de commissie gevolgen gehad voor de inhoud van de toekomstverwachting. Ook de commissie heeft laten uitkomen dat het gaat om 'een' samenhangend toekomstbeeld, met andere woorden dat het niet het enige noch het beste is dat men zich kan indenken. Vanuit die beperking heeft Hogerzeil zijn bijdrage geleverd tot het op tafel liggende werkstuk.

Alvorens hierbij kanttekeningen te plaatsen, wil ik teruggrijpen op de congresrede van KNMG-voorzitter 1977 Dr. H. W. A. Sanders ('Veranderd oordeel over geneeskunde en medische

1. Prof. Dr. L. Burema, afscheidscollege op 26 oktober 1977, Erasmus Universiteit Rotterdam, Maatschappelijke gezondheidszorg en preventie van kanker en atherosclerose, blz. 6: 'Adaptatie heeft initieel wel beschermende waarde, doch heeft op de lange duur schadelijke effecten.'

2. Als men een andere veronderstelling zou invoeren naast de twee groeivoeten, dan zou de indruk als zou de toekomst zich volgens een min of meer onafhankelijk proces ontwikkelen, kunnen worden weggenomen. De WRR wenste zelf de suggestie te vermijden dat wij te maken hebben met een onomkeerbaar proces. Uit het beschreven toekomstbeeld blijkt ook niet voldoende dat iedere uitspraak over de toekomst op één bepaald gebied afhangt van veronderstellingen omtrent hetgeen elders zal gebeuren. Tevens ontbreekt het aan methoden om zulke verwachtingen op te stellen.

professie' gepubliceerd in Medisch Contact nr. 40/1977, blz. 1246). Sanders stelt vast dat een toenemend aantal overheidsfunctionarissen en politici, juristen en economen, sociologen en filosofen beroepsmatig of persoonlijk geïnteresseerd is in aspecten van gezondheid en geneeskunde. Hij stelt vast: 'Het zich tot het publiek als tot de publieke opinie richtende deel van hen en enkele niet bij de individuele patiëntenzorg betrokken artsen, maken op opvallende wijze duidelijk dat naar hun mening: de medicalisering van de samenleving te ver is voortgeschreden, de gezondheidszorg zich te veel in curatieve zin heeft ontwikkeld, aan de geneeskunde grenzen moeten worden gesteld en aan de hulpverleners beperkingen moeten worden opgelegd.' Sanders knoopt aan deze constatering een bijzonder positieve en toekomstgerichte beschouwing vast over de houding van de arts in de toekomstige samenleving.

Conclusies

- De taakopvatting van de artsen (huisartsen, specialisten en sociaal-geneeskundigen) moet rekening houden met de behoefte de sociale ontwikkeling zodanig te helpen vertragen dat meer rekening wordt gehouden met de menselijke beperktheid.
- De artsen kunnen in de toekomst meer invloed uitoefenen op het overheidsbeleid (op verschillende niveaus) zodat zij wederom structurele bijdragen leveren, zoals in de 19e eeuw op het terrein van het milieuhygiënisch beleid.
- De artsen kunnen stimuleren tot menselijke communicatie (tegenstroom vereenzaming) en kunnen de professionaliseringstendenzen helpen afzwakken.

Het Janusgezicht van de overheid

Als overheidsfunctionaris komt het bij mij over, dat de Commissie Toekomstverkenning van de overheid op volksgezondheidssterrein een Janusgezicht schildert. Het ene gezicht is dat van de overheid die uitgaande van een procesdenken een gerichte variatie in het aanbod van dienstverlening bevordert zonder daaraan grenzen te

stellen. Het andere gezicht is dat van de overheid die de kosten beheerst door het aanbod gericht met een scherp snoeimes in te krimpen. In verband met de beperkte economische mogelijkheden, mede als gevolg van de dalende economische groei, stelt men immers op verschillende plaatsen vast dat de overheidsbemoeïing op het terrein van de gezondheidszorg moet voeren tot een verdere beheersing van de kosten.

In het rapport wordt helaas voor deze aanname geen enkele toegangspoort geopend. Ik moet dus verwachten, dat men aanneemt dat er vanuit de gezondheidszorg min of meer objectieve normen kunnen worden gesteld.

Overigens geeft het rapport een bijzonder interessante visie op de financieringswijze van collectieve bestedingen. Ook de uitgaven voor gezondheidszorg en sociale hulpverlening worden tot de collectieve bestedingen gerekend en er wordt verondersteld dat men een financieringswijze zal ontwikkelen die gebaseerd is op het putten uit de algemene middelen. Dit is een wenkend perspectief. Ik vind het wel wat erg gemakkelijk, dat de commissie over de voorbereiding van de uitwerking van zo'n idee geen enkele passage opneemt.

Zoals Hogerzeil instrumenten aanreikt voor de functionering van de gezondheidsdienstverlening in het jaar 2000, zo hadden de financiële deskundigen ook de noodzaak van het invoeren van een veelomvattend budgetteringssysteem kunnen opperen. Een nieuw systeem van allocatie van geldmiddelen vergt een vrij revolutionaire ombuiging van het bestaande denken met financiering uit merendeels verzekeringssystemen, waarbij men de techniek van de 'output'-financiering hanteert.

De gedachte over een nieuwe alomvattende financieringswijze vraagt van de overheid een strategische planning, die uiteraard op de lange termijn moet zijn gericht. In alle fases van de strategische planning en op de verschillende overheidsniveaus zal men een breed en diepgaand overleg moeten voeren over de werkvormen van de dienstverlening, hun wederkerige aanvulling en hun onderlinge substitutie. De keuze van de werkvormen zal moeten worden bepaald door prioriteiten als vertraging van de maatschappelijke ontwikkeling

in verband met de beperktheid van de mens, het bevorderen van menselijke communicatie en zelfzorg, het weer zinvol maken in deze samenleving van vrijwillige onderlinge dienstverlening, enz. De doelstellingen van de overheid bij de keuze van een nieuwe financieringswijze moeten in overleg met de werkvelden worden uitgewerkt.

Is er met de overheid een gesprek te voeren?

Als men van de zijde van de overheid en van de gesprekspartners uitgaat van de onmacht om op zichzelf – zonder gezamenlijke bezinning – methoden en instrumenten te ontwikkelen over het beleid op lange termijn, dan is die gemeenschappelijke onmacht toch ook een basis van vertrouwen. Vertegenwoordigers van de bevolking, zoals politici, vakbondsbestuurders en patiëntenorganisaties, kunnen in zo'n lange termijn gesprek participeren.

Men kan dan nog twifelen over de vraag of het zinvol is aan een gesprek over een lange termijnvisie te beginnen. Mij komt het voor dat er nog nooit zo'n grote behoefte is geweest aan een gemeenschappelijke bezinning als op dit moment, nu wij bijna zeker weten dat wij moeten toewerken naar een economische nullijn. De commissie heeft in het algemeen gesteld: 'Het is zeer de vraag of er tijdig een nieuw stelsel voor sturing van de samenleving zal zijn ingevoerd.' In verband met het belang van de vertraging van de maatschappelijke ontwikkeling met het oog op het menselijk welzijn acht ik het een kardinaal punt, dat met name op het terrein van de dienstverlening tijdig wordt aangevangen met de analyse van de mogelijkheden van sturing van dit deelgebied. De geopperde idee op het terrein van de financiering is, naar men mag veronderstellen, een van de meest elementaire stuelelementen.

Conclusies

- Er bestaat behoefte aan het aanvangen van een gesprek over de doelstellingen van een strategische planning die gericht is op het ontwikkelen van een stuurmechanisme voor het aanbod van de dienstverlening, uitgaande van het overwegen van een nieuwe financieringswijze.
- Een publieke discussie over de weging van de verschillende werkvormen voor het bereiken van de

te formuleren doelstellingen moet worden aangemoedigd.

– In het hierna samengevatte toekomstbeeld van Hogerzeil worden constructieve aanknopingspunten geboden, zowel voor het doelstellingenberaad als voor de weging van de werkvormen.

De zorgsystemen van Hogerzeil

Ik ben tot de overtuiging gekomen, dat met name op het terrein van het functioneren van de gezondheidszorg en het perspectief voor de toekomst praktisch om de maatschappelijke ontwikkelingen is heengelopen. Ik wil dit verduidelijken.

In de 19e eeuw is door de gezondheidszorg het initiatief genomen tot structurele maatregelen ter bestrijding van ziekten o.a. door drinkwatervoorziening, rioleringsaanleg, verbetering van de huisvesting. Het rapport geeft een indringende schets van maatschappelijke ontwikkelingen die voor het organisme ‘mens’ dat in de westerse wereld leeft moeten voeren tot het bij vele individuen tekortschieten aan de menselijke afweermechanismen om zich in de snel veranderende sociale omgeving continu als gezonden te handhaven. Dit vallen en opstaan van de mens moet men in het toekomstbeeld plaatsen in de context van een complex gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen en met name van de snelheid waarmee deze zich voltrekken.

Voor het organisme ‘mens’ hebben wij in de afgelopen periode gebouwd aan een beschermingsgordel, die zich in hoofdzaak manifesteert als gezondheidszorg en sociale hulpverlening.

Door het zonder meer uitgaan van de effectiviteit van de zich steeds uitbreidende beschermingsgordel komt het rapport tot de conclusie van het ongevoelig zijn van het deelgebied voor het verschil in economische groeivoeten. Komt dit resultaat voort uit het schetsen van de maatschappelijke ontwikkeling op zodanige wijze dat men de factor mens niet onderscheidt van planten- en diersoorten? Ik heb er moeite mee. Verschijnselen van aantasting van het functioneren van het organisme ‘mens’ zijn in het rapport niet onder die

noemer vermeld. Men suggereert daardoor dat het uitbreiden van de beschermingsgordel wordt verondersteld.

Onderzoek heeft uitgewezen, dat alleen al het bestaan van zo’n beschermingsgordel bij bepaalde individuen kan voeren tot het afschuiven van eigen verantwoordelijkheid (grotere afhankelijkheid). Voegt men daarbij dat in de huidige maatschappelijke context iedere groep van hulpverleners tracht zijn identiteit bevestigd te krijgen door een zo strak mogelijk doorvoeren van de professionalisering, dan bevordert men het ontstaan van een nieuwe bureaucratie. Een bureaucratie waarin de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende disciplines breder worden uitgemeten dan het belang van de bevolking.

De hierboven gesignaleerde *eenzijdige belichting* van de maatschappelijke ontwikkeling bemoeilijkt de plaatsbaarheid van Hogerzeils bijdrage aan het rapport. De gezondheidsdeskundige Hogerzeil denkt veel genuanceerder dan het bevorderen van het steeds weer versterken van de beschermingsgordel. Terecht spreekt hij over gezondheidsbevordering en preventie. Hogerzeil spreekt van een accentverlegging van curatieve geneeskundige activiteiten naar consultatieve taakvervulling van artsen. Daarnaast kent hij uiteraard aan de sociaal-geneeskundigen nieuwe taken toe. Gezondheidscentra noemt hij ook: adviescentra. Het lijkt mij het beste dat ik enige passages aanhaal. Daarbij vraag ik aandacht voor het feit dat Hogerzeil de echelonneringsgedachte, die praktisch alleen valide is voor de curatieve geneeskunde, uit zijn beschouwing weglaat.

‘Overzien wij de kwalitatieve en kwantitatieve ontwikkeling van de gezondheidsproblemen in de laatste honderd jaar dan valt allereerst op dat de ziekten die sterfte veroorzaken, de ‘sterfteziekten’, naar oudere leeftijdsgroepen zijn geschoven. Zuigelingensterfte en sterfte door infectieziekten en deficiëntieziekten, bij operaties, bevallingen en ongevallen zijn alle afgenomen. In 1970 ligt bij vrouwen 78% van de sterfte na het 65e jaar, bij mannen 67%; in de leeftijdsgroep van 0 tot 19 jaar vormen ongevallen de voornaamste doodsoorzaak. ‘Sedert 1950 neemt het aantal aandoeningen

toe waarbij geavanceerde technieken nodig zijn om deze vast te stellen of geneeskundig te behandelen. Dit geldt met name voor ‘sterfteziekten’ zoals de hart- en vaatziekten en nieuwvormingen. Tegelijkertijd neemt het beroep op de gezondheidszorg toe voor ‘levensziekten’. Deze brengen het leven niet in gevaar, maar zij zijn ook weinig toegankelijk voor behandeling met geneesmiddelen. Het gaat vooral om en veranderde belastbaarheid, waardoor het sociaal functioneren in de verschillende leefsituaties belemmerd wordt. De behandeling ligt gedeeltelijk op geneeskundig terrein, maar hij dient er vooral op gericht te zijn normale deelneming aan het sociale verkeer weer mogelijk te maken. Dit is het werk van sociaal-medische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg in combinatie met sociale hulpverlening, en sociale verzekeringsdiensten. Deze gezondheidsproblemen gaan vaak gepaard met een beroep op de sociale verzekering voor een uitkering krachtens de Ziektewet, de WAO en de AAW. Wij brengen deze gezondheidsproblemen onder in de groep van andersbelastbaren of functioneel beperkten.

‘Naast de zieken en de anders-belastbaren onderscheiden wij nog vier andere groepen. De gezonden hebben behoefte aan een zorgsysteem gericht op gezondheidsbevordering en gezonde leefmilieus. De bedreigden zijn gezonde mensen die zijn blootgesteld aan omgevingsfactoren die afwijkingen kunnen veroorzaken. Zij vragen een zorgsysteem dat zich richt op milieuhygiëne, psychohygiëne en sociale hygiëne. Daarvoor is een systematisch signalerend onderzoek van de omgeving geboden, alsmede toezicht op het naleven van milieunormen. Wij noemen dit zorgsysteem preventie. De risicodragers zijn groepen die nog geen klachten hebben maar wel beginnende afwijkingen vertonen in lichamelijke structuur en gezondheidsgedrag. Het zorgsysteem bestaat uit actieve opsporing, advisering, voorlichting en periodieke controle, welke wij onder de term ‘interventie’ samenvatten. Tenslotte zijn er hulpafhankelijken, die door voortschrijdende ziekten, restdefecten, aangeboren afwijkingen of leeftijd niet (meer) in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Het zorgsysteem bestaat uit verzorging of verpleging. ‘Het voorgaande leidt tot de volgende indeling van gezondheidsproblemen en bijbehorende zorgsystemen:

gezondheidsprobleem	zorgsysteem
gezonden	gezondheidsbevordering
bedreigden	preventie
risicodragers	interventie
zieken	geneeskunde
anders belastbaren	resocialisatie
hulpafhankelijken	verzorging en verpleging

‘In de toekomst verwachten wij een voortzetting van de verschuiving in de relatieve frequentie van gezondheidsproblemen, die inhoudt dat de relatieve betekenis van zieken afneemt en die van de andere groepen toeneemt’.

Conclusies

- Een bezinning op de toekomstbeeld-suggesties van Hogerzeil is urgent.
- Bij deze bezinning kan het van belang zijn de overheid te laten participeren.
- Bij de beleidsontwikkeling van de overheid kan men zich niet blijven beperken tot het verbeteren van de arts-georiënteerde voorzieningen.
- De maatschappelijke organisaties en de overheid moeten consequent een zelfstandige plaats innemen aan professionele ondersteuning van vrijwilligers als stuurmiddel voor de maatschappelijke ontwikkeling.

Taakstellend denken over maatschappelijke ontwikkeling

De WRR heeft het rapport Toekomstverkenning gepubliceerd om het taakstellend denken over maatschappelijke ontwikkeling te bevorderen. Dit is urgent, omdat men in deze dagen de noodzaak heeft een anticiperende politieke besluitvorming te ontwikkelen. In 1978 moet bij wijze van spreken de voorbereiding worden aangevangen voor een toekomstgericht overheidsbeleid. Heeft het rapport van de commissie op het terrein van dienstverlening, waaronder begrepen de gezondheidszorg, samenhangende signalen opgeleverd voor een anticiperende politieke besluitvorming? Er zijn vele belangrijke signalen beschreven. Ik blijf er bij, dat door het niet leggen van verbanden tussen signalen een eenzijdig belicht toekomstbeeld overkomt. Ten aanzien van het organisme ‘mens’ wordt als centraal toekomstbeeld geschetst: grotere mondigheid en onafhankelijkheid. Er is echter

voorbijgegaan aan de verschijnselen van de aantasting van het functioneren van het organisme ‘mens’. Ik meen dat bij een grootscheepse aanpak van het bestuderen van de vraag of er tijdig een nieuw stelsel voor de sturing van de samenleving zal zijn ingevoerd, in de eerste plaats aandacht moet worden geschonken aan het analyseren van de achtergronden van de verschijnselen die wijzen op een aantasting van het menselijk functioneren.

Die studie kan men niet enkel aan sociaal-wetenschappelijke onderzoekers overlaten. Het zijn de artsen, die worden geconfronteerd met de gevolgen van de inwerking op de mens van de sociale achtergrondproblematiek. *De artsen zullen die invloed van de sociale achtergrondsvragen bij een ziekteproces moet onderkennen.*

Dit is een moeilijke opgave. Ik mag dit als volgt illustreren. Naar aanleiding van een artikel over mijn visie op het functioneren van artsen in de samenleving van de toekomst³ schrijft een arts mij:

‘Ik ben het met je eens dat de artsen zich niet zouden moeten bemoeien met het ‘niet-medisch gebied’, maar dit vereist als het ware een paradoxaal gebeuren: de arts kan er zich alleen maar van distantiëren als hij er meer begrip voor krijgt. Pas als je meer begrip hebt voor het belang en de invloed van niet-medische problematiek op het klachtenpatroon en de resultaten van het nijver medisch handelen, kun je begrijpen dat de arts moet abstineren van het meewerken aan het opnemen van burgers met niet-medische problematiek in het medisch-diagnostische curatief systeem.

‘Naar mijn idee is het nu een kwestie van strategie hoe je dit op de meest effectieve wijze kunt bereiken. Voorlopig ben ik van mening dat de artsen eerst nog verder en meer specifiek op dit terrein moeten worden opgeleid om te begrijpen dat zij in dergelijke gevallen moeten abstineren.’ Naar aanleiding van deze uitspraak van een medisch specialist, kun je je

afvragen hoe de omstandigheden zijn bij de uitoefening van de huisartspraktijk. Ter illustratie kies ik hiervoor de beschrijving van Lamberts van het navelstrengsyndroom⁴. De samenwerkende huisartsen hebben in overleg met hun patiënten een proef gedurende vijf jaren genomen met het bespreken van psychosociale problemen. De uitslag was negatief. Desondanks komt men tot de erkenning, dat beide partijen er behoefte aan hebben de contacten over de psychosociale problemen continu voort te zetten. Dit noemt Lamberts het ‘navelstrengsyndroom’.

Zal de mondige en onafhankelijke patiënt van het jaar 2000 aan de intensivering van het menselijke contact geen behoefte hebben?

Afgezien van de menselijke behoefte van intermenselijk contact, is er ook nog in deze dagen een excessief verwachtingspatroon van de patiënt ten aanzien van de arts en zijn middelen tot genezing. Anticiperende politieke besluitvorming zal erop moeten zijn gericht het verwachtingspatroon te zuiveren en daarmee een concrete hulpvraag te creëren. Of U het wilt of niet, veel zal in de komende jaren afhangen van de artsen.

Naar mijn mening komt het neer op een oneigenlijk gebruik van het artsenaanbod, als dit door de bevolking wordt gehanteerd als middel voor menselijke communicatie. Iedere arts zal op zijn plaats zich moeten afvragen: wat is de harde kern van de hulpvraag van deze patiënt en van zijn omgeving? Uit Frans en Amerikaans onderzoek is gebleken, dat de consument van gezondheidszorg en sociale dienstverlening er erg veel moeite mee heeft zijn klacht exact te formuleren. In het bijzonder bleek dit het geval te zijn bij personen uit de lage inkomensgroepen, bij minderheden, bij adolescenten en bij bejaarden. Omdat het juist deze groepen zijn, die in het jaar 2000 vermoedelijk nog wat minder mondig en minder onafhankelijk zijn dan anderen, hebben zij behoefte aan communicatie met mensen die hun sociale leefwereld ook kennen en

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.

3. ‘Naar een lange termijn beleid, te richten op een nieuwe samenleving’. Het Ziekenhuis d.d. 16 november 1977.

4. Zie verslag Gezondheidscentrum Ommoord Rotterdam, Jaarverslag 1975, blz. 16 e.v.

begrijpen. Om voor deze groepen voor de toekomst een perspectief te openen op zelfhandhaving, moet naar mijn mening een *doorbraak van bestaande zorgsystemen* ter discussie kunnen komen.

Het is een zwak punt van het rapport van de commissie, dat de zelfzorg en de vrijwilliger voornamelijk aan de orde komen als in 1990 in variant-B de economische nullijn wordt bereikt. Dan keren we weer terug naar de meer intensieve menselijke communicatie, zoals de oudere generatie die heeft beleefd in de tweede wereldoorlog. Zelfs uit het rapport van de WRR blijkt dat er een erosie bestaat van menselijke communicatie. Als voorbeeld noem ik slechts de beschreven ontwikkelingen ten aanzien van de wooncultuur (met inbegrip van suburbanisatie, verpaupering van stadsdelen, bouwkundige vormgevingen). In het taakstellend denken over maatschappelijke ontwikkeling moet aan de sector dienstverlening een grote plaats worden ingeruimd, omdat steeds meer mensen afhankelijk worden van het toekomstgericht functioneren van dit deelgebied.

Conclusies

- Het overheidsbeleid moet zich er op richten de harde kern van de hulpvraag van de patiënt en zijn omgeving bloot te leggen en dient te bevorderen dat werkvormen worden ontwikkeld die zich op de harde kern richten.
- Bij dit taakstellend denken moeten voorzorgsmaatregelen worden getroffen, die voorkomen dat de harde kern van de hulpvraag wordt weggedrukt als gevolg van gebrekkige financieringswijzen (voorbeeld: gezinsverzorging).
- Ondanks de door de professionalisering gestelde grenzen moet men in het belang van de bevolking en van de arts durven overwegen de hulp bij menselijke interactieprocessen te leggen bij minder gekwalificeerde werkers. Met name ware te overwegen een beraad aan te vangen over een taakverzwaring en uitbreiding van verpleegkundigen die in de primaire gezondheidszorg werkzaam zijn. Een anticiperend overheidsbeleid zou zich van zo'n werkform-vernieuwing als speerpunt kunnen bedienen. Voorwaarde is, dat de betrokkenen dicht staan bij de sociale leefwereld van de hulpvragers.



De frustraties van een co en een verpleger

Vanochtend zocht Dr. Wouters een 'intellectueel' voor een patiënt met een mogelijk hypogonadisme. Dus (???) kreeg ik de patiënt. Het was een jongen van twintig jaar, die zich 'zwak geschapen' voelde en psychisch met zichzelf in de knoop lag. Zijn penis was veel te kort en volgens hem lachten de meisjes hem daarom uit.

Nu heb ik toevallig ergens gelezen, dat de helft van alle mannen met die gedachte rondloopt, dus ik stelde mij er niet veel van voor – niet van de penis uiteraard, maar van het probleem. Ik kreeg gelijk. Uit de anamnese (baardgroei e.d.) bleek niets abnormaals. Er kwam niets uit en het lichamelijk onderzoek leverde alleen maar een vergrote lever op. Wat bleek? Het verdriet werd verkropt met zo'n zestig tot tachtig pilsjes per weekend en zo'n veertig sigaretten per dag. Ook Dr. Wouters vond niets aan zijn genitaliën. Ik heb de patiënt zo goed en zo kwaad als het ging gerustgesteld. Hij had overigens al twee jaar niet meer gezwoommen; zo erg was het! Maar ondertussen zwom hij bijna in zijn ascites en zijn met alcohol overvulde darm-lissen.

Bij de visite kreeg ik op de kop, dat ik mijn patiënten niet zakelijk genoeg voordroeg. Was ik bezig met het buikonderzoek, dan gooide ik er plotseling enkele lab-waarden tussendoor en las ik de lab-waarden voor, dan speelde ik wat te veel met mijn gedachten betreffende de oorzaak en de prognose van de ziekte. Kortom, het ergerde Dr. Wouters, maar die gniesde alleen maar een keer of wat onbeholpen, dus zei mijn assistent het na afloop van de visite. Hij zou mij de komende weken wel eens drillen.

Diezelfde middag moest ik voor het eerst een patiënt overdragen aan de chirurgie. Wat was er aan de hand? Een patiënt komt met pijn in zijn anus. Er wordt een poliep gevonden, die op mysterieuze wijze verdwijnt evenals de pijn overigens. Er wordt een coloninloop-foto gemaakt, en wat zien wij:

vlak tegenover de tabakszaknaad van de appendectomie zit een kanjer van een poliep. 'Voorstellen', zei Dr. Wouters en dus moest ik de man 'voorstellen aan de chirurgen'.

In ijltipo heb ik alles voorbereid. Zo goed en zo kwaad als het ging heb ik 'zijn zaak' behartigd. Ik hang de röntgenfoto's op en wie hoor ik daar . . . Dr. Wouters! 'Ik ben er nog niet zo zeker van. Zouden jullie hem er nu inderdaad al moeten uithalen? Voor mij hoeft het niet direct.' Wat zullen we nu krijgen, dacht ik. Op verzoek van Dr. Wouters moet ik een patiënt overdragen en dan begint hij er ineens over te etteren dat 'het niet direct voor hem hoeft'. Welverdraaid; stel, dat het een abces of een tumor is, wat dan? Maar de chirurgen knikten allemaal meewarig nee en ja door elkaar, dus daar ging mijn zaakje. Uiteindelijk werd het 'nee'.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(18)

Het valt mij op, dat verplegers wat brutaler zijn dan verpleegsters. Verplegers tutoyeren je de grond in, terwijl verpleegsters je de lucht injagen met dat eeuwige ge'U'. Hoeveel verpleegsters heb ik al gezegd, dat ze mij rustig bij mijn voornaam mogen noemen? Maar nee hoor, van de hoofdzuster moeten ze blijkbaar tot in lengte van dagen (en nachten?) 'Dokter' tegen mij zeggen. Alleen die verplegers gaan maar rustig door. Een van de andere co's meent – en misschien wel terecht – dat onder de verplegers nogal wat frustraties zitten.

Alexander van Es



Samenwerking sportarts-huisarts-specialist

Het ontstaan van de Sportmedische Adviescentra zal waarschijnlijk veel vraagtekens en misschien weerstanden hebben opgeroepen. In Haarlem zijn aan de oprichting van het Sportmedisch Adviescentrum gesprekken met het bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging voorafgegaan, waarbij uitvoerig werd stilgestaan bij de wijze van samenwerken van sportarts, huisarts en specialist. Indien deze samenwerking een bijzondere is – of in ieder geval een apart artikel rechtvaardigt – moet men zich afvragen of de oorzaak daarvan misschien ligt in aparte aspecten van de patiënt-sportbeoefenaar (sportpatiënt).

De ontmoeting met de sportpatiënt

Voor de sportbeoefenaar is de sport vaak iets zeer essentieels. In alle lagen van de sport – van recreatiesport tot topsport – vindt men veelal mensen die voor hun hobby sterk gemotiveerd zijn. De een reageert in de sport wekelijks zijn spanningen af, de ander leeft sterk voor één evenement toe en traint daarvoor maanden intensief. Voor beiden kan zelfs een ongevaarlijke kwaal iets vitaals betekenen; vandaar hun streven naar een zo sterk mogelijk herstel. De medische autoriteit heeft hiervoor te vaak te weinig begrip, spreekt van verdwazing, denkt aan excessen en oordeelt niet meer over de kwaal, maar veroordeelt de mens. Hij legt zijn eigen hoger geachte normen op: 'Houd toch op met dat gekke geloof', of 'overdrijf dat voetballen niet zo'. De sporter voelt zich in de steek gelaten en teleurgesteld. In plaats van een behandeling van zijn kwaal

door **C. J. Weidema** en
mw. C. M. Kutsch Lolenga-Van Riessen



C. J. Weidema is huisarts te Haarlem, waar hij een Sportmedisch Adviescentrum heeft opgericht. Van zijn andere sportmedische activiteiten zijn zijn functies van voorzitter van het Haarlems Bureau voor Medische Sportkeuring, bestuurslid van de Haarlemse Sportraad en clubarts van de FC Haarlem de meest opvallende.

Mw. C. M. Kutsch Lolenga-Van Riessen doorliep de Academie voor Lichamelijke Opvoeding in Den Haag. Zij is mede-oprichtster van het Sportmedisch Adviescentrum te Haarlem. In haar veelsoortige werkzaamheden voor dit centrum kreeg haar grote interesse voor de sportmedische facetten van de sport gestalte.

ontving hij een afkeuring van zijn hobby, welke een integrerend deel van zijn leven is. Hij vroeg – terecht – om een therapie, die zijn manier van leven mogelijk maakt en ontving een brok onbevoegd uitgeoefende kritiek. Is de arts er niet om een ieder te helpen zijn zelf gekozen wijze van leven mogelijk te maken, zolang deze sociaal aanvaardbaar is? Alleen al hierom wendt de sporter zich tot de sportarts, van wie tenminste begrip

mag worden verwacht voor de sporthobby en bovendien kennis van de sport. Natuurlijk dreigt in een enkel geval verdwazing, doch ook hier kan alleen begrip preventief werken. De volgende patiënten die ons SMA bezochten kunnen het voorgaande illustreren:

De heer H. A. K. te V. is een 46-jarige aannemer. Hij beoefent atletiek, lange afstandsloop. Wegens pijn onder de voet had hij meerdere artsen bezocht, van wie hij onveranderd te horen had gekregen dat hij op zijn leeftijd dan maar niet meer moest hardlopen. Patiënt had ongeveer een jaar zijn sport niet meer beoefend, maar kon daarin niet berusten. Hij voelde zich niet fit, wat verongelijkt en in de steek gelaten, omdat hardlopen in de wijde natuur zijn lust en zijn leven was en niemand dat wilde begrijpen. Opvallend was ook dat patiënt te dik was geworden. Eenvoudige fysiotherapie hielp hem verrassend snel van de klachten af en wij adviseerden hem toen zijn training zeer geleidelijk aan te hervatten en op te voeren met enkele tussentijdse controles bij ons. Een half jaar later zagen wij hem voor de laatste keer terug, zijn overgewicht was weg, hij voelde zich fit, had geen enkele klacht meer en liep weer 30 km.

De heer J. H. S. te V. is een 36-jarige kantoorbediende en marathonloper. Hij traint maandenlang 80 à 100 km per week voor een enkel evenement, zonder van een vereniging lid te zijn. Zijn klacht: duizeligheid na 35 km hardlopen. Advies huisarts: 'Ophouden met dat gekke geloof'. Bij onderzoeken werden geen belangrijke afwijkingen gevonden en zijn conditietest viel zeer hoog uit.

(hoger dan een doorsnee beroepsvoetballer). Opvallend – en bedenkelijk – is dat hij zoveel traint, zonder enige begeleiding (inmiddels zagen wij dat dit zeer vaak voorkomt). Bovendien kan men zich verbazen over het geweldige enthousiasme van zo'n sporter die zich zo inzet zonder enige prikkel van publiek of pers. Zijn hobby moet hem veel waard zijn. Wij hebben de voeding bijgesteld, een ander trainingsschema gegeven en hem voor technische begeleiding naar een atletiekvereniging verwezen. Zijn klachten zijn verdwenen.

F. S. te O. is een 14-jarige jongen, die met zijn vader ietwat schuw de spreekkamer binnenstapt. Hij beoefent judo, turnen, zwemmen, atletiek en voetbal (iedere dag een sport, zijn vader geeft hem regelmatig krachttraining en doet wekelijks een duinloop met hem). Vader zou zijn zoon ook graag karate zien beoefenen; zijn vraag is derhalve of dit zijn zoon niet zou overbelasten. Lichamelijke overbelasting treedt bij jonge kinderen niet zo snel op en bij uitvoerig onderzoek waren daarvan ook geen tekenen. Wij betwijfelden echter of het kind al deze takken van sport wel met plezier deed en vroegen ons af of het geen slachtoffer was van sportverdwazing van de vader. Wij wezen er op dat sport voor jonge kinderen vooral speels moet zijn en dat op deze leeftijd eerder op techniek dan op kracht moet worden getraind. Wij hopen dat dit ventje sportplezier behoudt.

Samenwerking sportarts-huisarts

Veel patiënten wenden zich rechtstreeks tot de sportarts, het is echter verheugend dat ook steeds meer huisartsen hen met een begeleidend schrijven verwijzen. In beide gevallen wordt de huisarts geïnformeerd over dit eerste consult en over elke nieuwe ontwikkeling daarvan. Ook over keuringen en conditietests wordt bericht indien daartoe een medische aanleiding bestaat. De berichtgeving geschiedt schriftelijk en binnen een week. Indien nadere informatie kan bijdragen tot een duidelijker inzicht van de patiënt, bijvoorbeeld betreffende zijn sociaal functioneren, worden telefonische gegevens hieromtrent aan de huisarts gevraagd. Onderling overleg leidt tot een

behandelingsvoorstel aangepast aan de sport, die de patiënt beoefent en aan de intensiteit van de sportbeoefening. Soms komt uit het overleg een verwijzing naar een specialist voort; meestal is dit een specialist die als consultant aan het SMA is verbonden. De sportarts begeleidt de sporter tijdens de nabehandeling en bespreekt de trainingsopbouw en de wedstrijdherhvatting met de trainer, wiens taal hij makkelijker heeft leren spreken.

De heer J. B. te S. is een 31-jarige slager, die als amateur-voetballer nog is een hoge klasse speelt. Zijn huisarts verwees hem naar het SMA wegens enkelklachten zonder duidelijk voorafgaand trauma. Zijn lange voetbalanamnese en het onderzoek doen een arthrosis vermoeden; bovendien is de voet doorgezakt. We overlegden met de huisarts, deze laat in zijn woonplaats X-foto's maken en neemt onze suggesties betreffende aangepast schoeisel over. Als daarna de huisarts ons bericht dat inderdaad tekenen van arthrose zijn gevonden volgt nader overleg. Besloten wordt te proberen of patiënt met de maatregelen betreffende het schoeisel en met een fysiotherapeutische behandeling klachtenvrij wordt. Zo niet, dan volgt mede in verband met zijn staande beroep advisering van een andere sport.

A. S. te H. is een 14-jarige zwemmer met klachten van moeheid (al bij het opstaan), prikkelbaarheid, nervositas, slecht slapen en matige schoolprestaties. Bij onderzoek vinden we een lichte anaemie en een conditioneel niveau dat goed is voor zijn leeftijdsgroep, maar dat zeker niet de hoogte van topzwemmers haalt. Uit overleg met de zwemtrainer blijkt echter dat hij wel een trainingsschema van een topzwemmer heeft, wat voor deze jongen dus te hoog gegrepen is. Een gesprek met de huisarts brengt aan het licht dat de jongen thuis – als middelste van drie kinderen – 'klem zit' en gebukt gaat onder de betere prestaties van zijn oudste broer. Met de ouders is de problematiek besproken; eventueel zal de jongen een andere sport kiezen; 'hij voetbalt ook aardig'.

Het contact tussen clubarts en huisarts lijkt minder hecht. De clubarts is bij blessures in de frontlijn,

verleent EHBO en ziet in de meer professionele sport zijn patiënt vaak dagelijks. In deze 'sportbedrijven' is vaak een dagelijkse fysiotherapeutische behandeling mogelijk. De huisarts is hierbij minder betrokken, omdat vaak sprake is van minor-laesies; bij ernstige traumata of ziekten is onderling overleg natuurlijk even noodzakelijk.

Samenwerking sportarts-specialist

Het belang van de patiënt eist dat de specialist nauwkeurig wordt geïnformeerd over de problematiek; in zoverre hebben sportarts en huisarts een gelijke opdracht. De sportarts kan hierbij de medische aspecten van de sport belichten voor zover deze betrekking hebben op de betreffende aandoening. De specialist stelt na zijn onderzoek de huisarts en de sportarts op de hoogte van zijn bevindingen. Noodzakelijk is dat de specialist interesse heeft in de sport, omdat een indruk van de aard en de intensiteit der lichamelijke belasting die de sport met zich meebrengt belangrijk is bij het bepalen van het medisch beleid en omdat het vertrouwen van de patiënt groeit naarmate hij bemerkt dat de specialist belangstelling voor de sport heeft. De patiënt zal dan gemakkelijker teleurstellende resultaten van het medisch onderzoek aanvaarden en als onvermijdelijk beschouwen. Te vaak hebben wij patiënten van de ene arts naar de andere zien zwerven, omdat bij alle deskundigheid deze belangstelling had ontbroken. De specialist moet de sfeer van de sporter kunnen proeven en de sportarts moet hem daarbij in zijn schriftelijk of mondeling contact behulpzaam zijn.

De heer J. D. te H. is een 26-jarige beroepsvoetballer, zijn team heeft duidelijke kansen op promotie naar de eredivisie. Tijdens de training loopt hij een hoofdwond op en de chirurg helpt hem kundig met acht hechtingen. Patiënt vraagt de chirurg of hij zondag mag voetballen. Antwoord van de chirurg: 'Is er niets belangrijkers?' Toen was het moeilijk de patiënt te overtuigen dat zo'n advies toch op deskundigheid berust.

In het SMA verlopen de contacten tussen sportarts en specialist wellicht vanzelfsprekender. Ook de wederzijdse ervaringen en meningen

worden vlot besproken, waardoor de sportarts zijn medisch beleid aan de mening van de specialist kan toetsen en zij hun werkwijze op elkaar kunnen afstemmen.

R. B. te H. is een 15-jarige voetballer. Hij moet vaak na zo'n 20 minuten het voetballen staken wegens pijn links in zijn borst, ook een duurloop houdt hij niet vol. Bij het algemeen onderzoek is er een pols van 116 met een respiratoire artiburie. Op de fietsergometer blijkt zijn conditioneel niveau zeer laag te zijn. De consulent cardiologie vindt slechts een sinustachycardie en ook telemetrie levert geen verdere gegevens op. Tijdens het onderzoek was ons en ook de cardioloog gebleken dat de vader, voorzitter van de voetbalclub, een zeer dominerende rol speelde. De jongen maakt een schuchtere, angstige indruk en praat nauwelijks over voetballiefhebberij. Na overleg tussen sportarts, huisarts en cardioloog werd om psychologische redenen besloten de jongen een jaar het voetballen te laten staken.

De heer H. te H. is een 52-jarige directeur die niet aan sport doet, maar graag wil gaan 'bewegen'. Vraagstelling: 'Mag dat?' en zo ja, 'wat mag?' Bij onderzoek vinden we:

- in frequentie toenemende extrasystolen tijdens inspanning;
- oude meniscuslaesie met flexiebeperking;
- retropatellaire chondropathie;
- lichte gonarthrose

We schakelden onze consulenten cardiologie en orthopaedie in, waarna overleg volgde. De cardioloog limiteerde het inspanningsniveau, de orthopaed gaf de beperkingen op zijn gebied aan. De sportarts kreeg zo inzicht in hetgeen de patiënt niet kon doen, bekeek wat hij wel kon en stelde aan de hand daarvan een trimschema op.

De nabehandeling – bijvoorbeeld na operaties – is vaak erg lacunair gebleken. Herhaaldelijk komen na knie-operaties patiënten terug, die ogenschijnlijk zijn hersteld omdat zij hun werk kunnen verrichten doch die hun hobby – de sport – niet kunnen bedrijven. We moeten dus spreken van een onvolledig herstel. Bij het streven naar totale genezing kan de sportarts in overleg met specialist en huisarts uitstekende diensten bewijzen, als alle collegae het maar de

moeite waard zouden vinden dat de patiënt wordt begeleid totdat hij zijn sport weer kan doen.

De heer H. v.d. P. te H. is een 32-jarige boekhouder en een amateurvoetballer. Een half jaar tevoren werd hij behandeld wegens een meniscuslaesie. Hij kreeg daarna enige weken fysiotherapie en werd vier weken na de meniscectomie als genezen uit de controle ontslagen. Het voetballen lukt hem echter nog steeds niet, hij zakt door zijn knie, kan niet 'aanslaan' en niet snel wenden. Bij onderzoek blijkt het geopereerde been vier centimeter dunner. Na overleg van de sportarts met de specialist en de huisarts krijgt de patiënt langdurige quadriceps-training van de fysiotherapeut en wordt daarna nauwkeurig begeleid bij zijn voetbaltraining.

De heer C. J. A. te H. is een 47-jarige(!) marathonloper. De huisarts bericht dat patiënt onder psychiatrische behandeling is geweest en arbeidsongeschikt is verklaard. De patiënt vertelt ons dat hij medicijngebruik heeft kunnen staken en zich fit voelde zolang hij maar kon lopen! Hij klaagde over pijn onder de bal van de voet na 25 km hardlopen. Vijfentwintig jaar geleden had hij beiderzijds een teenoperatie ondergaan wegens een hallux valgus. Op de X-foto waren geen tekenen van een fractuur, het advies had geluid: 'minder lopen'. Het onderzoek toonde onder andere een doorgezakte voorvoet, door de operatie verkorte halluces, waarvan de rechter bij staan de grond niet meer raakte, met daarnaast een verkromde tweede teen, die de belasting van de grote teen overnam. Wij verwezen deze patiënt naar onze consulent

orthopaedie met de overweging juist bij deze patiënt alles te proberen om aan zijn enorme motivatie tegemoet te komen. De orthopaed slaagde er met goed aangepast schoeisel in de patiënt van zijn klachten af te helpen, zodat hij voorlopig weer voort kan zonder tranquillizers!

De revalidatie berustte dus tot en met de sportiviteit op overleg tussen specialist-sportarts-huisarts en fysiotherapeut, waarbij de sportarts een coördinerende functie heeft.

Misschien lijken de medische zorgen groot in verhouding tot het sociale rendement; maar klinkt niet overal en van allerlei zijden de roep tot meer bewegen? Ongelukken geschieden in alle lagen van de sportbeoefening en zeker niet in het minst in de recreatiesport. Het steeds intensiever bewegen vergt goede begeleiding, maar helaas hebben vertegenwoordigers van allerlei disciplines – waaronder de medische – vaak volstaan met het signaleren van misstanden en het uitspreken van hun afschuw, om zich vervolgens hautain af te wenden.

Echter, de medicus is onmisbaar bij het in zo groten getale bedrijven van sportieve activiteiten, welke thans immers duidelijk geacht worden in het belang te zijn van de volksgezondheid.

De sportgeneeskunde heeft in de uitgebreide sport- en bewegingswereld haar eerste schreden gezet, opdat ook hier de mensen hun eigen, zelfgekozen levenswijze zo veilig mogelijk kunnen verwerkelijken. De veelsoortigheid der problematiek vereist een grondige en soepel lopende samenwerking van artsen van alle disciplines.

De sportarts rekent daar op!



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

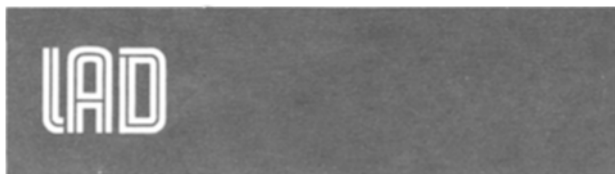
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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



Van het centraal bestuur

De CAO-Ziekenhuiswezen

De CAO en de toepassing op assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist

Reeds medio 1977 werd duidelijk, dat de toepassing van de CAO-Ziekenhuiswezen – met name de uitvoeringsregelingen werktijden, overwerk en bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten – problemen opleverden voor de assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

De oorzaken hiervoor waren niet alleen gelegen in de financiering van de meerkosten, maar ook in de feitelijke interpretatie van deze uitvoeringsregelingen.

Inmiddels is voor de financiering over 1977 (en naar wij verwachten ook voor 1978) een regeling getroffen, te weten doorberekening van de meerkosten in de verpleegtarieven (geschat op \pm 15 miljoen gulden voor \pm 900 assistent-geneeskundigen en derhalve f 16.600 gemiddeld per assistent-geneeskundige, volgens de NZI-enquête).

Op verzoek van de LAD is door het Centraal Overleg Arbeidsvoorwaarden Ziekeninrichtingen (COAZ) een werkgroep ingesteld,* die over de in de praktijk gerezen interpretatieproblemen duidelijkheid zou moeten verschaffen in de vorm van een toelichting, speciaal voor assistent-geneeskundigen, in de CAO.

Op 30 januari 1978 heeft de werkgroep haar bevindingen in een rapportage aan het COAZ aangeboden. Het COAZ heeft besloten deze rapportage als apart onderdeel in de CAO op te nemen. Overigens is afgesproken, dat de toepassingsregels met terugwerkende kracht tot 1 januari 1977 gelden. Onderstaand volgt de tekst.

Het centraal bestuur der LAD spreekt de hoop uit, dat deze toelichting ertoe kan bijdragen, dat de CAO zonder problemen integraal voor de assistent-geneeskundigen kan worden toegepast.

N.B.: Deze rapportage is niet van toepassing op de assistent-geneeskundigen, die *niet* in opleiding tot specialist zijn. Voor hen gelden conform de negende uitspraak van de Interpretatiecommissie dezelfde regelingen als voor andere werknemers, vallende onder de CAO.

Toepassing van de uitvoeringsregelingen arbeidsduur, overwerk en bereikbaarheidsdienst op de assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

I Algemeen

a. De CAO hanteert als uitgangspunt een arbeidsduur van 40 uur per week voor alle categorieën van werknemers, derhalve ook voor assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist overeenkomstig de regelingen als vastgesteld door het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie.

b. De assistent-geneeskundige in opleiding ontvangt zijn opleiding voor het overgrote deel tijdens en door middel van het vervullen van zijn werkzaamheden in de inrichting.

Omdat deze beroepsopleiding niet door of namens de instelling wordt gegeven, maar door de door de Specialisten Registratie Commissie erkende opleider-specialist, en omdat de assistent-geneeskundige in enige mate zelfstandig inhoud kan geven aan zijn opleiding – hetgeen niet of minder het geval is bij andere beroepsopleidingen welke binnen de ziekeninrichtingen worden gegeven – is de opleiding tot specialist niet een inservice-opleiding als gedefinieerd in de CAO.

Dit betekent dat de werkgever (degene die het aantal arbeidsuren bepaalt) en de opleider (degene die het aantal opleidingsuren bepaalt) niet dezelfde zijn.

Door deze splitsing tussen opleider en werkgever komt het probleem naar voren: de werkgever is primair verantwoordelijk voor de vaststelling van de werktijden en daarbij gebonden aan vastgestelde CAO-urennormen, terwijl de opleider-specialist primair verantwoordelijk is voor de opleidingsactiviteiten en gebonden aan de vigerende opleidingseisen, vastgesteld door het Centraal College, die niet uitgaan van urenaantallen (noch normatief, noch limitatief).

II Arbeidsduur

a. Normatieve werkweek

Opleidingsmomenten en arbeidsuren zijn niet altijd te scheiden. Het is derhalve moeilijk tot een concrete verdeling te komen met betrekking tot het aantal uren per dag/week waarin de assistent-geneeskundige zijn opleiding ontvangt en het aantal uren dat hij uitsluitend arbeid verricht.

Gelet op het bovenstaande en gelet op de aard van de functie, welke de assistent-geneeskundige vervult, heeft de normatieve werkweek van de assistent-geneeskundige in opleiding in beperkte mate een flexibel karakter, zodat voor de assistent-geneeskundige in opleiding in verband met de opleidingsactiviteiten, welke in de dagelijkse werkzaamheden zijn verweven, deze dagelijkse werkzaamheden meer dan 8 uur per dag kunnen omvatten en tot een werkweek van maximaal 50 uur kunnen uitlopen. In het algemeen zullen de opleidingsmomenten vooral opgesloten liggen in de dagelijkse werkzaamheden (tijdens de normale dagdienst). Het is echter niet uitgesloten dat deze opleidingsmomenten ook liggen in uren waarop tijdens bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten effec-

* De samenstelling van de commissie was:

aan werkgeverskant:

- leden: Drs. W. H. J. de Moor, voorzitter, Drs. W. F. J. Smarius, Mr. J. L. C. Landwehr en Mr. A. G. Mandersloot
- deskundigen: Dr. M. Knape, chirurg-opleider en H. T. J. Veldboer, personeelsdeskundige

aan werknemerskant:

- leden: Mr. W. G. van der Putten, Mw. mr. P. Swenker en J. van Geffen
- deskundigen: H. F. Aarts, assistent-geneeskundige (chirurgie), C. La Lau, assistent-geneeskundige (oogheelkunde), Dr. J. P. M. Lelkens, anesthesist-opleider en Dr. W. van Zeben, kinderarts-opleider

tief wordt gewerkt. De werkweek van maximaal 50 uur kan zich derhalve uitstrekken tot zowel de dagdiensten als de bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten. Per instelling en eventueel per specialisme zal in goed overleg tussen werkgever, opleider-specialist en assistent-geneeskundige(n) in opleiding vastgesteld moeten worden waar de opleidingsmomenten liggen en bij de opstelling van roosters zal hiermede rekening dienen te worden gehouden.

b. Begripsbepaling werktijd

Onder het begrip 'werktijd' worden mede verstaan alle opleidingsmomenten, welke gericht zijn op directe patiëntenzorg, alsmede alle organisatorische activiteiten, welke door de werkgever in het belang van de instelling worden geacht. Hieronder vallen ook:

- lidmaatschap van de ondernemingsraad;
 - het participeren in teambesprekingen;
 - besprekingen met huisartsen en andere disciplines;
 - het meewerken aan de opleiding voor verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en andere medewerkers van het ziekenhuis, indien geen aparte honorering wordt gegeven door de werkgever;
 - het meewerken aan de opleiding van co-assistenten.
- Deze begripsomschrijving houdt derhalve in dat niet binnen deze werktijd van 40 à 50 uur per week zijn inbegrepen:
- (on)verplichte refereeravonden;
 - het bijwonen van vergaderingen van de medische staf;
 - het bijwonen van (wetenschappelijke) vergaderingen;
 - (thuis)studie, zoals literatuur- en tijdschriftenstudie;
 - meewerken aan de opleiding voor verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en andere medewerkers van het ziekenhuis, indien hiervoor een aparte betaling door de werkgever wordt gegeven.

III Overwerk

a. Begripsomschrijving en begrenzing

Uit de begrenzing, welke met betrekking tot het aantal werkuren is gesteld, volgt eveneens dat indien een assistent-geneeskundige in opleiding langer dan 50 uur per week werkt, hij in aanmerking komt voor een vergoeding voor overwerk overeenkomstig de uitvoeringsregeling als neergelegd in de CAO.

Artikel 3 van de uitvoeringsregeling ('opdracht tot overwerk', anders dan in het kader van aanwezigheids- respectievelijk bereikbaarheidsdienst) houdt tevens in dat, indien de directe patiëntenzorg zulks vereist, ervan uit wordt gegaan dat de arts bereid en verplicht is incidenteel overwerk te verrichten. Een voorafgaande opdracht daartoe van de werkgever wordt alsdan verondersteld.

Anderzijds wordt van de assistent-geneeskundige in opleiding verwacht dat hij desgevraagd een omschrijving geeft van de tijdens de gemaakte overuren verrichte werkzaamheden.

b. Werkbelasting

Ten einde de werkbelasting van de assistent-geneeskundige in opleiding binnen redelijke grenzen te houden dient de werkgever ervoor zorg te dragen dat het overwerk incidenteel van aard is en dat de gestelde grens van

15 procent niet wordt overschreden. Indien dit wegens bijzondere omstandigheden niet mogelijk blijkt (bijvoorbeeld op korte termijn geen geschikte kandidaat kunnen vinden, welke een vacature gaat vervullen), ontheft dit de werkgever niet van zijn verplichtingen om ook de vergoeding voor overwerk boven de 15 procent te geven. Voorkeur verdient het, indien het overwerk 'structurele' aspecten zou gaan vertonen, deze uren te vervangen door roosterdiensten.

c. Berekening

Bij de berekening van de overwerkvergoeding dienen alle uren, waarop door de assistent-geneeskundige is gewerkt en vallend onder het geformuleerde begrip 'werktijd' te worden betrokken.

De onderstaande voorbeelden mogen ter verduidelijking dienen:

Voorbeeld I

	50 uren	werktijd in dagdienst (inclusief opleidingsmomenten)
	6 uren	werk in het kader van bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst
Totaal	56 uren	
	50 uren	grens van waaraf overwerkvergoeding wordt toegekend
Blijft over	6 uren	welke worden vergoed ingevolge de uitvoeringsregeling overwerk

Voorbeeld II

	40 uren	werktijd in dagdienst (arbeidsduur inclusief opleidingsmomenten)
	17 uren	werk (inclusief opleidingsmomenten) in het kader van bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst
Totaal	57 uren	
	50 uren	grens van waaraf overwerkvergoeding wordt toegekend
Blijft over	7 uren	welke worden vergoed ingevolge de uitvoeringsregeling overwerk

Met betrekking tot de hoogte van de toeslag overeenkomstig artikel 7 van de uitvoeringsregeling overwerk wordt geadviseerd om hiervoor te nemen het gewogen rekenkundig gemiddelde van de percentages van het totaal aantal uren, gemaakt vanaf het vijftigste uur.

IV Bereikbaarheid/aanwezigheid

Terzake van het aantal effectief gewerkte uren tijdens bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten is toegestaan het aantal gewerkte uren tijdens genoemde diensten te bepalen op basis van een gemiddelde dat berekend is aan de hand van ervaringsgegevens.

Indien blijkt dat tijdens bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten voor meer dan circa 60 procent effectief wordt gewerkt, verdient het overweging deze diensten om te zetten in een normale roosterdienst.

van het centraal bestuur

KIESDELER 1978

Ondergetekende deelt mede, dat de kiesdeler 1978 is vastgesteld op 75 (was 72).

Het aantal afgevaardigden blijft gelijk, echter de districten I, IV en VII hebben ieder recht op een afgevaardigde minder en de districten IX, X en XVI hebben ieder recht op één afgevaardigde meer. District XIV krijgt een kwaliteitszetel apotheehoudende afgevaardigden minder. Derhalve bedraagt het aantal afgevaardigden per district als volgt:

District	Aantal afgevaardigden	Kwaliteitszetels apotheehoudende afgevaardigden	
I	3 (was: 4)	(0)	Amsterdam
II	3	(1)	Haarlem
III	3	(1)	Alkmaar
IV	3 (was: 4)	(1)	Den Haag
V	3	(1)	Leiden
VI	4	(1)	Rotterdam
VII	2 (was: 3)	(1)	Dordrecht
VIII	2	(1)	Zeeland
IX	4 (was: 3)	(1)	N. Brabant-W
X	5 (was: 4)	(1)	N. Brabant-O
XI	5	(2)	Limburg
XII	3	(1)	Utrecht
XIII	3	(1)	Amersfoort
XIV	5	(1) (was: 2)	Gelderland-Z
XV	2	(1)	Gelderland-N
XVI	3 (was: 2)	(1)	Zwolle
XVII	2	(1)	Twente
XVIII	2	(1)	Drente
XIX	3	(2)	Friesland
XX	3	(1)	Groningen
	<u>63</u>	<u>(21)</u>	

N.B. de tussen () geplaatste cijfers geven het minimum aantal apotheehoudende zetels aan, waarop een district recht heeft.

F. A. van Spanje, secretaris

Mededelingen

Resultatendeling en fractiewaarde met betrekking tot beroepspensioenen voor huisartsen en medische specialisten

De resultatendeling van bij de OLMA ondergebrachte pensioenverzekeringen, gesloten in het kader van de beroepspensioenregelingen voor huisartsen en specialisten, is wat betreft verzekeringen met een verzekerd bedrag in guldens, berekend op 4,26%. Alle bij de OLMA verzekerde nominale pensioenbedragen, zowel ingegane pensioenen, als niet-ingegane en premie-vrije pensioenen, worden derhalve met dit percentage verhoogd.

De fractiewaarde (de rekeneenheid die bij de OLMA wordt gebruikt voor verzekeringen met een verzekerd bedrag in fracties) is vastgesteld op *f* 1.252. Het guldenbedrag van de in 1978 op te bouwen pensioenen in het kader van de genoemde beroepspensioenregeling wordt derhalve in fracties omgerekend tegen de genoemde fractiewaarde; het verzekerde aantal fracties op ingegane pensioenen wordt eveneens, ter bepaling van het uit te betalen bedrag in guldens, Nederlands courant, in 1978 tegen deze genoemde fractiewaarde omgerekend.

Fractiewaarde voor individuele verzekeringen

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, OLMA, worden uitgedrukt, heeft – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo december 1977 – voor het eerste kwartaal 1978 een waarde van *f* 1.252.

INHOUD OFFICIEEL

LAD:	
van het centraal bestuur:	
De CAO-Ziekenhuiswezen	294
OLMA:	
Mededelingen	296
LHV:	
van het centraal bestuur:	
Kiesdeler 1978	296

Nr. 9 – 3 maart 1978