



## redactioneel

- Vrijwillig kinderlozen lopen eerder tegen negatieve sociale kwalificaties op. Dr. P. B. Bierkens, medisch psycholoog, c.s. ondervroegen ruim honderdvijftig Nijmegenaren. Als motivatie voor vrijwillige kinderloosheid bleken overwegingen met betrekking tot het welzijn van het potentiële kind nog het meeste begrip te ontmoeten; eigen welzijn kwam er als motief het slechtst af.
- Doorleven met één borst vraagt aanvaarding van een nieuw zelfbeeld. Een conversieproces waar de meeste vrouwen die een mastectomie hebben ondergaan goed uitkomen. De steun van vrijwilligsters die hun ervaring delen lijkt daarbij zinvol. Zie het kort verslag van een onderzoek naar de sociale revalidatie van 385 mammacarcinoompatiënten, verricht door de Tilburg sociologen Vroom en Van der Net.
- Video, een belangrijke aanwinst voor de psychiatrie. Mogelijkheden (én begrenzings) van het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen kort belicht in een eerste van drie artikelen uit de PAAZ-Sittard.
- Kwam de plaats van het verpleeghuis in de gezondheidszorg reeds uitvoerig in deze kolommen aan de orde, nu aandacht voor de plaats van het bejaardenoord in de welzijnszorg. Een beschouwing van Dr. H. P. Akkerman namens de verpleeghuisartsen in Arnhem, Nijmegen en omstreken. Twee recente rapporten over de noodzakelijkheid van groepsverzorging in bejaardenoorden vormden de aanleiding.
- Zal de medische milieukunde erin slagen ecologisch inpasbaar gedrag van Homo Sapiens te verwerklijken? Prof. Dr. K. Biersteker steekt de dolende esculaap een riem onder het hart, al beschikt ook hij nog niet over de werkzame recepten.



Dit werkstuk is van A. J. Swaak te Goirle. Het is uitgevoerd in olieverf op doek en is getiteld 'Cafébezoek' (79x69 cm). Het was te bewonderen op de tentoonstelling van het kunstzinnige KNMG-gezelschap 'Met Pincet en Penseel', in het voorjaar gehouden in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

##### Brieven ..... 1042

*Inzenders: Dr. T. Bottema, S. H. J. Terpstra, J. Huibregtsen, Co-assistentenraad Nijmegen, M. J. P. Muller Kobold*

##### Attitude tegenover vrijwillige kinderloosheid. Een onderzoek, door P. B. Bierkens, A. S. F. Busser, J. P. J. Gommers en F. M. W. Schiks ..... 1045

##### Minister De Ruiter: geen bezwaar tegen medische BV ..... 1050

##### Leven met onzekerheid. Verslag van een onderzoek naar de sociale revalidatie van 385 mammacarcinoompatiënten, door C. W. Vroom en Th. Z. J. van der Net ..... 1051

##### Het gebruik van video op een PAAZ (I). Mogelijkheden en begrenzings, door P. J. M. van Alphen en J. Driety ..... 1055

##### Mw. Mr. E. Veder-Smit over de eigen bijdrage ..... 1058

##### Groepsverzorging voor bejaarden in bejaardenoorden? of: totale verzorging in verzorgingstehuizen?, door Dr. H. P. Akkerman ..... 1059

##### Medische milieukunde, door Prof. Dr. K. Biersteker ..... 1062

##### Ter overname aangeboden ..... 1064

##### OFFICIEEL ..... 1065

##### Inhoudsopgave officieel ..... 1068



**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 en de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave 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.



*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.*

### **TOPKLINISCHE VERRICHTINGEN EN DE OORHEELKUNDE IN NEDERLAND**

In een redactionele beschouwing over topklinische verrichtingen (MC nr. 31/1978 blz. 951), ingegeven door de verwickelingen rond de hartchirurgie, wordt de situatie in de oorheelkunde als voorbeeld genomen. Daarbij komt de redactie tot de uitspraak dat er in Nederland slechts ruimte zou zijn voor enkele centra waar ooroperaties op topklinisch niveau kunnen plaatsvinden. Verder wordt vermeld dat volgens vooraanstaande otologen een oorarts minstens 500 ooroperaties per jaar moet verrichten wil hij optimale resultaten bereiken. Deze beweringen zijn gebaseerd op een gedeelte van de openbare les van collega Feenstra, afgedrukt in MC nr. 22/1978, blz. 671.

In betwijfel of collega Feenstra vooral de laatstgenoemde bewering voor zijn rekening zal willen nemen. Afgezien daarvan lijkt het me toch gewenst enig commentaar te geven daar het 'getal van Feenstra' een eigen leven dreigt te gaan leiden.

Deze reactie komt te meer daar ook mijn naam werd genoemd in het afgedrukte gedeelte van bovengenoemde openbare les. Daarin werd namelijk een zin geciteerd uit mijn openbare les (Amsterdam VU 1974) die, nadat ik alle mogelijke typen van oorchirurgie had opgesomd, als volgt luidde: 'Het is begrijpelijk dat niet elke KNO-arts in opleiding al deze technieken kan leren beheersen'. In die openbare les heb ik over de toekomstige ontwikkeling van de oorchirurgie in Nederland daarna het volgende gezegd:

'Behalve dat een gebrek aan tijd tijdens de opleiding bestaat kan worden vastgesteld dat voor dit 'horlogemakerswerk' bepaalde karaktereigenschappen en een zekere manuele begaafdheid vereist zijn. Hoe jammer het ook is, het betekent immers weer een verdere verbrokkeling van het specialisme, een nadere differentiatie lijkt onontkoombaar. Hoe deze differentiatie, die overigens in de praktijk al voor een deel is gegroeid, er uiteindelijk zal uitzien staat nog niet helemaal vast. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat alleen een pakket van de meer eenvoudige middenooroperaties aan alle keel-, neus- en oorartsen zal worden onderwezen. Voor de opleiding in de meer

ingewikkelde middenoorchirurgie – en daarbij valt te denken aan de tympanoplastieken bij chronische middenoorontstekingen met cholesteatoom en aan de otosclerose-operaties – en voor de opleiding in de binnenoorchirurgie zullen dan slechts die aanstaande specialisten in aanmerking komen die hebben bewezen de daarvoor vereiste hoedanigheden te bezitten. Het lijkt verder onontkoombaar dat de laatstgenoemde typen gehoorsverbeterende chirurgie alleen in die klinieken zullen plaatsvinden die over de daarvoor vereiste outillage beschikken en dat zullen in het algemeen grote ziekenhuizen zijn'. *Einde citaat.* Mijns inziens ligt de bovengeschetste ontwikkeling veel meer voor de hand en is ook eerder haalbaar. Op deze manier ontstaat eveneens een selectie van oorchirurgen die de werkelijk moeilijke ooroperaties op een verantwoorde wijze kan verrichten. Zo men wil kan een dergelijke superspecialisatie geformaliseerd worden met het geven van een aantekening. Het lijkt me voor de kwaliteit van het werk van weinig belang of zo'n oorchirurg dan tweehonderd of vijfhonderd operaties per jaar doet. Bij een zodanige ontwikkeling blijven verder voor iedere KNO-arts die operaties mogelijk waarbij niet het uiterste aan kennis en ervaring wordt vereist. De techniek van het werken onder de operatie-microscoop zal de aanstaande KNO-arts toch moeten leren, al was het alleen maar voor de micro-laryngoscopieën. Terugkomend op de beschouwing van de redactie over topklinische verrichtingen vraag ik me tot slot af of het voorbeeld van de oorheelkunde wel zo gelukkig is gekozen. In ieder geval is de situatie om allerlei redenen niet te vergelijken met die in de hartchirurgie.

's-Gravenhage, 11 augustus 1978

Dr. T. Bottema, KNO-arts

### **DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XVII)**

Reeds enkele malen is gereageerd op 'Dagboek van een co-assistent', zowel in

**Doorlezen naar blz. 1044**

## AUDIOVISUELE HULPMIDDELEN

Het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen vindt steeds meer ingang in de medische wereld. In het bijzonder in de psychiatrie kunnen deze middelen betekenis hebben voor de diagnostiek, de therapie en het onderwijs. In drie opeenvolgende nummers zal het gebruik van video op een PAAZ door in totaal vier auteurs aan een beschouwing worden onderworpen; het eerste artikel staat op blz. 1055 van dit nummer.

Het vastleggen van gegevens per video verschilt wezenlijk van de normale registratie op de status of door middel van röntgenfoto's. In de psychiatrie registreert de video meer dan de status. Emoties, leed en angstgevoelens worden indringend vastgelegd en kunnen zelfs worden opgenomen zonder dat de patiënt er weet van heeft, bijvoorbeeld tijdens zijn slaap of tijdens schemertoestanden.

De noodzaak van het gebruik van videoapparatuur dient altijd kritisch te worden beoordeeld. Ook het opnemen dient prudent te geschieden. Het zelfrespect van de patiënt moet zoveel mogelijk intact worden gelaten; naaktopnamen – om maar een voorbeeld te noemen – dienen als zij niet strikt noodzakelijk zijn te worden vermeden. Zeker geldt dit indien de beelden ook anderen dan de behandelende arts onder ogen komen, en dat is bij de huidige teambehandeling nauwelijks te vermijden. Ook als de patiënt zijn toestemming heeft verleend dient voorzichtigheid te worden betracht. Juist bij psychiatrische patiënten zal het vaak gaan om passief gegeven toestemming. Deze overweging geldt in het bijzonder ingeval van een inbewaringstelling.

Bij de diagnostiek zal video zelden een wezenlijke bijdrage vormen, al zal zij een hulpmiddel kunnen zijn om met minder inspanning tot een diagnose te geraken. Video als the-

rapeutisch hulpmiddel lijkt een duidelijke aanwinst; de schrijvers geven hiervan in hun eerste artikel voorbeelden die aanspreken. Tegen hun opvatting dat audiovisuele opnamen ook voor het onderwijs van groot belang kunnen worden geacht zijn wel enkele bedenkingen aan te voeren. Bij psychiatrische ziektebeelden zijn vraag en antwoord, de houding van de patiënt en zijn gelaatsuitdrukking de voornaamste middelen om tot een diagnose te komen, vandaar de nadruk die wordt gelegd op het belang van videotapes voor het onderwijs. De aard van het gebruikte materiaal houdt echter tevens in dat anonimisering ervan vrijwel onmogelijk is. De privacy van de patiënt is bij het gebruik van video nauwelijks te respecteren.

*Het gebruik van  
patiënten-op-tape  
heeft nogal wat  
ethische en  
juridische aspecten*

Hoe juist het ook is dat de voorkeur aan video boven demonstratie voor een volle collegezaal moet worden gegeven, zoals de schrijvers stellen, naar onze mening zou de voorkeur verreweg het sterkst dienen uit te gaan naar de inschakeling van simulatiepatiënten – een mogelijkheid die de schrijvers terloops uitschakelen. Sinds het begin van de zeventiger jaren wordt in Amerika in het medisch onderwijs met simulatietechnieken gewerkt; vier jaar geleden deed Dr. P. J. M. van der Lugt in Medisch Contact (nr. 18/1974, blz. 567) uitgebreid verslag van de ervaringen die hij op dit gebied gedurende een studiereis in de Verenigde Staten en Canada had opgedaan. De opmerking van de auteurs geeft aanleiding te veronderstellen dat ons land wat het ont-

wikkelen van simulatietechnieken betreft in het medisch onderwijs betreft nog in de kinderschoenen staat. Het is gewenst dat ook in ons land de videoteknik in de eerste plaats zou worden aangewend bij de patiëntensimulatie als onderwijsmiddel; terecht pleiten de auteurs ervoor de apparatuur te standaardiseren om uitwisseling van cassettes en tapes mogelijk te maken. Het heeft er de schijn van dat momenteel de weg van de minste weerstand wordt bewandeld door in eerste instantie plaatselijk aanwezig patiëntenmateriaal te gebruiken.

Het 'gebruik' van patiënten-op-tape heeft nogal wat ethische en juridische aspecten, die in de vervolgartikelen nog aan de orde komen. Enkele aspecten noemden we reeds, zoals de privacy van de patiënt en het geven van toestemming. Men kan uiteraard stellen dat de videotape evenals de röntgenfoto onderdeel is van de status van de patiënt. Het is gebruikelijk dat de status eigendom is van het ziekenhuis; dat zou dan ook moeten gelden voor de tape.

Het gevaar is niet denkbeeldig dat de videotape in het kader van het onderwijs in met name de psychiatrie een eigen leven gaat leiden, terwijl de patiënt herkenbaar blijft. Die patiënt verblijft in het ziekenhuis voor zijn eigen belang, voor zijn genezing. Goed onderwijs dient het belang van dé patiënt, maar het is de vraag of het altijd strookt met de privébelangen van déze patiënt. Die vraag klemmt te meer daar het doel – goed onderwijs – ook is te bereiken via simulatietechnieken, waarbij privébelangen niet in het geding zijn.

Het toenemende gebruik van audiovisuele hulpmiddelen verwijst nog eens naar de noodzaak van een goede afbakening van de rechten en plichten van de patiënt ten opzichte van het gebruik van medische gegevens ten einde oneigenlijk gebruik en/of misbruik te voorkomen.

B.

negatieve als in positieve zin. Waar een aantal collegae blijk gaven van gevoelens van ernstige verontwaardiging komt het mij als een onjuist redactiebeleid voor dat een serie wordt gecontinueerd ondanks het feit, dat hierdoor lezers ernstig worden gegriefd.

Het zou een redactie kunnen sieren, ondanks ook ontvangen waardering, toch een serie te beëindigen als blijkt dat collegae worden gekwetst in hun diepste opvattingen over het officium nobile en de medemens.

Rotterdam, 11 augustus 1978

S. H. J. Terpstra, directeur BGD  
Europoort/Botlekgebied

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XVIII)

Het lijkt me, na diverse uitspraken van collegae in vorige nummers van Medisch Contact, vrijwel overbodig hier nog eens te reageren op het inferieure gehalte van het co-assistentendagboek. Is trouwens een puber zijn onvolwassenheid kwalijk te nemen? Veeleer neem ik het de redactie – die geacht mag worden wél geestelijk volwassen te zijn – in hoge mate kwalijk de lezers nu al meer dan veertig weken achtereenvolgend te trakteren op dit geschrijf, dat ver beneden voor Medisch Contact aanvaardbaar peil is.

Te midden van dood-serieuze, soms saai of moeilijk door te worstelen artikelen is een relativiserende, ironische kijk op bepaalde aspecten van de medische wereld in een blad als MC zeker op zijn plaats, maar aan een dergelijk column of cursief dienen wél eisen te worden gesteld omtrent vorm en inhoud.

Realiseert de redactie zich bovendien niet dat MC op talrijke plaatsen buiten de medische wereld wekelijks zorgvuldig wordt doorgesnuffeld? Men pleegt in sommige kringen gaarne en ongemotiveerd te generaliseren en vormt zich dan al te gemakkelijk een volkomen scheef beeld van de jongste generatie medici, waarvoor Uw dagboekkanier, naar ik zeker meen te weten, volstrekt niet representatief is. Het aanzien van de geneeskundige stand wordt er slechts onnodig door geschaad. Een ernstige misgreep van de redactie!

Rotterdam, 13 augustus 1978

J. Huibregtsen, arts

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XIX)

Als co-assistentenvertegenwoordiging te Nijmegen reageren wij op de rubriek 'Dagboek van een co-assistent' en het publiceren hiervan in uw blad. Van het officiële orgaan van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot

bevordering der Geneeskunst zou toch een meer kritische kijk verwacht mogen worden ten aanzien van de te plaatsen rubrieken. Wij zijn van mening dat deze tekst weinig te maken heeft met 'bevordering van de geneeskunst'. Ons idee over medische ethiek is hier zelfs mee in strijd.

De manier waarop 'Alexander van Es' zijn co-assistenten Intern Geneeskunde beschrijft is zeer kortzichtig en denigrerend ten opzichte van verpleging, artsen en vooral patiënten. Het is ons inziens overantwoord iemand in een doktersjas op mensen 'los te laten' die patiënten beschrijft als figuren die leuk afsteken tegen het behang, als blubbertroep op de onderzoekbank, als tropische verrassing uit Suriname en dergelijke.

Wij willen er met nadruk op wijzen dat zijn functioneren als co-assistent niet representatief is, gezien onze eigen ervaringen. Hoewel het niet gemakkelijk is als co-assistent je verwachtingen te realiseren en je identiteit te bewaren, is het ronduit stuitend je onzekerheden te verschuilen achter een quasi-gevoelige kluchtachtige mensonterende benadering van patiënten. Van de anatomie van zijn gevoel snappen we niets. We willen ons aansluiten bij eerder geplaatste kritieken en vragen om stopzetting van deze rubriek. Het publiceren hiervan maakt uw blad voor ons minder geloofwaardig.

Nijmegen, 14 augustus 1978

Namens de co-assistentenraad Nijmegen,

Wim Bisschops, Marion Bonting, Judy de Jong, Karen Luiten en François Schellevis

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XX)

Gezien de vele negatieve reacties uit 'domineesland' op deze rubriek, betekent het lezen van een oprecht geschreven dagboek, ook in deze verlichte tijd, kennelijk nog steeds een bedreiging van zekerheid over de eigen attitude. Indien het dagboek bewust of onbewust bedoeld is – en wat kan anders zijn – om te grote identificatie met verdriet en pijn te voorkomen om daardoor beter steun te kunnen verlenen, kan men schrijver en redactie van MC complimenteren voor de moed en het inzicht het dagboek te hebben willen publiceren.

Voor veel co-assistenten en artsen kan het een grote psychische lastvermindering betekenen hun eigen verdrongen afweer van onmachtsgeluiden hierin te herkennen en gedeeld te weten.

Ermelo, 29 juli 1978

M. J. P. Muller Kobold, neuroloog



'Het Oranje Kruis' – De 69ste Algemene Bondsvergadering van 'Het Oranje Kruis' zal worden gehouden op zaterdag 23 september 1978 te 10.30 uur in het Maaspaviljoen, Maasboulevard 101 te Maastricht. Na behandeling van de agendapunten zal door Prof. Dr. J. M. Greep, hoogleraar in de Algemene Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Limburg, een inleiding worden gehouden over nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de traumatologie in relatie tot de EHBO.

Nascholing internisten – Van 11-15 september 1978 organiseert de Boerhaavecommissie in Leiden een 'Algemene nascholingscursus voor internisten'. De cursus werd voorbereid in samenwerking met de interne staven van het Diaconessenziekenhuis Bronovo te Den Haag en het St. Elisabethziekenhuis in Leiderdorp. Het maximum aantal deelnemers bedraagt veertig. Om die reden zal voorrang worden verleend aan internisten die in niet-universitaire ziekenhuizen werken en aan hen die vorig jaar niet aan deze cursus deelnamen.

Inlichtingen:

Boerhaave-Commissie voor  
Postacademisch Onderwijs, p/a  
Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel.  
071-147222, toestel 2797.

Absorptie van metalen – Op zaterdag 25 november 1978 vindt in de Utrechtse Jaarbeurs een symposium plaats over 'De absorptie van metalen uit het maagdarmkanaal bij de mens'. Besproken worden de huidige inzichten inzake de normale en de gestoorde absorptie van metalen, zowel in fysiologische als in farmacologische hoeveelheden. Ook wordt aandacht geschonken aan interacties met andere voedingsbestanddelen en eventueel geneesmiddelen. Voorts komen enkele moderne onderzoekstechnieken ter sprake. Het symposium wordt georganiseerd door de Kliniek voor Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, het Interuniversitair Reactorinstituut te Delft, en de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Utrecht. Het symposium is bestemd voor apothekers, gastro-enterologen, internisten, kinderartsen, voedingsdeskundigen en diëtisten. Inschrijvingen bij het secretariaat van de Commissie PAOG Utrecht, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-373346/373339 (tussen 9.00 en 13.00 uur).

---

# Attitude tegenover vrijwillige kinderloosheid

## Een onderzoek

In de medische hulpverlening, met name bij gynaecologen, urologen en andrologen, wordt veel geld en energie geïnvesteerd in de pogingen tot opheffing van ongewenste kinderloosheid. Veruit de meeste echtparen willen één of meer kinderen. Het ongewenst uitblijven hiervan kan voor de betrokkenen een ernstig probleem vormen, waarvan de omvang gemakkelijk wordt onderschat<sup>1,2</sup>.

Heden ten dage wordt de vanzelfsprekendheid van de combinatie gehuwd-zijn en ouderschap meer dan ooit tevoren ter discussie gesteld. Er wordt terecht betwijfeld dat de kinderwens een doorslaggevende biologische wortel heeft. Het is veeleer zo, dat de socialisering van opgroeiende jongens en meisjes in het – maatschappelijk algemeen aanbevolen – perspectief van een permanente huwelijksrelatie de vanzelfsprekendheid van nageslacht en de wens ernaar te verlagen in hoge mate bevordert<sup>3</sup>. Het hebben van eigen kinderen heeft – naar gelang de individuele accentlegging – een aantal belangrijke psychologische implicaties, zoals de bevestiging van de onderlinge band, de oriëntatie op een duidelijke levenstaak, de bekrachtiging van het mannelijk of vrouwelijk gevoel van eigenwaarde, enz. Een andere belangrijke implicatie is het voldaan hebben aan het maatschappelijk verwachtingspatroon. Dit laatste kan geïllustreerd worden door het feit, dat bewust kinderloze echtparen zich tegenover anderen gedwongen zien zich te verantwoorden, echtparen met kinderen zelden of nooit. In haar overzichtsartikel haalt Veevers<sup>3</sup> (p. 152) met instemming de opmerking van LeMasters aan, dat ouderschap

### Samenvatting

Om de attitude jegens vrijwillige kinderloosheid te peilen werd in de gemeente Nijmegen aan 300 mannen (50%) en vrouwen (50%) in de leeftijdscategorieën 20-30 en 40-50 jaar een enquête verzonden. De respons was 51%.

De minst afgewezen motieven voor vrijwillige kinderloosheid blijken die welke betrekking hebben op het welzijn van het potentiële kind, de meest afgewezen motieven die welke te maken hebben met het eigen welzijn of de behoefte aan kameraadschappelijke gelijkwaardigheid der huwelijkspartners.

Via een clusteranalyse werd een schaal inzake aanvaarding of verwerping van vrijwillige kinderloosheid geconstrueerd, hier de AVK-(aanvaarding/afwijzing vrijwillige kinderloosheid) schaal genoemd. Geen verschil wordt in dit opzicht aangetroffen tussen de mannelijke en de vrouwelijke respondenten. Ten aanzien van de leeftijd kan worden geconcludeerd dat de meest negatieve houding wordt gevonden bij de oudere gehuwden; de scores van de jongere gehuwden bewegen zich in de tegenovergestelde richting. Met het stijgen van het opleidingsniveau neemt de aanvaarding van vrijwillige kinderloosheid toe. Praktiserend kerkelijken wijzen vrijwillige kinderloosheid tamelijk sterk af, in tegenstelling tot niet-kerkelijken, de aanvaardingsgraad is het hoogst bij niet-meer kerkelijken. Respondenten afkomstig uit kleinere gezinnen aanvaarden vrijwillige kinderloosheid eerder dan respondenten uit grotere gezinnen. Naarmate de totstandkoming van de kinderwens een langduriger overlegproces is stijgt de aanvaarding van vrijwillige kinderloosheid.

Hoewel de grote meerderheid der respondenten niet zegt geen begrip te hebben voor bepaalde motieven om kinderloos te blijven, schrijft een meerderheid aan echtparen die kinderen wensen aanzienlijk meer positieve eigenschappen toe dan aan vrijwillig kinderlozen. Dit wijst erop dat vrijwillig kinderlozen eerder de kans lopen van negatieve sociale kwalificaties te worden voorzien.

---

door **P. B. Bierkens,**  
**A. S. F. Busser,**  
**J. P. I. Gommers**  
en **F. M. W. Schiks**

Dr. P. B. Bierkens is lector en hoofd van de afdeling Medische Psychologie aan het Radboudziekenhuis te Nijmegen.

Drs. A. S. F. Busser en Drs. J. P. I. Gommers zijn doctoraal-studenten in de geneeskunde te Nijmegen.

Drs. F. M. W. Schiks is klinisch psycholoog te Nijmegen.

een van de weinige rollen in onze cultuur is waaraan men zich niet met ere kan onttrekken. Tegenover vrijwillig kinderloze echtparen is de reactie er zelden een van positieve belangstelling of neutraliteit. Deze echtparen lopen dan ook grote kans, voorzien te worden van een sociaal stigma<sup>3</sup>, dat belichaamd wordt in stereotype vooronderstellingen of kwalificaties: vrijwillig kinderloos blijven is abnormaal, onnatuurlijk, egoïstisch, onvolwassen, getuigt van seksuele onvolwaardigheid, of: is kenmerkend voor een ongelukkige huwelijksrelatie.

We hebben overigens de indruk, dat –

hier te lande mede door de invloed van de publiciteit via de massamedia en het groeiend aantal vrijwillig kinderloze echtparen – de eerste massale negatieve reacties aan het afnemen zijn en plaats gaan maken voor meer begrip en belangstelling.

Er is weinig onderzoek verricht naar de betekenis van onvrijwillige kinderloosheid en nog minder aangaande de achtergronden en de betekenis van volontaire kinderloosheid. Veevers en Bram<sup>3,5,6</sup> maken in enkele overzichtsartikelen de balans op van de desbetreffende studies en onderzoeken in Canada en de Verenigde Staten. Zij concluderen onder meer dat de vrijwillig kinderlozen tegenover anderen soms naar strijdvaardige ideologieën grijpen om hun standpunt te rechtvaardigen, maar dat aan de betreffende besluitvorming een hele scala van motieven ten grondslag kan liggen. De keuze van volontaire kinderloosheid komt in de meeste gevallen niet voort uit de perceptie van de nadelen die kleven aan het ouderschap, maar draagt veeleer het karakter van de keuze voor een levensstijl die met ouderschap onverenigbaar is. Ten aanzien van het huwelijksgeluk wordt opgemerkt<sup>3</sup>, dat dit wel eens meer verband zou kunnen houden met het reële vermogen de vruchtbaarheid c.q. het aantal kinderen (van veel tot geen) zelf te kunnen regelen dan met ouderschap. Er zijn trouwens geen overtuigende bevindingen die de opvatting zouden kunnen staven als zouden vrijwillig kinderloze echtparen een ongelukkige huwelijksrelatie hebben.

Op de vraag of er bij echtparen die voor vrijwillig kinderloosheid kiezen gesproken kan worden van een karakteristieke persoonlijkheidsstructuur of van karakteristieke antecedenten in de levenssituatie valt – o.a. bij gebrek aan voldoende gegevens – geen ondubbelzinnig antwoord te geven. Zodra het hebben van kinderen geen obligate vanzelfsprekendheid meer is en een van de mogelijke keuze-alternatieven wordt, neemt de kans voor de keuze van kinderloosheid uiteraard toe. Die kan in bepaalde gevallen worden versterkt door persoonlijke neurotiserende levenservaringen, zoals de inferieure kwaliteit van het huwelijk der eigen ouders, of door een obsessieve

ouderschapsangst. Het zou echter uiterst onbillijk zijn zulks naar de hele groep van volontaire kinderlozen te gaan generaliseren.

Men zou als onderzoeker de motieven zowel voor ouderschap als voor kinderloosheid kunnen verdelen in klassen, lopend van zeer respectabel tot niet-respectabel. Wanneer men de motieven – vooropgesteld dat die achterhaalbaar zijn – van kinderwensen en van volontair kinderlozen in die geest zou gaan kwalificeren, zou men in beide categorieën wel eens eenzelfde verdeling van respectabele en niet-respectabele motieven kunnen aantreffen. Deze hypothese is nog niet beproefd, maar ontleent vooralsnog haar zinnigheid aan hetgeen desbetreffend onderzoek en de medische en klinisch-psychologische ervaring aan richtinggevende bevindingen hebben opgeleverd. Zolang er dienaangaande geen betrouwbare gegevens voorhanden zijn, verdient het alle aanbeveling zich van generaliserende oordelen over vrijwillig kinderlozen te onthouden. In Nederland wordt het aantal jonggehuwde paren die van nakroost wens af te zien geschat op ongeveer 13%<sup>7</sup>. Deze gegevens zijn in zoverre nog onbetrouwbaar omdat pas later kan blijken in hoeverre de eenmaal gedane keuze constant is gebleven. In 1975 werd vanuit de Rijksuniversiteit Groningen een enquêteonderzoek verricht bij 120 vrijwillig kinderloze echtparen<sup>7</sup>. Met inachtneming van het vermoedelijk niet-representatieve karakter van de steekproef komen de onderzoekers tot de voorzichtige conclusie dat bij deze echtparen een vrij sterke emancipatiegedachte heerst, dat voor velen de huidige wereldsituatie het belangrijkste motief voor kinderloosheid is, dat zij over het algemeen niet godsdienstig zijn en dat zij tot de hogere sociaal-economische niveaus behoren.

Het hier gerapporteerde eigen onderzoek is bedoeld om op exploratieve wijze informatie te verkrijgen aangaande de attitude die 'men' tegenover vrijwillig kinderloosheid inneemt.

#### Het onderzoek

##### *Steekproef en enquête*

In juni 1977 werd, na verkregen

medewerking van de computerafdeling Bevolking, aan 300 inwoners van de gemeente Nijmegen een enquêteformulier met begeleidende brieven toegezonden ten einde hun attitude tegenover volontaire kinderloosheid te peilen. In deze onderzoeksgroep bevond zich een gelijk aantal mannen en vrouwen, gelijkelijk verdeeld over de respectieve leeftijdscategorieën 20-30 jaar en 40-50 jaar, terwijl het aantal gehuwden en ongehuwden zich verhield als 2:1 in alle subgroepen. Voor het overige was de steekproef at random samengesteld. De respons was voor een enquête als deze niet onbevredigend. Nadat eind juni nog een herinneringsbriefje was verzonden, reageerde uiteindelijk 51% van de aangeschrevenen met het terugzenden van een ingevuld enquêteformulier. Hieronder waren verhoudingsgewijs veel vrouwen (64% van de vrouwen respondeerde, tegenover 37% van de mannen) en veel jongeren (57% van de jongere leeftijdsgroep respondeerde, tegen 45% van de oudere). De beste respons werd verkregen onder gehuwde vrouwen in de leeftijdsgroep 20-30 jaar (86%), terwijl van de gehuwde mannen in dezelfde leeftijdsgroep een verrassend klein aantal respondeerde (24%). De vraag rijst of zich hier een verschil in betrokkenheid met het onderwerp van de enquête weerspiegelt. Daarnaast hadden wij de indruk dat naar verhouding meer hoog-opgeleiden de enquête ingevuld terugstuurden dan laag-opgeleiden. De verderop te bespreken resultaten moeten in het licht van deze 'scheefheid' in de steekproef worden gezien.

De enquête valt naar inhoud en vorm van de vragen in vier delen uiteen.

*Deel A.* De eerste 17 vragen waren inschalingsvragen, die betrekking hadden op respectievelijk de personalia van de respondent (bijvoorbeeld: 'Bent u gehuwd?', 'Hebt u opleidingen gevolgd na de lagere school?'), de planning van het eigen gezin (bijvoorbeeld: 'Wilt u later (nog meer) kinderen?') en de bekendheid met de probleemstelling (bijvoorbeeld: 'Kent u mensen waarvan u weet dat ze helemaal geen kinderen willen?').

*Deel B.* Dit deel bestond uit 9 opinie vragen, die betrekking hadden



op motieven voor het ouderschap. Deze vragen hadden de vorm: 'stelling: mee eens – een beetje mee eens – niet mee eens'. Als stellingen kwamen bijvoorbeeld voor: 'Een huwelijk is gelukkiger als er kinderen zijn' en: 'Kinderen krijgen is een aangeboren behoefte'.

*Deel C.* Dit deel bestond uit 18 opinievragen, betrekking hebbend op motieven voor vrijwillige kinderloosheid. In elk van die vragen werd een ander motief gegeven, waarop de respondent kon aangeven of hij voor dat motief al dan niet begrip kon opbrengen. Een voorbeeld: Vraag 33: Een echtpaar wil geen kinderen omdat ze vinden dat ze voor kinderen hun vrijheid (vrije tijd) moeten opgeven:

- a. Ik vind dit een goede reden om kinderloos te blijven.
- b. Ik kan hiervoor zeker begrip opbrengen, maar ik vind hun reden niet doorslaggevend.
- c. Ik kan dit wel een beetje begrijpen, maar ik vind hun reden niet juist.
- d. Ik kan hiervoor geen begrip opbrengen.

*Deel D.* Dit laatste deel had betrekking op het toeschrijven van diverse eigenschappen aan mensen die respectievelijk wél en geen kinderen willen. Een voorbeeld:

Egoïstisch . . .

- a. mensen die wél kinderen willen;
- b. mensen die geen kinderen willen;
- c. beiden evenveel.

Bij de samenstelling van de vragenlijst is onder meer gebruik gemaakt van de onderzoeken van Delleman e.a.<sup>8</sup> en van de 'Werkgroep 21'<sup>9</sup>.

## Resultaten

### *Exploratie van de opinievragen: acceptatie van motieven*

#### *voor vrijwillige kinderloosheid*

Om een eerste indruk te krijgen van de houding die de respondenten innemen ten aanzien van de verschillende motieven voor vrijwillige kinderloosheid werd allereerst nagegaan welke motieven het meest geaccepteerd c.q. afgewezen werden. Daartoe is berekend welk percentage van het totaal aantal respondenten bij ieder motief alternatief 4 (geen begrip) heeft aangekruist. Deze eenvoudige maat zou men de 'afwijzingsgraad' van zo'n motief kunnen noemen. De

Tabel 1. Afwijzingsgraad vrijwillige kinderloosheidsmotieven

nr.	vraag	%	geen begrip	inhoud: een echtpaar wil geen kinderen, omdat . . .
31	.....	3,9%		. . in de familie van een van beiden erfelijke afwijkingen voorkomen
32	.....	6,6%		. . beiden ouder dan 35 jaar zijn en zich te oud voelen voor kinderen
27	.....	12,5%		. . er te veel mensen en te weinig eten in de wereld zal zijn
28	.....	12,5%		. . de wereld zo vervuild raakt
44	.....	13,8%		. . ze gewoon geen behoefte aan kinderen hebben
36	.....	16,4%		. . de man vaak lang en ver van huis is (bijvoorbeeld zeeman)
38	.....	18,4%		. . het de verantwoordelijkheid van het opvoeden niet aandurft
29	.....	19,7%		. . er te veel geweld, misdaad en oorlog in de wereld is
39	.....	19,7%		. . ze er niet zeker van zijn altijd bij elkaar te blijven
34	.....	23,0%		. . ze hun maatschappelijke inzet (bijvoorbeeld Rode Kruis) belangrijker vinden en makkelijker te volvoeren zonder kinderen
35	.....	33,6%		. . ze zich beter denken te kunnen ontplooiën zonder kinderen
40	.....	36,8%		. . ze bang zijn een gehandicapt kind te krijgen, zónder dat er erfelijke afwijkingen in de familie voorkomen
30	.....	42,1%		. . er te weinig liefde en te veel eenzaamheid bestaat
42	.....	42,1%		. . ze reeds dagelijks in contact met kinderen komen (bijvoorbeeld onderwijs, jeugdzorg)
41	.....	46,1%		. . de vrouw bang is voor de bevalling
33	.....	52,0%		. . ze hun vrijheid/vrije tijd niet willen opgeven
37	.....	69,7%		. . ze zonder kinderen meer als gelijken met elkaar om denken te kunnen gaan
43	.....	85,5%		. . de vrouw minder mooi wordt door het krijgen van kinderen

resultaten zijn weergegeven in tabel 1. Berekend is het percentage respondenten dat zegt voor dit motief géén begrip te kunnen opbrengen. Hierbij valt op, dat vooral die motieven niet werden aanvaard welke gericht zijn op het handhaven van het eigen welzijn (in de breedste zin des woords) van het echtpaar. Zo wordt het motief: 'De vrouw wordt minder mooi door het krijgen van kinderen' door de overgrote meerderheid van de respondenten niet aanvaard. Onder die motieven die *niet* worden afgewezen vindt men vooral overwegingen die gericht zijn op het toekomstig welzijn van het kind en (minder) op dat van de wereld. Opvallend is ook dat het motief 'gewoon geen behoefte aan kinderen' een lage verwerpingsgraad krijgt in tegenstelling tot 'zelfontplooiingsmotieven' (vragen 35, 33 en 37) en angst voor bevalling (vraag 41).

### *Clusteranalyse van deel B en C: de AVK-schaal*

Ter verwerving van meer inzicht in het antwoordpatroon van de respondenten op deel B en C van de enquête is een iteratieve clusteranalyse<sup>10</sup> uitgevoerd op deze twee delen samen. Die vragen waarbij de gegeven antwoorden al te scheef waren verdeeld (meer dan 75% één- of nul-codes na dichotomisering) zijn in verband met de eis van voldoende variantie in de antwoordmogelijkheden van de clusteranalyse uitgesloten. Een dergelijk extreem antwoordpatroon vertoonden:

Vraag 18: Een getrouwde man is pas volledig man als hij ook vader is (86% oneens).

Vraag 19: Een getrouwde vrouw is pas volledig vrouw als zij ook moeder is (84% oneens).

Vraag 25: Het krijgen van een stamhouder is een belangrijke reden

om wél kinderen te nemen. Het is belangrijk dat de familie blijft bestaan (78% oneens).

Vraag 43: Een echtpaar wil geen kinderen omdat beiden vinden dat de vrouw door het krijgen van kinderen minder mooi wordt (86% geen begrip). Uit de clusteranalyse (exploratieve methode, overeenkomstindex = 0,35) bleek dat het antwoordpatroon op deel B en C van de enquête een sterke samenhang en homogeniteit vertoonde. Er werd één groot cluster van 20 vragen gevonden dat beide delen omvatte, in die zin dat deel B spiegelbeeldig was aan deel C (betrouwbaarheid van het cluster KR20 = 0,87). Afwijzing van motieven voor vrijwillige kinderloosheid bleek binnen het kader van deze enquête goeddeels samen te vallen met instemming met de meeste motieven voor het ouderschap, zó sterk dat waarschijnlijk van één enkele houding kan worden gesproken.

Ter verkenning van de betekenis van het gevonden cluster bezagen wij de 6 items die de hoogste lading bezitten, namelijk die met een item-totaal-correlatie groter dan 0,55. De denkbeeldige respondent die op al deze items positief scoort stemt in met de stellingen dat het krijgen van kinderen bij een huwelijk hoort (vraag 24), dat een huwelijk gelukkiger is als er kinderen zijn (vraag 21) en dat kinderen een geschenk van God zijn dat je niet mag weigeren (vraag 26), terwijl hij geen begrip zegt te hebben voor echtparen die kinderloos willen blijven omdat ze voor kinderen hun vrijheid/vrije tijd zouden moeten opgeven (vraag 33) noch voor hen die vinden dat ze zich zonder kinderen beter voor maatschappelijke zaken kunnen inzetten (vraag 34). Hij neemt een houding aan die kan worden omschreven als: afwijzing van vrijwillige kinderloosheid vanuit de idee dat de kinderwens intrinsiek is aan de huwelijkse staat en dat kinderen het huwelijk verrijken. De somscore van iedere respondent op de vragen uit het cluster kan aldus worden opgevat als een meting van deze houding. Zij kan variëren van 0 tot 20 (er zijn 20 items); hoog-scorenden wijzen vrijwillige kinderloosheid af, laag-scorenden aanvaarden vrijwillige kinderloosheid en verwerpen de veronderstelde onvermijdelijkheid van de band tussen huwelijk en kinderwens. Wij zullen de score op deze schaal in het

vervolg AVK (aanvaarding/afwijzing vrijwillige kinderloosheid) noemen. De gemiddelde score van alle 152 respondenten is 8,86 met een standaarddeviatie van 5,19.

*AVK-scores bij verschillende categorieën respondenten*

Door aan de hand van de inschalingsvragen het totaal van de respondenten in subgroepen onder te verdelen en de gemiddelde AVK-scores van deze subgroepen met elkaar te vergelijken, kon nagegaan worden welke groepen welke houding innemen ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid.

Veel inschalingsitems houden echter a priori verband met elkaar, zoals leeftijd en huwelijksduur. Waar nodig zullen dergelijke samenvloeiende effecten op de afhankelijke variabele AVK worden gecontroleerd door ze als co-varianten op te nemen in co-variantie-analyses. Voor het overige zal worden volstaan met enkelvoudige variantie-analyses. Daarnaast zullen de verbanden tussen de (minstens op ordinaal niveau gemeten) inschalingsitems in de bespreking worden betrokken, zodra de correlaties (Spearman) hoger zijn dan 0,35 en significant bij  $\alpha = 0,05$ . Ook bij de variantie-analyses zullen overschrijdingskansen kleiner dan 0,05 steeds als significant worden beschouwd.

*Geslacht, leeftijd, huwelijkse staat.* Deze drie variabelen zijn ingevoerd in een 3-factor-variantie-analyse. Het blijkt dat geslacht en huwelijkse staat géén respectievelijk nét geen effect opleveren. Mannen denken niet anders over vrijwillige kinderloosheid dan vrouwen en gehuwden nauwelijks anders dan ongehuwden. De leeftijd daarentegen blijkt wél te bepalen welke houding men inneemt: ouderen aanvaarden vrijwillige kinderloosheid minder ( $F_{1, 144} = 12,67$ ;  $p < 0,01$ ). Echter: een interactie tussen leeftijd en huwelijkse staat ( $F_{1, 144} = 7,32$ ;  $p < 0,01$ ) wordt veroorzaakt door het feit dat met het toenemen van de leeftijd er een groter verschil van mening ontstaat tussen gehuwden en ongehuwden. Oudere gehuwden staan veel negatiever tegenover vrijwillige kinderloosheid dan hun ongehuwde leeftijdsgenoten; zij blijken grotendeels verantwoordelijk voor het leeftijdseffect. Daarom werd nagegaan of de huwelijksduur op

zichzelf zijn invloed deed gelden. Dit bleek echter na correctie voor het leeftijdseffect niet het geval te zijn. Het houdingsverschil tussen oudere gehuwden en oudere ongehuwden kan hier slechts aan het al of niet gehuwd zijn worden toegeschreven.

*Opleidingsniveau.* Het opleidingsniveau (boven LO) van de respondenten blijkt een duidelijk effect te hebben op de houding die zij innemen: met het stijgen van het opleidingsniveau neemt de aanvaarding van vrijwillige kinderloosheid toe ( $F_{5, 146} = 6,83$ ;  $p < 0,01$ ).

Uit de intercorrelaties tussen de inschalingsitems kan de volgende tendens worden afgeleid: hoger opgeleiden zijn in de regel korter gehuwd en hebben kleinere gezinnen dan lager opgeleiden, zodat ook hier gedeeltelijk van een samenvloeiing van invloeden op AVK kan worden gesproken.

*Kerkelijkheid.* De mate van de kerkelijkheid van de respondenten blijkt sterk bepalend voor hun houding ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid.

Praktizerend kerkelijken wijzen deze tamelijk heftig af, niet- en half-praktizerend kerkelijken nemen een middenpositie in en niet-kerkelijken scoren laag ( $F_{3, 143} = 11,25$ ;  $p < 0,01$ ; zie tabel 2). In de enquête werd aan de

Tabel 2. Gemiddelde AVK-scores naar kerkelijkheid.

	N	AVK	SD
praktizerend .....	30	12,07	5,41
half-praktizerend ....	34	9,91	4,17
niet-praktizerend ....	50	8,66	4,49
niet-kerkelijk .....	33	5,39	4,81
totaal .....	147*	8,91	5,17

Tabel 3. Gemiddelde AVK-scores naar vroeger kerkgenootschap.

	N	AVK	SD
hetzelfde .....	111	9,90	4,90
een ander .....	4	9,50	4,43
vroeger wel één .....	23	3,65	3,37
vroeger ook geen ....	12	9,92	5,25
totaal .....	150*	8,93	5,19

\*Niet alle respondenten hadden deze vraag ingevuld.



respondenten ook gevraagd wat hun vroegere kerkgenootschap was. De antwoordmogelijkheden waren: hetzelfde-een ander-wel één-geen. Nu blijkt, (tabel 3 op vorige blz.) dat degenen die alternatief 3 kozen, dus diegenen die vroeger wel tot een kerkgenootschap behoorden maar nu niet meer, aanmerkelijk lager scoorden dan de andere groepen; ook gemiddeld lager dan de groep vanouds niet-kerkelijken ( $F_{3, 146} = 11,36$ ;  $P < 0,01$ ). Het is denkbaar, dat de ruimhartige acceptatie van volontaire kinderloosheid bij de vroeger kerkelijken het gevolg is van een niet meer kerkelijk georiënteerd normpatroon.

*Gezinsgrootte.* Men kan zich afvragen of de grootte van het gezin waarin de respondent zelf opgevoed is verband houdt met diens houding ten aanzien van de kindereis. Aangezien kan worden verwacht dat de omvang van het ouderlijke gezin covarieert met de leeftijd van de respondenten – vroeger waren de gezinnen groter – werd een dienovereenkomstige correctie aangebracht.

Na analyse blijkt zo'n verband inderdaad te bestaan: respondenten afkomstig uit kleinere gezinnen aanvaarden vrijwillige kinderloosheid eerder dan respondenten uit grotere gezinnen ( $F_{4, 145} = 2,77$ ;  $p < 0,05$ ). Degenen die enig kind waren scoorden zeer laag, alhoewel hun geringe aantal in deze steekproef ( $N=5$ ) geen werkelijk betrouwbare slotsom mogelijk maakt.

Een verband tussen grootte van het eigen gezin en houding ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid is, waar het de respondent zélf aangaat, in zekere zin een vanzelfsprekendheid. In hoeverre echter achten zij hun mening van toepassing op derden? Na correctie voor de invloeden van leeftijd en huwelijksduur blijkt uit de analyse dat er weinig of geen verschil bestaat tussen mensen met grotere gezinnen en die met kleinere gezinnen, hoewel de tweede groep, en vooral de kinderlozen, ertoe neigen om iets lager te scoren ( $F_{4, 97} = 1,88$ ;  $p = 0,12$ ).

Het ontbreken van een duidelijk verschil wordt wellicht ook veroorzaakt door de sterke samenvloeiing met leeftijds- en huwelijksduureffecten.

*Gezinsplanning.* Het bestaan van een kindereis bij de respondenten werd

geschat door hen in de enquête de vraag te stellen: 'Wilt u later (nog meer) kinderen?' De antwoordmogelijkheden waren: Ja, Nee, en Ik weet het nog niet. Voorspelt het antwoord op deze vraag de houding ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid?

Een eerste analyse brengt het verrassende feit aan het licht dat juist degenen die geen (of niet meer) kinderen wilden vrijwillige kinderloosheid het minst aanvaarden. Nadere inspectie van de gegevens leert ons echter, dat deze vraag overwegend met 'nee' werd beantwoord door hen die al een aantal kinderen hadden en met 'ja' door hen die nog geen kinderen hadden.

Daarom werd in een volgende analyse voor dit gezinsgrootte-effect gecorrigeerd. Daarin bleek dat zij die wel (meer) kinderen willen vrijwillige kinderloosheid iets meer dan gemiddeld afwijzen ( $AVK = 9,66$ ) en dat diegenen die het nog niet weten deze meer aanvaarden ( $AVK = 6,47$ ). Degenen die geen kinderen (meer) willen blijken nu een middenpositie in te nemen ( $AVK = 8,50$ ;  $F_{2, 122} = 3,17$ ;  $p < 0,05$ ).

Ook aan de totstandkoming van de kindereis werd in de enquête aandacht besteed. De vraag die hierop betrekking had, luidde als volgt: 'De beslissing om al of niet kinderen te krijgen is . . .

- a) een beslissing waar ik lang over zal denken of nagedacht heb;
- b) een beslissing waar ik toch wel over nadenk of nagedacht heb;
- c) iets wat ik altijd vanzelfsprekend gevonden heb en waarover ik dus niet hoeft na te denken'.

Het gekozen antwoord bleek in sterke mate de houding ten aanzien van vrijwillige kinderloosheid te voorspellen ( $F_{2, 105} = 17,08$ ;  $p < 0,01$ ).

Zij die er langdurig over denken aanvaarden deze goeddeels ( $AVK = 4,80$ ) terwijl zij die het krijgen van kinderen een vanzelfsprekendheid vinden volgens verwachting hoger dan gemiddeld scoren ( $AVK = 11,09$ ). De wijze van besluitvorming blijkt nauw samen te hangen met verschillende inschalingsitems. Onder hen die langdurig willen nadenken over het al of niet krijgen van kinderen vindt men veel jongeren, weinig kerkelijken en overwegend jonggehuwden met weinig of geen kinderen.

*Bekendheid met probleemstelling.* Aan de respondenten werd de vraag gesteld: 'Denkt u dat er tegenwoordig méér mensen zijn die besloten hebben geen kinderen te willen dan vroeger?' In zekere zin was het stellen van deze vraag een misser, aangezien op de begeleidende brief bij de enquête woorden van dergelijke strekking voorkwamen. Een resultaat was desondanks interessant. Zij die antwoorden met 'geen mening' scoorden opmerkelijk hoog waar het afwijzing van vrijwillige kinderloosheid betreft ( $AVK = 13,14$ ;  $F_{2, 149} = 5,97$ ;  $p < 0,01$ ).

Op de vraag: 'Kent u mensen waarvan u weet dat ze helemaal geen kinderen willen?' antwoordt 57% van de respondenten bevestigend. Zij onderscheiden zich wat hun houding tegenover vrijwillige kinderloosheid betreft echter niet van degenen die met 'Nee' antwoorden.

*Het toeschrijven van negatieve en positieve eigenschappen aan kinderlozen*

Aan het eind van de enquête konden de respondenten een aantal positieve en negatieve eigenschappen verdelen over de groepen: 'mensen die wel kinderen willen', 'mensen die geen

---

## 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.

---

kinderen willen' en 'beiden even veel'. Als *positieve* eigenschappen kwamen voor: verantwoordelijk, volwassen, gewetensvol, milieubewust en sterk van karakter; als *negatieve*: egoïstisch, in onvrede met het leven, gemakzuchtig en ongelukkig. Na berekening bleek dat de meerderheid van de respondenten (59,9%) *minder* positieve eigenschappen toeschrijft aan vrijwillig kinderlozen; 23% vindt dat de groepen niet verschillen, terwijl 10,5% zijn mening niet kenbaar maakt. De bevindingen betreffende dit onderdeel van de enquête wijzen erop dat vrijwillig kinderlozen eerder dan de anderen de kans lopen op negatieve sociale attributen. Het is overigens wel mogelijk dat er – mede onder invloed van de publiciteitsmedia – een snelle mentaliteitsverandering terzake kan worden verwacht. Rest nog op te merken, dat de

generaliseerbaarheid der verkregen gegevens beperkt is, wegens het lokale karakter van het onderzoek, de scheefheid in de steekproef en de onvoldoende representatieve aard ervan.

#### Literatuur

1. P. B. Bierkens (1973) Psychologische aspecten van het kinderloze echtpaar. *Ned. T. Gen.*, 1973, 117, 20, 770-778.
2. P. B. Bierkens (1977) Kinderloosheid: psychologische achtergronden en gevolgen, in E. V. van Hall, J. Wildschut (red.) *Fertiliteitsstoornissen*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht, 134-143.
3. J. E. Veevers (1977) Vooroordelen over vrijwillige kinderloosheid, in R. Veenhoven, E. van de Wolk (red.) *Kiezen voor kinderen? Intermediair*, Van Gorcum, Amsterdam, 139-159.
4. J. E. Veevers (1977) Kinderloosheid als alternatief. *id.* 160-176.
5. S. Bram (1977) Vrijwillig kinderloze

echtparen: anders dan anderen. *id.* 177-195.

6. S. Bram (1977) Zin en doel in het leven van vrijwillig kinderloze echtparen *id.* 196-203.
7. G. A. B. Frinking (1977) Kinderloosheid in cijfers. *id.* 204-209.
8. I. Delleman, T. van de Vondervoort, R. Bekins en R. Rozeboom (1975) Motieven voor vrijwillige kinderloosheid. Instituut Algemene Psychologie, Groningen (intern rapport).
9. Werkgroep 21 (1976) Omvang en motivatie van gewenst permanente kinderloosheid bij jonggehuwden. Groepswerkstuk studenten Faculteit Geneeskunde, Nijmegen (intern rapport).
10. A. H. Boon van Ostade (1969) De iteratieve clusteranalyse, een klassificatiemethode voor psychologische data. Academisch proefschrift, KU Nijmegen.

*Nadere gegevens betreffende het onderzoek zijn beschikbaar bij de afdeling Medische Psychologie, Sint Radboud Ziekenhuis, Nijmegen.*

## Minister De Ruiter: geen bezwaar tegen medische BV

Minister De Ruiter van Justitie deelt de zienswijze, dat in het vennootschapsrecht geen gronden zijn te vinden om de oprichting van praktijkvennootschappen door beoefenaars van vrije beroepen tegen te gaan. De minister heeft dit geantwoord op schriftelijke vragen van het Tweede Kamerlid De Graaf (PvdA) over medische BV's. Diens vragen luiden:

1. Is het waar, dat het departementale toezicht bij de afgifte van verklaringen van geen bezwaar voor besloten vennootschappen ertoe schijnt te neigen de bijzondere eisen met betrekking tot de kwaliteit van aandeelhouders, bestuurders en commissarissen van een medische BV te laten vervallen, omdat het naar het oordeel van het departement een wettelijk steunpunt zou missen?
2. Deelt de minister de mening, dat aan medische BV's bezwaren van juridische, ethische en maatschappelijke aard kleven\*?

3. Zo ja, is de bewindsman bereid voorstellen te doen om de oprichting van medische BV's te voorkomen? Minister De Ruiter antwoordde daarop het volgende:

1. De in deze vraag bedoelde richtlijn, welke is neergelegd in paragraaf 48 van de Richtlijnen 1976 voor het beoordelen van oprichtingen en van statutenwijzigingen van naamloze en besloten vennootschappen, wordt nog steeds gehandhaafd. Over de vraag of deze richtlijn voldoende steun vindt in de wet kan men verschillend denken, zie het artikel 'Praktijk Vennootschappen' van Prof. Mr. W. C. L. van der Grinten in 'De Naamloze Vennootschap' van januari 1978, blz. 16 e.v. Mijn ambtsvoorgangers waren de opvatting toegedaan, dat steun kon worden gezocht en gevonden in de openbare orde, welke in de artikelen 68 en 179 Boek 2 BW als een toetsingsgrond is vermeld. Het belang van volksgezondheid dat is gemoeid met het tegengaan van constructies waarin anderen dan artsen zeggenschap zouden hebben in de vennootschap kon in hun ogen als 'van openbare orde' worden gekwalificeerd. Op dit oordeel was uiteraard de opvatting van de

- standsorganisatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, en de zienswijze van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van invloed. Ik onderschrijf het oordeel van mijn ambtsvoorganger. Het ligt niet in mijn voornemen de bedoelde richtlijn op korte termijn te laten vervallen.
2. Neen. Mijn ambtsvoorgangers hebben gemeend, dat in het vennootschapsrecht geen gronden zijn te vinden om de oprichting van praktijkvennootschappen door beoefenaars van vrije beroepen tegen te gaan. Ik deel hun zienswijze. De opvattingen omtrent beroepsethiek hebben ook bij de artsen wijzigingen ondergaan, waardoor het gebruik van de BV-vorm niet meer als ongeoorloofd wordt beschouwd. Het is niet in te zien, waarom het maatschappelijk ontoelaatbaar zou zijn dat artsen of andere beoefenaren van vrije beroepen gebruik maken van de rechtsvorm van de besloten vennootschap. De persoonlijke verantwoordelijkheid van de betrokkenen voor hun beroepsmatig handelen en nalaten wordt daardoor niet aangetast.
3. Verwezen wordt naar het antwoord op vraag 2.

\* Mr. W. B. van der Mijn: 'De BV voor beroepen in de gezondheidszorg' in *Medisch Contact* (1978) 33 blz. 449 t/m 452. Zie ook kamerstuk 14 181, nr. 6 blz. 47 art. 1 eerste lid.

---

# Leven met onzekerheid

Verslag van een onderzoek naar de sociale revalidatie van 385 mammacarcinoompatiënten\*

## 1. Enkele opmerkingen vooraf

Als vrouw doorleven met één borst lijkt niet zo gemakkelijk. De gewone routine van het dagelijks leven is ineens verstoord. De schrik van kanker komt hard aan. Eerst al dat onderzoek, dan de operatie en tenslotte weer langzaam tot jezelf komen. De patiënte moet verder, het ziekenhuis uit, het normale leven in. In het begin is iedereen erg vriendelijk en behulpzaam, soms zelfs bijna opdringerig. Maar dat ebt na een paar

---

\* Het Koningin Wilhelmina Fonds heeft door een financiële bijdrage dit onderzoek mogelijk gemaakt. Het is verricht in nauw overleg met de 'After Care'-groep, die aan het Tilburgs Oncologisch Instituut is verbonden. Die bestaat uit vrijwilligsters, die eenzelfde ingreep hebben ondergaan en die nu patiënten op de derde en tiende dag na de operatie, in overleg met de ziekenhuizen, bezoeken. Een woord van dank past aan alle patiënten, die door hun medewerking aan dit onderzoek wat meer begrip mogelijk maken voor de problemen, die met deze ziekte gepaard gaan.

\*\* Het conversiebegrip is afkomstig uit de sociologische stroming, die als symbolisch interactionisme wordt aangeduid. Davis gebruikt het bijvoorbeeld om het proces aan te geven, waardoor leerling-verpleegkundigen hun lekenvisie op hun toekomstig beroep verruilen voor die van de professioneel geschoolde medische hulpkracht (F. Davis, *Professional Socialization as Subjective Experience*, in H. S. Becker (ed.), *Institutions and the Person*, Chicago, 1968). Het is niet de bedoeling van dit korte artikel in te gaan op theoretische discussies naar aanleiding van die stroming. Voor een goede inleiding zij verwezen naar A. C. Zijdeveld, *De theorie van het symbolisch interactionisme*, Meppel, 1973.

---

door C. W. Vroom  
en Th. Z. J. van der Net



De heren C. W. Vroom (l.) en Th. Z. J. van der Net zijn als socioloog verbonden aan de Katholieke Hogeschool Tilburg.

---

weken weer weg en dan moet je het zelf opknappen. Dat lukt ook meestal wel, maar zo nu en dan wordt het opnieuw te veel.

Die ervaringen zijn in dit onderzoek aan de orde gekomen. Hoe reageert de patiënte op haar ziekte en op degenen, die haar in technische en menselijke zin weer proberen te genezen? Welke veranderingen treden er op in haar definities van de werkelijkheid? In onze massaconsumptiecultuur schijnt vrouwelijkheid samen te hangen met het bezit van een tweetal secundaire geslachtskenmerken. Hoe moet het dan, als er één vanwege kanker is verwijderd?

Wat de patiënte meemaakt is in dit onderzoek beschreven als een conversieproces\*\*. De vrouw die borstkanker vermoedt heeft tot dat moment een normale plaats ingenomen in de samenleving. Er is sprake van een zeker evenwicht tussen haar zelfbeeld en haar maatschappelijk gedrag. Het eerste vermoeden dat er iets aan de hand kan

zijn zet ineens van alles op gang. De vrouw heet van nu af 'patiënte', soms erger nog 'kankerpatiënte'. Dat wordt in het ziekenhuis nog eens sterk benadrukt. In de tijd die zij daar doorbrengt voltrekt zich een fundamentele verandering in haar opstelling tegenover de buitenwereld. Met name in het ziekenhuis wordt zij gedwongen tot het aanvaarden van de rol van patiënte. Eenmaal thuisgekomen ligt een terugkeer naar haar oude manier van doen niet zonder meer voor de hand. Zeker niet bij deze ziekte, waarvan de gevolgen minstens voor de patiënte zelf zo overduidelijk zichtbaar blijven. De vrouw moet zien dat ze tot een nieuw evenwicht komt. Dat geldt zowel voor zichzelf als in meer directe en indirecte sociale contacten met anderen. Ze zal anderen moeten overtuigen tot het aanvaarden van haar nieuwe zelfbeeld. Dat berust wel op een aantal andere uitgangspunten dan vroeger. Ze is veel gevoeliger geworden voor allerlei zaken die met deze ziekte samenhangen. De behandeling (met name in menselijke zin) door artsen, verpleegkundigen enz. wordt veel kritischer bekeken. Ze stelt zich niet langer tevreden met vlotte uitspraken dat het zo'n vaart niet zal lopen. Dat er geen zekerheid kan worden gegeven ziet ze wel in, maar dat sluit een fatsoenlijk menselijk contact niet uit. Soortgelijke problemen doen zich voor in de relatie met anderen dan de professionele hulpverleners. De intimi kunnen nog wel worden bewogen tot een aanvaarden van haar nieuwe situatie, minstens tot op zekere hoogte. De verhouding tot anderen is meer gespannen: wel belangstelling tonen, maar geen bemoeienis; betrokkenheid, maar geen ingrijpen;

medeleven, maar geen medelijden. In dit onderzoek is geprobeerd het ontstaan van dit nieuwe psychische en sociale evenwicht nader te ontleden. De persoonlijke verwerking van de gebeurtenissen wordt mede bepaald door de soort, het aantal en de verscheidenheid van de contacten met andere mensen, zowel voor als na de operatie. Bovendien speelt de waardering ervan een rol. Wij hebben daarom gevraagd naar het aantal contacten en de betekenis ervan.

## 2. Het verloop van het onderzoek

Begin januari 1977 is aan alle bij het Radio Therapeutisch Instituut Tilburg (RTIT) geregistreerde vrouwen die een mastectomie hadden ondergaan een vragenlijst gezonden. Daarin werden drie groepen vragen gesteld:

- achtergrondgegevens, zoals woonplaats, burgerlijke staat, aantal kinderen, beroep, etc.;
- gegevens met betrekking tot het uitstelgedrag (hoe lang heeft het geduurd voordat men na het eerste vermoeden naar de huisarts ging en voordat men geopereerd werd);
- gegevens over de contacten voor en na de operatie naar aanleiding van deze ziekte (hoeveel contacten, welke waardering).

De medewerking van de aangeschreven respondenten was zeer goed. Van de 488 verzonden vragenlijsten werden er na één rappel 385 terug ontvangen die voor verwerking geschikt waren (een antwoordpercentage van 79). De resultaten van deze eerste fase worden in de volgende paragraaf beschreven.

Daarna zijn met vijftien patiënten nadere gesprekken gevoerd. Op de vragenlijst had men kunnen aangeven of men zo'n gesprek zou willen houden. 68% van de vrouwen heeft daar ja op gezegd. De gesprekken zijn gevoerd met oudere en jongere, getrouwde en niet-getrouwde vrouwen die soms wel, soms geen beroep hadden. De resultaten daarvan staan beschreven in de vierde paragraaf.

## 3. Kort overzicht van de resultaten uit de eerste fase

De leeftijdsverdeling van de onderzochte vrouwen, gemeten op het

moment van de ondervraging en ten tijde van de operatie, wijkt sterk af van de leeftijdsverdeling van alle Nederlandse vrouwen. Het verschil wordt – statistisch gezien – voornamelijk veroorzaakt door het betrekkelijk geringe aantal vrouwen beneden de 40 jaar in de onderzoeksgroep. Dat correspondeert met medische gegevens omtrent dit ziektebeeld.

Wat betreft hun burgerlijke staat wijken de onderzochte vrouwen nauwelijks af van de Nederlandse vrouwen in dezelfde leeftijdsgroepen. Dat geldt ook voor hun opleidingsniveau. Nogal wat vrouwen geven na de operatie hun beroep op, maar dat zijn meestal wel beroepen waarbij de armen intensief gebruikt moeten worden.

Het gemiddeld aantal kinderen van de vrouwen die gehuwd zijn of geweest zijn bedraagt 2,80. Voor heel Nederland is het gemiddelde 2,75. De onderzochte vrouwen komen echter qua leeftijd niet overeen met de Nederlandse vrouwen. Daarom mag hier niet worden gezegd dat er weinig verschil bestaat tussen het gemiddeld kinderaantal van deze en van alle Nederlandse vrouwen. Bij nader onderzoek blijken twee conclusies te mogen worden getrokken:

- in de onderzoeksgroep komen meer vrouwen voor die gehuwd zijn of gehuwd zijn geweest en geen kinderen hebben gehad dan in heel Nederland het geval is;
- in de onderzoeksgroep hebben de gehuwde en de gehuwd geweest zijnde vrouwen minder kinderen dan hun leeftijdgenoten in Nederland. Die conclusies worden bevestigd door medische gegevens.

Na het eerste vermoeden dat er iets met een borst niet in orde was, is de helft van de vrouwen meteen naar de huisarts gegaan. Een kwart van de onderzochte vrouwen zet die stap binnen een maand en nog een kwart stelt dat minstens twee maanden uit. Bij ongeveer de helft van de vrouwen wordt de operatie ongeveer twee weken na het bezoek aan de huisarts uitgevoerd. Bij een derde ligt daar twee weken tot een maand tussen en bij 16% komt het tijdstip van de operatie tenminste twee maanden na het raadplegen van de huisarts. Er kunnen enkele redenen worden opgesomd die blijkbaar van invloed zijn op deze twee soorten uitstel (van eerste vermoeden tot huisarts en van

huisarts tot operatie).

Ongehuwde en gescheiden vrouwen gaan – evenals weduwen – vrij snel naar de huisarts. Gehuwde vrouwen doen dat lang niet zo vlug. Verder maakt het niet veel uit of de patiënten ouder of jonger waren ten tijde van de operatie, een hogere of lagere opleiding hebben genoten, wel of niet een beroep uitoefenen en langer of korter geleden geopereerd zijn. De periode tussen het raadplegen van de huisarts en de operatie is betrekkelijk kort bij vrouwen die:

- 55 jaar of ouder zijn;
- ongehuwd, weduwe of gescheiden zijn;
- alleen lager onderwijs of lager onderwijs met nog een beroepsopleiding hebben gevolgd;
- voor 1973 zijn geopereerd;
- betrekkelijk snel naar hun huisarts zijn gegaan na het eerste vermoeden, dat er iets niet in orde was;

Diezelfde periode is langer bij vrouwen, die:

- jonger zijn dan 55 jaar;
- gehuwd zijn;
- aanvullend onderwijs (ULO, MULO etc.) of meer dan dat gevolgd hebben;
- in 1973 of later zijn geopereerd;
- relatief lang gewacht hebben met naar de huisarts te gaan.

Bovendien treden er enige verschillen op tussen de onderscheiden ziekenhuizen waar de operaties hebben plaatsgevonden, die waarschijnlijk te wijten zijn aan verschillende opnameprocedures. 90% van de patiënten geeft aan, dat zij voor of na de operatie met andere mensen gepraat hebben over problemen die met hun ziekte samenhangen. In dat verband worden het meest genoemd: de huisarts, de chirurg, de dokter van het Witte Huis (RTIT), de echtgenoot en de kinderen (beide laatste categorieën vanzelfsprekend alleen als ze er inderdaad ook waren). Gevraagd om een waardering op een schaal van 1 (slecht) tot 5 (zeer goed) van die contacten, geven de patiënten van 3.73 aan de huisarts tot 4.60 aan hun echtgenoot.

## 4. De tweede fase: elementen voor een nieuw zelfbeeld

Aan het eind van elke vragenlijst was

plaats opgehouden voor het maken van opmerkingen over dingen die niet aan de orde waren gekomen. Nogal veel vrouwen hebben daar gebruik van gemaakt. Hun antwoorden betroffen allerlei problemen, waarmee zij in de loop van hun ziekte- en genezingsproces waren geconfronteerd. Die problemen zijn door de onderzoekers gerangschikt en vervolgens in gesprekken met 15 vrouwen opnieuw op tafel gelegd. Daaruit is gebleken dat zulke problemen zich niet voor iedereen gelijkelijk voordoen of even zwaar liggen. Toch is er wel een algemene lijn zichtbaar geworden. Die betreft met name de elementen waaruit het nieuwe zelfbeeld van de patiënte na een geslaagde conversie is opgebouwd.

- Een spaarzame uitzondering daargelaten, stellen alle vrouwen uitvoerige informatie van de kant van de artsen over verloop en gevolgen van deze ziekte op hoge prijs.
- In de ogen van patiënten maken artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen regelmatig en soms ergerlijke fouten die best vermeden hadden kunnen worden.
- Een aantal patiënten heeft het gevoel door artsen, verpleegkundigen en anderen alleen als geval te worden behandeld. De artsen hebben vaak geen tijd, de verpleegkundigen missen de levenservaring om een vrouw in het spoor van een succesvol hervinden

---

\* Het begrip subcultuur wordt door Becker op een soortgelijk moment gebruikt (H. S. Becker, *History, Culture and Subjective Experience: an Explanation of the Social Bases of Drug-included Experience*, *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 1976, 163-176). Hij analyseert daar hoe de psychotische effecten van LSD-gebruik verdwijnen, als zich een subcultuur van meer ervaren gebruikers ontwikkelt. Die geven adviezen aan beginnelingen en bieden een interpretatieschema aan voor de eerste zo verwarrende ervaringen. Analooeg geredeneerd in het geval van mastectomiepatiënten zou dat betekenen dat door de toenemende publiciteit én het ontstaan van deze subcultuur de bedreiging van het leven met één borst steeds verder zou moeten afnemen. Het type en de inhoud van de contacten tussen zulke vrouwen wijst wel in die richting (ze hebben vooral betrekking op de medische ingreep en behandeling als primaire bedreiging; vervolgens op de zelfhandhaving in de directe omgeving als secundair identiteitsprobleem).

van haar evenwicht te zetten.

- Het belangrijkste probleem waarmee elke vrouw in het reine moet zien te komen is de angst. Angst voor de terugkeer van de ziekte, voor de dood, voor de nabestaanden. In deze angst kan vrijwel niemand echt troosten. En dat veroorzaakt nogal wat vereenzaming.

Deze vier elementen samen vormen de kern van het nieuwe zelfbeeld. Men ziet zich nog steeds als patiënte; men definieert zijn situatie in (quasi)-medische termen; men verwacht heel veel van de medische professie aan informatie en zorg; maar gezien de gespannen verwachtingen blijkt die regelmatig daarin te kort te schieten. Het nieuwe evenwicht is vrij labiel en dat uit zich nogal eens in een projectie van de problemen op degenen die haar dit leed hebben aangedaan. De patiënte is veel gevoeliger geworden voor alles wat met het medisch handelen te maken heeft. En als dat niet aan haar verwachtingen beantwoordt, voelt ze zich verwaarloosd.

- De verminking als gevolg van de mastectomie, soms ook de dikke arm, levert bij een aantal patiënten minderwaardigheidsgevoelens op. Men is bang dat de mensen het zien. De zomer is in dat verband een gevreesd seizoen.
- Toch doen zich in de seksuele relatie naar eigen zeggen bij de gehuwde vrouwen relatief weinig problemen voor. Als de verhouding met de man enigszins redelijk is, dan wordt hij door deze gebeurtenis verdiept.
- De openheid tegenover de huisgenoten – het laten zien van het litteken – is in de meeste gevallen vrij groot. Bij de eerste keer bestaat vaak schroom, maar die neemt gewoonlijk snel af. Oudere dochters gaan vaak mee bij het kleren kopen. Gezien de soms onhandige reacties van de verkoopsters heeft men blijkbaar behoefte aan bescherming van het eigen wereldje. Door bekenden mee te nemen wordt dat als het ware naar de winkel uitgebreid.
- Protheses vormen voor veel vrouwen een bron van zorg. Er zijn er te kust en te keur, dat is niet het probleem. Ze zijn echter vrij kostbaar en worden vlugger onbruikbaar dan algemeen wordt aangenomen. De ziekenfondsen zijn nogal karig met vergoedingen. Bovendien vragen ze

bij elke nieuwe aanschaf om een bewijsbriefje (machtiging) en dat wordt ronduit belachelijk gevonden.

- Zulke problemen doen zich ook voor bij onderkleding. Aangepaste BH's zijn duur maar wel noodzakelijk. Sommige vrouwen vragen zich af, of dat ook niet – minstens gedeeltelijk – door de fondsen vergoed zou kunnen worden. Geschikte bovenkleding is wel te vinden.

Deze elementen van het zelfbeeld vormen als het ware een schil rond de kern, die uit de eerste vier punten bestaat. De kernproblemen zijn bijna continu aanwezig. De vrouwen ervaren minder vaak moeite met betrekking tot deze elementen. De noodzaak tot een diepgaande heroriëntatie op deze punten van het zelfbeeld wordt door hen dan ook veel minder gevoeld. Als er zich fricties voordoen, blijven die vaak in termen van een 'medische' definitie van de situatie geduid (na zo'n ziekte moet je 's morgens voorzichtig zijn; de ziekenfondsen moeten . . . etc.). Toch blijken de vrouwen deze problemen gemakkelijker te kunnen relativiseren dan de voorgaande.

- Als reactie op al die problemen ontstaat – in termen van de officiële medische behandeling een verzorging – een soort ondergrondse zelfhulp. Gemastectomeerde vrouwen zijn vaak als zodanig in hun omgeving bekend. Uit eigen beweging, of als ze om advies wordt gevraagd, dwingen ze als het ware vrouwen met een 'vermoeden' naar de huisarts te gaan. Ze treden op als apostelen van de vroege ontdekking. Ze blijven erop hameren dat een aspirientje of een kalmeringsmiddel alleen niet gerust stelt. Dat optreden wordt vanzelfsprekend door de invloed van de massamedia ondersteund.

Dit laatste element lijkt een tweede schil te vormen rond de juist vermelde kern en eerste schil. Het betreft vooral de contacten met gebleken of toekomstige lotgenoten. Het lijkt opvallend dat men juist in die contacten zelfbevestiging zoekt. Dat is het echter niet, omdat men door de gemeenschappelijkheid van ervaringen het meest direct tot een versterking van het nieuwe zelfbeeld komt. Er ontstaat een eigen subcultuur \* van gemastectomeerden, waarin zich ook

een eigen stratificatie ontwikkelt. Dit bestaat uit minstens twee lagen: degenen die nog moeite hebben met hun nieuwe zelfbeeld en dat nog niet bij anderen ingang hebben doen vinden; daarnaast, degenen bij wie dat wel gelukt is en die nu lotgenoten kunnen adviseren. De top van die laatste categorie wordt gevormd door vrijwilligsters van de 'After Care', die hun deelname aan zulk werk zien als het duidelijkste bewijs van 'genezen' zijn. Ook daar een omschrijving in termen van een medische definitie van de werkelijkheid, die op zuiver medisch-technische gronden niet zo eenvoudig te geven is.

## 5. Slot

Weer 'beter' worden na een mastectomie kan worden beschreven als een conversieproces, waarin de vrouw afstand moet doen van haar oude zelfbeeld als 'gezond'. Zij ervaart mastectomie als een geweldige schok. Daarna moet ze leren leven met één borst. Dat vergt een aanpassing van haar psychische gesteldheid en haar gedrag. Ze moet

een nieuw zelfbeeld ontwikkelen, dat het midden houdt tussen het vroegere, gezonde bestaan en de rol van patiënten tijdens de eerste fasen van het genezingsproces. En dat is geen eenvoudige opgave.

Borstkanker roept onmiskenbaar hevige angst op. Het is alleen de vraag of dat niet moet worden gezien als een versterking en een versnelling van een diepmenselijk gegeven. In dat geval is mastectomie maar in betrekkelijke mate een zelfstandige oorzaak van sociale en psychische problemen. Door deze ingreep wordt het proces van herdefinitie van het zelfbeeld, dat iedereen geleidelijk ondergaat naarmate men ouder wordt en zijn einde nadert, ineens een schoksgewijs noodzakelijk. De grote meerderheid van de vrouwen slaagt erin haar evenwicht te hervinden, niettegenstaande alle angst en problemen die ze daarbij ontmoet.

Als het voorgaande een redelijk uitgangspunt biedt dan is begeleiding door vrijwilligsters (After Care) daaruit niet als sociale of psychische noodzaak af te leiden. Maar de eigen ervaring van de vrijwilligster als gewezen patiënte biedt echter wel de

gelegenheid om de taal van de nieuwe patiënte te spreken en haar op het juiste moment behulpzaam te zijn bij de bevestiging van het nieuwe zelfbeeld. Vrijwilligsters krijgen toegang tot de patiënte door het verstrekken van betrekkelijk feitelijke informatie over protheses, kleding e.d. En dat verschaft de basis voor ondersteuning in het doormaken van het conversieproces. Op die manier is 'After Care' een zinvol verlengstuk van de professionele zorg. Respect voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënte is daarbij geboden. De inrichting van een 'probleemtelefoon' op het Oncologisch Instituut Tilburg vergroot de toegankelijkheid op eigen initiatief van de patiënte van dit type begeleiding. Het past daarmee in een strategie om de herdefinitie van het zelfbeeld door de patiënte te vergemakkelijken.

\* Een uitgebreider verslag van de gegevens, die dit onderzoek heeft opgeleverd, is tegen betaling van f 7,50 te verkrijgen op het Oncologisch Instituut Tilburg, Prof. Dondersstraat 20, 5017 HL Tilburg (tel. 013-435501)

## PRAKTIJKPERIKELEN

### 100% invalide

#### Aan de orthopedisch chirurg

G.C.,

*In verband met zijn claim voor vrijstelling motorrijtuigenbelasting zag ik als vertrouwensarts patiënt X. Hij is volledig arbeidsongeschikt verklaard voor zijn beroep als monteur. Deze arbeidsongeschiktheid, die hij vertaald heeft in 100% invaliditeit – welke hij met lumbale artrose zonder h.n.p. natuurlijk niet heeft – moet hij nu tegenover zichzelf en omgeving waar maken door een neurotisch gedragspatroon. Bij het consult kan hij niet op een lage stoel gaan zitten maar blijft tijdens het gesprek liever staan. Bij het uit- en aankleden laat hij zich door zijn vrouw de schoenen uit- en aandoen. De rug vooroverbuigen kan hij niet, ook niet na afdoen van zijn lumbaalcorsetje. Verder zegt hij niet meer dan een paar honderd meter te kunnen lopen, want dan trekt het uit de rug dood weg in de benen. Ook fietsen geeft na korte tijd dezelfde verschijnselen. Vervoer per bus is hem te pijnlijk door het stoten.*

*Toen ik hem als mijn mening gaf, dat iemand met maagafwijkingen zoals hij die heeft zonder bezwaar kan en mag lopen en dat lichaamsbeweging voor hart- en bloedvatenstelsel en spieren nodig is, vooral bij mensen met overgewicht, en dat openbaar vervoer ook niet gecontraïndiceerd is, reageerde hij daar typisch geëmotioneerd op: 'De doktoren kunnen niet weten wat ik voel'. Hij acht het hoogst onbillijk dat de GMD hem geen auto-kilometervergoeding wil geven en nu weer de afwijzing van vrijstelling motorbelasting.*

*Patiënt vertelde mij dat U van plan bent een meniscusoperatie aan zijn knie te verrichten. Zijn neurotische instelling lijkt mij voor de indicatiestelling tot opereren van belang. Ook bij een volkomen gunstig technisch resultaat zou de ingreep een neurotisch fixatiepunt voor zijn invaliditeitsidee kunnen worden, zoals nu reeds zijn corset de nodige steun geeft. Het uiteindelijk operatieresultaat zou dan wel eens teleurstellend voor chirurg en patiënt kunnen worden.*

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

Met collegiale groeten



---

# Het gebruik van video op een PAAZ (I)

## Mogelijkheden en begrenzingen

Audiovisuele hulpmiddelen zijn in de psychiatrie van bijzondere betekenis, zowel met betrekking tot diagnostiek en therapie als met betrekking tot onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

De PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) te Sittard werkt sinds december 1976 met video. Voor uitvoeriger informatie over organisatie en werkwijze van de PAAZ-Sittard kan verwezen worden naar enkele eerder in Medisch Contact verschenen artikelen (Van Alphen, 1977). De introductie van video binnen de afdeling heeft allerlei vragen opgeroepen, waarover uitvoerig is gediscussieerd, zowel binnen als buiten de PAAZ. De auteurs hebben gepoogd de diverse thema's te ordenen en te expliciteren.

Video zou men kunnen omschrijven als elektronische apparatuur die beelden en geluiden kan registreren, bewaren en weergeven. De eenvoudigste installatie bestaat uit één recorder en een televisietoestel met videoaansluiting. Het enige wat hiermee kan worden gedaan is programma's van het open net opnemen en later weergeven. Wil men iets meer doen met video dan zal men er een camera en een microfoon bij moeten nemen. Men heeft dan de mogelijkheid eigen opnamen te maken, te bewaren en/of weer te geven. Al vlug zal dan blijken, dat men nog altijd zeer beperkt is in zijn mogelijkheden. Men zou immers montages willen maken, dat wil zeggen gemaakte opnames inkorten of in volgorde achter elkaar zetten. Dit is met de bovengeschetste apparatuur niet mogelijk, omdat hiervoor dan een tweede recorder en monitor nodig zijn. Voor reportages is veelal een

### Samenvatting

Video en andere audiovisuele hulpmiddelen van de PAAZ-Sittard hebben een belangrijke plaats gekregen zowel ten behoeve van de therapie als ten behoeve van het onderwijs. Met voortdurende aandacht en zorg worden steeds instructieve films en dia's verzameld ten gerieve van inservice-training, opleiding van arts-assistenten en co-assistenten. Ook worden regelmatig gesprekken opgenomen, zowel ten behoeve van de diagnostiek en feed-back ten nutte van patiënten als ter intervisie van het eigen behandelend team. Het demonstreren van patiënten op klinische avonden kan zo geheel worden vervangen door deze technieken van audiovisuele aard. Video is dan ook een belangrijke aanwinst te noemen. Natuurlijk kent ook de audiovisuele methode zijn grenzen en problemen, met name een aantal belangrijke ethische en juridische vragen, die dan ook in aparte beschouwingen ter sprake zullen komen.

---

door **P. J. M. van Alphen (I.)**  
en **J. Dritty**



De auteurs zijn respectievelijk psychiater en hoofd activeringstherapie van de PAAZ-Sittard.

---

portable videoset een vereiste. Een draagbare uitrusting is niet alleen nuttig voor de acute psychiatrie op de afdeling of de Eerste Hulp maar ook voor het opnemen van gesprekken in een vertrouwde omgeving; dat kan de

kamer van de therapeut zijn, maar ook het huis van de patiënt.

Wij zijn begonnen met de bijna tien jaar oude materialen, die in het ziekenhuis aanwezig waren en nog maar weinig werden gebruikt, te weten één spoelenrecorder, twee verouderde camera's op statief en één zwart-wit ontvanger, later uitgebreid met een montagerecorder, een kleurenontvanger, een camera in de drie separeerkamers en één op de gang, diverse monitoren, microfoons en dergelijke. Om de technische know-how enigszins onder de knie te krijgen is het hoofd van de activeringstherapie gestart met een cursus van een week aan de Volkshogeschool te Eerbeek, later nog aangevuld met bijscholingsweekends.

In dit artikel zullen eerst een aantal mogelijkheden met video worden besproken, vervolgens zal kort worden ingegaan op enkele niet-technische problemen die dit medium in het gebruik met zich kan meebrengen.

## Mogelijkheden

In navolging van Renfordt (1974) kunnen wij een drietal toepassingsgebieden onderscheiden, die onderstaand verder zullen worden uitgewerkt.

### *I. Video als hulpmiddel bij observatie en diagnostiek*

Wij bedoelen hier vooral de observatie vanuit de afdelingspost van patiënten die in de separeerkamers verblijven. Wij gaan ervan uit, dat een separeerkamer alleen in speciale gevallen wordt gebruikt. Dit geldt nog in versterkte mate voor toepassing van instrumentele observatie middels een videocamera die in deze kamers is aangebracht (de camera staat vast opgesteld, zodat de patiënt zich buiten de beeldhoek kan begeven). Er moet een dwingende indicatie bestaan voor het gebruik van de separeerkamer (bijvoorbeeld een depressieve psychose met suïcidegevaar, een delirium tremens of een opwindingsstoestand). In vele van deze gevallen is een voortdurende observatie gewenst; video kan daarbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Hulpmiddel, omdat het persoonlijk contact met de patiënt zelf altijd voorop dient blijven te staan. Ook zal de patiënt zelf moeten weten dat hij wordt geobserveerd. Als de camera aanstaat, gaat er in de separeerkamer een rood lampje branden. Zwanikken (1978) wijst op het belang van non-verbale communicatie en de ideale toepassingsmogelijkheid van de video om te zien wat je anders niet ziet, hetzij door de beperktheid van het blikveld, hetzij door de vloed van informatie en de bewustzijnsvernauwing tijdens het feitelijke contact. Een ander voorbeeld is observatie van het gedrag tijdens de slaap van patiënten met conversieve verlamningsverschijnselen van één of meer extremiteiten. Video kan in zulke gevallen mede een diagnostische betekenis krijgen. Nog duidelijker wordt dit, wanneer het gedrag van een pas opgenomen patiënt wordt geregistreerd en de opname vervolgens wordt gezien door enkele ter zake kundige medewerkers die nog geen persoonlijk contact met de patiënt hebben gehad. Het gaat dan om documentatie en klassificatie van een psychiatrisch toestandsbeeld, met name voor wat betreft de descriptieve methode.

### *II. Video als therapeutisch hulpmiddel*

#### *1. Video als een vorm van een groepsactiviteit.*

Het samenstellen van een videomontage is een belangrijk hulpmiddel bij het bevorderen van produktgerichte groepsactiviteiten bij de patiënten. Het groepslid zal duidelijk het gevoel krijgen erbij te horen en nodig te zijn. Dit vraagt in hoge mate team-work, creativiteit en expressiviteit. Volgens Cornelissen (1977) komen voor het maken van een videoprodukt meerdere aspecten van verschillende aard aan de orde. Hij noemt spel- of verhaaltechnische aspecten (het idee of verhaal moet in een scène worden omgezet en door mensen die daartoe bereid zijn vóór de camera worden opgevoerd), vormgevingsaspecten (het decor moet worden opgesteld, de attributen moeten worden verzorgd, de spelers moeten worden aangekleed) en materiaal-technische aspecten (de apparatuur moet worden bediend). Het zal duidelijk zijn dat de groepsleden verplicht zijn zo goed mogelijk samen te werken, in de zin van de normale interactieprocessen, maar dan steeds gericht op het videoprodukt. Cornelissen, die overigens spreekt van videospeltherapie, gaat uitvoerig in op de diverse vormen van video: het naspelen van bestaande televisieprogramma's, situaties die de groepsleden zelf aanreiken of projectvormen.

#### *2. Video als hulpmiddel om feed-back te krijgen.*

Huysmans (1977) wijst erop dat met name bij chronische psychiatrische patiënten de visuele waarneming van zichzelf en de ander op video de handelingsmotoriek in positieve zin kan beïnvloeden. Taalgebruik, mimiek, houding en beweging, interactieprocessen enz. kunnen door middel van video goed zichtbaar en hoorbaar worden gemaakt. Door feed-back te geven kan men de patiënt zijn eigen gedrag en functioneren teruggeven en hem begeleiden bij het omleren daarvan. Wij passen video in dit kader toe bij dramatechnieken, groepsgesprekken en assertiviteitstraining. Cimmermans (1977) formuleert in dit verband onder andere de volgende veronderstellingen:

- het visuele beeld van de video is

concreter, duidelijker, invloedrijker, tastbaarder enz. dan de verbalisering van het gebeuren;

- de kijkers krijgen de gelegenheid een meer realistisch beeld van zichzelf te krijgen, omdat ze worden geconfronteerd met eigen gedragsaspecten, waarvoor ze voorheen geen oog hebben gehad of die ze niet hebben geaccepteerd;
- hoe meer de kijker weet heeft van zijn gedrag en de consequenties daarvan in zijn omgeving, hoe meer hij in de positie komt te verkeren om er zelf iets aan te doen. Aldus zou video de motivatie voor therapie kunnen versterken.

Ter adstructie van het bovenstaande nog het volgende. Uit de literatuur (Baker e.a.; 1975) blijkt dat men de aversie tegen alcoholgebruik, zij het tijdelijk, kan versterken door alcoholverslaafde patiënten te confronteren met hun eigen gedrag via een video-opname.

### *III. Video als hulpmiddel bij het onderwijs*

Benadrukt wordt hier het belang van video voor de opleiding van arts-assistenten, co-assistenten, psychiatrisch verpleegkundigen etc., de voordelen voor de medewerkers op korte termijn en meer verwijderd ook voor de toekomstige patiënten. Ten behoeve van het praktisch onderwijs in de psychiatrie worden aan de co-assistenten wekelijks seminars gegeven; zoveel mogelijk aansluitend op deze themata volgt 's middags een videoprogramma. Pomerantz en Stijlen (1977) noemen als functie van de videobanden onder andere: het overdragen van praktische kennis van veel voorkomende klinische problemen, het beïnvloeden van attitudes ten opzichte van psychiatrische behandeling, het duidelijker en meer doelgericht overbrengen van de stof met betrekking tot concrete vaardigheden in het identificeren en diagnostiseren van toestandsbeelden en het vergroten van de betrokkenheid van de studenten bij de stof.

#### *1. Registratie van ziektebeelden.*

Met behulp van video kan men ziektebeelden vastleggen, met name ziektebeelden welke niet vaak voorkomen, zodat men bij onderwijs en opleiding minder afhankelijk is van toevallig in de kliniek verblijvende patiënten (voorlopig lijkt er nog geen

plaats voor het gebruik van simulatiepatiënten in de psychiatrie). Volgens Bleeker (1976) is het ook mogelijk het verloop van een ziektebeeld te illustreren met opnamen uit verschillende fasen van het verblijf van een patiënt in de kliniek; ook kunnen heteroanamnese en gesprekken met belangrijke anderen worden toegevoegd. Hij geeft duidelijk de voorkeur aan de mogelijkheden van video boven patiëntendemonstratie aan een volle collegezaal. In Amsterdam heeft men een beeldverbinding gelegd tussen de collegezaal en een onderzoekkamer. Zodoende kan men vanuit de zaal alles volgen wat er in de onderzoekkamer gebeurt. De patiënt kan ongedwongen met zijn behandelend arts praten. De aankomende artsen kunnen een spontaan gesprek volgen van een docent met een patiënt, zonder dat de patiënt nog eens extra uit zijn evenwicht wordt gebracht door een volle collegezaal. De interviews van de stafleden zijn in de eerste plaats bedoeld als demonstratie van de patiënt en op de tweede plaats als instructie in gesprekstechniek. De interviews van de assistenten zijn bedoeld als trainingsmogelijkheid van de interviewer; het stelt hem in staat zichzelf met de patiënt aan het werk te zien en daarna feed-back te krijgen van opleiders en collegae (video als hulpmiddel voor gespreks- en interactietraining).

2. Open-netopnamen voor *latere weergave* intern gebruik). Het opnemen van films en discussies over onderwerpen die van belang zijn voor de psychiatrie en die via de televisie worden uitgezonden kan een bijdrage betekenen voor de videotheek. Zo zijn door ons opgenomen de Teleaccursus psychotherapie voor huisartsen en televisieuitzendingen met betrekking tot onderwerpen als elektroshocktherapie etc. Bij de Stichting Film en Wetenschap te Utrecht kan men ook terecht voor kopieën van programma's; enkele malen hebben wij hier kopieën laten maken van instructieve films van farmaceutische industrie, uiteraard met toestemming van die industrie

3. Tenslotte willen wij nog vermelden video als *tentamen* middel in de psychiatrie. Wij kunnen hiervoor verwijzen naar het artikel van Pomerantz en Stijlen (1977).

## Grenzen en problemen

### *Algemeen*

De ethische en juridische aspecten komen later nog uitvoerig aan de orde (Lazeroms en Van Herten). Om zo goed mogelijk te waken voor ondoordacht gebruik van de video hebben wij tot op heden gewerkt met schriftelijke of mondelinge (op de band opgenomen) toestemming van de patiënt. Het beroep op vrijwillige toestemming dient echter kritisch en genuanceerd te worden verstaan. Is de patiënt werkelijk helemaal vrij als de behandelend arts zijn medewerking vraagt? In een enkel geval, bij observatie van patiënten in de separeerkamers, is buiten de wil van de patiënt een opname gemaakt; toestemming werd dan later gevraagd. *Psychologische moeilijkheden* In de praktijk blijkt dat de angstige geremdheid die bij het begin van de opname nogal eens optreedt gewoonlijk na enkele minuten verdwijnt. De patiënt is tamelijk snel vergeten dat hij door camera's wordt geobserveerd. De interviewer heeft hiervan meestal veel langer last. Volgens Bleeker (1976) heeft men zich in het begin zorgen gemaakt over de gevoelens van de patiënten ten aanzien van video. Er werden angstreacties verwacht, die zich vooral bij labiele patiënten in hernieuwde decompensaties zouden kunnen uiten. Bij anderen verwachtte men een weigering om, eenmaal voor de camera, te praten of een onnatuurlijke houding tijdens het gesprek. Men was vooral bang voor paranoïde reacties en hield rekening met de mogelijkheid dat de patiënt achteraf juridische acties zou kunnen ondernemen tegen het gebruik van de opgenomen interviews voor onderwijsdoeleinden. Met uitzondering van de laatstgenoemde zijn inderdaad alle reacties voorgekomen, maar minder vaak dan men had verwacht.

### *Financiële problemen*

De aanschaf van een videoinstallatie kan financiële problemen met zich brengen. De apparatuur die nodig is om de bovenbeschreven mogelijkheden te realiseren kost ongeveer vijftig- tot zestigduizend gulden. Uiteraard dient men er rekening mee te houden dat er jaarlijks een vast bedrag aan cassettes bijkomt.

De uitwisseling van programma's wordt momenteel sterk bemoeilijkt

door de grote verscheidenheid aan apparatuur die op de markt is en waarvan de cassettes of tapes niet op andere recorders te gebruiken zijn. Het zou ons inziens een goed zaak zijn als men in een bepaalde regio hetzelfde videosysteem zou hanteren, zodat het maken van montages of het overspoelen van banden gemakkelijk is te realiseren. Wij pleiten hier dus voor standaardisatie van een systeem binnen de gezondheidsdienst.

### *Uitwisselingsproblemen*

Veel essentiëler dan de technische uitwisselingsproblemen tussen de verschillende instellingen achten Gisolf e.a. (1975) de op de inhoud van de programma's betrekking hebbende bezwaren. Het gezamenlijk beoordelen en vervaardigen van audiovisuele programma's zou het mogelijk maken een zekere eenstemmigheid te bereiken over inhoud, terminologie en uitvoering.

## Literatuur

- Alphen, P. J. M. van, Drie jaren PAAZ-Sittard. Een organisatorische beschouwing en tevens een poging tot positiebepaling. Medisch Contact nrs. 49, 50 en 51/1977.
- Baker, T. B., Udin, H., Vogler, R. E., Effects of Videotaped Modeling and Self-Confrontation on drinking behavior of alcoholics. Int. J. Addict. 10: 779-793, 1975.
- Bleeker, J. A. C. Video bij het onderwijs in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 1976, 5, 374-354.
- Cimmermans, G., Video, wat ervan in de literatuur bekend is. Documentatiebladen 1977, 67-76.
- Gisolf, A. C., Lugt, P. J. M. van der, Landelijke productie van audiovisuele programma's voor het medisch onderwijs. Ned. Tijdschrift v. Geneesk., 1975, 119, nr. 3.
- Herten, J. H. S. van, Het gebruik van video op een PAAZ. Juridische overwegingen. Medisch Contact (1978).
- Huysmans, H. P. C., Een onderzoek naar de invloed van de video-confrontatie op de lichaamsperceptie bij chronische psychiatrische patiënten. Tijdschrift Psychomotorische Therapie, 5e jaargang, nr. 3.
- Lazeroms, A. M., Het gebruik van video op een PAAZ. Ethische reflecties. Medisch Contact (1978).
- Pomerantz, H., Stijlen, J., Video als tentamenmiddel in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1977, 3, 197-209.
- Renfordt, E., Audiovisuele Methoden in der Psychiatrie. Nervenarzt 1974, 45, 505-509.
- Zwanikken, G. J., Persoonlijke mededeling (1978).

## Mw. Mr. E. Veder-Smit over de eigen bijdrage



'Liever zou ik het een eigen bijdrage van de verzekerden willen noemen, wanneer in 'Bestek '81' wordt gesproken over de honderd gulden per gezin in de extramurale gezondheidszorg.' Aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, met MC in gesprek over het voornemen van de regering-Van Agt een 'eigen risico' in de ziektekosten in te voeren.

V-S: 'Gemiddeld kost de verplichte ziekenfondsverzekering ruim drieduizend gulden per gezin. In dit verband vind ik die honderd gulden een bescheiden bedrag, zeker als men dat stelt tegenover de soms zeer kostbare verstrekkingen. Zoals bekend is niet bewezen dat een eigen risico een gunstig of een ongunstig effect heeft op de gezondheidszorg, noch dat het een meer of minder zuinig gebruik van de middelen bevordert. Ik betreur het daarom nog steeds dat het rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid van 1967 over dit onderwerp in een lade terecht is gekomen. Aan het daarin uitgebrachte advies om enkele experimenten met het eigen risico op te zetten is geen gevolg gegeven. Daarvoor is het nu te laat. De eigen bijdrage is overigens volstrekt geen nieuw begrip in de ziekenfondsverzekering. Wij kennen die bij verschillende verstrekkingen, onder meer bij de tandheelkundige zorg en bij de orthopedische prothesen. Nieuw is wel de tien gulden per dag voor opname in algemene ziekenhuizen. Of hier ook een maximum moet worden gesteld is nog onderwerp van nader onderzoek.

'De Ziekenfondsraad zal in deze ook om advies worden gevraagd. Ik zou er weinig voor voelen als het bezoek aan of van de huisarts een eigen bijdrage van de patiënt zou vergen. Minder moeite zou ik hebben met een eigen bijdrage voor geleverde medicamenten.'

MC: Waarom juist op het gebied van de medicamenten?

V-S: 'Naar mijn mening is er op dit gebied nog wel ruimte voor een efficiënter gebruik. Nog altijd is het zo dat een deel van de voorgeschreven geneesmiddelen niet wordt afgehaald. Ook geloof ik dat op het gebied van de voorlichting over medicijnen nog wel wat kan worden verbeterd. Wellicht dat een eigen bijdrage op dit terrein een meer kritische instelling van de patiënt kan bevorderen. Op dit gebied is voorlichting dan ook zeer welkom.'

MC: Wie moet deze voorlichting geven?

V-S: 'In de eerste plaats de voorschrijvende arts, maar hier ligt ook een taak voor de apotheker, bijvoorbeeld via een bijsluiter.'

MC: Ligt hier een taak voor de overheid?

V-S: 'Het is in eerste instantie een taak van de beroepsorganisaties. De taak van de overheid is hier beperkt. Indien de overheid in overleg met de beroepsorganisaties mee zou werken aan een vestigingsbeleid dan zou de voorlichtende taak van bijvoorbeeld de apothekers mede een rol kunnen spelen bij het bepalen van het aantal patiënten dat door een apotheker kan worden geholpen. Deze voorlichting zal waarschijnlijk het best tot haar recht komen in de relatie apotheker-huisarts en daarna in de relatie huisarts-patiënt.

'Een belangrijke zaak blijft echter een meer kritische instelling van de patiënt. Patiëntenverenigingen kunnen hierbij een stimulerende rol vervullen. Als vertegenwoordiger van de overheid sta ik positief tegenover de taak van patiëntenverenigingen.

MC: In 'Bestek '81' wordt opgemerkt dat de vrije beroepsbeoefenaren (specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten, enz.) in het kader van het prijs- en inkomensbeleid bij de inkomensmatiging worden betrokken. Wat betekent dit voor huisartsen en specialisten?

V-S: 'De huisarts loopt wat het netto honorarium betreft in de pas met de ambtenarensalarissen. Buiten die trend zijn er voor de huisartsen geen verdere consequenties aan de bezuinigingen verbonden.

'Voor de specialisten ligt de zaak veel ingewikkelder. Voor hen zal de lijn van de laatste jaren worden doorgetrokken. Die lijn bestaat uit de toetsing van het nog nader vast te stellen norminkomen aan dat van vergelijkbare ambtenaren. Aan de vaststelling van dat norminkomen en de verschillende onderdelen ervan wordt thans gewerkt. De tariefvaststelling hangt samen met het al of niet optreden van een positieve restpost; daarin ligt de matiging.'

MC: Terugkomend op het 'eigen risico', vindt U niet dat daardoor de meest kwetsbare groep van de verzekerden wordt getroffen?

V-S: 'Het is niet uitgesloten dat men zal trachten een deel van de eigen bijdrage door herverzekering te dekken, zodat het eigen risico wordt gespreid. Zoals ook in 'Bestek '81' wordt opgemerkt, zou rekening worden gehouden met de inkomenspositie van de minder draagkrachtigen. Overigens moet de eigen bijdrage ten opzichte van het geheel van de bezuinigingen in de gezondheidszorg worden gezien. Verreweg het grootste deel moet uit andere bronnen komen, zoals in 'Bestek '81' duidelijk is aangegeven.'

---

# Groepsverzorging voor bejaarden in bejaardenoorden?

of: totale verzorging in verzorgingstehuizen?

In november 1976 bracht de Centrale Commissie voor de Bejaardenoorden (CCB) een advies uit over de noodzakelijkheid van groepsverzorging in bejaardenoorden. De aanleiding voor dit advies was dat men in de bejaardenoorden in toenemende mate wordt geconfronteerd met bejaarden die meer verzorging behoeven dan hen op de eigen kamer kan worden geboden. Vroeger bestond dit probleem niet omdat men toen in de bejaardenoorden nog gemeenschappelijk woonde en sliep. Na 1940 werd het begrip privacy ingevoerd en kreeg iedere bewoner een eigen kamer met keuken, douche, voordeurbel en brievenbus. Men zou dus kunnen zeggen dat men vroeger uitsluitend aan groepsverzorging deed en dat men er nu voor sommige bewoners weer behoefte aan heeft. Uit het advies blijkt dat men er kennelijk moeite mee heeft om op vroegere paden terug te keren en zo nodig de voorzieningen aan te passen aan de veranderende behoeften. Groepsverzorging wordt genoemd een 'laatste redmiddel' en 'uitermate kwetsend voor het eergevoel van de bejaarde' ook indien hij of zij er zelf om heeft gevraagd. Groepsverzorging wordt afgewezen wanneer de levensduur nog kort is, dit om privé-sterven mogelijk te maken. Naast de aanbevelingen van de CCB ligt het advies van de Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid (ISB) waarin staat dat men kleine groepen moet houden, geen aparte ruimten of gebouwen moet bouwen, en de mogelijkheid dient te bestaan om elke ruimtelijke voorziening direct om te bouwen in het systeem van een eenpersoons

---

door **Dr. H. P. Akkerman**, geriater  
namens de verpleeghuisartsen  
Arnhem/Nijmegen en omgeving



---

woonruimte. Bestaat de behoefte tot groepsverzorging 24 uur van de dag, dan vindt men dat de grens tussen verzorging en verpleging is overschreden.

Na lezing van beide adviezen lijkt het mij toe dat men wel een oplossing voor een bepaalde groep bewoners wil zoeken, maar dat men het er erg moeilijk mee heeft. De oplossing die men aangeeft en dan groepsverzorging noemt beoogt de bewoners van het bejaardenoord daar zolang mogelijk te houden. Naar mijn mening is dat onjuist en moet men niet uitgaan van de mate van hulpbehoefte van de bewoner, maar van de plaats en functie van het bejaardenoord als verzorging biedend instituut, als duidelijke woonvorm. Hoewel verzorging (CRM) en verpleging (Volksgezondheid) moeilijk scherp van elkaar zijn te scheiden dient men dit onderscheid wel te handhaven en steeds vast te stellen waar een bepaalde bewoner optimale verzorging en behandeling kan krijgen. Wanneer men spreekt over groepsverzorging dan heeft men

te maken met dergelijke grensgevallen. In het CCB-advies onderkent men dat ook, want men adviseert een soort grensbewaking door te stellen, dat bijvoorbeeld een verpleeghuisarts 'op papier' moet vaststellen of een bewoner in de groepsverzorging moet worden opgenomen of kan worden ontslagen. Men gaat er dan aan voorbij dat het gaat om geriatrische bewoners c.q. patiënten, met wie meer aan de hand kan zijn dan op papier duidelijk kan worden gemaakt.

Ik vraag mij dan ook af, of er voor deze groep bejaarden wel voldoende verzorgings-, verplegings- en medische deskundigheid op geriatrisch niveau in de bejaardenoorden aanwezig is. Of moeten wij in een geheel andere richting denken en zeggen dat het verzorgingstehuis alleen verzorging moet bieden en de grensgevallen duidelijk in het verpleeghuis behoren te worden verzorgd en verpleegd? Voor het verpleeghuis wil ik uw aandacht niet vragen. Dat heeft Prof. C. L. C. van Nieuwenhuizen al uitstekend gedaan in Medisch Contact van 10 maart 1978 (MC nr. 10/1978, blz. 309 e.v.). Omdat veel artsen direct of indirect belast zijn met bejaardenzorg hetzij als huisarts, medisch-adviseur, verpleeghuisarts, hetzij als arts zitting hebbende in de commissies ex art. 6j WBO lijkt het mij een goede zaak uw aandacht te vragen voor de bejaardenoorden en hun plaats in de welzijnszorg.

**De bejaardenoorden en hun plaats in de welzijnszorg**

Het huidige model bejaardenoord heeft éénpersoons- en

echtparenkamers en veelal één grote zaal waar ontspanning kan worden geboden en soms gemeenschappelijk wordt gegeten en koffie- en thee gedronken. De privacy wordt gewaarborgd door de eigen kamer; de gemeenschappelijkheid heeft plaats via de zeer grote groep waarin veelal sterk gesloten subgroepen ontstaan. Dit model is indertijd opgezet omdat men de zaalverzorging 'uit de tijd' vond en men te maken had met mensen, die alleen maar bejaard waren en nog een grote mate van zelfstandigheid bezaten.

Door de toenemende verzorgingsbehoefte van de huidige bewoners en de nieuw op te nemen bewoners tengevolge van de activiteiten van de commissies ex art. 6 j van de WBO gaat het patroon van de bewoners steeds minder passen in het huidige model van de bejaardenoord. Men zegt dan ook wel dat de bejaardenoord zullen moeten gaan functioneren als verzorgingstehuizen.

Door het verouderen op zich en door de toenemende verzorgingsbehoefte wordt men in toenemende mate geconfronteerd met het feit dat bejaarden gaan dysfunctioneren in hun 'privacy' van de eigen kamer. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

- door stoornissen in de mobiliteit, bij lichte ADL-stoornissen waarvoor men nog niet of niet meer in het verpleeghuis behoeft te zijn opgenomen;
- door het onvermogen om massaliteit te accepteren;
- door het onvermogen om relaties te leggen of te onderhouden tengevolge van individueel psychologische en sociaal-psychologische factoren zoals het niet tegen de drukte van de grote zaal kunnen, desoriëntatie, zwervneiging, angst, vervuiling, niet op tijd eten en drinken, onzorgvuldig toiletbezoek, ongecontroleerd medicijngebruik en eenzaamheid.

Al deze vormen van dysfunctioneren kunnen bij alle bejaarde bewoners optreden en gedurende langere of kortere tijd aanwezig zijn, soms gedurende enkele uren van de dag, soms de gehele dag.

*Welke behoefte heeft de bejaarde in het verzorgingstehuis?*

Het ontvangen van een woon- en leefvorm die bij hem of haar past, om

optimaal te kunnen functioneren, rekening houdende met de veranderende behoeften van de bejaarde.

*Hoe moet het verzorgingstehuis zorg bieden aan alle bewoners?*

In de vraagstelling wordt duidelijk aangegeven dat het gaat om alle bewoners en niet om bepaalde groepen. Daartoe zal de zorg gevarieerd en flexibel dienen te zijn. Ik zou de zorg willen onderscheiden in drie vormen: zelfzorg; mantelzorg; professionele zorg.

#### *Zelfzorg*

De bejaarde dient primair zo goed en zo lang mogelijk voor zichzelf te zorgen. Dat is alleen mogelijk wanneer het tehuis zorg draagt voor additionele voorzieningen zoals:

- mogelijkheid tot het gemeenschappelijk nuttigen van de maaltijden;
- clubjesvorming voor gymnastiek, creatieve therapie enz.;
- mogelijkheden bieden voor fysio- en ergotherapie, logopedie en pedicure.

#### *Mantelzorg*

Met mantelzorg bedoelen we het scheppen van een sociale structuur, waarin mensen herkenbaar zijn voor elkaar, waarvoor men zelf kan kiezen en waarin men de kans krijgt meer zelfactiviteit te ontplooien. Gedacht wordt aan kleine unit-gebonden huiskamers waarin men alle gemeenschappelijk activiteiten kan verrichten en kan komen tot groepsvorming op eigen initiatief. Deze mogelijkheid tot groepsvorming is noodzakelijk voor alle bewoners en dient in elke 'gang' beschikbaar te zijn.

Dit is dus duidelijk iets anders dan groepsverzorging, waarvoor men niet zelf kan kiezen en die ergens in het gebouw is gesitueerd. Via de groepsvorming wordt het bovendien mogelijk om vanuit het tehuis verzorging en begeleiding te bieden aan één of meer bejaarden, die op grond van uiteenlopende verschijnselen niet meer in staat zijn zich het gehele etmaal of een gedeelte ervan zelfstandig op hun kamer te handhaven. Zij blijven dan echter in hun eigen, bekende groep die hen beter accepteert dan een kunstmatig

bijeen gebrachte groep van allemaal dysfunctionerende personen.

#### *Professionele zorg.*

Zelfzorg en mantelzorg zijn in een instituut ontoereikend wanneer niet tegelijkertijd professionele zorg aanwezig is. Het professionele zorgpakket is te onderscheiden in:

- materiële zorg: voeding, schoonhouden enz., noodzakelijk voor alle bewoners;
- psychosociale zorg: zoals beschreven bij zelf- en mantelzorg; niet altijd voor alle bewoners nodig;
- somatische zorg: deze kan worden onderverdeeld in verpleegkundige- en geneeskundige zorg:

– Verpleegkundige zorg: deze biedt hulp bij een tekort aan milieu-activiteit en lichte ADL-stoornissen. Tevens worden incidenteel verpleegkundige handelingen geboden. De kwaliteit hiervan varieert sterk en is soms uitermate onvoldoende. Bijscholing vanuit de verpleegkundige setting van het verpleeghuis zou dringend gewenst zijn.

– Geneeskundige zorg: deze wordt geboden door de huisarts en de medisch adviseur. De huisarts behandelt en dient daarvoor de beschikking te hebben over een spreekkamer. Van hem mogen we verwachten dat hij een zekere mate van geriatrische deskundigheid bezit. Door de vrije artskeuze is soms het aantal bezoekende huisartsen veel te groot en onoverzichtelijk voor de verplegingsdienst. Dat de behandelend huisarts ook medisch adviseur is acht ik onjuist; hij zal zichzelf moeilijk kunnen adviseren c.q. corrigeren. De medisch adviseur dient te functioneren als sociaal-geneeskundige en dient beslist geriatrische deskundigheid te bezitten. Volgens de WBO moet elk verzorgingstehuis een medisch adviseur hebben. In de praktijk blijkt dat 20% van de tehuizen er niet één heeft.

Enkele jaren geleden zijn er voor de medisch adviseur uitvoerige functieomschrijvingen gemaakt. Het blijkt echter dat velen deze niet kennen of niet willen volgen omdat zij zo veel tijd vragen die niet beschikbaar is.

Geadviseerd wordt dan ook om de verpleeghuisarts als medisch adviseur te laten optreden (zie ook Prof. Van



Nieuwenhuizen in MC nr. 10/1978). Daarvoor zouden meer verpleeghuisartsen nodig zijn die dan echter het voordeel hebben zowel in het verpleeghuis als daarbuiten werkzaam te kunnen zijn. Zolang dat nog niet mogelijk is zou het aanbeveling verdienen om de huidige medisch adviseurs regelmatig bijeen te laten komen met de verpleeghuisarts als consulent.

*Enkele voorwaarden om het verzorgingstehuis optimaal te kunnen laten functioneren*

#### A. Het treffen van bouwkundige voorzieningen:

1. één- en tweepersoons woon-slaapkamers met één huiskamer per bijvoorbeeld 12 bewoners;
2. één of meer slaapkamers voor 2-4 personen, zonder huiskamer;
3. een zo klein mogelijke ziekenboeg.

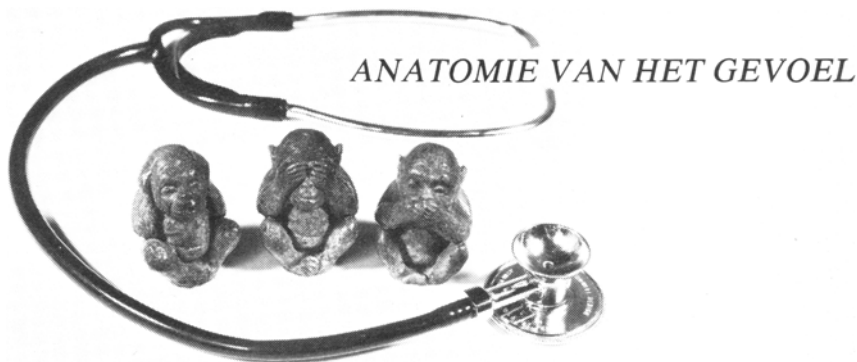
NB 2 en 3 kunnen eventueel worden gecombineerd.

#### B. Aanvullen van het personeelsbestand – zowel kwalitatief en kwantitatief – met deskundigen:

1. voor de basisvoorzieningen met bejaardenverzorgsters en creatief-therapeuten;
2. voor de additionele voorzieningen met verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en de beschikbaarheid van een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist(e) en pedicure met de daarvoor benodigde accommodatie.

Wanneer de bejaardenoorden volgens bovenstaand model zouden gaan functioneren als verzorgingstehuizen, dan is het trekken van de grens tussen verzorging en verpleging geen probleem meer. Dan behoeven we ons niet in alle mogelijke bochten te wringen om groepsverzorging van de grond te krijgen. Als uitgangspunt geldt dan de bejaarde die nu eens cliënt, dan weer patiënt is, maar altijd behoefte heeft aan een zo goed mogelijk woon- en leefklimaat.

Overschrijdt de bejaarde de grens tussen verzorging en verpleging dan dient deze te worden bewaakt door deskundigen op het terrein van de geriatrie. Een goede relatie tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen is daarvoor erg belangrijk.



### Ja zuster, nee zuster

Dr. Van Leyden is een van de vrouwelijke specialisten. Het is een charmante vrouw, die in de wandelgangen door de assistenten 'Tante Truus' of 'co-assistente Truus' wordt genoemd; uit respect voor collega's doe ik dat liever niet. Nu heeft Dr. Van Leyden een even charmante assistente: Leonore. Samen runnen zij een onderafdeling, bijgestaan door een co-assistent. Die co-assistent heet Albert, en Albert beschikt over een forse snor. Hierdoor dwingt hij het nodige respect van de patiënten af; anderszijds straalt hij mede door zijn snor een zekere autoriteit uit.

Over de hiërarchie hoef ik eigenlijk niet te praten. Dr. Van Leyden is het hoofd, dan volgt Leonore en tenslotte is er dan co Albert. Helaas zien de patiënten dat wat anders. Vrouwen zijn nu eenmaal verpleegsters en mannen doktoren. Vrouwelijke doktoren en verplegers scheppen verwarring, omdat zij bepaalde beelden die zijn ingeburgerd ontzenuwen. Dr. Van Leyden en Leonore worden dus door hun patiënten met een aan obstinaatheid grenzende hardnekkigheid als 'verpleegster' beschouwd en dus aangesproken met 'zuster'. De hele dag hoort Dr. Van Leyden 'zuster' tegen zich roepen. Nu kun je twee dingen doen: óf je went er eenmaal aan en je maakt er je verder nooit meer druk over, óf je pikt het niet en je tikt je patiënten constant op hun vingers. Tot deze laatste categorie behoort Dr. Van Leyden. Zij vindt het maar niets, dat haar patiënten alleen de co-assistent Albert met 'dokter' aanspreken, alleen hem aankijken wanneer er visite wordt gelopen en alleen hem maar au sérieux nemen.

Er werden dus maatregelen genomen. Op een goede dag liepen Dr. Van Leyden, Leonore en Albert een kamer binnen waarin een wat oudere vrouw lag.

'Goede morgen, dokter. Goede morgen, zusters', riep zij vriendelijk.

Dr. Van Leyden trok wit weg. Maar ineens kreeg zij een ingeving.

'Roep alle verpleegsters van deze afdeling', vroeg zij Albert. Na enkele ogenblikken stonden alle verpleegsters bij het bed van de obstinate mevrouw, die nog steeds niet wist dat Dr. Van Leyden een 'dokter' was.

### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (43)

'Luister eens heel goed, mevrouw', zei Dr. Van Leyden: 'Ik ben een dokter en géén zuster. U behoort mij dus aan te spreken met 'dokter'. Díe daar – ze wees naar Leonore – is ook een dokter. Hetzelfde geldt voor hem – en ze pakte Albert bij zijn mouw. Leonore en Albert werden netjes rechts van het bed geplaatst. Ook Dr. Van Leyden ging aan die kant van het bed staan. Ze gebaarde de verpleegsters om aan de linkerkant van het bed te gaan staan.

'Díe daar', vervolgde Dr. Van Leyden, terwijl ze naar de verpleegsters wees, zijn de 'zusters'. Heeft U dat begrepen, mevrouw?' Het was doodstil. Niemand durfde iets te zeggen.

'Heeft u mij begrepen?', herhaalde Dr. Van Leyden nogmaals.

'Ja, zuster', antwoordde de patiënte gehoorzaam.

Alexander van Es

---

# Medische milieukunde

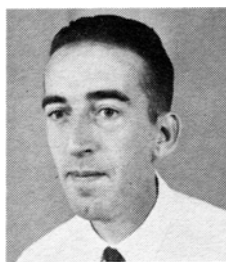
De medicus is door Querido (1971) op het congres van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde in dat jaar, dat als thema 'De mens in zijn milieu' voerde, vergeleken met 'de dolende aesculaap'. Querido doelde daarmee op het feit dat maatschappelijk gezien de betrokkenheid van de artsenstand bij de milieuvraagstukken nu en dan signalerend, maar nauwelijks bijsturend is. Politiek gezien weegt met andere woorden de stem van de arts in deze vraagstukken – die verband houden met bevolkingsgroei, geforceerde produktie, geforceerde consumptie, moeilijk te vernietigen materie, etc. – niet veel zwaarder dan die van de notaris, de advocaat en andere academici die door hun bevoorrechte financiële positie allen een relatief zware wissel op het milieu trekken via grote auto's, grote huizen enz.

## Neveneffecten welvaartsdrang

Enkele jaren geleden heb ik in Wageningen op een symposium over de milieuvraagstukken (Biersteker 1976) gepoogd de mens als recipiërend systeem te beschrijven. Ik dacht dat dit in feite de beste bijdrage is die de arts kan leveren aan de samenleving. Deze samenleving heeft de neiging uiterst simpel te denken over milieu-gezondheidsrelaties. In de loop der eeuwen heeft de mens zijn milieu helaas als een Monte Carlo-achtig gegeven opgevat. Soms zat het mee, soms zat het tegen. Geluk (of boze bovennatuurlijke machten) bepaalden voor- en tegenspoed. De extreem milde winters van Nederland in de laatste vijftien jaren doen er aan mee het besef levendig te houden dat zelfs

---

door **Prof. Dr. K. Biersteker**



De heer Biersteker is werkzaam binnen de vakgroep Gezondheidsleer aan de Landbouwhogeschool te Wageningen. Zijn artikel is een bewerking van een voordracht voor het seminar Milieukunde van het NIPG-TNO 1978.

---

het weer wel zodanig kan veranderen in bepaalde woongebieden dat er in de gezondheidsecologie veranderingen optreden binnen één generatie. Pas de laatste eeuw heeft de mens door de neveneffecten van zijn welvaartsgedrang de natuur ook zelf zodanig in zijn macht gekregen dat hij niet langer gokker maar in feite beheerder genoemd mag worden. Bij dat beheer komen allerlei niet-medische problemen op ons af. Zoals Zielhuis al in 1967 heel duidelijk in een artikel in *Wetenschap en Samenleving* aangaf, is er behoefte bij niet-medische disciplines meer kijk te krijgen op medische milieukunde teneinde de vormgeving van onze woningen, scholen, fabrieken, automobielen, vliegtuigen enz. aan te passen aan de grenzen van het menselijk vermogen optimaal te functioneren. Met de macrovraagstukken van de milieuverontreiniging heeft dit echter onvoldoende van doen. Wat wij nodig hebben is een beeld van de

mens-milieu-gezondheidsrelaties dat het wetmatige in deze relaties, zo die te vinden zijn, benut voor het afwenden van een 'man-made ecocrisis', die de aarde ontlusterd nalaat.

Als medici voelen wij ons vrijwel machteloos in deze problematiek, maar in ieder geval is kennis, hoe gebrekkig ook nog, beter dan blind voortgaan. Zelf kan ik in dit verband terugzien op een achteraf gezien interessant verleden in het neolithicum van Nieuw-Guinea, waar ik als jong arts werkte. De communicaties zijn aldaar nog steeds zeer moeilijk tussen de kleine dorpen. Een dorpsbevolking leefde er indertijd nog in evenwicht met de natuur door hoge sterfte, matige voeding, gebrek aan kennis over ziekte en gemis aan hulpwerkten om de natuur te onderwerpen. Op het oog gezien waren deze mensen niet ongelukkiger dan wij westerlingen. Ziekte en dood werden door hen niet traumatischer beleefd dan bij ons. In de kracht van hun jaren leidden de mannen een beter bestaan dan de vrouwen, zij kregen het betere voedsel en raakten niet uitgeput door herhaalde zwangerschappen en borstvoedingen. Vanuit dit neolithisch bestaan naar nu gaand, valt het op dat wij in feite omringd zijn door allerlei milieukundige voorzieningen die een medische grondslag hebben. Ons drinkwater is altijd microbiologisch veilig en er is voldoende om pathogene micro-organismen als salmonella's als wij die in ons maag-darm-kanaal herbergen met WC's en badkamers en wasmachines betrekkelijk veilig af te voeren. Onze woningen zijn voldoende verwarmd om 's winters een verblijf binnenshuis behaaglijk te maken. Het voedsel

arriveert behoorlijk schoon en in ieder geval op tijd en in voldoende schakering om deficiëntieziekten te voorkomen. De kinderen gaan naar scholen met behoorlijke verlichting, de werknemers werken maar acht uur per dag en vijf dagen per week met inkomstengaranties bij ziekte of ongeval, verschillende infectieziekten zijn door middel van vaccinaties op kinderleeftijd aan het verdwijnen. Onze levensverwachting is daardoor twee keer zo hoog als in het neolithicum.

### Houvasten

Zo op het eerste oog kunnen wij dus zeer tevreden zijn. Het is zelfs gelukt door geboortenregeling een wilde groei van de bevolkingscijfers te remmen. Toch maakte bijna iedereen zich zorgen dat de medische milieukunde onvoldoende is om een 'ecologisch inpasbaar gedrag' van Homo Sapiens te verwerklijken. Hoe ziet de medicus, die wel met een dolende aesculaap of met de dronken man onder de lantaarnpaal vergeleken wordt, nu in feite de milieu-gezondheidsrelaties op korte en lange termijn, met name in het westen? Ik dacht dat wij hiertoe een paar houvasten hebben:

1. onze kennis over milieugebonden ziektebeelden;
2. onze groeiende inzichten in de meer subtiele voorwaarden voor gezondheidsontplooiing door nog optimalere woon- en werkomstandigheden;
3. onze hoop dat gedragsbeïnvloeding niet geheel zonder effect zal zijn bij het beter beheer van de gezondheidsvoorwaarden.

#### ad 1.

Het lijkt geen twijfel dat ziekten in belangrijke mate milieugebonden zijn. De oudere onderzoekers vingen dit in de formule: genotype + milieu → fenotype, enz. De verschijningsvorm van de mens is weliswaar gedeeltelijk erfelijk bepaald maar toch ook sterk milieu-afhankelijk. In de loop van miljoenen jaren is er in het genetisch materiaal een aanpassing aan het milieu opgetreden, die bijvoorbeeld maakt dat een blanke minder past in de zonnige tropen en een Eskimo beter kou verdraagt dan wij. Voor onze huidige milieuvraagstukken

hebben wij echter weinig meer te verwachten van genetische aanpassing, omdat de tijd waarin alles zich voltrekt zeer kort is, en PCB- of PBB-resistente rassen vermoedelijk nooit tot stand zullen komen.

De les die wij hieruit kunnen trekken is dat het huidige genotype (hoe onvolmaakt dat misschien ook is voor ons kunstmatig wereldje) in ieder geval voor het medisch denken en handelen opgevat wordt als een gefixeerd gegeven, waar wij mee dienen te werken. Misschien is deze medische doelstelling te beperkt, maar de medische ethiek is altijd humanitair geweest en wil dus ook de zwakke varianten in de samenleving zoveel mogelijk sparen voor schadelijke milieu-invloeden.

De milieugebonden ziektebeelden die wij kennen zijn vele en van velerlei aard. Vroeger speelden de infectieziekten een belangrijke rol in de ziektenleer. Het model van deze ziekten is dat een levend agens vanuit het milieu de gastheer bereikt via passage van een of meer der epitheelmembranen, die de mens isoleren van zijn omgeving. Dit kan eenvoudig mens-menscontact als voorwaarde hebben, maar er zijn ook zeer gecompliceerde modellen met meerdere natuurlijke reservoirs voor het agens en een of meer tussengastheren. Hoewel er nog regelmatig nieuwe agentia worden geïsoleerd (Lassavirus, Marburgvirus enz.) en sommige ziektekiemen nog geen bijbehorend klinisch ziektebeeld hebben (weesvirus), is de bulk van deze inventarisatie wel binnen. Via hygiënische voorzieningen is in principe de weg open om het milieu in dit opzicht aanzienlijk veiliger te maken dan vroeger het geval was. De laatste decennia zijn er geheel nieuwe ziekmakende agentia in het milieu opgedoken. Gedeeltelijk waren die er vroeger ook reeds, maar zij hadden onder slechte woon- en werkomstandigheden nauwelijks kans ontdekt te worden, overschaduwed als zij waren door veel opvallender ziekte-oorzaken. Geluidhinder van burens begint met andere woorden pas een milieuprobleem te worden als ieder redelijk gehuisvest is en door zoveel stilte omringd is dat hij zijn burens begint te horen. Meer en meer zijn er ook verrassingen. Er worden chemische stoffen op het milieu geloosd die leiden tot milieuziekten-nieuwe stijl. Het kan hier dan ziektebeelden betreffen die

eerst slecht herkend worden en het kan geruime tijd duren voor de bron achterhaald wordt, de milieuziekten in Japan (Biersteker 1974) en de TCDD-affaire in Italië en de PBB-ramp in Michigan in de VS zijn illustraties van dit soort milieuziekten. Het lijkt mijns inziens geen twijfel dat deze gebeurtenissen bij het grote publiek veel wantrouwen zaaien over de gevolgte beleidslijnen bij industrie en overheid. Zij dragen er ook toe bij dat er een groeiende vertrouwenscrisis is bij het publiek in de medische milieukunde. Helaas moeten wij toegeven dat onze kennis over de ziektebeelden die chemische stoffen kunnen geven nog zeer beperkt is. Omgekeerd berust dit op de betrekkelijke zeldzaamheid van deze incidenten, hetgeen pleit voor de zorg waarmee in het algemeen met deze stoffen wordt omgesprongen in onze samenleving.

#### ad 2.

Het optimaliseren van de woon- en werkomstandigheden is in feite aangewezen op meer inzicht en kennis in de positieve gezondheidsbeleving van individuen en groepen mensen. Gezondheid is meer dan afwezigheid van ziekte. Helaas beschikken wij in medische kringen nog niet over de geschikte methoden om deze welzijnsbelevissen met passende parameters te meten. Persoonlijk ervaren wij allen dat er fluctuaties in het welzijn optreden. Dit kan een voorbode zijn van naderende ziekte of van naderend herstel. Los van deze koppeling aan bekende ziektebeelden zijn er echter ook schommelingen of te lage welzijnsniveaus die te maken hebben met imperfecties van het milieu. Daarbij rijst de grote vraag of ons kunstmatige woon- en werkmilieu, dat wel ziektevoorkomend werkt zoals wij zagen, in feite wel aansluiting geeft op diep gezetelde behoeften aan zelfverwerklijking die de mens heeft. De vlucht uit onze veilige samenleving naar primitieve leefomstandigheden is misschien een teken dat de sanitaire perfectie die wij weten te bereiken nog geen voorwaarde voor welzijn is, zolang avonturendrang, zich zelf willen en mogen bewijzen, persoonskenmerken zijn die de welzijnsbelevissen conditioneren. Kuiper (1973) heeft zich, onder meer in zijn inaugurele rede, met dit vraagstuk beziggehouden. Mijns inziens ontbreken duidelijke

aanknopingspunten voor een beleid nog in sterke mate. Vast staat dat welzijn beleefd kan worden onder primitieve omstandigheden (als in een stenen tijdperk in Nieuw Guinea). Vast staat mijns inziens ook dat wij onze welvaart subjectief betalen met haast, verkeersopstoppen, ergernissen aan de monotonie van de arbeid, enz.

Hierover nadenkend, lijkt het mij zeer gevaarlijk alles te willen dwingen in een keurs van voorschriften. De ontsnapping die vele jeugdigen zoeken, de behoefte aan deeltijdse betrekkingen voor man en vrouw, het spreiden van werktijden enz. zijn in feite al richtingen waarin wordt gezocht naar welzijnsbevordering. Het is jammer dat medici hier geen panklare recepten voor hebben. Deze zullen er echter mijns inziens nooit komen. Medici zullen zich primair blijven bezighouden met het vaststellen van ziekte en met de behandeling en preventie hiervan. Het is niet uitgesloten dat er in de komende decennia in samenwerking met psychologen en sociologen meer inzicht groeit in de rol die 'onvertaalde behoeften' in onze samenleving spelen bij het verklaren van ziekte of ziektegedrag. Of hieruit een grote verandering van materiële vormgeving van ons milieu zal voortvloeien, betwijfel ik. Wel zullen er meer

experimenten moeten worden gedaan om zo mogelijk te meten wat de effecten zijn.

ad 3.

Het moeilijkste facet in de gezondheidsleer is vermoedelijk de gedragsbeïnvloeding. Er is veel, en maatschappelijk getolereerd, riskant gedrag voor wat betreft de veiligheid en gezondheid in onze samenleving. Verkeer en roken eisen jaarlijks duizenden doden.

In de milieukunde hebben wij kennis beschikbaar die op korte termijn de gezondheidstoestand van de bevolking, zoals deze zich uit in infectieziekten, kanker en hartvaatziekten, aanzienlijk kan beïnvloeden. Omdat hier misschien een prijs aan gezondheid wordt geofferd om welzijn te beleven, is er maar matig succes. Nog moeilijker wordt het ecologisch inpasbaar gedrag van individuen, groepen of hele naties te verwerklijken. Aan de ene kant heerst de opvatting dat de aarde er voor de mens is, laat het desnoods kort maar hevig zijn. Aan de andere kant groeit het besef van de ruimtelijke beperktheid van onze aarde en van het destructieve karakter van moderne samenlevingen voor andere vormen van leven. De medische milieukunde heeft in dit opzicht niet veel te bieden. In feite

heeft zij mede de grondslagen gelegd waardoor de mens zich sneller dan gedacht aan natuurlijke milieugevaren en terugregulaties in aantal wist te onttrekken.

### Geen werkzame recepten

Of de mens er in slaagt ecologisch inpasbaar gedrag op te brengen op zo'n schaal dat het garanties geeft voor een lang en gelukkig voortbestaan, is twijfelachtig. In ieder geval beschikt de medische milieukunde niet over werkzame recepten om dit nu al te verwerklijken. En blijft de arts opnieuw de dolende aesculaap.

### Literatuur

Querido, A. De dolende aesculaap. T. Soc. Geneesk. 49 (1971) 43.

Biersteker, K. De mens als recipiërend systeem. Nat. Symposium Milieuhygiëne, LH Wageningen, 1976.

Zielhuis, R. L. Medisch-biologische consequenties van de technologische ontwikkeling, Wetenschap en Samenleving 21 (1976) 37.

Biersteker, K. Milieuziekten in Japan, Med. Contact 29 (1974) 1222.

Kuiper, J. P. Dokteren aan de wereld, Inaug. rede VU, 1973.

### TER OVERNAME AANGEBODEN

## Overcomplete medische apparatuur

- Eenkanaals cardiograaf, fabr. Schwarzer.
- Philips Examix kantelbare röntgentafel 1855×750×860.
- 1 Doorlichtscherm.
- 1 Baisch stalen instrumentenkast: type Diplomaat D; h:b:d= 108:110:55 cm; lichtcrème en zwarte sokkel; Voorzijde: Achter opklapbare ruit 6 laden met verlichting; 2 inzetten en glasplaten, 2 deuren met glasplaten. Links en rechts: Deuren met glasplaten uitneembare bakken. Achterzijde: Uitklapbaar werkblad en 2 deuren met 3 glasplaten en een metalen plaat.
- 1 Ophtalmoscoop (in fabriek gerevideerd).
- 3 instrumententafels, waarvan 1 Haag-Streit.
- Voedselverdeelninstallatie type 200 VE-fabr.: Contact RVS. Cap.: 200 maalt./50 min. cpl. met voorwärmkap, 2

- bains-marie, naverwarmingstunnel, eindloze transportband, weegschaalplateau, onderbouw. Geheel compleet met 150 driebakschalen en 3 verrijdbare warmwagens. Alles in zeer goede staat.
- 1 Stomer 'Market Forge' type ASC in geëmailleerde uitvoering, 2 compartimenten, compleet met roosters en inzetbakken.
- 1 Elektrokopieerapparaat Océ 1210.
- Fotokopieerapparaat Addressograph Multigraph Model AM 610.
- Ruf Boekhoudmachine met 2 telwerken.
- 10-tal Defibrillatoren 'Life pack' 33.
- Diathermie-apparaat.
- Gyn. onderzoekstoel.
- Analgesisinhalatietoestel (met solaestin).
- Lachgasanalgesieapparaat.
- Hoogtezon (Original Hanau).
- 1 Elektr. uitkookpan.

- 1 Gewone uitkookpan.
- 8 Houders voor korentangen.
- 40 Nachtkastjes merk TMV.
- 100 bedgordijnscharen, fabrikaat Tesser.
- 1 Adressograph afslagapparaat.

*Informatie over in deze rubriek genoemde artikelen kan worden ingewonnen bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut, sectie documentatie, de heer W. C. Proosten, tel. 030-73 99 11, toestel 154.*



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



## van het centraal bestuur

### **Convocatie ledenvergadering dd. 29 september 1978**

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op *vrijdag 29 september 1978* te houden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum (tel. 030-914914). Deze vergadering zal een *informatief* karakter dragen en zal gewijd zijn aan onderwerpen, in het bijzonder de *samenwerking* tussen huisartsen en tussen huisartsen en anderen betreffend. Aanvang: 16.30 uur.

#### **De agenda luidt als volgt:**

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Ziekenfondsangelegenheden:
  - a. mededelingen.
  - b. honoreringsovereenkomst 1978 (medisch deel) zie LHV 78/1020/BK.

#### **Pauze**

4. Inleiding voorzitter Commissie Samenwerkingsverbanden.
5. Samenwerking:
  - a. LHV en samenwerking.
  - b. Inhoudelijke aspecten van de samenwerking: definitie begrip samenwerking; en samenwerkingsovereenkomsten.
  - c. Financiële aspecten van de samenwerking: regeling pensioenbijdrage; ontnikking en kostenvergoeding; voorlopige stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra; voorlopige richtlijnen van de Ziekenfondsraad inzake financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.
6. Wat verder ter tafel komt.
7. Rondvraag.
8. Sluiting.

F. A. van Spanje, secretaris.

---

Toelichting: ad 5. Zie Informatiebulletin 1978, septembernummer.

---

## van de Permanente Commissie Doktersassistenten

Op grond van de verhoging per 1-8-1978 in het kader van het trendbeleid van de salarissen van het burgerlijk rijks-personeel met 1,4%, volgt onderstaand een publikatie van de hierop afgestemde richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten.

### **Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 1 augustus 1978**

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het hulppersoneel dat in het bezit is van een door de KNMG erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam is in een artspraktijk.

2. Op grond van de maximaal door de overheid toegestane loonsverhoging wordt als bruto salaris per maand op basis van een *veertigurige werkweek* (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek) als minimum geadviseerd:

in het eerste dienstjaar .....	f 1506,—
in het tweede dienstjaar .....	f 1604,—
in het derde dienstjaar .....	f 1704,—
in het vierde dienstjaar .....	f 1810,—
in het vijfde dienstjaar .....	f 1921,—
in het zesde dienstjaar .....	f 2052,—
in het zevende dienstjaar .....	f 2143,—
in het achtste dienstjaar .....	f 2240,—
in het negende dienstjaar .....	f 2422,—
in het tiende en volgende dienstjaar .....	f 2579,—

3. Indien het wettelijk minimumloon hoger ligt dan de door de KNMG geadviseerde salarisbedragen dient het wettelijk minimumloon volgens onderstaande tabel te worden betaald:

<i>Bruto minimumloonbedragen per maand</i>	
18 jaar .....	f 1076,60
19 jaar .....	f 1205,80
20 jaar .....	f 1334,90
21 jaar .....	f 1464,10
22 jaar .....	f 1593,30
23 t/m 64 jaar .....	f 1722,50

4. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 40 uur.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in dienstbetrekking gebruikelijk is.

6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met be-



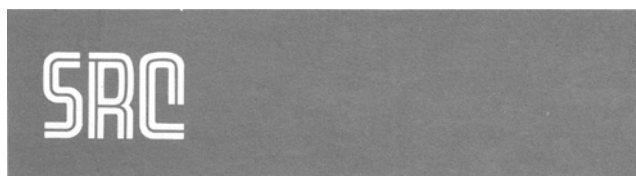
houd van salaris gedurende 20 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts per 1-4-1977 recht op een vakantietoeslag van 8% van het salaris genoten in de periode waarover de vakantie geldt.

8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

9. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 augustus 1978.

NB: De stageverlenende huisartsen dienen een toereikende WA-verzekering te hebben of af te sluiten waarin met het feit dat de stagiaires in de praktijk werkzaam zijn, rekening wordt gehouden.



## Nieuwe inschrijvingen

*De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 april t/m 30 juni 1978 de navolgende specialisten ingeschreven:*

### Allergologie

Dr. K. T. Tjwa, Ambachtsherenweg 70, Zoeterwoude, per 31.3.1978.

### Anesthesie

M. A. Agsteribbe, De Geer van Jutfaaslaan 25, Doorn, per 1.4.1978.

Dr. J. G. Bovill, Hugo de Grootlaan 31, Uithoorn, per 26.1.1978.

Mw. Dr. U. P. M. Brenken, Poelakkers 42, Peize, per 27.4.1978.

R. H. Dale, Buizerdlaan 24, Den Haag, per 22.2.1978.

F. A. J. J. Groot, Tournooiveld 27, 4841 VM Prinsenbeek, per 1.3.1978.

C. Mallios, C. N. A. Looslaan 66, Rotterdam, per 16.3.1978.

B. R. S. McClements, Bleulandweg 284, 2803 HL Gouda, per 13.9.1977.

A. de Rijk, Pr. Bernhardweg 28, 6862 ZH Oosterbeek, per 1.3.1978.

G. P. G. Udijana, Schippersmeen 61, Harderwijk, per 22.2.1978.

M. C. L. Wierenga, Boerhaavelaan 133, Leiden, per 1.4.1978.

K. W. R. Yung, Pinosweg 9, Willemstad Curaçao, per 1.1.1978.

W. W. A. Zuurmond, Hondsdrafweg 3, Zaanstad, per 15.5.1978.

### Bacteriologie

P. Ilic, Moddermanlaan 3, Groningen, per 14.4.1978.

Dr. W. J. Terpstra, Sarphatikade 15, Amsterdam, per 1.4.1978.

J. H. T. Wagenvoort, Karel Doormanlaan 184, Utrecht, per 1.3.1978.

### Cardiologie

D. Hendriks, Koningslaan 37, Utrecht, per 1.2.1978.

V. Manger Cats, Willemsparkweg 65, Amsterdam, per 1.10.1976.

### Cardiopulmonale chirurgie

P. J. J. Knaepen, Händellaan 5, Bilthoven, per 15.8.1974.

### Dermatologie

G. P. J. M. van Overveld, Valeriusrondeel 283, Capelle a/d IJssel, per 1.5.1978.

Mw. L. Riaskova Haralampieva Stanischewa, Willemsplein 13 d, Rotterdam, per 21.3.1978.

H. Terpstra, Aart v.d. Leeuwlaan 18, Groningen, per 15.5.1978.

### Heelkunde

S. W. Bok, Fred. v. Edenstraat 31, 9673 HT Winschoten, per 15.4.1978.

H. Obertop, Voorschoterlaan 117 b, Rotterdam, per 1.4.1978.

J. F. W. B. Rijksen, Rapenburg 93, Leiden, per 1.2.1978.

F. Ugahary, Laan van Westmolen 41, Mijnsheerenland, per 21.3.1978.

C. D. G. W. Verheij, Woenselsestraat 308, Eindhoven, per 1.4.1978.

Dr. T. I. Yo, Wetstein Pfisterlaan 22, Driebergen, per 1.11.1977.

### Inwendige geneeskunde

Mw. A. A. G. Bakker-Mulder, Heemsteedsedreef 90, Heemstede, per 1.6.1976.

J. Berkel, Pieter 12, Mijdrecht, per 1.6.1978.

M. Bins, 'De Opstal' Eindsestraat 23, Nederasselt, per 1.9.1977.

P. J. van den Broek, Zilverschoontuin 3, Leiden, per 16.3.1978.

P. H. O. Buijs, Couperusweg 24, 1217 TB Hilversum, per 1.4.1978.

M. Deenstra, Emmalaan 1, Utrecht, per 8.5.1978.

A. L. Eekhout, Bergkwartier 1, Venray, per 1.3.1977.

Dr. W. B. J. Gerrits, Michelangelostraat 17, Amsterdam, per 1.3.1978.

W. Grave, Patmosdreef 10, Utrecht, per 1.2.1978.

Dr. B. S. Hijlkema, Nassaulaan 7, Groningen, per 1.4.1978.

M. W. M. Kruijsen, Dromedarisstraat 3, Nijmegen, per 15.2.1978.

Dr. J. H. van Maanen, Kievitstraat 32, Leiderdorp, per 1.3.1978.

J. A. Makkes van der Deijl, Gemini Zkhs. Parkzicht, Huisduinerweg 3, Den Helder, per 1.4.1978.

Dr. B. Sangster, Klaproosstraat 21, Nieuwegein, per 1.3.1978.

P. H. T. J. Slee, Leeuwerikspad 14, Ter Aar, per 15.2.1978.

R. J. I. Vermeer, Graafschaplaan 11, Heerenveen, per 1.3.1978.

Mw. A. A. A. de Vries, Herengracht 283, Amsterdam, per 1.10.1977.

A. Wester, Schammenkamp 2, Rotterdam, per 15.10.1977.

J. Wolters, Vrijheidstraat 5, Heerlen, per 15.2.1978.

### Keel- neus- en oorheelkunde

H. Jensma, Merelhoven 110, Capelle a/d IJssel, per 1.4.1978.

P. P. M. Knecht, 's-Landswarf 175, Rotterdam, per 1.4.1977.

J. J. Manni, Aquamarijnstraat 20, Apeldoorn, per 1.4.1978.

### Kindergeneeskunde

M. J. K. de Kleine, In de Korenmolen 16, Duivendrecht, per 1.2.1978.

J. C. van Nierop, Lisztlaan 11, Rotterdam, per 1.12.1977.

A. van Rhijn, Veldhuizenlaan 57, De Meern, per 1.3.1977.

P. J. J. Sauer, Grieglaan 21, Rotterdam, per 1.2.1978.

A. J. van Vught, Jadehof 4, Ysselstein, per 1.2.1978.

T. Wiersma, Munt 135, Heerenveen, per 1.11.1977.

D. H. Winterberg, Helmbloem 2, Castricum, per 1.4.1978.

### Longziekten en tuberculose

R. J. van Bever, Overhoven 155, Sittard, per 1.4.1978.

A. E. C. Rookmaker, Van Ketwich Verschuurlaan 9, Groningen, per 1.5.1978.

T. B. Sie, Haagwinde 17, Abcoude, per 1.7.1977.

Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.1.1975 te vervallen.

T. B. Waworuntu, Schotlandstraat 152, 2034 LG Haarlem, per 21.3.1978.

## Neurochirurgie

C. J. J. Avezaat, Parijseplein 33, Zwijndrecht, per 1.1.1978

## Oogheelkunde

Mw. P. Bertens-Oliemans, Milosdreef 13, Utrecht, per 1.5.1978.  
H. F. Dubois, Franz Schubertstraat 4, Utrecht, per 1.3.1978.  
D. H. de Jong, Voorbeeklaan 34, 5583 VC Waalre, per 1.5.1978.  
Dr. F. Lion, Meyhorst 9012, 6537 KH Nijmegen, per 1.5.1978.

## Orthopedie

H. K. Boejarat, Meerkoetstraat 53, Beuningen, per 1.4.1978.  
A. Harari, Schubertlaan 197, Leiden, per 21.3.1978.  
P. J. Th. M. Jaspers, Weezenhof 29-44, Nijmegen, per 1.5.1978.  
H. O. F. Verbeek, Clematislaan 24, Aerdenhout, per 1.2.1978.

## Pathologische anatomie

H. Barrowclough, Vondelstraat 11g, Amsterdam, per 1.5.1978.  
R. Holland, Weezenhof 12-34, Nijmegen, per 21.3.1978.

## Plastische chirurgie

J. B. Storm van Leeuwen, Bosweg 3, Hattem, per 1.3.1978.

## Radiodiagnostiek

K. J. van Dongen, de Genestetstraat 1, 2902 AD Capelle a/d IJssel, per 1.3.1978.  
Hiermede komt zijn inschrijving als neuroloog per 1.6.1974 te vervallen.  
J. H. F. Koetsier, Hoenderkopershoek 1, Bunnik, per 1.3.1978.  
N. H. M. Nieste, Stichtstraat 11, Loenersloot, per 15.2.1978.  
C. C. van Ommeren, Handelskade 92, 3434 BE Nieuwegein, per 19.3.1978.  
H. J. Prins, Lokhorst 35, Leiderdorp, per 19.3.1978.  
L. H. Sie, Van Boshuizenstraat 257, 1083 AW Amsterdam, per 1.4.1978.  
F. van der Straaten, Molenweg 20, Mijnsheerenland, per 15.1.1978.  
A. J. Theuns, Schoolstraat 14, Nuth, per 1.4.1978.  
T. G. Tjan, Herman Heyermansweg 41, Tilburg, per 21.3.1978.  
H. S. L. Tjong, Batelaarweg 31, Haren, per 1.3.1978.  
P. L. M. van de Voort, Lankforst 42-05 Nijmegen, per 1.3.1978.

## Radiotherapie

P. Hofman, Reurikwei 54, Arnhem, per 1.1.1978.  
Dr. A. B. M. F. Karim, Nijhoflaan 4, Uithoorn, per 22.2.1978.  
P. R. Timmer, Ereprijsweg 37, Haren, per 1.3.1978.

## Reumatologie

Mw. Dr. A. M. Th. Boerbooms, Baljuwstraat 11, Nijmegen, per 16.10.1977.  
Hiermede komt haar inschrijving als internist per 1.8.1968 te vervallen.  
Mw. M. Vincent-Houdek, Baljuwstraat 8, Nijmegen, per 22.2.1978.

## Revalidatie

A. M. C. Lindenhoff, Kruiswijkstr. 7, Loenersloot, per 1.11.1977.  
W. M. Mulder, Merelstraat 49, Leiderdorp, per 1.9.1977.

## Urologie

A. J. Smans, Rompertdreef 6, 's-Hertogenbosch, per 1.4.1978.

## Verloskunde en gynaecologie

C. A. Bloemsma, Haarboersweg 3, Wierden, per 1.3.1978.  
H. J. P. M. Janssen, Amer 66 5751 SV Deurne, per 8.5.1978.  
Dr. F. T. J. G. T. Kok, Mouterijstraat 12, Ulvenhout, per 1.1.1978.  
Dr. C. F. M. Langezaal, Albastdijk 14, Roosendaal, per 1.11.1977.  
E. Lo Sin Sjoë, Merelstraat 39, Leiderdorp, per 1.6.1978.  
R. E. Nobrega, Smaragdplein 202, Utrecht, per 1.2.1978.  
H. Oosterhoff, Robert Kochlaan 174, 2035 BG Haarlem, per 1.4.1978.  
J. A. Otten, Lizenstraat 17, Velsen Zuid, per 1.1.1978.  
Dr. L. C. van Otterlo, Kinkelenburg 35, 7339 DK Ugchelen, per 1.3.1978.

## Neurologie

A. C. Broekers, Terweeweg 118, Oegstgeest, per 1.11.1977.

## Psychiatrie

R. H. P. van Beest, v. W. v. Dijkveldstraat 103, 2582 KT Den Haag, per 1.2.1978.  
J. W. S. Berendsen, Forellendaal 990, Den Haag, per 1.2.1978.  
Mw. L. Z. M. Betlem-Nauwelaerts de Agé, Molengraaffplantsoen 38, Utrecht, per 1.1.1978.  
J. W. Bloemers, Boterdijk 17, Paterswolde, per 1.1.1978.  
A. J. E. Bosman, Kolmschotlanden 83, Enschede, per 1.3.1978.  
Mw. M. T. C. Brentjens, Parnassusweg 12' Amsterdam, per 1.4.1978.  
A. L. Cense, Azuriet 5, Leusden, per 1.10.1977.  
P. H. M. van Dongen, K. Doormanlaan 3, Rosmalen, per 1.1.1978.  
Mw. E. H. M. Gorter, Spreeuwenlaan 52, Den Haag, per 1.9.1977.  
J. M. G. C. M. van der Linden, Huizingalaan 75, Heemstede, per 1.9.1977.  
S. J. Matthijsen, Oranje Nassaulaan 51, Zeist, per 15.2.1978.  
D. M. J. de Raeymaecker, Rodondendronstraat 66, Rotterdam, per 1.1.1978.  
J. N. Schoenmacker, Helene Swarthlaan 95, Groningen, per 1.2.1978.  
C. J. A. J. Slooff, A. Kuyperlaan 55, Groningen, per 1.1.1978.  
D. M. Sterman, Pieter Wantelaan 38, Haarlem, per 1.3.1978.  
J. R. van Veldhuizen, Scheperweg 16, Haren, per 1.3.1978.  
M. B. G. de Wit, Albert Neuijsstraat 4 Utrecht, per 1.3.1978.

## Zenuw- en zielsziekten

A. M. A. J. Janssen, Hertogenlaan 139, 5663 EH Geldrop, per 1.3.1978.  
R. J. Meijer, Beneden Molenweg 18, Beusichem, per 1.5.1978.

## Aantekening klinische neurofysiologie

A. M. A. J. Janssen, Hertogenlaan 139, 5663 EH Geldrop, per 1.3.1978.  
R. J. Meijer, Beneden Molenweg 18, Beusichem, per 1.5.1978.

## INHOUD OFFICIEEL

LHV: van het centraal bestuur:

Convocatie ledenvergadering dd. 29 september 1978 ..... 1066

KNMG: van de Permanente Commissie Doktersassistenten:

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 1 augustus 1978 ..... 1066

SRC:

Nr. 34 - 25 augustus 1978

Nieuwe inschrijvingen ..... 1067