



redactioneel

- Prof. Dr. J. Kremer en Prof. Dr. A. A. Haspels proberen de gemoederen – voor zover deze door een Brits onderzoek met betrekking tot ‘pil-mortaliteit’ zijn verontrust – weer tot bedaren te brengen; zij bevelen enkele maatregelen aan en concluderen dat het roer niet om hoeft, al dient er wel wat te worden bijgestuurd.
- De heren B. H. Posthuma en J. van der Zee besluiten hun beschouwingen over een analyse van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (1974) uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen.
- Als lid van de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft de sociaal-psycholoog Drs. H. de Graaf de nota ‘Sociale dienstverlening en sociale hulpverlening’ geschreven. Daarop voortbordurend bespreekt de heer De Graaf thans in MC de consequenties van de toekomstige samenwerking in de eerste lijn tussen gezondheidszorg en sociale hulpverlening, zoals hij die verwacht.
- De problematiek rond de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige houdt Dr. A. Nap – niet alleen als lid van de SGRC, van de commissie van deskundigen, tak verzekeringsgeneeskunde en van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringskunde, maar ook als stafmedewerker van de GMD – reeds geruime tijd bezig. In zijn artikel belicht hij die problemen.
- Al te voortvarend is de redactie van MC geweest waar zij in nummer 6 van 10 februari jl. de toen nog door het hoofdbestuur der KNMG te behandelen concept-richtlijnen voor waarneming door artsen liet afdrukken. Thans – in het officieel gedeelte – de versie van het betreffende HB-voorstel zoals dat aan de Algemene Vergadering van 17 maart aanstaande zal worden voorgelegd.



‘Fuga’ is de titel van de tien meter hoge constructie in geanodiseerd aluminium van de Haagse kunstenaar Willem Hussem die sinds 1973 de entree van het Ziekenhuis Leyenburg in Den Haag markeert.

Inhoud

REDACTIONEEL	
Brieven	240
<i>Inzenders: Dr. J. A. E. van der Feen, Joke van Ballegooijen, Mr. G. M. Heijmenberg, Drs. R. F. Last en Mr. J. J. Witteveen.</i>	
Pil en hart/ vaatziekten; moet het roer om? door Prof. Dr. J. Kremer en Prof. Dr. A. A. Haspels	243
Uitspraak Raad van Beroep	250
Tussen eerste en tweede echelon (II), door B. H. Posthuma en J. van der Zee	245
De toekomst van de eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg, door Drs. H. der Graaf	251
Sportmassage, door C. Rodenburg	254
Opleidingscapaciteit en opleidingsbehoefte in de verzekeringsgeneeskunde, door Dr. A. Nap	257
CAO-Ziekenhuiswezen: Uitspraak uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen	259
Dagboek van een co-assistent (17)	260
OFFICIEEL	261
Inhoudsopgave officieel	268



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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Opplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

BEVOLKINGSONDERZOEK ONDERMIJNT GEZONDHEID

Het artikel 'Bevolkingsonderzoek ondermijnt gezondheid' door B. C. Witsenburg, huisarts (MC nr. 50/1977, blz. 1566) noopt mij tot enkele kanttekeningen. Het definiëren van gezondheid louter als subjectieve ervaring ('Ik ben gezond, als ik mij gezond voel') leidt tot voor mij onaanvaardbare consequenties: wat te denken van de 'gezondheid' van een individu met een nog geen klachten veroorzakend mammacarcinoom, coloncarcinoom, chronisch glaucoom of bijvoorbeeld hypertensie?

Ik kan mij in de afkeer die collega Witsenburg voelt ten opzichte van massale bevolkingsonderzoeken goed verplaatsen. Wanneer echter selectief screeningsonderzoek in de persoonlijke sfeer door de eigen huisarts ter hand wordt genomen, vervallen naar mijn mening vele, zo niet alle bezwaren.

De patiënt komt tegen passiviteit en het ontnemen van eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn gezondheid terecht in verzet, zoals collega Witsenburg schrijft, en ik ben het daarmee eens. Wanneer hij echter – en nu zonder enige inspraak van de patiënt – stelt, dat het opsporen van bepaalde afwijkingen de gezondheid ondermijnt en dus achterwege moet blijven, dan denk ik dat vele 'patiënten' en, naar ik hoop, vele artsen zich niet bij deze conclusie zullen neerleggen.

Goes, 15 januari 1978

Dr. J. A. E. van der Feen, huisarts

Naschrift

In mijn artikel heb ik de zin 'Ik ben gezond, als ik mij gezond voel' niet gebruikt. Ik bedoel te zeggen dat de ervaring van het niet-gezonder voelen de reden moet zijn je arts te bezoeken, omdat alleen deze negatieve ervaring tot een echte hulpvraag kan leiden. Selectief (dit begrip vind ik hier niet erg duidelijk) screenen door de eigen huisarts doet aan dit principe toch niet veel af. Ook voor mij komt de stem van de patiënt in de discussie nog te weinig aan bod. Maar ieder weet hoe moeilijk inspraak te organiseren en te verantwoorden is en eveneens hoe het geven én aanvaarden van

eigen verantwoordelijkheid een langzaam groeiend proces inhoudt bij respectievelijk artsen en patiënten. Ik ben uiterst benieuwd hoe dit proces zich gaat ontwikkelen.

Haarlem, 26 januari 1978

B. C. Witsenburg

BEVOLKINGSONDERZOEK MAAKT KANS OP KANKER KLEINER

De Haarlemse huisarts Witsenburg MC nr. 50/1977, blz. 1566) en Ivan Wolffers (Volkskrant 27 dec.

1977/'Bevolkingsonderzoek kanker') betwijfelen het nut van regelmatig bevolkingsonderzoek. Witsenburg gaat zelfs zo ver dat hij stelt dat iemand gezond is als hij zich gezond voelt.

Beiden doen hiermee een aanval op het streven van de vereniging 'Voorkomen is beter', die een jaarlijkse algehele gezondheidstest voor iedereen nastreeft. Waarom vraagt een vrouw om een uitstrijkje? Dat is omdat ze weet dat de medische wetenschap momenteel zo ver is, dat via zo'n uitstrijkje baarmoederhalskanker in een vroeg stadium kan worden opgespoord, waarbij genezing na de behandeling in de meeste gevallen een feit is.

Om soortgelijke redenen hebben tienduizenden vrouwen in Nijmegen, Leiden en Utrecht meegedaan aan een bevolkingsonderzoek naar borstkanker. En om dezelfde reden doen dagelijks vele werknemers mee aan periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek: ze weten dat er belangrijke afwijkingen kunnen worden ontdekt, ook al heeft iemand geen klachten.

Is dit allemaal onzin? Zijn deze onderzoeken nutteloos en is het zelfs zo erg dat mensen ziek worden gemaakt door massaal onderzoek?

Dat is wat door de artsen Witsenburg en Wolffers wordt beweerd. Het betekent ongeveer hetzelfde als: iemand krijgt koorts doordat hij de temperatuur opneemt. Dergelijk bijgeloof past dacht ik, niet meer in onze tijd.

Witsenburg zegt: 'Ik ben gezond als ik me gezond voel'. Aan een 32-jarige patiënte uit

Doorlezen op blz. 240

ZIEKENHUIS EN PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING

In een ingezonden brief (blz. 242) gaan Mr. J. J. Witteveen en Drs. B. F. Last in op ons commentaar in MC nr. 2/1978 rondom de psychosociale hulpverlening van het kinderoncologisch centrum van het kinderziekenhuis te Amsterdam.

De schrijvers merken op, dat het centrum slechts wil 'pogen de thuisgezondheidszorg te informeren en van advies te dienen' en niet, zoals wij schreven, leiding te geven aan de extramurale begeleiding.

Nu is het verstrekken van informatie en advies vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn een normale gang van zaken, al gebeurt dit op verpleegkundig gebied in het algemeen waarschijnlijk nog te weinig. De heer Last ging in zijn artikel in het genoemde nummer van MC evenwel veel verder. Hij bracht daarin naar voren dat het centrum de samenwerking van de intramurale werkers met de wijkverpleegkundige en de huisarts dient te organiseren, door ons geïnterpreteerd als 'leiding geven aan'. Wij zijn gaarne bereid de uitleg te aanvaarden dat deze organisatie slechts informatie en advies inhoudt.

Toch rijst er bij ons enige twijfel, wanneer wij kennis nemen van de reden waarom de heer Last deze organisatie vanuit het centrum wil laten verlopen. Zijns inziens maken het zeldzame voorkomen en de bijzondere problematiek bij oncologische patiëntjes deze

organisatie noodzakelijk. Zou alleen informatie bedoeld zijn, dan is het vanzelfsprekend dat daarbij inhoudelijk de diverse aspecten van een ziekte aan de orde komen. Het sporadisch voorkomen van een ziekte, eventueel gecombineerd met een infauste prognose, is op zich geen reden om in de thuiszorg uit te gaan van ervaringen die in het ziekenhuis op het psychosociale vlak zijn opgedaan.

Er zijn wel omstandigheden denkbaar die ervoor pleiten de klinische zorg uit te strekken tot de patiënt thuis. Te denken valt aan die zeldzame ziekten waaromtrent technische kennis en ervaring in de

Waar het om gaat is dat het ziekenhuis en het 'thuisfront' ieder een eigen functie hebben.

extramurale zorg ten enenmale ontbreken; een voorbeeld is de nieraandoening ter behandeling waarvan tot haemodialyse van de patiënt in de eigen omgeving is overgegaan.

Wel zal dan aan een aantal voorwaarden moeten worden voldaan:

In de eerste plaats dient het ziekenhuis te zorgen voor (een) gekwalificeerde, vierentwintig uur per dag beschikbare kracht(en): de huisarts wordt dan niet ingeschakeld bij acute situaties. De afstand van het ziekenhuis tot de patiënt mag in die gevallen niet te groot zijn.

In de tweede plaats dient de noodzakelijk geachte psychosociale zorg zich over het gehele gezin uit te strekken.

Ten derde dient het 'home-team' schriftelijk op de hoogte te worden gehouden van de situatie en dient het bekend te worden gemaakt met mogelijke complicaties.

Tenslotte moet het ziekenhuisteam geen 'huisartsje' spelen voor andere afwijkingen.

Het is duidelijk dat deze min of meer zeldzame situaties niet zijn waar de heren Witteveen en Last op doelen, al is 'organisatie' vanuit het centrum hier wel op haar plaats.

Uiteraard zijn wij het volkomen met de briefschrijvers eens, dat er een nauwe samenwerking moet bestaan tussen het ziekenhuis en de extramurale zorg, in het bijzonder bij levensbedreigende ziekten en misschien juist dan op het gebied van de psychosociale zorg.

Inderdaad kan daardoor de begeleiding van de zieke binnen en buiten het ziekenhuis verbeteren.

Maar waar het om gaat is, dat het ziekenhuis en het 'thuisfront' ieder een eigen functie hebben. Functies die elkaar moeten aanvullen.

Het is een goede zaak, dat ook in de ziekenhuisgeneeskunde het belang van de psychosociale hulpverlening is ontdekt. In het volgende nummer van Medisch Contact willen wij, mede naar aanleiding van het dan verschijnende artikel: 'De opgave van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van psychosociale zorg' van de hand van Dr. W. H. G. Wolters, de relatie ziekenhuis-thuiszorg nader uitdiepen.

B.

onze praktijk, die twee jaar geleden is geopereerd aan baarmoederhalskanker in het beginstadium en nu volledig genezen is verklaard, vroegen we wat haar mening is. 'Zo'n dokter moet toch goed weten dat je er aan dood gaat als je het hebt. Ik had ook geen enkele klacht, ik voelde me kerngezond, maar toch zou ik als dat uitstrijkje niet was gemaakt binnen enkele jaren dood zijn geweest. Ik zou wel eens willen weten of die dokter zijn eigen vrouw ook niet onderzoekt.'

Hoge bloeddruk is een ander voorbeeld van een belangrijke, makkelijk op te sporen afwijking, die als je er niets aan doet, ernstige consequenties kan hebben, terwijl de afwijking gemakkelijk te behandelen is.

De vereniging 'Voorkomen Is Beter' spant zich in om te bereiken, dat er voor iedereen een regelmatige, gratis gezondheidstest komt, zodat veel meer ziekten in een vroegtijdig Stadium kunnen worden opgespoord en behandeld, voor het te laat is.

Een ander, misschien nóg wel belangrijker voordeel van zo'n gezondheidstest is, dat we door de grote hoeveelheid informatie over het voorkomen van ziekten meer kennis kunnen krijgen over de oorzaken van die ziekten. Er kan dan namelijk duidelijk worden dat er bijvoorbeeld verband bestaat tussen de gezondheid van omwonenden van een bepaalde fabriek en de vervuiling door zo'n bedrijf. In Arnhem rond de Bilitonfabriek was de slechte gezondheidstoestand van de kinderen dan al eerder duidelijk geworden. Door zo'n aanpak in de gezondheidszorg zullen we in staat zijn veel vaker de oorzaken aan te pakken in plaats van symptomen te bestrijden.

Nog één voorbeeld. Door een toevallig onderzoek dat een huisarts in de omgeving van Schiphol deed bleek, dat de mensen die lawaai-overlast hadden door het opstijgen van vliegtuigen, veel vaker aan hoge bloeddruk leden dan bewoners uit andere plaatsen, die geen geluidsoverlast hadden. Door zo'n onderzoek wordt duidelijk dat, wil je hoge bloeddruk en dus hartinfarcten bestrijden, je ook teveel lawaai moet bestrijden. Zulke gegevens kan een gezondheidstest opleveren. Het meest uitgebreid valt Wolffers het onderzoek naar borstkanker met behulp van foto's aan, het mammografie-onderzoek. Jaarlijks sterven er in Nederland 2500 vrouwen aan borstkanker. Wolffers haalt in zijn stuk het Utrechtse 'Preventicon'-onderzoek aan en concludeert dat er teveel vrouwen ten onrechte een proefoperatie aan de borst ondergaan. Hij citeert verder tegenstanders die zich afvragen of zo'n proefoperatie niet veel meer schade voor de patiënt oplevert.

Laten we eens naar de feiten kijken. De resultaten van het 'Preventicon'-onderzoek bij de eerste negenduizend vrouwen tussen de 50 en 65 jaar waren als volgt: 64 vrouwen hadden

borstkanker, dat wil zeggen zeven op de duizend. Naar de opvatting van Witsenburg waren deze vrouwen gezond, want ze hadden nog geen klachten. Bij 36 van de 64 vrouwen was de kanker alleen op de foto te zien en niet te voelen en van die 36 had 80% nog geen uitzaaïng en dus een grote kans op genezing. Hieruit blijkt het grote belang van mammografie bij het vroeg opsporen van borstkanker.

We vroegen aan Prof. De Waard, leider van het 'Preventicon'-onderzoek of hij ook van mening is dat teveel vrouwen onnodig een proefoperatie ondergaan. Zo'n proefoperatie houdt in dat er, meestal onder narcose, een klein stukje borstweefsel voor onderzoek wordt weggenomen. De wond is zo klein dat er nauwelijks een litteken achterblijft. Prof. De Waard: 'Bij ons blijkt dat bij 40% van de vrouwen die een proefoperatie moeten ondergaan omdat er bij het vooronderzoek sterke verdenking van kanker is, ook werkelijk kanker bestaat. Die andere 60% heeft het gelukkig niet en kunnen na enige spannende dagen ongelucht weer naar huis gaan. Ik noem die proefoperaties niet onnodig, omdat er niet op een andere manier achter is te komen wie (van die verdachte vrouwen) wel en wie geen kanker heeft.'

Een duidelijk standpunt van een deskundige dus.

Overigens wijst het opkomstpercentage voor dergelijke onderzoeken duidelijk genoeg uit dat de overgrote meerderheid van de mensen wel prijs stelt op een onderzoek. Daarbij weet ieder weldenkend mens heus wel dat er geen sprake is van een garantiebewijs voor een jaar gezondheid na zo'n test. Je kunt altijd toch nog wat krijgen. Dat is immers ook zo als je met je auto uit de garage komt; je kunt echter wel de kans verkleinen en dat is op zich belangrijk genoeg.

Namens de vereniging 'Voorkomen Is Beter'

Oss, 24 januari 1978

Joke van Ballegooijen, huisarts en bestuurslid van de vereniging 'Voorkomen Is Beter'

DE APOTHEEKHOUDEND ARTS EN ZIJN HULPKRACHTEN

Het artikel over de apothekhoudende arts en zijn hulpmiddelen van de arts C. van der Marel, dat in Medisch Contact nr. 48/1977, blz. 1515, werd afgedrukt, geeft mij aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen.

In dit artikel wordt onvoldoende onderscheid gemaakt tussen een apothekersassistent(e), die op grond van zijn/haar diploma bevoegd is tot het bereiden en/of afleveren van geneesmiddelen (uitoefening van de artseneijbereidkunst), en een persoon die

een dergelijke bevoegdheid niet bezit, door de heer Van der Marel beiden hulpmiddelen genoemd. Dit onderscheid is essentieel, aangezien in de apotheek van een apothekhoudend arts, behalve de arts zelf (en eventueel zijn op grond van een vergunning bevoegde associé), slechts apothekersassistenten bevoegd zijn tot uitoefening van de artseneijbereidkunst. Niet-gediplomeerde personen zullen, anders dan door de heer Van der Marel wordt gesuggereerd, nimmer geneesmiddelen mogen bereiden of afleveren, ook al hebben ze nog zoveel ervaring en al wordt er nog zo goed toezicht op hen gehouden.

In onderstaande uiteenzetting zullen met het woord 'hulpmiddelen' slechts personen die niet bevoegd zijn tot uitoefening van de artseneijbereidkunst worden aangeduid. In de apotheek van een apothekhoudende arts rusten de verplichtingen met betrekking tot het bereiden en afleveren van geneesmiddelen op de apothekhoudende arts zelf. In het Besluit uitoefening artseneijbereidkunst is dan ook strikt vastgesteld onder welke voorwaarden apothekersassistenten en hulpmiddelen in zijn apotheek werkzaamheden mogen verrichten.

Als uitwerking van het in artikel 2, eerste lid, onder c van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening neergelegde beginsel dat apothekersassistenten slechts onder toezicht van de apothekhoudende arts in diens apotheek werkzaam mogen zijn, wordt in artikel 23 bepaald dat zij verantwoordelijk zijn voor hetgeen zij tijdens de uitoefening van hun bevoegdheid in de apotheek doen of nalaten. Zij zijn verplicht de door de arts gegeven aanwijzingen welke voortvloeien uit de op deze rustende wettelijke verplichtingen verband houdende met de uitoefening van de artseneijbereidkunst, op te volgen.

Apothekersassistenten hebben dus een eigen verantwoordelijkheid, zulks in tegenstelling tot de hulpmiddelen, die in artikel 24 worden genoemd.

Op basis van dit artikel heeft de apothekhoudende arts de mogelijkheid werkzaamheden verband houdende met de uitoefening van de artseneijbereidkunst, door niet bevoegde personen te laten verrichten. Op de aard van deze werkzaamheden zal aan het slot nader worden teruggekeken. Deze hulpmiddelen mogen – zoals nadrukkelijk wordt bepaald – bedoelde werkzaamheden slechts verrichten onder persoonlijk toezicht en verantwoordelijkheid van de apothekhoudende arts zelf dan wel van een apothekersassistent(e) die speciaal door hem daarvoor is aangewezen. Een hulpmiddel mag dus in het geheel niet zelfstandig werken en de verantwoordelijkheid voor zijn verrichtingen, in het kader van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, blijft derhalve rusten op de persoon die persoonlijk toezicht op hem houdt.

Er kan dan ook worden gesteld, dat de fouten die door een hulpkracht worden gemaakt moeten worden aangemerkt als de fouten van degene die persoonlijk toezicht op hem houdt. Voor deze fouten kan de toezichthouder, of dat nu een apothekersassistent(e) of de arts zelf is, zich niet verantwoordelijk maken; ook niet met een beroep op artikel 21 van het Besluit uitoefening artsenijsbereidkunst. Dit artikel, dat door de heer Van der Marel onvolledig en onjuist wordt geciteerd luidt als volgt:

'Lid 1. De apotheker en de apotheekhoudende geneeskundige zijn verplicht zorg te dragen, dat de in hun apotheek werkzame personen de bepalingen naleven, vastgesteld bij of krachtens de wet, door het houden van behoorlijk toezicht op de verrichtingen van de in de apotheek werkzame personen, zomede door het verstrekken van de nodige instructies aan deze personen.

'Lid 2. Zij zijn voor overtredingen der bepalingen, in het voorgaande lid bedoeld, niet aansprakelijk, voor zover zij kunnen aantonen te hebben gedaan, wat redelijkerwijze mogelijk was om overtreding te voorkomen'.

Het tweede lid van dit artikel geeft de apotheekhoudende arts, die immers uiteindelijk verantwoordelijk is voor al hetgeen in zijn apotheek wordt gedaan of nagelaten, slechts de mogelijkheid zich te disculperen wanneer de in zijn apotheek werkzame personen de bepalingen van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening of haar uitvoeringsvoorschriften niet naleven. Hulpkrachten die slechts de hun opgedragen handelingen verrichten – dus alleen handelingen die verband houden met de uitoefening van de artsenijsbereidkunst – kunnen deze bepalingen niet overtreden, omdat zij immers voor die handelingen, in het kader van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, geen eigen verantwoordelijkheid dragen. Het is dan ook onjuist om, zoals de heer Van der Marel doet, te stellen dat artikel 24 (waarin alleen regels worden gegeven met betrekking tot de hulpkrachten – zie hiervoor) in verband moet worden gebracht met en geïnterpreteerd moet worden als artikel 21. De apotheekhoudende arts kan zich slechts beroepen op het tweede lid van artikel 21, indien een apothekersassistent(e) een bepaling van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening of haar uitvoeringsvoorschriften niet heeft nageleefd, doordat deze assistent(e) persoonlijk een fout heeft gemaakt dan wel doordat een hulpkracht waarop deze assistent(e) toezicht moest houden een foute handeling heeft verricht. In het laatste geval is immers de apothekersassistent(e) ingevolge artikel 24 verantwoordelijk, ervan uitgaande dat deze apothekersassistent(e) van de arts terzake de nodige instructies heeft gehad. Het spreekt overigens vanzelf dat de hulpkrachten, indien zij handelingen verrichten die hen niet zijn opgedragen, strafrechtelijk aansprakelijk kunnen zijn, eventueel tezamen met de toezichthoudende apothekersassistent(e) en de apotheekhoudende arts.

Op grond van het vorengaande zal het duidelijk zijn, dat door de heer Van der Marel ten onrechte wordt gesteld dat de werkzaamheden met betrekking tot het 'gerede' produkt (d.w.z. het voor aflevering gereedmaken van geneesmiddelen die in de vorm van een farmaceutisch preparaat of een farmaceutische specialité in de handel zijn), de magistrale receptuur en het afleveren van geneesmiddelen op 'spoedrecepten', aan 'hulpkrachten' (bevoegd of niet) kunnen worden gedelegeerd. Er is in al deze gevallen sprake van het bereiden en/of afleveren van geneesmiddelen en dus van uitoefening van de artsenijsbereidkunst. Dit houdt in, dat deze werkzaamheden slechts door de apotheekhoudende arts zelf dan wel door een apothekersassistent(e) onder zijn toezicht mogen worden verricht. Nu zal de arts niet de gehele dag in zijn apotheek toezicht kunnen houden op de uitoefening van de artsenijsbereidkunst. Het behoeft echter geen betoog dat hij, gelet op zijn verantwoordelijkheid, toch op enigerlei wijze achteraf controle zal moeten uitoefenen op de verrichte werkzaamheden. Het aantal werkzaamheden dat een hulpkracht in de apotheek kan verrichten, is beperkter dan door de heer Van der Marel wordt gesteld. Het aanbrengen van chargenummers en de controle op de juiste dosering van de recepten is uitoefening van de artsenijsbereidkunst. Deze werkzaamheden mogen dus slechts door bevoegde personen worden verricht. Het bijvullen van potten uit de grootverpakking is, strikt genomen, geen uitoefening van de artsenijsbereidkunst. Het feit dat bij deze handelingen fouten kunnen worden gemaakt, die zeer ernstige gevolgen kunnen hebben en die bovendien moeilijk zijn te controleren, brengt mij evenwel tot de conclusie dat dergelijke handelingen niet aan hulpkrachten mogen worden opgedragen. Het geven van voorlichting aan de patiënt over het juiste gebruik van geneesmiddelen kan slechts de taak zijn van iemand die kennis heeft van het gebruik van geneesmiddelen en derhalve niet van een hulpkracht.

Den Haag, 27 januari 1978

Mr. G. M. Heijmenberg, juridisch medewerker Hoofddirectie van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen

Naschrift

Bij eerste oogopslag zou de lezer geneigd zijn mijn betoog en dat van Mr. Heijmenberg in volstrekte tegenspraak met elkaar te zien. Mijn betoog gaat uit van de praktische kant, gegeven feiten; het betoog van Mr. Heijmenberg gaat uit van de theoretische benadering. Naar mijn indruk bedoelen we precies hetzelfde.

Mr. Heijmenberg stelt, dat niet-gediplomeerde hulpkrachten in de apotheek geen artsenijsbereidkunst mogen uitoefenen, alleen zaken ermee verband houdende. Strikt genomen blijft er dan niet veel meer over dan flesjes spoelen; de arts zal de artsenijsbereidkunst zelf moeten doen, als hij niet over bevoegde hulpkrachten kan beschikken. Over de bevoegde krachten heb ik niet gesproken, omdat ik speciaal op een rijtje wilde zetten waar de arts aan toe is als hij andere hulpkrachten heeft, hetgeen ook een gegeven is. Ik ben er daarbij van uitgegaan dat deze hulpkrachten in die positie als lange arm van de arts fungeren, dus wel, maar niet zelfstandig, werkzaamheden verband houdende met artsenijsbereidkunst – *id est* ook artsenijsbereidkunst – bedrijven. Een feitelijk gegeven. De voorwaarden om van een lange arm te kunnen spreken heb ik belicht stellende dat persoonlijk toezicht niet niks is, maar goed gestructureerd en georganiseerd moet zijn en dat daar dan behoorlijk wat aan vast zit. Ook heb ik aangegeven wat de arts met lange arm beter niet kan (laten) doen. Als de arts zich hierop instelt, en deze aanpak van persoonlijk toezicht aan kan tonen, dan ligt er wel degelijk een stukje verantwoordelijkheid bij degenen die opdrachten van hem uitvoeren en dan fouten maken, naast de vanzelfsprekende volle verantwoordelijkheid voor fouten gemaakt bij bezigheden waartoe geen opdracht was gegeven. Tot beter begrip: niet bevoegde hulpkrachten hebben historisch een doelbewuste plaats en omschrijving in de wet, zowel voor stadsapotheken met de niet-bevoegde assistente in opleiding, die het vak nog moet leren en die artsenijsbereidkunst onder persoonlijk toezicht uitoefent, alsook voor de plattelandsapotheken waar niet overal gediplomeerde assistentie aan te trekken is, om welke reden dan ook. Met deze hulpkrachten zijn, gezien de omschrijving 'werkzaamheden verband houdende met de artsenijsbereidkunst', niet de (inmiddels uitgestorven) spoeljongens bedoeld, die in het strikt formele betoog van Mr. Heijmenberg zouden overblijven. Overigens ben ik Mr. Heijmenberg erkentelijk dat hij in mijn verhaal kennelijk punten heeft signaleerd die op buitenstaanders de indruk kunnen wekken dat apotheekhoudende artsen de zaken verband houdende met artsenijsbereidkunst kunnen delegeren aan niet-gediplomeerde hulpkrachten en dat hij *in extremis* een paar punten op de i heeft gezet.

Witmarsum, 6 februari 1978

C. van der Marel

'BLIK IN' EMMAKINDERZIEKENHUIS

Kanttekening bij een hoofdartikel

In een voordracht tijdens de 'blik in' het Kinderoncologisch Centrum Amsterdam werden de hoofdzaken van het project 'Psychosociale zorg voor het kind met een maligne aandoening en zijn familie', dat met behulp van gelden van het fonds 'Geven voor Leven' wordt gefinancierd, uiteengezet (MC nr. 2/1978, blz. 35, blz. 42 e.v.).

De hoofdredacteur gaat in het begeleidend hoofdartikel in op de wijze, waarop de psychosociale begeleiding van oncologische patiëntjes en hun ouders in het Emmakinderziekenhuis wordt gerealiseerd. Schrijver meent, dat terzake van de begeleiding tenminste twee vragen rijzen:

- 'Wat is een kankerpatiënt, is er voor deze patiënten een aparte begeleidingsorganisatie nodig?';
- 'Is een ziekenhuis wel het aangewezen orgaan van waaruit leiding aan extramurale begeleiding van patiënten dient te worden gegeven?'.

Het zij ons vergund op de aangegeven vragen nader in te gaan.

Ad a. Kanker bij kinderen komt betrekkelijk weinig voor. De kans, dat een huisarts in zijn praktijk voor een patiëntje met leukemie of een tumor zorgt is te schatten op één per tien jaar. De betrekkelijke zeldzaamheid is een van de belangrijkste overwegingen om tot bundeling van kennis en therapie te komen. Daar waar kennis wordt vergaard zal naar onze mening tevens moeten worden nagegaan hoe deze kennis diegenen die buiten het centrum bij de zorg betrokken zijn ten voordeel kan strekken.

Ad b. Het laten delen van anderen in de aangeduide kennis houdt in, dat de in het Emmakinderziekenhuis opgedane ervaringen worden verspreid. Dit gebeurt niet alleen in de vorm van publikaties en voordrachten, maar ook en vooral in de vorm van gerichte informatie van diegenen die bij de hulpverlening aan ouder en kind zijn betrokken wanneer de ziekenhuisopname achter de rug is. Hierbij geeft het ziekenhuis geen 'leiding aan de extramurale begeleiding', zoals door de hoofdredacteur wordt geconcludeerd uit de eerder genoemde voordracht. Het Emmakinderziekenhuis voorziet niet in door de hoofdredacteur veronderstelde lacunes in de thuisgezondheidszorg, het ziekenhuis wil 'slechts' pogen de thuisgezondheidszorg te informeren en van advies te dienen. Het oogmerk is aldus continuïteit aan de zorg te verschaffen. De hoofdredacteur doet het voorkomen alsof vanuit het kinderziekenhuis begeleiders het veld worden ingestuurd om

daar de thuiszorg voor hun rekening te nemen. Dit is voor de capaciteit van het psychosociaal team niet alleen een onhaalbare zaak, maar het zou ook met de doelstelling van het ziekenhuis slecht te rijmen zijn.

De hoofdredacteur is tenslotte van mening dat gelden voor onderzoek, behandeling en begeleiding niet evenredig over de verschillende sectoren in de gezondheidszorg worden verdeeld. Wij menen, waarschijnlijk met hem, dat bijvoorbeeld de begeleiding van het zieke kind in het ziekenhuis kan worden verbeterd. De normen die het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven hanteert voor de doorberekening in de verpleegprijs van salarissen van spelobservatrices, maatschappelijk werkers en psychologen zijn van belang. Wij kunnen zelfs stellen, dat die normen in dit geval een tegenwicht vormen voor de gedachte dat in het intramurale gebeuren door de 'Geven voor Leven' geldstroom een onevenredigheid zou zijn opgetreden.

Amsterdam, 7 februari 1978

Drs. B. F. Last, psycholoog
Mr. J. J. Witteveen, algemeen directeur
Emmakinderziekenhuis.



Vereniging voor Gezondheidsrecht – Op vrijdag 7 april a.s. zal wederom de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht worden gehouden in het Slot Zeist, Zinderdorflaan 1 te Zeist. Het onderwerp 'De rechtspositie van de kleurling' zal worden ingeleid met een pre-advies van Dr. A. E. Leuftink en Mr. N. de Jong. Juristen met belangstelling voor gezondheidsrecht kunnen zich als gewoon lid, juridische studenten als aspirantlid aanmelden bij het secretariaat van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030-885411, tst. 138. De contributie bedraagt f 15,— respectievelijk f 10,— per jaar.

Werkgroep 'plattelandsheelmeesters' – Op 15 december 1977 is in Amsterdam opgericht de werkgroep plattelandsheelmeesters'. Oprichters waren de historicus Dr. J. H. A. Ringeling en de medici Dr. D. J. B. Ringoir en Dr. J. V. Meiminger. Het doel van de werkgroep is een beeld te vormen van de geneeskundige verzorging ten plattelande in Nederland tot ongeveer 1900. De studie van dit gedeelte van de geschiedenis der geneeskunde, waarbij het niet gaat om de spectaculaire ontdekkingen in maar om de

dagelijkse uitoefening van de geneeskunde en de integratie van deze zorg bij de bevolking, begon eerst onlangs. Duidelijk is, dat er nog veel materiaal in archieven en bij particulieren moet sluimeren. De eerste taak van de werkgroep is dan ook als contactpunt te dienen, waaraan een ieder materiaal over de geneeskundige verzorging ten plattelande kwijt kan. Hierbij valt niet alleen te denken aan gegevens uit kerkelijke boeken, resolutieboeken en notarisprotocollen, maar ook aan het signaleren van artikelen in bladen met een beperkt invloedsgebied, regionale tentoonstellingen, veilingen, etc. De werkgroep wil al deze gegevens ordenen en verder bewerken. Wie in het kader van een studie of anderszins een onderwerp zoekt is van harte welkom. De werkgroep is te bereiken via Dr. D. J. B. Ringoir, GG & GD, Nieuwe Achtergracht 100, Amsterdam, tel. 020-5555511.

'Stop de Neutronenbom' – In Amsterdam is een oproep verschenen waarin 230 werkers uit diverse sectoren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening uit Amsterdam en omstreken hun collega's aansporen de petitie 'Stop de Neutronenbom' te ondertekenen. Deze oproep wordt onderschreven door meer dan 40 huisartsen, tientallen verpleegkundigen, psychiaters, fysiotherapeuten, praktijkassistentes, werkers uit de gezinsverzorging, wijkverpleging en maatschappelijk werk, hoogleraren, directeuren en bestuursleden van instellingen, de wethouder van openbare gezondheidszorg de heer H. Verhey en vele anderen, waaronder ook acht dienstplichtige artsen.

Urologieprojecten – De Stichting Urologie 1973 stelt zich het volgende ten doel:

1. Steunverlening aan en ondersteuning van projecten in Nederland, die tot doel hebben de diagnostiek en de behandeling van urologische afwijkingen in de ruimste zin te verbeteren.
2. Dit doel kan onder meer worden bereikt door: a. steun voor de financiering van publikaties op het gebied van urologie; b. financiering van landelijke of regionale onderzoekprojecten, welke zich bezighouden met het onderzoek en behandeling van afwijkingen van de urinewegen; c. steun aan instructiecurssussen voor paramedisch personeel en andere soortgelijke projecten; d. steun aan researchprogramma's in urologische afdelingen, welke niet over een eigen of over een onvoldoende eigen researchbudget beschikken; e. steun aan verdere mogelijkheden tot ontwikkeling van de urologie in Nederland. Verzoeken om financiële bijdragen voor een van de hierboven genoemde doelstellingen kunnen worden gericht tot de secretaris-penningmeester van de stichting, J. J. W. van Haga, uroloog, Elisabeth Gasthuis te Haarlem.

Pil en hart/vaatziekten

Moet het roer om?

Het artikel van Beral en Kay namens het 'Royal College of General Practitioners' in de Lancet van 8 oktober 1977 heeft ook in Nederland onrust veroorzaakt. Weer eens is de vraag aan de orde gekomen of er een goed alternatief bestaat voor de effectieve en door velen gewaardeerde geboortenregeling door middel van 'de pil'. Hoewel enige reserve met betrekking tot dit onderzoek gewenst is, lijkt het ons niet juist de resultaten als irrelevant te verwerpen.

Cijfers

De *tabel* geeft de essenties van het Britse onderzoek in afgeronde getallen weer.

In Nederland bedroeg de sterfte aan hart- en vaatziekten bij vrouwen van 15-49 jaar tijdens de periode van het Britse onderzoek ongeveer 12 per 100.000 per jaar*. Deze frequentie komt overeen met die in de Britse onderzoeksgroep, na correctie tot het zelfde percentage pilgebruiksters als in Nederland (1/3 deel van de vrouwen van 15-49 jaar). Als de omstandigheden in de Britse onderzoeksgroep overigens ook vergelijkbaar zijn met die bij de Nederlandse vrouwen in de zelfde leeftijdsgroep, dan mag worden aangenomen dat de resultaten van het Britse onderzoek – met een nog nader te noemen restrictie – ook gelden voor Nederland. Dit zou betekenen dat de 1.200.000 'pilgebruiksters' in Nederland deze efficiënte en gewaardeerde vorm van contraceptie

door **Prof. Dr. J. Kremer**
en **Prof. Dr. A. A. Haspels**

De auteurs zijn werkzaam op de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

moeten betalen met een 'oversterfte' aan hart- en vaatziekten van 250 (met een 95% betrouwbaarheidsinterval dat zich uitstrekt tussen 105 en 395) per jaar. Het is echter waarschijnlijk dat dit aantal minder is, omdat de huidige combinatiepreparaten in Nederland gemiddeld minder oestrogene stof

bevatten dan die in het Engelse onderzoek. En het is vrijwel zeker, dat de oestrogenen en niet de progestativa in de combinatiepreparaten een bevorderende invloed hebben op het ontstaan van hart- en vaatziekten. Ter vergelijking en overweging: Het aantal verkeersdoden onder 1.200.000 vrouwen van 15-49 jaar bedraagt in Nederland per jaar ongeveer 100*. Het aantal vrouwen dat ieder jaar sterft aan ziekten waarvan het ontstaan door het roken van sigaretten kan worden veroorzaakt of bevorderd, is niet bekend maar is vermoedelijk een veelvoud van de sterfte door de pil. Een groot deel van de Nederlandse

Tabel. Totale sterfte en sterfte door hart- en vaatziekten bij 23.000 pilgebruiksters en 23.000 controles (UK 1968-1976). Mortaliteit berekend op 100.000 vrouwen van 15-50 jaar gedurende één jaar.

pilgebruiksters	
+ ex-pilgebruiksters	58 (hart- en vaatziekten: 26)
niet-pilgebruiksters	41 (hart- en vaatziekten: 5)

Mortaliteit door hart- en vaatziekten

pilgebruiksters	27	
ex-pilgebruiksters	24	
niet roken, geen pil	3	
wel roken, geen pil	9	
niet roken, wel pil	14	
roken en pil	39	
leeftijd 15-24 jaar: met pil	7, zonder pil	0
leeftijd 25-34 jaar: met pil	9, zonder pil	4
leeftijd 35-44 jaar: met pil	43, zonder pil	10
leeftijd 45-49 jaar: met pil	141, zonder pil	0
geen pil	5	
1-5 jaar pil	17	
>5 jaar pil	50	

* Wij danken Dr. D. Hoogendoorn te Wijhe voor het verstrekken van deze CBS-cijfers en voor zijn statistische adviezen.

vrouwen is echter bereid de risico's van auto en sigaret te accepteren. Het lijkt dan ook redelijk het risico van de pil aanvaardbaar te achten, gezien de voordelen die deze vorm van anticonceptie biedt.

Maatregelen

Dat het aantal 'pilschtoffers' in Nederland relatief klein is, is mee te danken aan de medische begeleiding bij de hormonale contraceptie. Op goede gronden kan worden verwacht, dat de volgende maatregelen de 'pil-mortaliteit' nog verder zullen kunnen doen dalen:

1. Bij vrouwen met een lichaamsgewicht beneden 70 kg worden de zogenaamde sub-50 preparaten (preparaten met minder dan 50 microgram EE) voorgeschreven.
2. Bij vrouwen met een

lichaamsgewicht boven 70 kg worden combinatiepreparaten met 50 microgram EE of 80 microgram mestranol acceptabel geacht.

3. Bij vrouwen boven 35 jaar wordt IUD of sterilisatie in overweging gegeven. Wenst men toch de pil, ondanks het verhoogde risico, of is hormonale contraceptie op medische gronden gewenst, bijvoorbeeld wegens dysmenorrhoea of hypermenorrhoea tijdens de natuurlijke cyclus, dan sub-50 preparaten (ook als de vrouw zwaarder is dan 70 kg), Exluton of depotprogestageen. Exluton 2x per dag 1 tablet bij een lichaamsgewicht boven 70 kg.

Men dient zich te realiseren, dat de betrouwbaarheid van het IUD en de Exluton kleiner is dan die van de combinatiepreparaten.

4. Alle vrouwen die oestrogeen

bevattende contraceptiva gebruiken wordt geadviseerd niet te roken, vooral niet wanneer ze ouder zijn dan 35 jaar.

5. Vrouwen met een predispositie voor trombose, hartinfarct of cerebrovasculair accident wordt het gebruik van oestrogeen bevattende contraceptiva dringend ontraden. De predispositie wordt vastgesteld op grond van anamnese, familie-anamnese en gegevens verkregen bij het onderzoek (hypertensie, obesitas, diabetes, enz).

Wanneer bovengenoemde maatregelen in acht worden genomen, zijn er o.i. geen redenen om de pil niet de belangrijke plaats te laten behouden in het arsenaal van temporaire contraceptiva die ze tot nu toe daarin heeft gehad.

Het roer behoeft niet om, maar er moet wel iets worden bijgestuurd.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Principeel

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

De Raad van Beroep te A verzocht mij als orthopaedisch chirurg indertijd te adviseren met betrekking tot een beroepszaak. Na lezing van het desbetreffende dossier leek het mij nuttig de x-foto's van de wervelkolom van klager ter bestudering op te vragen. Deze foto's waren niet lang geleden gemaakt in het ziekenhuis te B. Zoals gebruikelijk heb ik deze bij de directie van dit ziekenhuis opgevraagd onder bijsluiting van een voorgefrankeerde dienstenveloppe voor de retourzending. Namens de artsen-radiologen van dit ziekenhuis werd mij het volgende geantwoord: 'Aan uw verzoek kunnen en mogen we – naar u weet!! – slechts dan voldoen, wanneer uw verzoek vergezeld gaat van een door de betrokken patiënt getekende verklaring van instemming. Tot onze spijt voor u dienen we derhalve deze verklaring eerst in te wachten voor we tot verzending kunnen overgaan'.

Ik ben van mening dat zo'n schriftelijke verklaring van instemming een volstrekt onnodige formaliteit is in een geval als het onderhavige, omdat een klager bij de Raad van Beroep zijn toestemming nooit zal weigeren waar hij immers zijn gelijk wil zoeken. Een vaste deskundige van de Raad van Beroep moet tijdig kunnen beschikken over relevante gegevens zoals die via x-foto's ter beschikking kunnen komen. Het is niet realistisch er van uit te gaan dat een klager daarvoor geen toestemming zou geven; in dat geval zouden er immers nieuwe foto's moeten worden gemaakt, hetgeen onnodige extra kosten met zich meebrengt en de klager bloot stelt aan overbodige stralenbelasting.

Het feit dat hier bedoeld ziekenhuis deze kwestie zo principieel speelt zou eens uitgepraat moeten worden, zowel met de Maatschappij Geneeskunst als met de ziekenfondsorganisaties.

Tussen eerste en tweede echelon

Analyse van gemeentelijke verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (1974)
uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen

II: Resultaten

Het belangrijkste onderdeel van dit hoofdstuk wordt gevormd door een beschrijving van de 'multivariate analyse' van te verklaren en verklarende variabelen. Vóórdat we tot de presentatie hiervan overgaan laten we eerst de enkelvoudige relaties tussen verwijs-, opname- en ligduurcijfers enerzijds en de verklarende variabelen anderzijds zien, evenals de samenhang tussen de te verklaren en verklarende variabelen onderling. We beginnen met een overzicht van de verdelingen van de in de analyse opgenomen variabelen (N = 331):

dummy-variabelen

1. regio	
a. Noord	15%
b. Oost, Midden	28%
c. West	32%
d. Zuid	25%
2. afstand	
a. afstand 0	34%
b. afstand 1 – 5 km	16%
c. afstand 6 – 15 km	37%
d. afstand > 15 km	13%
3. urbanisatiegraad	
a. platteland	34%
b. verstedelijkt pl. land	38%
c. kleinere steden	19%
d. grote steden	9%

echte variabelen

	gemid- delde- waarde	stan- daard- deviatie
gem. praktijkgr.	2.913,14	697,95
% verzekerden	67,35	11,80
% ≥ 65 jr	9,34	3,05
bedden/1.000 inw.	4,73	1,03
verwijsk./1.000 verz.	417,91	98,79
opnemingen/1.000		
verzekerden	105,51	20,45
gem. verpleegduur	17,79	2,07

In drie eerdere nummers spraken de auteurs over recente onderzoeken op het gebied van de modellenbouw in de gezondheidszorg. Zij behandelden daarin structurele factoren die het verwijsgedrag van de huisarts beïnvloeden.

Vorige week publiceerden zij het eerste van twee artikelen over eigen onderzoek op dit vlak, een ander onderdeel van een studie naar verschillen in huisartsverwijscijfers die wordt verricht vanwege het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht en het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen.

In dit laatste van twee artikelen over een eigen onderzoek op macroniveau naar de achtergronden van verschillen in huisartsverwijsgedrag beschrijven de auteurs hun onderzoekresultaten.

Bij het verklaren van de verwijscijfers vonden zij het volgende: De omvang van de klinische voorziening en de afstand daartoe hebben een sterke invloed op de verwijscijfers. Ook de mogelijkheid tot verwijzen beïnvloedt deze cijfers sterk. Onafhankelijk van de aanwezigheid van of de afstand tot voorzieningen, wordt op het platteland minder en op het verstedelijkt platteland en in de grotere steden meer verwezen. In gemeenten met veel bejaarden is het aantal verwijskaarten groter. Geen positief verband werd gevonden met de gemiddelde praktijkgrootte, wél een negatief verband: hoe méér huisartsen, hoe méér verwijzingen. Het moeilijkst te interpreteren bleek de bevinding dat in het Zuiden van het land meer wordt verwezen dan elders, onafhankelijk van de invloed van de eerder beschreven variabelen.

Voor opnemingen (gegeven het verwijscijfer) geldt, dat aanwezigheid en omvang van de klinische voorzieningen het opnamecijfer positief beïnvloeden. Voor de gegevens 'urbanisatiegraad' (grotere steden) en 'percentage bejaarden' werd een negatieve relatie met het opnamecijfer gevonden: in de grotere steden en/of gemeenten met veel bejaarden zijn de verwijskaarten hoger; is men echter verwezen, dan wordt men naar verhouding weer minder vaak opgenomen. Met de praktijkgrootte werd geen relatie gevonden – gezien de discussie hierover niet verwonderlijk. In het Noorden des Lands tenslotte bleken de opnamecijfers lager.

De ligduur wordt (behalve door verwijs- en opnamecijfers) vooral beïnvloed door het aantal beschikbare bedden en het aantal bejaarden in de gemeente.

De dominante invloed van de omvang der klinische voorzieningen op verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers is ook bij dit onderzoek aangetoond.

De omvang van de voorzieningen in de eerste lijn zal hiertegen, naar het zich laat aanzien, geen tegenwicht kunnen bieden.

door B. H. Posthuma en J. van der Zee

Drs. B. H. Posthuma, econoom, is medewerker van het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap aan de Rijksuniversiteit te Groningen (directeur Prof. Dr. H. W. W. Hogerzeil).

Drs. J. van der Zee, socioloog, is verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht (directeur C. P. Bruins).

Enkelvoudige relaties

Voor een goed begrip van de meer complexe statistische relaties die in de definitieve analyse worden getoond is een inzicht in de enkelvoudige relaties van belang.

We beginnen met de *te verklaren variabelen*. Het aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden hangt samen met: regio (Zuid meer-West minder);

afstand (ziekenhuis aanwezig versus ziekenhuis op meer dan 6 km); urbanisatiegraad (platteland negatief-grote stad positief). Van de 'echte' variabelen (gemiddelde praktijkgrootte, percentage bejaarden, percentage verzekerden, beddental) vertoont alleen de laatste een relatie met verwijzingen. Voor opnemingen ziet men ongeveer hetzelfde beeld, alleen is er nu bij de regio een relatie met Noord (minder opnemingen) en Zuid (meer opnemingen). De gemiddelde verpleegduur is in het Zuiden korter: in grotere steden langer, in gemeenten met veel bejaarden veel langer; ook het aantal beschikbare ziekenhuisbedden oefent een positieve invloed uit. De correlatie tussen opname en verwijzing: .64, die tussen verwijzen + verpleegduur en opname + verpleegduur respectievelijk .10 en -.05.

De onderlinge relaties van de *verklarende variabelen* zijn iets ingewikkelder. De relaties van de regio-variabelen zijn natuurlijk het meest interessant, omdat deze variabelen de vaagste betekenis hebben. De gemeenten in het Noorden zijn vaker plattelands-, minder vaak verstedelijkte plattelandsgemeenten, er wonen meer bejaarden, de huisartspraktijken zijn er gemiddeld kleiner en er zijn minder beschikbare ziekenhuisbedden. In het Zuiden is het aantal bejaarden veel en veel kleiner en zijn er meer ziekenfondsverzekerden. De gemeenten in het Westen of Oosten/Midden onderscheiden zich niet van de andere. Er is natuurlijk een relatie tussen aanwezigheid van en de afstand tot klinische voorzieningen en de urbanisatiegraad. In grotere en kleinere steden zijn vaak ziekenhuizen, het verstedelijkt platteland ligt dikwijls binnen 5 km van een ziekenhuisgemeente. Het percentage bejaarden hangt samen met de urbanisatiegraad (veel in grotere steden, weinig op het verstedelijkt platteland) en dus ook met de aanwezigheid van een ziekenhuis. Tenslotte, de correlatie tussen gemiddelde praktijkgrootte en percentage bejaarden is, zoals reeds vermeld, -.31.

1. Het verschil tussen twee dummy-variabelen onderling is te toetsen door berekening van de variantie van dit verschil. Als $z = X_i - X_j$, dan is $\text{var}(z) = \text{var}(X_i) + \text{var}(X_j) - 2 \text{cov}(X_i X_j)$.

Meervoudige relaties: multiple regressie-analyse

In eerste instantie zijn de drie structuurvergelijkingen voor verwijzingen, opnemingen en verpleegduur geschat met alle verklarende variabelen (*tabel 1*).

In tweede instantie zijn uit deze eerste schattingen de significante coëfficiënten geselecteerd en de vergelijkingen overgeschat met hun relevante variabelen (*tabel 2*).

In *tabel 3* vindt men de schattingen der herleide vorm-vergelijkingen met alle onafhankelijke variabelen.

Structuurvergelijking verwijscijfers

Beginnen we met de bespreking van de structuurvergelijking voor *verwijzingen per 1.000 verzekerden*.

De drie opgenomen dummy-variabelen voor de regio's hebben alle een regressiecoëfficiënt die significant van nul verschilt. Dat wil zeggen, dat in de regio's Noord, Oost, Midden en West gemiddeld significant *minder* wordt verwezen dan in de regio Zuid; maar de coëfficiënten der gevonden variabelen voor Noord, Oost, Midden en Zuid verschillen onderling *niet*¹. In de uiteindelijke verkozen geschatte structuurvergelijking namen we dan ook alleen maar een dummy-variabele op voor de regio Zuid; deze dummy-variabele representeert dan het verschil in de verwachte waarde voor waarnemingen uit de regio Zuid tegenover de verwachte waarde voor waarnemingen uit de resterende regio's.

Het blijkt dat dit verschil gemiddeld zo'n 50 verwijzingen per 1.000 verzekerden bedraagt; in de regio Zuid verwijzen huisartsen dus significant meer dan hun collega's elders. Dit is in overeenstemming met onze verwachtingen, gebaseerd op elders gevonden resultaten. Dit wil overigens niet zeggen dat we een plausibele verklaring kunnen vinden.

Beschouwen we nu de drie opgenomen variabelen voor de *afstandsklassen* tot centra voor klinische zorg.

De coëfficiënten voor de dummy-variabelen van klasse 'nul' en klasse 'vijf' verschillen significant van nul, dat wil zeggen: ze verschillen ten opzichte van de weggelaten klasse 'vijftien'. De coëfficiënten van klasse 'nul' en klasse 'vijf' verschillen ook

onderling significant; de coëfficiënt van de dummy-variabele voor klasse 'tien' verschilt niet significant van nul. Dit deed ons besluiten in de uiteindelijke structuurvergelijking slechts variabelen op te nemen voor de afstandsklassen 'nul' en 'vijf'. Deze variabelen representeren de verschillen van klasse 'nul' en klasse 'vijf' met de resterende klassen 'tien' en 'vijftien'. Gemiddeld worden in een gemeente met een ziekenhuis zo'n 100 verwijzingen per 1.000 verzekerden meer geteld dan in gemeenten die een 6 km of meer zijn verwijderd van een ziekenhuis. Indien de gemeente 1-5 km van een ziekenhuis af ligt, worden gemiddeld 40 verwijzingen per 1.000 verzekerden meer gerealiseerd dan in gemeenten met een afstand van 6 km of meer van een ziekenhuis. Ook deze resultaten zijn overeenkomstig onze verwachtingen. Als een centrum voor klinische zorg in de nabijheid van de huisartspraktijk is gelegen, dan zal de huisarts geneigd zijn er vaker naar te verwijzen. De grootte van dit verschil zal overigens wellicht worden overschat vanwege de samenhang met de variabelen voor de urbanisatieklassen, maar het blijft opmerkelijk.

De dummy-variabelen voor de *urbanisatieklassen*: verstedelijkt platteland, kleine stad en grote stad tegenover platteland, geven geschatte coëfficiënten in structuurvergelijkingen voor verwijzen die consistent zijn met onze verwachtingen. We vinden, dat de verwachte waarde voor verwijzingen in de grote steden zo'n 60 per 1.000 verzekerden verschilt van verwijscijfers in gemeenten op het platteland of in de kleine steden. Op het verstedelijkt platteland, deels bestaande uit de typische forensengemeenten, worden gemiddeld ongeveer 30 verwijzingen per 1.000 verzekerden meer gerealiseerd dan in kleine steden of op het platteland.

We zijn nu gekomen bij de coëfficiënten voor de 'echte' variabelen.

Bij de variabelen voor de *gemiddelde praktijkgrootte* van huisartsen per gemeente vinden we een significante negatieve coëfficiënt. Een niet verwacht resultaat. Gelet op de opmerkingen gemaakt bij de modelspecificatie zal deze coëfficiënt

wellicht onzuiver zijn geschat en zullen we aan het resultaat in eerste instantie geen waarde hechten. Gezien het gewicht van deze variabele in ander onderzoek, nemen we haar nog wel op in onze uiteindelijk verkozen structuurvergelijking.

De coëfficiënt behorende bij de variabele *percentage ziekenfondsverzekerden* verschilt niet significant van nul. In de uiteindelijk verkozen structuurvergelijking komt ze dan ook niet meer voor.

Het *percentage bejaarden* binnen een gemeenten hangt – niet onverwacht – significant positief samen met het aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden.

De laatste verklaren variabele, het aantal beschikbare *bedden per 1.000 inwoners* hangt eveneens significant positief samen met het aantal verwijzingen. In de verklaring van dit verband denke men overigens aan de bijvoorbeeld door Van Praag gevonden positieve relatie tussen het aantal specialisten per 1.000 inwoners en het aantal beschikbare bedden. De significante samenhang is in overeenstemming met onze verwachtingen, zij het dat wij in een volgend onderzoek opneming van de variabele specialistendichtheid prefereren.

De uiteindelijk verkozen structuurvergelijking voor de te verklaren variabele verwijzingen per 1.000 verzekerden bestaat dus uit coëfficiënten voor:

dummy-variabelen

regio Zuid;
afstand nul, vijf;
urbanisatie verst. pl.l., grote stad;

'echte' variabelen

gemiddelde praktijkgrootte huisartsen;
percentage 65 jaar en ouder;
bedden per 1.000 inwoners.

Structuurvergelijking opnemingen

Dat een belangrijk deel der fluctuaties in de cijfers voor opnemingen kan worden verklaard uit fluctuaties van *verwijzingen per 1.000 verzekerden*, behoeft geen verbazing te wekken. Belangrijk zijn in de structuurvergelijkingen dan ook de coëfficiënten der onafhankelijke variabelen: de variabelen die

Tabel 1. Resultaten van de schattingen der structuurvergelijkingen: coëfficiënten en standaarddeviaties (gegeneraliseerde kleinste kwadraten-methode) (N = 331).

	verwijzingen per 1.000 verzekerden	opnemingen per 1.000 verzekerden	ligduur: aantal ver- pleegdagen per 1.000 verzekerden
<i>dummy-variabelen</i>			
<i>regio's</i>			
Noord	– 54,8(14,9)*	– 12,7(2,9)*	0,3(0,4)
Oost-Midden	– 46,2(11,3)*	– 0,5(2,2)	0,5(0,3)*
West	– 59,4(11,4)*	– 2,4(2,2)	1,2(0,3)*
Zuid	—	—	—
<i>afstand</i>			
nul	96,4(19,1)*	15,3(3,8)*	0,2(0,5)
viijf	46,1(20,6)*	– 1,1(3,9)	0,2(0,5)
tien	3,7(17,8)	1,9(3,4)	0,0(0,4)
viijftien	—	—	—
<i>urbanisatie</i>			
platteland	—	—	—
verst. pl.land	40,9(12,9)*	– 6,2(2,5)*	– 0,0(0,3)
kleine stad	19,9(16,4)	– 5,9(3,1)	0,2(0,4)
grote stad	76,7(15,8)*	– 15,4(3,1)*	– 0,2(0,4)
<i>'echte' variabelen</i>			
praktijkgrootte huisartsen	– 0,02(0,01)*	– 0,00(0,00)	– 0,00 (0,00)
percent. zf-verzekerden	– 0,1 (0,4)	– 0,2 (0,1)*	– 0,0 (0,0)
percent. 65 jaar en ouder	51,9(15,4)*	– 7,3 (3,0)*	3,6 (0,4)*
bedden/1.000 inwoners	12,0 (3,8)*	3,9 (0,7)*	0,4 (0,1)*
verwijzingen per 1.000 verz. ...		0,10(0,01)*	0,007(0,001)*
opnemingen per 1.000 verz. ...			– 0,04 (0,01)*
constante	340,0(49,5)*	66,7(10,0)*	13,5 (1,3)*

De met * geïmmarkeerde coëfficiënten verschillen significant van nul, op een betrouwbaarheidsniveau van 95%.

daarenboven in de structuurvergelijkingen een rol spelen.

Voor de dummy-variabelen voor de *regio's* valt de significante coëfficiënt voor de regio Noord op. In de uiteindelijk structuurvergelijkingen vinden we, dat de verwachte waarde van opnemingen in de regio Noord ongeveer 10 per 1.000 verzekerden lager is dan in de overige regio's. Ook hier wagen we ons niet aan een ad hoc-verklaring. Wel zij het nog eens uitdrukkelijk vastgesteld, dat deze regio-invloed onafhankelijk is van de andere opgenomen variabelen. Beddental, percentage bejaarden etc. verzwakken de relatie niet. Een overigens niet onverwacht resultaat (zie ook Hoogendoorn). Bij de dummy-variabelen voor *afstand* vinden we alleen een significant resultaat voor de afstand nul. De verwachte waarde der opnemingen per 1.000 verzekerden ligt in de uiteindelijk structuurvergelijking

ongeveer 10 per 1.000 verzekerden hoger dan de gemiddelde waarde voor de overige afstandsklassen.

Voor de *urbanisatie-variabelen* zijn de coëfficiënten in uiteindelijk verkozen structuurvergelijkingen ook niet zo moeilijk te interpreteren. *Gegeven de verschillen in de verwijscijfers* voor de urbanisatieklassen, wordt op het platteland gemiddeld vaker opgenomen dan op het verstedelijkt platteland en in de kleine stad. In de grote stad daarentegen wordt, *gegeven de verwijscijfers*, gemiddeld naar verhouding minder vaak opgenomen dan op het verstedelijkt platteland en in de kleine stad.

Bij de coëfficiënten voor de *echte* variabelen vinden we *geen* significant verband tussen *gemiddelde praktijkgrootte* en opnemingen. Gelet op het diffuse karakter van deze verklarende variabele geen onverwacht resultaat! Een significant verband tussen

percentage ziekenfondsverzekerden en opnemingen vinden we in beide structuurvergelijkingen. De negatieve coëfficiënt kan moeilijk worden geïnterpreteerd; de bij de verwachtingen gegeven ad hoc-verklaring laten we hier tenminste maar achterwege. Gegeven het verwijscijfer, zijn in gemeenten met naar verhouding meer bejaarden de opnamecijfers lager. De coëfficiënten in de structuurvergelijking voor de variabele 'percentage 65 jaar en ouder' zijn significant negatief. Dit resultaat kan ook door ons worden onderschreven. Zoals te verwachten is, geeft de variabele voor het beschikbaar aantal bedden een significante positieve coëfficiënt.

De uiteindelijke verkozen structuurvergelijking voor opnemingen per 1.000 verzekerden bestaat dus uit coëfficiënten voor:

dummy-variabelen

regio's: Noord;
afstand: nul;
urbanisatie: platteland, grote stad;

'echte' variabelen

percentage ziekenfondsverzekerden;
percentage 65 jaar en ouder;
bedden per 1.000 inwoners;
verwijzingen per 1.000 verzekerden.

Structuurvergelijking verpleegduren

Bij de structuurvergelijkingen voor het aantal verpleegdagen per 1.000 inwoners vallen de samenhangen met verwijzingen en opnemingen op. Veel opnemingen leiden tot minder verpleegdagen per 1.000 inwoners, gelet op de gevonden significante negatieve coëfficiënt. Een dergelijke negatieve relatie tussen 'frequentie' en 'duur' van een verschijnsel wordt vrijwel altijd aangetroffen (zie bijvoorbeeld het ziekteverzuim). Merkwaardiger is de relatie met verwijzen per 1.000 verzekerden. We vinden een zwak, maar significant positief verband. De herkomstvariabelen, dummy-variabelen voor regio's, afstandklassen en urbanisatieklassen spelen nauwelijks meer een rol. In de regio's Oost, Midden en West verschillen de verwachte waarden van het aantal verpleegdagen per 1.000 inwoners (enigszins) positief van de resterende regio's.

Tabel 2. Resultaten van de schattingen der structuurvergelijkingen: significante coëfficiënten en standaarddeviaties (betrouwbaarheidsniveau van 95%; gegeneraliseerde kleinste kwadranten-methode) (N = 331).

	verwijzingen per 1.000 verzekerden	opnemingen per 1.000 verzekerden	ligduur: aantal ver- pleegdagen per 1.000 inwoners
<i>dummy-variabelen</i>			
<i>regio's</i>			
Noord	—	-11,0(2,3)	—
Oost-Midden	—	—	0,5(0,2)
West	—	—	1,1(0,2)
Zuid	53,1(9,8)	—	—
<i>afstand</i>			
nul	103,2(10,4)	14,6(2,1)	—
vijf	44,5(14,7)	—	—
tien	—	—	—
vijftien	—	—	—
<i>urbanisatie</i>			
platteland	—	6,6(2,3)	—
verst. pl.land	31,3(9,8)	—	—
kleine stad	—	—	—
grote stad	62,8(10,5)	- 9,4(2,0)	—
<i>'echte' variabelen</i>			
praktijkgrootte huisartsen	- 0,02(0,01)	—	—
percent. zf-verzekerden	—	- 0,14(0,07)	—
percent. 65 jaar en ouder	43,1 (14,4)	- 8,3 (2,4)	3,7 (0,3)
bedden/1.000 inwoners	12,6 (3,6)	3,9 (0,7)	0,4 (0,1)
verwijzingen per 1.000 verz. ...	—	0,10(0,01)	0,006(0,001)
opnemingen per 1.000 verz. ...	—	—	- 0,04 (0,01)
constante	297,3 (34,0)	55,6 (7,0)	13,1 (0,6)

De echte variabele voor het percentage 65 jaar en ouder heeft een significant positieve relatie met het aantal verpleegdagen. De verklaring: als een bejaarde in een ziekenhuis wordt opgenomen dan zal de ligduur wellicht gemiddeld langer zijn, ligt voor de hand; zie ook de cijfers in de LISZ-jaarboeken over het gemiddeld aantal verpleegdagen per leeftijdsklasse. Tenslotte heeft de variabele voor bedden per 1.000 inwoners een significant positieve coëfficiënt. Dit is in overeenstemming met onze verwachtingen.

Resumerend voor de structuurvergelijkingen kunnen we stellen dat in het continuüm verwijzen, opnemen en aantal verpleegdagen, het aantal verpleegdagen steeds sterker wordt beïnvloed door de structurele parameters op het niveau van het ziekenhuis en steeds minder door de herkomstvariabelen van de opgenomen patiënten. De uiteindelijk verkozen

structuurvergelijking voor de gemiddelde verpleegduren bestaat dus uit coëfficiënten voor:

'dummy' variabelen

regio: West, Oost-Midden;

'echte variabelen

percentage 65 jaar en ouder;
bedden per 1.000 inwoners;
verwijzingen per 1.000 verzekerden;
opnemingen per 1.000 verzekerden.

Herleide vorm-vergelijkingen

In de herleide vorm van vergelijkingen, die we ten overvloede schatten², komt het uiteindelijke effect van de onafhankelijke variabelen op de te verklaren variabelen tot uitdrukking.

2. Men kan ze immers ook vinden door in de structuurvergelijkingen de afhankelijke variabelen, verwijzingen en opnemingen per 1.000 verzekerden te substitueren.

In de herleide vorm van de vergelijking is de verwachte waarde van het aantal verpleegdagen per 1.000 verzekerden voor de regio West gemiddeld één dag hoger dan in de andere regio's. Het effect van de andere dummy-variabelen blijkt te zijn geëlimineerd. Gemeenten met een hoog percentage bejaarden consumeren meer verpleegdagen dan gemeenten met een laag percentage; de coëfficiënt is het resultaat van de directe invloed van de variabele voor het percentage bejaarden in de structuurvergelijking van de verpleegduren en hierbij opgeteld het produkt van twee negatieve coëfficiënten: de negatieve coëfficiënt in de structuurvergelijking van de verpleegduren voor de variabele 'opnemingen' vermenigvuldigd met de negatieve coëfficiënt van het percentage 65 jaar en ouder in de structuurvergelijkingen van opnemingen plus het produkt van de coëfficiënt van verwijzen in de structuurvergelijking voor ligduur en de coëfficiënt voor het percentage 65 jaar en ouder in de structuurvergelijking voor verwijzen. In cijfers: $3,7 + (-0,04 \times -8,3) + (0,006 \times 43,1) \approx 4,0$.

Een analoge redenering kan worden opgesteld voor de uiteindelijke invloed van de variabele bedden per 1.000 inwoners. De directe invloed in de structuurvergelijking van verpleegdagen – een coëfficiënt van 0,4 – moet worden gecorrigeerd voor de invloed van verwijzingen en zijn samenhang met bedden: $(0,006 \times 12,6 \approx 0,08)$ en de invloed van bedden op opnemingen: $(-0,04 \times 3,9 \approx -0,16)$. Resultaat van optelling geeft de gevonden coëfficiënt bij benadering: 0,3.

Bij de herleide vorm van de vergelijking voor opnemingen valt op, dat het uiteindelijke effect van urbanisatie bijna valt te verwaarlozen. De negatieve coëfficiënten van de urbanisatieklassen in de structuurvergelijking van opnemingen worden geëlimineerd door de positieve coëfficiënten van de structuurvergelijking van de verwijzingen (die immers gelijk is aan de herleide vergelijking). De negatieve invloed van de dummy-variabelen voor de regio's wordt echter in de herleide vorm-vergelijking voor de opnemingen nog versterkt vanwege het parallel lopen dezer effecten in de structuurvergelijkingen voor

Tabel 3. Resultaten van de schattingen der herleide vorm-vergelijkingen: coëfficiënten en standaarddeviaties (gegeneraliseerde kleinste kwadraten-methode) (N = 331).

dummy-variabelen	verwijzingen per 1.000 verzekerden	opnemingen per 1.000 verzekerden	ligduur: aantal ver- pleegdagen per 1.000 verzekerden
<i>regio's</i>			
Noord	-54,8(14,9)*	-18,4 (3,2)*	0,6 (0,4)
Oost-Midden	-46,2(11,3)*	-5,2 (2,4)*	0,4 (0,3)
West	-59,4(11,4)*	-8,4 (2,4)*	1,1 (0,3)*
Zuid	—	—	—
<i>afstand</i>			
nul	96,4(19,1)*	25,1 (4,1)*	-0,0 (0,5)
vijf	46,1(20,6)*	3,6 (4,4)	0,4 (0,5)
tien	3,7(17,8)	2,2 (3,8)	-0,1 (0,4)
vijftien	—	—	—
<i>urbanisatie</i>			
platteland	—	—	—
verst. pl. land	40,9(12,9)*	-2,0 (2,8)	0,3 (0,3)
kleinere stad	19,9(16,4)	-3,8 (3,5)	0,5 (0,4)
grote stad	76,7(15,8)*	-7,5 (3,4)*	0,6 (0,4)
<i>'echte' variabelen</i>			
praktijk-grootte huisartsen	-0,02(0,01)*	0,00(0,00)	-0,00(0,00)
percent. zf-verzekerden	-0,1 (0,4)	0,2 (0,1)*	-0,00(0,00)
percent. 65 jaar en ouder	51,9 (15,4)*	2,0 (3,3)	4,0 (0,4)*
bedden 1.000 inwoners	12,0 (3,8)*	5,1 (0,8)*	0,3 (0,1)*
constante	340,0 (49,5)*	101,5 (10,6)*	12,2 (1,2)

De met * geïndiceerde coëfficiënten verschillen significant van nul, op een betrouwbaarheidsniveau van 95%.

opnemingen en verwijzingen. Alleen het uiteindelijke effect van de afstandsklasse 'nul' voor opnemingen is versterkt positief en significant. Ook de invloed van de gemiddelde praktijkgrootte in de herleide vorm-vergelijking voor opnemingen, het uiteindelijke effect van deze variabele op het aantal opnemingen per 1.000 verzekerden, valt niet meer te traceren. Dat laatste geldt niet voor het moeilijk interpreteerbare verband tussen het percentage ziekenfondsverzekerden en opnemingen. We vonden dit verband slechts in de structuurvergelijking van opnemingen en zullen dit verband dan ook in haar herleide vorm terugvinden.

Voor het percentage bejaarden geldt dat het positieve verband in de structuurvergelijking voor verwijzingen het gevonden negatieve verband in de structuurvergelijkingen voor opnemingen elimineert. Resteert een niet-significante samenhang in de herleide vorm-vergelijking voor opnemingen. Het positieve effect van bedden op opnemingen wordt versterkt door de positieve samenhang van

bedden en verwijzingen.

Rest nog op te merken, dat de herleide vorm van verwijzingen per 1.000 verzekerden dezelfde is als structuurvergelijking; immers, in de structuurvergelijking voor verwijzingen komen de andere afhankelijke variabelen niet voor.

Conclusie

Bezien we de structuurvergelijkingen voor verwijzingen, opnemingen en verpleegduren, dan geldt voor de verklaring van het *verwijscijfer* dat aanvang van en afstand tot klinische voorzieningen enerzijds en 'demografische variabelen' anderzijds (percentage bejaarden en urbanisatie) onafhankelijk van elkaar de hoogte ervan beïnvloeden. Bovendien vinden we in Brabant en Limburg hogere verwijscijfers. We vinden een (zwak) maar significant negatief verband tussen gemiddelde praktijkgrootte en verwijscijfers (hoe kleiner de gemiddelde huisartspraktijk, hoe meer verwijzingen). De interpretatie van de

regionale variabele is het minst duidelijk; men bedenke dat de invloed van de andere opgenomen variabelen is uitgeschakeld.

Voor *opnemingen*, gegeven het verwijscijfer, geldt ook een positief verband met aanwezigheid en omvang van de klinische voorzieningen. De relatie met de urbanisatiegraad is echter ietwat anders dan bij de verwijscijfers: op het platteland zijn de verwijscijfers lager dan in de stad; gegeven het verwijscijfer, is de opnamecoëfficiënt hoger (meer opnamen per 100 verwijzingen). Dit geldt, zij het omgekeerd, ook voor gemeenten met veel bejaarden: veel verwijzingen maar, gegeven het aantal verwijzingen, minder opnemingen. Tenslotte ook hier weer de regionale invloed; in het Noorden des Lands is de opnamecoëfficiënt, gegeven het verwijscijfer, lager.

De *ligduur* wordt behalve door verwijzingen (positief) en opnemingen (negatief) bepaald door het aantal bejaarden in de gemeente en het aantal beschikbare ziekenhuisbedden. In het Oosten/Westen en Midden van het land is de gemiddelde ligduur langer.

Ook in dit onderzoek is weer eens de dominante invloed van het gegeven 'omvang van de klinische voorzieningen' op de verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers aangetoond. Het ziet ernaar uit, dat de omvang van de eerstelijns voorzieningen hiertegen geen tegenwicht kan bieden.

Gezegd is al, dat de bevindingen geen al te verrassende vondsten opleveren: het ontbreken van een relatie met gemiddelde praktijkgrootte was al voorspeld; alleen de interpretatie van de ingevoerde regionale variabelen zal nog nader onderzoek vergen.

Nader onderzoek

Ons verdere onderzoek zal twee sporen volgen.

Ten eerste gaan we verder met analyse en verslaglegging van ons huidige onderzoek — een nadere analyse op het niveau van de huisartspraktijk. We zullen proberen op *dit* niveau nogmaals de relatie tussen praktijkgrootte en verwijscijfers te bestuderen, al dan niet na standaardisatie naar leeftijd en geslacht.

Vervolgens zullen wij de invloed van het gebruik van diagnostische en therapeutische hulpmiddelen op verwijs- en opnamecijfers beschrijven, zowel aan de hand van ons eigen Nijmeegse materiaal als aan de hand van het oudere onderzoek van Raupp.

Tenslotte analyseren we opnieuw het materiaal van Van Es en Pijlman (dat per verwijzing is verzameld) en bezien we de invloed van de leeftijds- en geslachtsverdeling van de verwezen patiënten op de verwijscijfers naar de diverse specialismen.

In een later stadium willen we het hier gevonden model uitbreiden en verfijnen met onder andere cijfers over specialistendichtheid, eigen huisartsencijfers, betere demografische indicatoren enz. omdat het laatste woord in deze modellenmakerij nog niet is gesproken.

Het rapport 'Tussen eerste en tweede echelon' is te verkrijgen bij het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

Uitspraak Raad van Beroep

Klacht van verloskundige tegen huisarts gegrond

Een verloskundige diende bij de districtsraad een klacht in tegen een in hetzelfde dorp gevestigde huisarts die voor bevallingen, verricht bij verplicht verzekerde ziekenfondspatiënten, een tarief in rekening bracht dat aanzienlijk lag onder het gebruikelijke particuliere tarief voor bevallingen, waardoor de verloskundige zich in zijn praktijkvoering sterk benadeeld achtte. De districtsraad deelde deze mening niet en verklaarde de klacht ongegrond. Met handhaving van zijn oorspronkelijke klacht ging klager in beroep, aanvoerende dat verplicht verzekerden recht op gratis hulp hebben en dat zij door beklagdes tariefstelling er van weerhouden werden daarvan gebruik te maken. De Raad van Beroep overwoog dat de regeling zoals neergelegd in het besluit van de minister van Sociale Zaken en

Volksgesondheid van 20 januari 1967 nr. 183683 ('Beschikking verloskundige hulp ziekenfondsverzekering') met zich meebrengt, dat de gewone verloskundige hulp aan verplicht verzekerden waar mogelijk wordt verleend door een verloskundige. De verplicht verzekerde behoeft hiervoor buiten de normale ziekenfondspremie geen extra betaling te verrichten. Dit houdt niet in dat er sprake is van een 'gratis' verstrekking. Bovendien staat het de verplicht verzekerde vrij van de door het ziekenfonds geboden mogelijkheid wel of geen gebruik te maken.

Maakt hij van deze mogelijkheid geen gebruik, dan is de behandelend arts, i.c. de huisarts, gehouden het door de LHV voorgeschreven particuliere tarief in rekening te brengen. Voor de verplicht verzekerde is dit het gevolg van zijn keuze. In de periode waarop de klacht

betrekking had was het gebruikelijke tarief voor gewone verloskundige hulp f 410,—. Van het door beklagde in rekening gebrachte tarief van f 300,— kan ten opzichte van niet betalen moeilijk gezegd worden dat het een vorm is van oneerlijke concurrentie. Dit neemt echter niet weg dat beklagde op onjuiste wijze heeft gehandeld door zich niet te houden aan het gebruikelijke en door de LHV voorgeschreven tarief. De Raad vernietigde de uitspraak van de districtsraad, verklaarde de klacht gegrond, maar zag af van het opleggen van een maatregel.

De toekomst van de eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg

Meer complexe problemen

Uit de verwachtingen van de deskundigen voor de komende vijfentwintig jaar blijkt dat we het er niet gemakkelijker op krijgen. De economische groei zal in ieder geval minder sterk zijn dan nu, misschien wel tot nul terugvallen; de inflatie is nog niet teruggedrongen. De werkloosheid en het aantal arbeidsongeschikten zullen in de komende jaren niet verminderen. De klappen vallen nog steeds vooral bij de meest kwetsbare groepen: de mensen met de laagste inkomens, de bejaarden, de schoolverlaters. Werkloosheid en arbeidsongeschiktheid brengen een toenemende kans op persoonlijke problemen mee, sterke machteloosheidsgevoelens en frustraties, vooral ook binnen het gezin. Uit literatuur (zie o.a. De Graaf 1977) blijkt dat dit een complex van medische en psychosociale problemen met zich brengt. Dit brengt ons tot de volgende *verwachting*:

— Het percentage hulpvragen dat een complex karakter heeft, dat wil zeggen zowel medische als psychosociale aspecten heeft, zal in de komende jaren toenemen.

De problemen bij de eerstelijns samenwerking tussen o.a. huisartsen en sociale hulpverleners zijn overbekend. In dit kader kan ik er niet diep op ingaan. Mijn *verwachting*:

— Er zullen in de komende jaren steeds meer samenwerkingsituaties ontstaan waarbij er geregelde contacten bestaan tussen huisartsen en sociale dienstverleners.

Als lid van de Commissie Algemene Toekomstverkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid schreef de heer De Graaf de nota 'Sociale dienstverlening en sociale hulpverlening'.

Voortgaand op zijn rapportage voor de WRR bespreekt de auteur bijgaand de consequenties van de toekomstige samenwerking in de eerste lijn tussen gezondheidszorg en sociale hulpverlening, zoals hij die verwacht.

door **Drs. H. de Graaf**



De heer De Graaf, sociaal-psycholoog, werkt als wetenschappelijk onderzoeker bij het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek NIMAWO in Den Haag.

Niet-medische problemen bij patiënten van de huisarts

Het is al enige tijd bekend dat huisartsen vaak worden geconfronteerd met hulpvragen die vooral psychosociale aspecten hebben. Het percentage patiënten waarbij de *huisarts zelf* het overwegend psychosociale karakter van de hulpvraag herkent, wordt geschat op zo'n 20%-30% (o.a. Hirs en Hosman 1975). Wanneer men ook nog de psychosociale problemen als gevolg van een ziekte en de *niet* door de huisarts herkende psychosociale aspecten aan hulpvragen zou gaan

meetellen, dan vindt men zelfs schattingen van 70%-80%. Hosman en Swarte (1973) vonden, dat 67% van de ondervraagde huisartsen in NO-Brabant zei dagelijks met psychische problemen te maken te krijgen, tegenover slechts 33% van de algemeen maatschappelijk werkers. Dat de huisartsen in 1973 nog niet zo geneigd waren tot doorverwijzen naar sociale hulpverleners bleek uit het feit, dat 51% van de huisartsen zelf de psychische problematiek te lijf ging en 2% doorverwees binnen de eerste lijn; de overige 47% verwees naar (medische) specialisten.

Voor mijn verdere betoog zijn vooral de 20-30% patiënten bij wie de psychosociale problemen door de huisarts werden herkend van belang. Wanneer de samenwerking tussen de huisartsen en de sociale hulpverleners toeneemt, zal het deze groep patiënten zijn die door de huisarts wordt doorverwezen naar de sociale hulpverleners of waaraan gezamenlijk zal gaan worden gewerkt.

Verwachtingen rol huisarts

De deskundige die de gezondheidszorg in de commissie behandelde veronderstelde geen verandering in de rol van de huisarts als de eerstaangewezen persoon naar wie de hulpvragers toe gaan tot ongeveer het

jaar 1990. Redenen voor deze veronderstelling:

- het ziekenfonds eist dat er eerst contact is geweest met de huisarts;
- de omgeving staat niet negatief tegenover bezoeken aan de huisarts. Meer aanleiding tot roddel geven contacten met hulpverleners op het psychosociale vlak (maatschappelijk werkers, psychiaters, etc.);
- de huisarts is altijd bereikbaar;
- aanzien en status van de huisarts zijn hoog;
- de macht der gewoonte;
- zeer veel psychosociale problemen laten zich gemakkelijker in medische termen beschrijven.

Na 1990 zullen de hulpverleners steeds vaker rechtstreeks die hulpinstantie binnen de eerste lijn opzoeken, die het meest in aanmerking komt voor een bepaald probleem. Als zo'n probleem te vaag is om een keus te maken, is er nog altijd het algemeen maatschappelijk werk of, wanneer er vooral medische aspecten zijn, de huisarts.

Gevolgen van deze verwachtingen

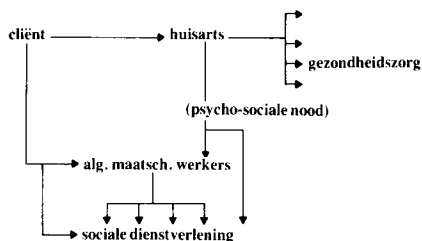
De *verwachtingen* zijn dus:

- Er komen steeds meer patiënten bij de dokter met complexe problemen (met zowel medische als psychosociale componenten).
- Er ontstaan steeds meer geregelde contacten tussen huisartsen en sociale hulpverleners, waardoor er sneller en doeltreffender zal worden verwezen.
- De groep patiënten die voor een dergelijke verwijzing in aanmerking komt wordt door de huisartsen zelf op 20-30% van het totaal geschat.

We spraken tot nu toe over sociale hulpverleners in het algemeen. In de praktijk zal de samenwerking aanvankelijk vooral tussen huisartsen en algemeen maatschappelijk werkers plaatsvinden, waarbij de wijkverpleegkundigen en de leidsters gezins- en bejaardenverzorging ook een belangrijke rol zullen spelen, vooral op het gebied van de signalering van problemen en de introductie van de hulpverleners bij de cliënten. Zonder het belang van de wijkverpleegkundigen en de leidsters te willen onderschatten, zou ik hen hierna buiten beschouwing willen laten om het

betoog niet te onoverzichtelijk te maken.

Welke situatie zien we nu op grond van bovenstaande verwachtingen ontstaan? Grafisch voorgesteld is dit de weg die de patiënten/cliënten kunnen gaan:



Natuurlijk is dit een heel simpel schemaatje. De essentie van de redenering is, dat er door interdisciplinaire samenwerking een efficiënter gebruik zal (kunnen) worden gemaakt van schaarse middelen. De huisarts zal sneller tijdovende hulpvragen waarvoor hij niet is opgeleid, kunnen afhandelen. De diverse voorzieningen op het gebied van de sociale dienstverlening zullen in mindere mate worden geconfronteerd met van huisartsen afkomstige hulpvragers die eigenlijk elders hadden moeten zijn.

Er zijn echter enkele *vraagtekens* bij deze ontwikkeling. Kunnen het maatschappelijk werk en alle andere voorzieningen een toevloed van cliënten, met name cliënten afkomstig van de huisarts, wel aan? hoe groot zal, relatief gezien, deze toevloed kunnen zijn? We zullen, door gebrek aan gegevens gedwongen, proberen op grond van schattingen wat cijfers te verzamelen. Daarbij moet goed worden bedacht, dat dit uitsluitend een *illustratief beeld* zal zijn en dat er geen sprake is van exacte cijfers. De bedoeling is, uitgaande van een soort minimum samenwerking (zelfs geregeld telefonisch contact valt daaronder) te bekijken wat de consequenties zijn voor de sociale hulpverlening in de eerste lijn, wanneer een gedeelte van de patiëntenstroom die nu op de huisarts is gericht zich verplaatst naar de sociale hulpverlening.

Cijfermatige gevolgen

1975

De situatie in 1975 is als volgt: Het Nederlands Huisartsen Instituut schat het aantal 20-65-jarigen dat minstens éénmaal per jaar naar de huisarts gaat op 75%, dat is $75\% \times 7,5$ miljoen = 5,6 miljoen patiënten. Volgens een ruwe schatting gaan er zo'n 800.000 mensen rechtstreeks naar de sociale hulpverlenende instanties in de eerste lijn, van wie zo'n 120.000 naar het algemeen maatschappelijk werk. Het geschatte aantal werkers in de sociale hulpverlening is 7.300, laten we zeggen per werker zo'n 100 cliënten. In het algemeen maatschappelijk werk zijn 1.900 werkers actief, dat wil zeggen gemiddeld zo'n 60 cliënten per werker.

1980

In 1980 gaan er $75\% \times 8$ miljoen 20-65-jarigen minstens éénmaal per jaar naar de huisarts. Zoals gezegd constateren de huisartsen zelf dat zo'n 20-30%, laten we de minimum schatting nemen: = 20% van hun patiënten met overwegend psychosociale klachten komt. In 1980 zullen die artsen die geregelde contacten hebben met de maatschappelijk werkers en anderen deze groep naar hen doorverwijzen. We schatten dit aantal op 60% der artsen. Hierbij verstaan we onder geregelde contacten alles van regelmatig telefoneren tot samenwerken in gezondheidscentra toe.

In 1980 zal de verwijzing nog vooral naar het algemeen maatschappelijk werk geschieden. Dat wil niet zeggen dat de arts de betreffende patiënten dan kwijt is, want er zijn meestal ook medische aspecten aan hun klacht, anders waren ze niet bij hem gekomen; niet alle doorverwezen patiënten zullen ook gaan. We schatten dit aantal in 1980 op 75%. Het totaal aantal patiënten dat dus in 1980 via de huisarts bij het algemeen maatschappelijk werk + de andere hulpverlenende instellingen terecht komt, is dan: $75\% \times 20\% \times 60\% \times 75\% \times 8$ miljoen = 540.000. We zullen ervan uitgaan dat in 1980 nog steeds zo'n 800.000 mensen rechtstreeks naar de sociale hulpverleners zullen gaan. Als we van dezelfde gemiddelden uitgaan als in 1975, dan betekent dit dat er in 1980: $540.000 + 800.000:100 =$

13.400 werkers in de gehele sociale hulpverlening nodig zijn. Bijna een verdubbeling vergeleken bij 1975 dus. Deze toename zal vooral bij de algemeen maatschappelijk werkers moeten geschieden.

1990

In 1990 gaan er $75\% \times 9$ miljoen 20-65-jarigen minstens éénmaal per jaar naar de huisarts. Van hen herkent de huisarts er 30% als overwegend psychosociale klachten hebbend. Dat dit percentage hoger is dan in 1980 komt doordat de arts die al wat langer samenwerkt met sociale hulpverleners sneller psychosociale achtergronden herkent aan bepaalde medische klachten. Het aantal huisartsen dat in 1990 samenwerkt (in lichte tot zware vorm) met de sociale hulpverleners wordt op 75% geschat.

Omstreeks 1990 zal de verwijzing door de huisarts steeds vaker rechtstreeks naar de betreffende eerstelijns sociale hulpverleningsinstanties geschieden in plaats van via het algemeen maatschappelijk werk. Als we het aantal patiënten dat inderdaad op zo'n verwijzing ingaat schatten op 75%, dan komen we op het volgende totaal aantal patiënten dat in 1990 via de huisarts naar de sociale hulpverlening in de eerste lijn wordt doorverwezen: $75\% \times 30\% \times 75\% \times 9$ miljoen = 1,4 miljoen. Daarbij opgeteld het aantal cliënten dat rechtstreeks gaat, weer geschat op zo'n 800.000, komen we voor de gehele welzijns-/sociale hulpverlening op zo'n 1,94 miljoen cliënten. Daar zijn dan zo'n 19.400 werkers voor nodig. Weer een forse toename dus, nu waarschijnlijk meer gespreid over alle eerstelijns sociale hulpvoorzieningen.

2000

In 2000 is de centrale rol van de huisarts afgenomen. De mensen met sociale klachten gaan rechtstreeks naar de sociale hulpverlenende instanties. Hun aantal schatten we op 20% van het aantal potentiële huisartsbezoekers (= 7 miljoen); dat wordt dus 1.400.000. Door de huisarts worden er dan nog zo'n 0,3 miljoen mensen verwezen. Het totaal aantal cliënten van de sociale hulpverlening is dan 1,7 miljoen. Dat impliceert zo'n 17.000 werkers in 2000.

Conclusie

Op grond van enige vooronderstellingen ben ik gekomen op een sterke toename van cliënten voor de sociale hulpverleners. Dat betekent echter niet automatisch een afneming van het aantal patiënten voor de huisarts. De consequenties voor de huisarts zullen zijn, dat hij minder patiënten krijgt die langdurig terugkomen met dezelfde vage klachten waar hij slechts marginaal iets aan kan doen.

De huisarts zal zich in toenemende mate kunnen gaan concentreren op de medische aspecten aan de hulpvragen. Hij zal echter meer tijd moeten besteden aan het overleg met de andere hulpverleners, noodzakelijk om vast te stellen wie het best bepaalde hulpvragen kan beantwoorden. Problemen waarbij de medische en psychosociale componenten onverbrekkelijk met elkaar zijn verbonden kunnen alleen gezamenlijk worden behandeld.

Dit alles zal tot gevolg hebben dat de kwaliteit van de hulpverlening zal toenemen, dat men een efficiënter gebruik zal maken van de eigen vermogens en van die van de anderen, maar dat er in z'n totaliteit (gezien over alle hulpverleners) meer man-uren in gaan zitten. De samenwerking zal de huisarts in de toekomst dus waarschijnlijk geen tijdsbesparing opleveren. Wel een betere hulpverlening, die meer gericht zal zijn op problemen waarvoor hij is opgeleid. De gevolgen voor de sociale hulpverlening zijn uiteindelijk verderstrekkend. Een verdubbeling van het aantal cliënten binnen een tiental jaren: er moet wel het een en ander gebeuren om dat op te vangen. Op het ogenblik is daar weinig van te

merken, aangezien voorspellingen over de behoefte aan sociale hulpverleners in de toekomst uitgaan van de omstandigheden zoals ze nu zijn en niet van een toenemende samenwerking met de gezondheidszorg in de toekomst.

Geraadpleegde literatuur

Graaf, H. de
Algemene toekomstverkenning op het gebied van de sociale dienstverlening. Achtergrondrapport ten behoeve van de werkzaamheden van de Commissie Algemene Toekomstverkenning (ter inzage bij de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Plein 1813 nr. 3, Den Haag), 1976.

Graaf, H. de
Welzijn zonder werk.
NIMAWO, februari 1977.

Graaf, H. de
Op één lijn in de eerste lijn.
NIMAWO, 1975.

Grinten, T. van der en G. A. de Jong
Achtergronden en toekomstverwachting van samenwerking in de eerste lijn.
in: Hulpverleners en veranderen, 1975.

Hirs, W. M. en C. M. Hosman
Psychische problematiek en de centrale positie van de huisarts.
in: Hulpverleners en veranderen, 1975.

Hogerzeil, H. H. W. en B. M. S. van Praag
Gezondheidszorg.
Nota ten behoeve van de Commissie Algemene Toekomstverkenning.

Hosman, C. M. en J. H. Swarte
Het contact van eerstelijns werkers met psychische problematiek.
in: Hulpverleners en veranderen, 1973.

Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)
De komende vijftientig jaar; een toekomstverkenning voor Nederland. Rapporten aan de regering, 15-1977.

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.



Sportmassage

Geschiedenis

De oudste ons ter beschikking staande gegevens over sportmassage dateren van voor de jaartelling. Ten tijde van de Griekse Olympische Spelen kende men al de 'verzorgers'. In de Romeinse tijd werden de gladiatoren waarschijnlijk op een bijna analoge wijze verzorgd. Dan stopt de berichtgeving tot onze tijd.

Met de opkomst van de sport aan het einde van de vorige eeuw werd de verzorging weer actueel. In het begin van deze eeuw zien we de massage weer toegepast worden om een optimale conditie te verkrijgen en die te behouden. Om charlatanerie op dit gebied te voorkomen heeft het toenmalige Nederlands Genootschap voor Heilgymnastiek en Massage cursussen geleid omstreeks 1952, waarna hiermee om verschillende redenen werd gestopt.

Dit was de aanleiding tot de oprichting van het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS) in 1954. Tot 1965 heeft het NGS opleidingen verzorgd en examens afgenomen.

Inmiddels was de Commissie Sportmassage geïnstalleerd, waarin waren vertegenwoordigd de Vereniging voor Sportgeneeskunde, het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, het Nederlands Genootschap voor sportmassage, de Nederlandse Sport Federatie en het ministerie voor Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Het NGS-diploma ging toen diploma NSF-sportmassage heten. Het was de eerste maal dat een sportmassage-diploma in Nederland door de overheid werd erkend. Door deze bundeling werd een aantal sportmassage-opleidingen, waaronder

door

C. Rodenburg



C. Rodenburg is sinds 1961 voorzitter van het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS), welke functie hij nog steeds bekleedt. Namens het NGS heeft hij zitting in de Commissie Sportmassage en fungeert een aantal jaren als voorzitter van de examencommissie.

die van de CIOs-en, onder één noemer gebracht en genormaliseerd. In de daaropvolgende jaren is de opleiding en het examen uitgebouwd tot het huidige niveau.

De opleiding

De opleiding van de sportmasseur omvat de volgende vakken: theorie en praktijk massage; theorie en praktijk verzorging; anatomie; fysiologie; sporthygiëne; geschiedenis en organisatie van de sport in Nederland. De opleiding wordt in de avonduren of op zaterdag gegeven en omvat minimaal 120 klokuren. Naast deze cursussen moeten de kandidaten vele uren studeren en oefenen om met goed gevolg het examen te kunnen afleggen.

In Nederland zijn ongeveer dertig opleidingen, verspreid over 24 plaatsen. De opleiding sportmassage

aan de CIOs-en vormt een onderdeel van de opleiding tot sportleider. Een onafhankelijke sportmassage-opleiding kan aan een CIOs dus niet worden gevolgd.

Het examen

Het sportmassage-examen bestaat uit een schriftelijk en een praktisch deel.

Het schriftelijk examen wordt afgenomen volgens het multiple-choice systeem (ruim 90 vragen). Men moet voor het schriftelijke deel van het examen een voldoende hebben om op te kunnen gaan voor het praktische deel. Op het praktijkgedeelte van het examen wordt een half uur praktijk massage en een half uur praktijk verzorging geëxamineerd. Beide onderdelen moeten voldoende zijn om te kunnen slagen.

Jaarlijks nemen ruim 900 kandidaten deel aan het schriftelijk examen te Utrecht. Hiervan slaagt $\pm 70\%$. Van het aantal kandidaten dat het praktijkgedeelte gaat afleggen slaagt ongeveer 56%. Het eindpercentage geslaagden (schriftelijk + praktijk) schommelt tussen de 35 en 40.

Organisatie van sportmassieurs

Sinds 1954 heeft de sportmassage in Nederland een eigen organisatie, namelijk het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS). Het NGS heeft momenteel 13 afdelingen, ieder met een eigen afdelingsbestuur. Sinds 1970 heeft het NGS een eigen bondsbureau, dat mogelijk werd gemaakt door een toekenning van subsidie uit de toeto. Door het

beschikbaar komen van dit bureau werd het mogelijk dat het NGS de examens kon gaan organiseren die voordien door de NSF werden georganiseerd. Het Bureau Sportmassage is gevestigd in de Bussumsestraat 150 in Den Haag, tel. 070-452531. Administrateur is de heer A. Kok en secretaresse mevrouw E. Ottens.

Om de twee maanden geeft het NGS het blad 'Sportmassage' uit. Op gezette tijden organiseert het NGS voor haar leden applicatiecursussen, waarvan de uitvoering aan de afdelingen wordt gedelegeerd. Naast deze applicatiecursussen verzorgen de afdelingen nog bijeenkomsten, lezingen, cursussen hartmassages, filmavonden, enz. Het aantal aangesloten sportmassieurs bij het NGS zal aan het eind van 1977 de 2500 bereiken hebben.

Wat is sportmassage?

Onder sportmassage verstaat men een complex van handgrepen, toegepast met de blote hand op de onbedekte huid van de passieve gezonde sportbeoefenaar, met het doel diens lichamelijke conditie te bestendigen, te verbeteren en/of eventuele nadelige gevolgen van de sport weg te nemen of deze zo min mogelijk te doen gevoelen. De toegepaste handgrepen zijn dezelfde als worden gebruikt bij de fysiotherapie, te weten: intermitterende drukkingen, effleurages, petrissages, diepe strijkingen, fricties, schuddingen, tapotementen, huid- en beenverschuivingen. De laatste groep handgrepen, de beenverschuivingen, wordt door de sportmasseur alleen toegepast op de handen en de voeten. Er is een wezenlijk verschil tussen het doel van de massage bij de fysiotherapie en bij de sportmassage. Bij de sportmassage wordt een onderscheid gemaakt tussen de pré-activiteitsmassage, de inter-activiteitsmassage en de post-activiteitsmassage, die respectievelijk voor, tijdens (in de rust of tussen de series in) en na de sportbeoefening wordt toegepast. Het doel van een pre-activiteitsmassage is een goede doorbloeding van de weefsels en met name van het spierweefsel te bewerkstelligen. Hiermede wordt een betere mobiliteit van de gewrichten verkregen, hetgeen de sportprestaties

ten goede zal komen, terwijl tevens een preventieve werking ten opzichte van blessures wordt verkregen, aangezien beter doorbloede weefsels minder kans lopen gelaedeerd te raken of in kramptoestand te komen. Het doel van de post-activiteitsmassage is om het overtollige vocht, dat zich tijdens de inspanning heeft gevormd, af te voeren met de nog eventueel aanwezige stofwisselingsslakken. Men noemt een dergelijke massage ook wel een dehydrerende massage. De bedoeling van deze massage is om de homiostasis van het milieu interieur te herstellen. Vooral door de tegenwoordige frequentie en intensieve trainingen is de kans vergroot dat de homoiostasis van het milieu interieur wordt verstoord, hetgeen o.a. spierpijn, spierstijfheid, hypertonieën en myogelosenvorming tengevolge kan hebben.

Naast de activiteitsmassage wordt nog de passiviteitsmassage toegepast. Deze massagevorm wordt gebruikt wanneer een sportman al dan niet gedwongen zijn sport moet onderbreken. Dit kan bijvoorbeeld door een blessure worden veroorzaakt. In de sportmassage wordt een onderscheid gemaakt tussen een absolute en een relatieve contra-indicatie. In het eerste geval mag in het geheel niet worden gemasseerd en in het tweede geval wel, met uitzondering van dat deel van het lichaam waarvoor de contra-indicatie geldt, bijvoorbeeld een distorsio van de enkel. De passiviteitsmassage moet er toe bijdragen dat de conditie in deze periode zo min mogelijk achteruit gaat.

Verzorging

De taak van de sportmasseur beperkt zich niet alleen tot de massage, maar strekt zich ook uit tot de verzorging. In de sport spreekt men dan ook wel van de 'verzorgers' in plaats van de sportmassieurs. Onder verzorging verstaan we de onder de verantwoordelijkheid van de sportmasseur vallende zorg voor een optimale lichamelijke en geestelijke gezondheid van de sportbeoefenaar voor, tijdens en na de sportbeoefening. Afhankelijk van de tak van sport kan dit een heel scala van handelingen omvatten, mede

afhankelijk van de organisatie van de betrokken sportvereniging, gemaakte afspraken en last but not least de financiële positie van de sportvereniging.

Blessures

Aangezien er maar bij weinig sportwedstrijden een (sport)arts aanwezig is, zal de sportmasseur direct worden geconfronteerd met blessures die de spelers tijdens de wedstrijd kunnen oplopen. De opleiding van de sportmasseur is er op gericht om blessures te herkennen en de noodzakelijke directe hulp te verlenen. Een snelle en adequate eerstehulpverlening is belangrijk omdat hiermee de tijd voor herstel verkort kan worden. Door zijn ervaring zal de sportmasseur de ernst van een blessure kunnen onderkennen, zodat door zijn toedoen de geblesseerde speler snel onder medische behandeling kan worden gesteld.

Preventie

Door zijn ervaring met het ontstaan van blessures die door de spelers worden opgelopen en zijn anatomische kennis, is de sportmasseur in staat om veel voorkomende blessures te voorkomen door het aanleggen van preventieve bandages. De preventie strekt zich verder uit tot het geven van adviezen en uiteraard door toepassing van de pre-activiteitsmassage, die een preventieve werking ten aanzien van blessurevorming heeft, zoals reeds in het voorgaande is aangegeven. De adviezen die een sportmasseur kan geven kunnen gericht zijn op de warming-up, de kleding, de voeding, de hygiëne en de leefgewoontes van de sportman(vrouw). Een sportmasseur met een goed bewegingsinzicht kan zelfs adviezen geven ten aanzien van het bewegingspatroon van de sportman(vrouw), om fouten die tot blessures kunnen leiden, te corrigeren.

Samenspel

Uiteraard zal er een goed samenspel moeten plaats vinden tussen de sportmasseur, de trainer, de

(sport)arts en de fysiotherapeut, wil hij voldoende tot zijn recht komen. Om misverstanden uit te sluiten is het raadzaam dat tussen de hiervoor genoemde disciplines overleg plaats vindt waaruit afspraken moeten voortvloeien. De praktijk leert dat de trainer(s) en clubbestuurder(s) vaak meer verwachten van een sportmasseur dan waarvoor hij is opgeleid. Hem wordt vaak opgedragen blessures te behandelen. Wanneer hij hier geen gevolg aan geeft wordt hem te verstaan gegeven dat hij kan vertrekken. Er wordt dan iemand anders aangetrokken die geen bezwaren maakt tegen het behandelen van blessures. Meestal is dit een masseur die niet in het bezit is van het NSF-sportmassagediploma met bijbehorende licentie.

Anders ligt de zaak wanneer de sportmasseur op verzoek en onder toezicht van de (sport)arts een handeling verricht in het kader van de blessurebehandeling, mits dit niet het gebruik van fysiotherapeutische apparatuur inhoudt. De verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt dan bij de arts en dit wordt in de praktijk dan ook wel toegepast. Moeilijkheden doen zich dan ook niet voor. Anders ligt het wanneer een vereniging geen clubarts heeft, maar alleen een sportmasseur. Als de sportmasseur op eigen initiatief blessures gaat behandelen is hij bezig met het onbevoegd uitoefenen der geneeskunst. Hierdoor kunnen de nodige moeilijkheden en problemen ontstaan, wat in het verleden reeds enige malen is voorgekomen.

Bevoegdheid

De hiervoor geschetste moeilijkheden hadden in veel gevallen voorkomen kunnen worden. Onwetendheid ten aanzien van de bevoegdheid van de sportmasseur is een van de redenen. Soms wordt gehandeld uit een soort van dwangsituatie door het ontbreken van de nodige financiën om een behoorlijke medische verzorging te kunnen bekostigen. De relatief goedkope sportmasseur is dan in de ogen van de verenigingsbestuurders de oplossing. Is er dan bovendien bij een andere vereniging uitkomend in dezelfde afdeling, een 'masseur' met een 'witte-jas-syndroom', dan is het hek van de dam, want de eigen masseur

moet dan dezelfde handelingen gaan verrichten als die 'tovenaar' bij vereniging X.

Met nadruk heb ik op deze problematiek willen wijzen omdat er maar al te vaak misstanden ontstaan die vermeden hadden kunnen worden wanneer men maar juist was geïnformeerd. Het ziet er naar uit dat er op dit gebied in de naaste toekomst een regeling zal komen. Een verzoek daartoe is ingediend bij het ministerie van CRM.

Wanneer een beroeps- of vakbescherming gerealiseerd kan worden zal de sportwereld bevrijd kunnen worden van een aantal niet bonafide masseurs die het werk van de echte sportmasseur nu nog bemoeilijken, maar die ook – en dat is veel erger – schade kunnen toebrengen aan het welzijn van de sportbeoefenaar. De malafide masseur heeft geen 'verklaring' moeten afleggen, in tegenstelling tot de NSF-sportmasseur. Deze verklaring luidt:

'Ik verklaar mij als sportmasseur/masseuse te zullen onthouden van het behandelen van posttraumatische en pathologische gevallen en ik ben bekend met de voorwaarde, dat bij overtreding hiervan mij de bijbehorende werkvergunning als sportmasseur/masseuse kan worden ontnomen.'

Het NSF-sportmassagediploma wordt alleen uitgereikt wanneer de hiervoor genoemde verklaring is ondertekend.

Tot slot

De bonafide sportmasseur is niet meer weg te denken uit de Nederlandse sportwereld, waar hij veel en nuttig werk kan verrichten in samenwerking met de andere disciplines in het werkveld van de sportmedische begeleiding. Het werk van de sportmasseur ligt voor een groot deel in het preventieve vlak en is als zodanig van onschatbare waarde voor de volksgezondheid. Zijn curatieve werkzaamheden beperken zich voornamelijk tot het wegwerken, c.q. verminderen van spierstijfheid en spierpijn die het gevolg zijn van het intensief gebruiken van die spieren, waarbij hij zich bedient van de massagetechnieken die hij heeft geleerd tijdens zijn opleiding.

Ik hoop met dit artikel een bijdrage te hebben geleverd die kan leiden tot een beter inzicht in de sportmassage en degen die haar uitoefent en tot een beter begrip omtrent de problematiek van en rond de sportmassage, c.q. de verzorging in het algemeen in de sport in Nederland.

Literatuur

- Battista, E., Dumas, Dr. P., Macorigh, Dr. F. – *Massage du Sportif*, Paris, 1968.
 Braunberger, M. en van Minden, E. – *Sportmassage*, Rotterdam, 1937.
 Goeting, W. – *Sportmassage*, Rotterdam, 1925.
 Kirsch, Prof. Dr. R. – *Sportmassage*, Berlin, 1959.
 Prokop, Dr. L. – *Sportmassage*, Wien, 1950.
 Rodenburg, C. – *Sportmassage*, 's-Gravenhage, 1973.
 Hoffa – Gocht — *Technik der Massage*, Stuttgart, 1949.
 Strohal, R. – *Grundbegriffe der Massage*, München-Berlin-Wien, 1975.
 Leffelaar, E. G. – *Compendium massage*, Lochem, 1974.
 Klaus, E. J. – *Ueber Sportverletzungen und Sportschäden unter dem Gesichtspunkt der Prävention*, Sportmedisch Bulletin, nr. 1, 1965.
 Page, E. M. – *Athletic injuries and their treatment*, Londen, 1962.
 Schmidt, H. – *Orthopedie im Sport*, Leipzig, 1972.
 Mosterd, Dr. W. L. – *Medische begeleiding in de sport*, Amsterdam, 1968.
 Muckle, D. S. – *Sportinjuries*, Newcastle, 1971.
 Rodenburg, C. – *Verzorging in de sport*, 's-Gravenhage, 1975.
 Hermans, Dr. G. P. H. – *Orthopedische aspecten van de krachttraining*, Richting nr. 5, 1976.
 Williams, J. G. P. – *Sportinjuries*, Farnham Park, England, z.j.
 Franke, Dr. K. – *Erste Hilfe bei Sportverletzungen und Sporthygiene*, Berlin, 1956.
 Briener, K. – *Sporthygiene und präventive Sportmedizin*, Bern, 1972.
 Brown, B. J. – *Complete guide to the prevention and treatment of West Nyack*, 1972.

Opleidingscapaciteit en opleidingsbehoefte in de verzekeringsgeneeskunde

In 1974 werd in Medisch Contact namens de *KNMG-werkgroep Artsenaanbod* een omvangrijke rapportage gepubliceerd inzake enkele vermoedelijke consequenties van het te verwachten artsenaanbod (MC nr. 37/1974, blz. 1169).

Voorbijgaande, hoe belangrijk ook, aan hetgeen met betrekking tot de specialistensector en de huisartsensector werd gerapporteerd, zijn inzake de sociaalgeneeskundige sector onderstaande conclusies van de werkgroep van belang: waar het op zichzelf niet al te moeilijk moet zijn om aan de bestaande opleidingscapaciteit de nodige uitbreiding te geven – hoewel daarbij zeker ook de mankracht een probleem kan vormen – moet het ontbreken van een vaste en toereikende financieringsbron als het belangrijkste struikelblok bij het capaciteitsprobleem worden aangemerkt; waar de marktsituatie niet ongunstige perspectieven biedt, lijken er voorlopig in voldoende mate plaatsingsmogelijkheden aanwezig. Ongeveer een jaar later publiceerde de werkgroep een advies inzake de capaciteit van de post-academische opleidingen van 1974-1980 (MC nr. 32/1975, blz. 991).

Voor wat de sociaalgeneeskundige opleidingen betreft kwam de werkgroep tot de volgende conclusies: de huidige capaciteit van de basiscursus blijkt reeds thans ten enenmale ontoereikend te zijn geworden; de werkgelegenheid biedt voldoende perspectieven om een forse uitbreiding van de opleidingscapaciteit te rechtvaardigen; op de kortst mogelijke termijn lijkt tenminste een verdubbeling van de huidige capaciteit geboden, met een navenante uitbreiding van de capaciteit der vervolgcursussen; op basis van het

De problematiek rond de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige houdt de auteur – niet alleen als lid van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie, van de commissie van deskundigen tak verzekeringsgeneeskunde en van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, maar ook als stafmedewerker van de Gemeenschappelijke Medische Dienst – reeds geruime tijd bezig.

In bijgaand artikel belicht hij binnen het probleemveld van de medische vervolgoopleidingen meer in het bijzonder de problemen bij de verzekeringsgeneeskundige (vervolg)opleiding.

door Dr. A. Nap

belangstellingspatroon van de deelnemers aan de basiscursus-1975, lijken voor 1977 in ieder geval extra cursussen jeugdgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde geïndiceerd; voor de verdere uitbreidingen zal een herhaalde vóór-enquêteering der basiscursisten de weg moeten wijzen en zal een nader onderzoek naar de werkgelegenheid in de diverse takken van de sociale geneeskunde noodzakelijk zijn; overigens moet met de verwezenlijking van de capaciteitsuitbreidingen die op dit moment al wél verantwoord kunnen worden geacht, de nodige spoed worden betracht.

Weer ongeveer een jaar later verstrekte de werkgroep aan de hand van inmiddels beschikbaar gekomen gegevens een evaluatie van de capaciteit der medische vervolgoopleidingen van 1975 tot 1980 (MC nr. 41/1976, blz. 1301). Deze evaluatie bleek voor de sociaal-geneeskundige sector het volgende op te leveren: de verwachting dat bij een gelijkblijvende capaciteit van de basiscursus een groeiend tekort aan opleidingsplaatsen zou ontstaan, werd bewaarheid; de verwachting dat

de capaciteit van de basiscursus inmiddels tenminste zou zijn verdubbeld, werd niet bewaarheid; lange wachttijden – te weten van één tot drie jaar – gelden en zullen, indien de vraag naar opleidingsplaatsen zich volgens verwachting blijft ontwikkelen zonder dat daar noemenswaardige capaciteitsuitbreidingen tegenover staan, weldra oplopen tot zeven à acht jaar.

Inmiddels, wij schrijven nu 25 november 1977, is in Medisch Contact opnieuw een artikel over de onderhavige problematiek gepubliceerd (MC nr. 47/1977, blz. 1461). Het blijkt dat het aantal gegadigden voor een basiscursus per 1 december 1976 circa 360 bedroeg en dat het aantal nieuwe aanmeldingen voor de basiscursus gedurende de afgelopen twee jaren gemiddeld circa 160 heeft bedragen. Daarentegen bedroeg de gezamenlijke opleidingscapaciteit in 1975 en 1976 slechts respectievelijk 109 en 111 plaatsen; deze capaciteit zou in 1977 tot 136 plaatsen worden opgevoerd. Indien in de komende jaren zich inderdaad 160 nieuwe gegadigden per jaar zullen aanmelden en de opleidingscapaciteit zou tot 136 plaatsen beperkt blijven, zal het tekort aan opleidingscapaciteit blijven toenemen, en wel in een zodanige mate

dat tot 1980 altijd nog met wachttijden van gemiddeld drie á vier jaar en daarna met nog langere wachttijden gerekend dient te worden. Daar komt nog bij, dat de huidige capaciteit van de vervolgcursussen ontoereikend is om een verhoogde 'output' van de basiscursus te kunnen verwerken. Zo zouden zich onder de thans op de wachtlijst staande gegadigden voor een opleiding tot sociaal-geneeskundige alleen al 120 adspirant-verzekeringsgeneeskundigen bevinden, bij een huidige capaciteit van de betreffende vervolgcursus van slechts 20 plaatsen. Zou deze vervolgcursus geen capaciteitsuitbreiding ondergaan, dan zou de wachttijd voor deze cursus nu reeds één tot zes jaar bedragen.

Wanverhouding

De uitspraak van de zijde van de KNMG: 'Zoals de zaken er thans voorstaan lijkt uitbreiding van de vervolgcursus verzekeringsgeneeskunde het eerst aangewezen', is voor mij aanleiding aan bovenaangehaalde publikaties nog enkele concrete gedachten toe te voegen, en wel met betrekking tot de wanverhouding opleidingscapaciteit-opleidingsbehoefte bij de sociaal-geneeskundige basisopleiding en de vervolgopleiding in de verzekeringsgeneeskunde. Ik zal daarbij ook de perspectieven op de verzekeringsgeneeskundige arbeidsmarkt betrekken, te meer omdat er toch – ondanks de onzekerheden die een vooruitblik in de toekomst eigen zijn – hanteerbare gezichtspunten kunnen worden 'geopenbaard'. Ik ga daarbij allereerst uit van een totale *artsenbezetting* bij de 'toeleveringsorganen' van adspirant-verzekeringsgeneeskundigen, groot circa 700 (reëel of op korte termijn gepland). De grotere 'toeleveringsorganen' – in volgorde naar omvang van het artsbestand – zijn: het Gemeenschappelijk Administratiekantoor, de Gemeenschappelijke Medische Dienst, de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen, de ziekenfondsen en de particuliere verzekeringsmaatschappijen. Ik ga er vervolgens uit, dat hetgeen inzake de *gemiddelde duur van het dienstverband* voor artsen (leeftijdsofbouw, uitval wegens arbeidsongeschiktheid en overlijden,

pensioneringsleeftijd en dergelijke) bij de GMD geldt, ook voor de andere organen geldig is. Een redelijk nauwkeurige schatting levert dan een jaarlijkse uitval op van circa 7%, resulterende in een jaarlijks terugkerende totale uitval van circa 50 artsen. Alleen al om deze jaarlijkse behoefte te kunnen dekken, is het noodzakelijk elk jaar twee vervolgcursussen verzekeringsgeneeskunde te organiseren én een dienovereenkomstige capaciteitsvergroting van de basiscursussen te realiseren. Het lijkt geen twijfel, dat de behoefte op de verzekeringsgeneeskundige arbeidsmarkt gedurende een langere tijdsperiode deze capaciteitsvergroting volkomen zal wettigen. Ook al zou het – wanneer dan ook! – tot een integratie van de medische diensten van de uitvoeringsorganen en het adviesorgaan WAO en AAW komen, dan nog mag niet op een behoeftevermindering aan verzekeringsgeneeskundigen worden gerekend. Zelfs de meest efficiënte inzet van verzekeringsgeneeskundigen bij die integratie zal hun huidige aantal niet reduceren. Ik ga er verder van uit, dat de omvang van de thans bij de GMD bestaande *wachtlijst voor de basiscursus* een verantwoorde indicatie vormt voor de omvang van de bij de overige organen bestaande wachtlijsten. De wachtlijst-GMD voor de basiscursus telt momenteel 70 (!) 'wachtenden', hetgeen een totale wachtlijst oplevert van circa 175 (!) 'wachtenden'. Deze achterstand wordt niet ingelopen door de reeds vanwege de jaarlijkse behoefte noodzakelijke verdubbeling van de opleidingscapaciteit van basiscursus en vervolgopleiding verzekeringsgeneeskunde. Het inhalen van die achterstand vraagt een aanzienlijk grotere – zij het tijdelijke – uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Mankrachtproblemen – enerzijds de beschikbaarheid van docenten, anderzijds de misbaarheid voor de 'toeleveringsorganen' van reeds in de praktijk werkzame adspirant-verzekeringsgeneeskundigen – zullen, naast financieringsproblemen, bepalend zijn voor het aantal jaren waarin de achterstand kan worden ingelopen. Ik ga er voorts vanuit dat het *vacaturebestand* bij de GMD ('echte' vacatures en reeds nu te vervangen '65-plussers'), groot 50 (!), eveneens

min of meer indicatief is voor de omvang van de bij de overige organen bestaande vacatures. Globale berekening doet een totaal vacaturebestand bij de 'toeleveringsorganen' vermoeden van circa 90 artsen. Ook deze artsen komen – na benoeming – in aanmerking voor een sociaal-geneeskundige opleiding verzekeringsgeneeskunde. Met de 175 artsen op de wachtlijst levert dat in de verzekeringsgeneeskundige sector een op relatief korte termijn groeiend stuwmeer op van circa 265 artsen die in aanmerking komen voor een opleiding tot verzekeringsgeneeskundige. Ik ga tenslotte uit van de volgende twee *premissen*:

- voor het vervullen van een functie als verzekeringsgeneeskundige is het volgen van een verzekeringsgeneeskundige opleiding zoal niet onontbeerlijk dan toch in ieder geval dringend gewenst;
- maatregelen beogend de wanverhouding tussen de opleidingscapaciteit van en de opleidingsbehoefte aan verzekeringsgeneeskundige opleiding op te heffen of althans te verkleinen mogen niet uitmonden in een kwaliteitsvermindering van die opleiding.

Naar een geïntegreerde opleiding

De vraag doet zich dan voor of de hierboven geschetste noodtoestand wel moet worden opgeheven enkel door vergroting van de opleidingscapaciteit dan wel mede óók door het ontwerpen van een effectiever, tijdsbesparend curriculum voor een geïntegreerde basis – en vervolgcursus verzekeringsgeneeskunde. Het is mij bekend, dat het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO in verband met het tekort aan gekwalificeerde bedrijfsartsen het voornemen heeft – na verkregen toestemming van het College voor Sociale Geneeskunde – een geïntegreerde cursus arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in gang te zetten. Van de naar voren te brengen *argumenten* voor een geïntegreerde opleiding wil ik de volgende noemen:

- anders dan bij de basiscursus het geval is, kunnen bij een geïntegreerde cursus de voor de dagelijkse praktijk belangrijke onderwerpen het eerst aan bod

komen: onderwerpen van meer algemeen belang – zoals epidemiologie en statistiek – kunnen daaraan op zinvolle(r) wijze worden gekoppeld en meer relevant gericht op de verzekeringsgeneeskunde worden gedoceerd;

- de overgang van basiscursus naar vervolgcursus vervalt en daarmee tevens de wachtperiode tussen beide cursussen en de – nogal eens bezwaarlijke – discrepanties in de anders veelal divergente basisopleidingen; ook de overgang van opleidingsinstituut basiscursus naar opleidingsinstituut verzekeringsgeneeskunde wordt voorkomen;
- door de gelijkgerichtheid van de cursisten kan gemakkelijker worden ingespeeld op het voorniveau van hun kennis;
- verwacht mag worden dat het aantal cursussen van basis- en vervolgcursus tezamen – door betere en de efficiëntie bevorderende organisatie – bij het realiseren van een geïntegreerde basis-/vervolgopleiding belangrijk kan dalen met behoud of zelfs met verbetering van kwaliteit.

Vanzelfsprekend zal wie dat wil bezwaren kunnen inbrengen tegen een geïntegreerde basis- en vervolgopleiding verzekeringsgeneeskunde. Toch moet worden bedacht dat, ook al zouden die bezwaren bij het wegen van de voor- en nadelen enig gewicht in de schaal leggen, de noodtoestand bij de verzekeringsgeneeskundige opleiding niet of nauwelijks kan worden opgeheven door vergroting van de opleidingscapaciteit alleen. Tegen die achtergrond bezien, zou het in de rede kunnen liggen gedurende een aantal jaren – op zijn minst tot het tijdstip waarop in het eerdergenoemde stuwmeer de bodem zichtbaar gaat worden – de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige te doen plaatsvinden in de vorm van een geïntegreerde opleiding als bedoeld. Ik sprak van een noodtoestand. Deze noodtoestand verdraagt zich moeilijk

met het (opnieuw) in studie nemen van de gerezen problemen, met het (opnieuw) nagaan of het geschetste beeld nog klopt dan wel moet worden bijgesteld, met het (opnieuw) uitbrengen van een rapport waarvan het opstellen vele maanden vergt. Het wil mij voorkomen dat het hoofdbestuur en de desbetreffende colleges van de KNMG – en daarbij zal ongetwijfeld de cordiale medewerking van anderen nodig zijn! – overtuigende argumenten te over hebben om de uitspraak ‘*uitbreiding van de vervolgcursus verzekeringsgeneeskunde lijkt aangewezen*’ zéér concrete inhoud te geven, met als effect het op de kortst mogelijke termijn (doen) realiseren van wat bij die uitbreiding onontkoombaar tot stand gebracht moet worden. Van de mede-verantwoordelijkheid in dezen van de KNMG ben ik ten volle overtuigd.

COA-Ziekenhuiswezen

Uitspraak uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen

De interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 39 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op de artikelen 6, 7 en 12 van de uitvoeringsregeling studiekosten en verlof i.v.m. het volgen van lessen,

Gezien de vraag:

Is het op grond van het bepaalde in artikel 6, eerste lid van bovenbedoelde uitvoeringsregeling toegestaan een regeling te treffen, krachtens welke een verdeling van de diensttijd, benodigd voor het volgen van de lessen, tussen werkgever en werknemer plaatsvindt.

Overwegende:

Dat artikel 6, lid 1, bepaalt, dat verlof met behoud van salaris zal worden gegeven naar gelang de lessen geheel of ten dele in diensttijd plaatsvinden, tenzij de belangen van de instelling zich kennelijk daartegen verzetten; dat uit de zinsnede ‘tenzij de belangen van

de instelling zich kennelijk daartegen verzetten’ niet volgt, dat een regeling tot verdeling van diensttijd tussen werkgever en werknemer worden getroffen.

Beslist als volgt:

Het is niet toegestaan een regeling te treffen, krachtens welke de diensttijd, benodigd voor het volgen van lessen, tussen werkgever en werknemer wordt verdeeld.

Gezien de vraag:

Is het toegestaan de uren waarop onregelmatige dienst moet worden verricht zodanig vast te stellen of te wijzigen, dat de lessen geheel of gedeeltelijk buiten diensttijd vallen?

Overwegende:

Dat uit de tekst van artikel 6, lid 1 blijkt dat zowel met de belangen van de instelling als met die van werknemer rekening dient te worden gehouden; dat met betrekking tot de belangen van de instelling is aangegeven, dat deze zich

kennelijk tegen het volgen van lessen in diensttijd moeten verzetten; dat hiermede wordt bedoeld, dat duidelijk aanwijsbare redenen aanwezig zijn.

Beslist als volgt:

Tenzij de belangen van de instelling zich kennelijk daartegen verzetten, worden de uren in onregelmatige dienst niet zodanig vastgesteld of gewijzigd, dat lessen geheel of gedeeltelijk buiten de diensttijd vallen

Gezien de vraag:

Op welke wijze dient i.v.m. het woord ‘examen’ de tweede zin van artikel 7 te worden gelezen?

Overwegende:

Dat in artikel 7, tweede zin is neergelegd dat de werkgever verlof met behoud van salaris tot maximaal twee dagen kan verlenen, indien de werknemer zich moet voorbereiden op een examen; dat er met betrekking tot studies onderscheid kan worden gemaakt tussen

studies met een algemeen eindexamen enerzijds en anderzijds studies waarvan het eindcijfer wordt bepaald door de resultaten van de tentamens, waarbij voor bepaalde vakken het eindcijfer wordt bepaald door de resultaten van de tentamens en in andere vakken een eindexamen moet worden afgelegd; dat in het geval van studies welke niet met een algemeen eindexamen worden afgesloten, de werknemer evenzeer tijd ter voorbereiding nodig heeft, zodat een redelijke uitleg meebrengt dat daarvoor, met inachtneming van het maximum van twee dagen, eveneens verlof met behoud van salaris kan worden verleend.

Beslist als volgt:

De tweede zin van artikel 7 van de Uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen dient zo te worden gelezen, dat indien de studie op een andere wijze dan met een algemeen eindexamen wordt afgesloten, voor alle onderdelen van het examen tot het maximum van totaal 2 dagen verlof met behoud van salaris kan worden verleend.

Gezien de vraag:

Indien in een vóór 1 januari 1977 gesloten studieovereenkomst ter zake van een studie aangevangen vóór 1-1-1977 en daarna nog gevolgd, was bepaald, dat de werknemer na het voltooien van de studie en bij eerdere beëindiging van het dienstverband een evenredig deel van de studiekosten zou moeten terugbetalen, hoe verhoudt deze overeenkomst zich dan tot de huidige 'uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen'?

Overwegende:

Dat in artikel 12, 2e lid van de uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen een terugbetalingsregeling is opgenomen; dat in de regeling voor de bepaling van het bedrag aan studiekosten, dat moet worden terugbetaald, wordt uitgegaan van het aantal maanden dat de opleiding heeft geduurd met een maximum van 2 jaar; dat het redelijk is het aantal maanden dat de opleiding vóór 1 januari 1977 heeft geduurd in de terugbetalingsregeling te betrekken, aangezien de opleiding als een geheel kan worden beschouwd.

Beslist als volgt:

Indien in een vóór 1 januari 1977 gesloten studieovereenkomst ter zake van een studie aangevangen vóór 1 januari 1977 en daarna nog gevolgd was bepaald, dat de werknemer ná het voltooien van de studie en bij eerdere beëindiging van het dienstverband een evenredig deel van de studiekosten zou moeten terugbetalen, wordt de regeling, vermeld in artikel 12, lid 2 van de uitvoeringsregeling, vanaf het moment van aanvang van de studie geacht van toepassing te zijn geweest.

Aldus gegeven te Utrecht, de 9e januari 1978.

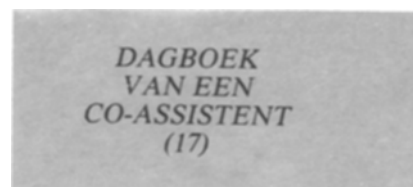


Kiespijn

Bij mevrouw X. kwam vanavond 'eventjes' de uroloog langs: 'Mevrouw, wij gaan er een nier bij U uithalen. Maakt U zich vooral niet te ongerust, want U houdt er nog altijd één over.' 'Alsof er een kies moest worden uitgetrokken', zei de huilende patiënte even later tegen mij.' In nauwelijks twee minuten wimpelde hij het hele zaakje van zich af. 'Het was een treurige bedoening.

Mevrouw X. ligt met mevrouw A. op dezelfde kamer. En met mevrouw A. gaat het ook al niet zo best. Enkele jaren geleden was zij geopereerd in verband met een buiktumor en nu kwam ze terug in verband met een recidief. Ook zij was in tranen, toen ik de kamer bezocht. Ik heb de assistent gebeld die haar behandelt. Die zei mij telefonisch, dat ik haar maar moest mededelen dat zij een Gratz-tumor had. Ik liep dus terug naar haar kamer, maar de vogel was al gevlogen. Haar man ligt namelijk ook hier ter observatie. Ik knoopte mijn witte jas tot en met het bovenste knoopje dicht – dat betekent een belangrijke mededeling voor de patiënt – en stapte de kamer binnen waar mijnheer X. lag. Naast hem in een stoel zijn huilende vrouw en aan weerszijden zijn zoon en zijn dochter. Ik heb toen maar meteen mijn excuses aangeboden voor de gang van zaken. De man gedroeg zich echt manmoedig: 'Maar lieve schat, het leed is toch al geschied; waarom zou je er nog om treuren?' Maar zijn dochter, al een fors uit de kluiten gewassen vrouw, nam het niet: 'Ik vind het niets . . .', protesteerde ze en verstomde toen ook in tranen. Mijn God, wat een trieste zaak. Ik kreeg het hyperbenauwd met dat stomme knoopje om mijn hals gesnoerd. Ik ben toen maar diep voorover geleund op de reling van het bed en heb de familie, onder verzachtende woorden, de waarheid verteld. In plaats van

een tumor had ik het over 'een wat merkwaardige ontsteking van de nier'. Maar die dochter had het door. 'Hoe is Uw temperatuur, moeder?', vroeg ze en toen haar moeder zei dat deze 'maar 37,7' was, keek die dochter mij met haar donkergroene ogen met lelijke oogschaduw eronder aan en zei op een gestrengte toon: 'Toch wel merkwaardig dokter. U spreekt over een ontsteking, maar haar temperatuur is nauwelijks verhoogd.' Ik ben toen maar op de semi-wetenschappelijke toer gegaan en heb een vermakelijke exposé gegeven over virussen en ontstekingen waarbij de temperatuur niet opliep. Dat ging erin als koek, want ik ben net zolang doorgegaan tot iedereen onderdanig 'ja' knikte. Daarna heb



ik ze op de meest menselijke wijze veel sterkte toegewent.

Arme mevrouw X. Wanneer ze wist hoe groot de tumor was die ze in zich meedroeg . . . Op de röntgenafdeling prijken de prachtigste nier-arteriogrammen op de röntgenkasten; 'werkelijk heel zeldzaam', zei een andere co.

Vanochtend had Dr. Frederiks de supervisie op de poli. Er had zich een jongen of meisje gemeld van 26 jaar met volgens de huisarts gesimuleerde hartklachten en de angst dat hij dood zou gaan. 'Laat die jongen of dat meisje nu blij zijn dat hij dood mag gaan', zei Dr. Frederiks als commentaar. Niemand van de co-assistenten mocht deze patiënt(e) onderzoeken, omdat deze patiënt(e) 'niet interessant' was.

Alexander van Es



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

van het hoofdbestuur

Punt VIII van de Beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 17 maart 1978

Richtlijnen voor waarneming door artsen

I. Enkele algemene bepalingen

Bij de beoordeling van de aanvaardbaarheid van een waarnemingssituatie dient rekening te worden gehouden met verschillende factoren, zoals de geografische situatie, de verkeerssituatie, de omvang van de praktijken, het gebruik dat wordt gemaakt van de voorziening, de bekwaamheid van de waarnemende arts e.d. Daarbij zal sprake zijn of kunnen zijn van verschillen al naar gelang het gaat om een waarneming van en door huisartsen respectievelijk specialisten. Het maakt bij huisartsen ook nog verschil of het gaat om waarneming door buurtcollega's dan wel door een van buiten af aangetrokken waarnemer.

In het algemeen wordt een waarnemingsrayon adequaat in grootte geacht, indien de waarnemer vanuit het pand waar de waarneming plaatsvindt binnen redelijke tijd ter plaatse kan zijn waar zijn aanwezigheid nodig is.

II. Het aantrekken van een waarnemer

De arts die voor zich laat waarnemen is er verantwoordelijk voor dat hij – voorzover dat in redelijkheid mogelijk is – een waarnemer aantrekt (dan wel dat voor hem een waarnemer wordt aangetrokken) die ingeschreven staat in het register van de KNMG van de betreffende categorie van erkende artsen.

Wanneer degene die waarneemt niet is ingeschreven in één van de registers, dient op enigerlei wijze te worden voorzien in voldoende bijstand en/of supervisie door een arts die wel in het betreffende register staat ingeschreven en die beschikbaar dient te zijn.

De arts uit een groep die een waarnemer van buiten aantrekt, dient daarover de groep in te lichten, aangezien bij het aantrekken van een dergelijke waarnemer, de artsen in de groep er medeverantwoordelijk voor zijn dat de waarnemer behoorlijk op de hoogte wordt gebracht van de lokale situatie, in het bijzonder op het gebied van de medische zorg.

De arts voor wie wordt waargenomen en de waarnemer

* Door een intern misverstand ter redactie van MC zijn in een voorgaand nummer (MC nr. 6/1978, blz. 191) de in latere instantie door het hoofdbestuur behandelde *conceptrichtlijnen* voor waarneming door artsen afgedrukt. Deze onterechte voortvaardigheid – waarvoor onze verontschuldiging – wordt thans vervolgd met publikatie van de richtlijnen zoals deze zullen worden voorgelegd aan de Algemene Vergadering van 17 maart aanstaande. *Red. MC.*

dienen ervoor zorg te dragen en zich ervan te overtuigen dat de waarnemer tegen de gevolgen van beroepsaansprakelijkheid is verzekerd, hetzij op grond van de polis van de arts voor wie wordt waargenomen, hetzij op grond van een eigen polis.

III. De overdracht aan het begin van de waarneming

Enkele praktische regels

Degene voor wie wordt waargenomen heeft de plicht de praktijk alvorens de waarneming aanvangt, op toereikende wijze over te dragen. De waarnemende arts dient op de hoogte te worden gebracht van de lokale situatie in het algemeen en van de medische situatie in het bijzonder. Dit geldt met name voor het melding maken van de aanwezigheid van ernstig zieken, bij wie mogelijk complicaties te verwachten zijn.

De arts die waarneemt en de arts voor wie wordt waargenomen zijn beiden verantwoordelijk voor de regeling van de waarneming en dienen van deze regeling volledig op de hoogte te zijn.

De waarnemer moet de beschikking hebben over een voor de waarneming geschikte ruimte voor onderzoek en/of behandeling.

De aankondiging van de waarneming dient als regel te geschieden aan het huis van degene voor wie wordt waargenomen benevens aan het pand van waaruit de waarneming geschiedt (praktijkhuis, gezondheidscentrum, ziekenhuis, e.d.). Tevens dient voor informatie via de telefoon, te worden zorggedragen, al dan niet via een antwoordapparaat en, zoveel mogelijk in de lokale pers. Voor wat specialisten betreft zal in het ziekenhuis een lijst van dienstdoende specialisten aanwezig moeten zijn c.q. de gegevens daarvoor bij de telefoniste van het ziekenhuis bekend moeten zijn.

IV. Enkele belangrijke regels voor de waarnemende arts

De arts die waarneemt is zelf verantwoordelijk voor zijn medisch handelen gedurende de waarnemingsperiode.

Tijdens de waarneming dient de waarnemer continu bereikbaar te zijn hetzij thuis, hetzij in het pand waar de waarneming plaatsvindt, hetzij elders via semafoon, portofoon, mobilfoon of telefoon, met dien verstande dat in laatstbedoeld geval in het pand iemand aanwezig moet zijn om telefonische verzoeken om hulp op te vangen.

De beslissing over het moment van hulpverlening tijdens een waarneming zal steeds mede gezien moeten worden tegen de achtergrond van de verantwoordelijkheid van de arts voor de totale populatie waarvoor wordt waargenomen.

V. Na afloop van de waarneming

De waarnemer heeft de plicht na afloop van de waarneming, of waar nodig en mogelijk tussentijds, zo volledig mogelijk verslag uit te brengen. Daaronder vallen in ieder geval: sterfgevallen, opnemingen, zieken waarvan de behandeling vervolgd moet worden en de uit administratief oogpunt noodzakelijke informatie.

VI. Het reglement

Het verdient aanbeveling dat voor elke waarnemingsgroep een reglement wordt opgesteld op basis van de inhoud van deze richtlijnen, voorzover een en ander niet

reeds in een andere regeling, bijvoorbeeld een associatiecontract is vastgelegd.

In het reglement dient omschreven te worden:

- a) de samenstelling van de groep;
- b) de begrenzing van het waarnemingsrayon;
- c) de duur van de waarneming en de tijdstippen waarop wordt waargenomen;
- d) de wijze van vaststelling van het waarnemingsrooster, indien noodzakelijk;
- e) de wijze van aankondiging van de waarneming;
- f) de in redelijkheid noodzakelijke en mogelijke reservevoorzieningen bij meervoudige spoedeisende situaties;
- g) de wijze van bereikbaarheid van de waarnemer gedurende de waarneming;
- h) de wijze van informatieuitwisseling voor en na de waarneming;
- i) de te treffen maatregelen in een groep voor het geval een waarnemer van buiten de groep wordt aangetrokken;
- j) waar nodig de financiële regelingen (op basis van KNMG-richtlijnen);
- k) bijzondere regelingen indien noodzakelijk of gewenst (b.v. t.a.v. waarneming in hotels, pensions of op kampeerplaatsen, de verloskundige hulp enz.);
- l) de wijze waarop het reglement moet en zal worden bijgesteld indien de omstandigheden dit noodzakelijk maken.

VII Enkele belangrijke andere bepalingen

Nieuw gevestigde artsen hebben in het algemeen het recht om in de waarnemingsregeling van hun praktijkrayon te worden opgenomen op basis van het waarnemingsreglement.

Een waarnemer die ten tijde van zijn waarneming niet praktizeert binnen het rayon waarin de arts(en) voor wie wordt waargenomen hun praktijk uitoefent resp. uitoefenen, verliest gedurende twee jaar het recht zich te vestigen in het praktijkgebied van de arts(en) voor wie wordt waargenomen, tenzij tevoren uitdrukkelijk schriftelijk anders is overeengekomen.

Nota van toelichting

Algemene inleiding en uitgangspunten

Mede naar aanleiding van een uitspraak van een Medisch Tuchtcollege werd in de loop van 1976 door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid contact opgenomen met de K.N.M.G. met het verzoek om van gedachten te wisselen over de mogelijkheden om te komen tot een zekere normering ten aanzien van het waarnemen door artsen. Dit teneinde een duidelijker kader te scheppen voor deze waarnemingen.

Daarbij werd er van uitgegaan, dat de verantwoordelijkheid voor het scheppen van dit kader in de eerste plaats gelegen is bij de beroepsbeoefenaren zelf. Voorts werd tot uiting gebracht dat dit kader niet méér kan zijn dan een vorm van richtlijnen. Immers wat in de ene situatie (b.v. ten plattelande) zeer wel acceptabel te noemen is, kan in een andere situatie (b.v. in een grote stad) beslist niet acceptabel zijn. Als zodanig moet het onjuist en onmogelijk geacht worden om meer gedetailleerde normen op te stellen dan nu is geschied.

Verwacht mag worden dat van richtlijnen, gegeven als een algemeen kader, inderdaad een zekere normering zal uitgaan die in de tuchtrechtspraak zal worden gehanteerd. De ervaring leert dat klachten inzake optreden van artsen tijdens waarneming ingediend bij tuchtrechtelijke instanties, als regel hun oorzaak vinden in het persoonlijk optreden en handelen van deze artsen zelf. Het gaat dan om een onzorgvuldige uitvoering van een waarnemingsregeling die op zichzelf niet onjuist behoeft te zijn.

Uit eerder gedane onderzoeken was het overigens bekend dat landelijk op uitgebreide schaal maatregelen zijn genomen teneinde de bereikbaarheid van artsen tijdens waarnemingsregelingen optimaal te doen zijn. Toch kan worden verwacht dat van goed gestructureerde waarnemingsregelingen een positieve invloed uit zal gaan op het persoonlijk optreden van de arts die waarneemt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat ieder arts in het algemeen de plicht heeft om, wanneer zijn hulp wordt gevraagd in een geval dat zich aan de betrokkene of zijn omgeving als ernstig voordoet, die hulp zo snel als redelijkerwijs mogelijk is te geven, met inachtneming van het hierna volgende.

Met nadruk moet immers gesteld worden dat voornoemd uitgangspunt aan allerlei relativeringen onderhevig kan zijn. Dit kan b.v. met name gelden indien een patiënt nog zeer recent door een arts is gezien. Van belang is ook dat in aanmerking moet worden genomen dat uitstel van directe behandeling tijdens een waarneming als adequaat handelen kan worden aangemerkt, wanneer dit past in het kader van een goede praktijkvoering tijdens de waarneming. Immers naast de verantwoordelijkheid van de acute hulpverlening heeft een waarnemer tevens de verantwoordelijkheid voor de waarnemingspraktijk als geheel. Uitspraken van het Centraal Medisch Tuchtcollege bevestigen dit standpunt.

De richtlijnen gaan er voorts van uit dat de mens in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor zijn gezondheid. Indien er omstandigheden ontstaan dat de patiënt c.q. cliënt deze verantwoordelijkheid moet overdragen aan of delen met een arts, mag er van worden uitgegaan dat beide partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid elkaar over en weer in de gelegenheid stellen zoveel mogelijk informatie die relevant is voor de hulpverlening, te geven en te ontvangen.

Tenslotte brengt de verantwoordelijkheid van iedere burger met zich mede dat hij waarnemende artsen zoveel als in zijn vermogen ligt, de gelegenheid geeft om daar te zijn waar zijn aanwezigheid tijdens de waarneming het meest is gewenst. Dit houdt in, dat niet meer dan strikt nodig geacht wordt door de bevolking een beroep gedaan wordt op de hulpverlening van waarnemende artsen.

Toelichting op onderdelen

ad I. Als richtsnoer voor de bereikbaarheid is hier als tijdsfactor genoemd het begrip 'binnen redelijke tijd'. Als het gaat om huisartsen zal bij de uitleg van dit begrip in de regel kunnen worden gedacht aan een periode van ongeveer 15 min., waarbinnen de arts na vertrek uit het praktijkpand ter plaatse waar hulp nodig is aanwezig zal kunnen zijn. Of hij in een bepaald geval binnen die termijn aanwezig moet zijn, zal uiteraard afhangen van de aard van het geval en de mededelingen die hem daaromtrent hebben bereikt. Waar het hier echter om gaat is

dat de waarnemer in een spoedgeval in de regel, behoudens omstandigheden buiten zijn schuld, binnen 15 min. de patiënt binnen het waarnemingsrayon kan bereiken. In dit verband kan worden opgemerkt, dat op grond van de ervaring kan worden gesteld dat voor de waarneming door een huisarts voor een populatie van meer dan 20.000 zielen, bijzondere maatregelen dienen te worden overwogen. Voor wat specialisten betreft zal, afhankelijk van het specialisme, een andere tijdsaanduiding kunnen gelden. Het begrip 'binnen redelijke termijn' geeft hier een duidelijke aanwijzing.

ad II. Het ingeschreven staan in het genoemde register moet geacht worden een in redelijkheid voldoende criterium te zijn voor de bekwaamheid van de waarnemer. In de tweede alinea is opgenomen dat de superviserende arts beschikbaar dient te zijn. 'Beschikbaar' moet aldus worden uitgelegd dat, wanneer de persoonlijke aanwezigheid van deze arts bij een geval van hulpverlening noodzakelijk is, omdat de waarnemer zich onvoldoende bekwaam acht terzake een adequate hulp te verlenen, hij binnen redelijke tijd ter plaatse aanwezig kan zijn.

ad III. Voor de continuïteit van de behandeling is uitwisseling van de voor deze behandeling noodzakelijke informatie een belangrijk vereiste. Het verstrekken van informatie m.b.t. de waarneming dient zoveel mogelijk daar te geschieden waar de praktijk normalerwijze plaats vindt. Doorverwijzen via meerdere schakels moet in de regel als onjuist worden gezien. Met betrekking tot de toegankelijkheid van medische gegevens kan worden opgemerkt dat men een waarnemer die van buiten is aangetrokken en die in de regel gedurende enige tijd de praktijk zal waarnemen (bijvoorbeeld tijdens ziekte of vakantie) in het algemeen de toegang tot de medische gegevens zal kunnen en moeten verlenen. Dit is echter niet nodig bij waarneming door buurtcollegae en ook niet wenselijk

indien bij eventuele bekendheid met een patiënt uit andere hoofde, diens privacy niet voldoende is gewaarborgd.

ad IV. Deze richtlijn wordt ondersteund door een vonnis van de Rechtbank Roermond d.d. 23 april 1970 waarbij onder waarneming wordt verstaan een onbenoemd contract, waarbij de waarnemer gerechtigd is te handelen volgens eigen inzichten en door zijn gekwalificeerd zijn voor het werk dat hij verricht, alleen zelf aansprakelijk is voor de gevolgen van zijn handelingen. De continuïteit van bereikbaarheid blijkt in de praktijk een essentieel punt van de waarneming te zijn. Inschakeling daarbij van telecommunicatiemiddelen moet daarbij als een normaal element worden beschouwd. In deze richtlijn wordt voorts nog eens onderstreept dat de waarnemende arts een verantwoordelijkheid heeft voor de totale populatie waarvoor wordt waargenomen, tegen de achtergrond waarvan hij steeds zijn prioriteitenbepaling zal moeten bezien.

ad VI. Hoewel de uitvoering van de waarneming voor de verantwoordelijkheid van de betrokken artsen is, moet worden aangenomen dat het scheppen van een kader voor de waarneming door middel van een reglement voor waarneming, het noodzakelijk maakt dat dit kader op gezette tijden bespreekbaar moet worden gemaakt waardoor men zich bewust blijft van zijn verantwoordelijkheid.

ad VII. Hoewel hier in feite sprake is van enkele specifieke gedragsregels en niet van richtlijnen, lijkt het ten behoeve van het functioneren van waarnemingsregelingen in de praktijk en voor de inhoud van waarnemingsreglementen, zinvol om een en ander hier expliciet te vermelden.

Utrecht, 7 februari 1978



Personalia

Nieuwe leden

H. P. A. J. Bakker, Emmalaan 28, Haren.
 F. C. Bakker, Jongeweer 23, Wijdenes.
 A. J. van Beek, Hudsonstraat 95 B, Rotterdam.
 F. A. van den Berg, Noordmede 2, Middelburg.
 M. P. C. Bergers, Raephorststraat 123 B, Rotterdam.
 A. L. de Blécourt, Klaverveld 39, Prinsenbeek (NBr.).
 J. A. de Blok, Zuidzandsestraat 3 A, Oostburg.
 W. D. Blom, Slotboomstraat 20 B, Rotterdam.
 M. A. M. Bonhof, Weilustlaan 113, Breda.
 T. P. R. Boringa, Dreef 252, Deventer.
 Th. van den Bos, Fr. v. Mierisstraat 74, Apeldoorn.
 L. C. Braber, Oostzeedijk 56, Rotterdam.
 Mw. C. v.d. Broek, Westzeedijk 130, Rotterdam.
 E. Brookman, V. Watervlietstraat 58, Voorburg.
 R. J. de Bruijn, Osyalaan 17, Zoetermeer.

B. Charbon, Oosterveld 58, Koog a/d Zaan.
 M. R. Chin A Moei, Meander 701, Amstelveen.
 C. C. de Cock, 1e Const. Huygensstraat 43, Amsterdam.
 J. Dekker, Molgerdijk 37, Den Oever.
 H. J. M. Dohmen, Jan van Amstellaan 9, Rosmalen.
 M. O. den Dulk, Morsweg 50, Leiden.
 T. G. M. van Eck, De Vliegerstraat 47 B, Rotterdam.
 C. F. Engelhard, Amstel 147, Amsterdam.
 Mw. K. Fey, Kl. Brandenburgerstraat 7, Groningen.
 Mw. M. M. Th. Festen-Smulders, Dr. de Blecourtstraat 5, Nijmegen.
 Dr. J. L. J. Gaillard, A. Duycklaan 12, Leiden.
 H. S. Goei The, Benzenrade 22 B, Heerlen.
 M. Goense, Willemstraat 6, Groningen.
 Dr. P. C. A. H. M. van Hasselt, Prof. Rogeierstraat 6, Nijmegen.
 Mw. J. A. van der Haven, Boomstraat 21, Amsterdam.
 H. M. Heerdink, Brabantlaan 2, Breda.
 L. Heijs, Burg. Agterstraat 8, Assen.
 G. J. Hoogenkamp, Lijsterbesstraat 23, Zaandam.
 J. A. M. Hoozemans, Hooigracht 36, Leiden.
 E. H. J. F. Hubbers, Elisagracht 7, Kerkrade.
 J. H. Hulshof, Van Swietenstraat 45, Leiden.
 H. H. Jager, Lintveldebrink 390, Enschede.
 G. R. H. J. Jansen, Voordijk 37 A, Vlijmen.
 J. F. Janssen, Bospad 9, Fluitenberg.
 W. N. de Jong, Provenierssingel 28, Rotterdam.
 F. Jonker, F. Clockstraat 167, Oude Pekela.

Van het hoofdbestuur

Kort verslag HB-vergadering dd. 4 februari 1978

Studieweekend. Besloten wordt op de daarvoor reeds gereserveerde data, te weten 7/8 april, een studieweekend te houden gewijd aan het onderwerp 'Funktioneren van het hoofdbestuur' en daartoe onder meer de leden van het hoofdbestuur uit te nodigen een bijdrage te leveren die als basis voor de discussie zal kunnen dienen.

Regionalisatie gezondheidszorg. Ten behoeve van de Algemene Vergadering op 17 maart a.s. wordt een voorstel inzake een experimentele begeleiding van het regionalisatieproces vastgesteld. Dit voorstel zal met de beide betrokken afdelingen nog voor de Algemene Vergadering worden besproken opdat de afgevaardigden in de financiële consequenties van het experiment een nader inzicht zullen kunnen krijgen.

Richtlijnen waarneming. Een uitvoerige discussie vindt plaats over het voorstel voor richtlijnen voor waarneming. Als gevolg hiervan komt een aantal aanvullingen en wijzigingen van de richtlijnen tot stand waarbij afgesproken wordt de nieuwe versie op 14/2 in de dan voort te zetten vergadering van het hoofdbestuur definitief vast te stellen in verband met de besluitvorming terzake in de Algemene Vergadering van 17 maart a.s.

Farmaceutische verstrekkingen. Verslag wordt gedaan van een bespreking met Nefarma naar aanleiding van een door Nefarma opgesteld rapport over farmaceutische verstrekkingen. Besloten wordt hieromtrent in contact te treden met de KNMP en daarna in een volgende bestuursvergadering op deze materie terug te komen.

Medische opleiding in de EEG-landen. Aan de hand van een uitvoerige documentatie verstrekt door de voorzitter van de HB-delegatie in het Permanente Comité van Artsen der EEG vindt een gedachtenwisseling plaats over de medische opleiding, mede gelet op de besprekingen over dit onderwerp in het Raadgevend Comité van de Europese Commissie te Brussel.

Ten slotte wordt besloten, aangezien niet alle punten van de agenda zijn afgehandeld, de vergadering voort te zetten op 14 februari, 's avonds, aansluitend aan de vergadering van het dagelijks bestuur.

Kort verslag van de voortgezette HB-vergadering dd. 14 februari 1978

Regionalisatie. Het HB besteedt uitvoerig aandacht aan het eerste rapport van de werkgroep regionalisatie waarin een 25-tal aanbevelingen worden gedaan. In een vorige vergadering van het HB is ten aanzien van een aantal aanbevelingen reeds een voorstel voor de Algemene Ver-

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

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

gadering van 17 maart a.s. opgesteld (gepubliceerd in MC van 10 februari 1978, nr 6). Ten aanzien van de overige 12 aanbevelingen worden besluiten geformuleerd die ter kennis van de werkgroep zullen worden gebracht, opdat deze haar studie zal kunnen voortzetten.

Informatie-uitwisseling en röntgenfoto's. Op basis van een bespreking tussen vertegenwoordigers van het HB, van het bestuur van de Ned. Ver. v. Radiologie en het GAK vindt in het HB een nadere besluitvorming plaats met betrekking tot de 10 regels inzake de informatie-uitwisseling voorzover het om röntgenfoto's gaat. Deze besluitvorming is conform hetgeen in de betreffende bespreking naar voren is gekomen. Centraal staat daarbij dat de toestemming van de patiënt impliciet vóórondersteld mag worden in die gevallen waarin het gaat om louter objectieve informatie-aanvragen met betrekking tot actuele medische zaken waarbij verwacht kan worden dat door duplicatuur van onderzoek dezelfde informatie verkregen zou worden.

Onderwijs in de bedrijfsgezondheidszorg. Naar aanleiding van een advies van het College voor Sociale Geneeskunde besluit het HB positief te reageren op de plannen levende bij het bestuur van de Ned. Ver. voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, waarbij de Maatschappij uitgenodigd wordt een vertegenwoordiger aan te wijzen in een in het leven te roepen stichting die tot doel zal hebben het bevorderen van onderwijs op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van maart t/m mei 1978

Kopij voor deze rubriek dient drie weken vóór de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-88 54 11.

27 februari t/m 3 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon-op-Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

maart 1978

Hypertensie-nascholingsavonden, georganiseerd door het NHI. Reeds bekende data: 2 maart, Utrecht (AZU); 3 en 7 maart, Weesp; 14 maart, Tiel; 9 maart, Rolde. Inlichtingen en aanmelding bij Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

1 en 2 maart

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC) te houden in de School voor Wijsbegeerte te Leusden. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

2 en 3 maart

Blokcursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

9 en 10 maart

Blokcursus 'Diagnostische methoden' Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

10 en 18 maart

Sandwichcursus (2 identieke cursusdagen) over Epilepsie, te houden in de Polikliniek voor Epilepsie, Willem Arntsz huis, Vrouwjutenstraat 27, Utrecht. Inlichtingen: I. G. Knottnerus, Kruizemuntstraat 215, Apeldoorn. Tel. privé: 055-264321, praktijk: 055-264141.

13 t/m 17 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen bij het secretariaat: Aquamarijnstraat 725, Groningen, of bij C. Middelbeek. Tel. 050-710191.

13 t/m 17 maart

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon-op-Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

14 t/m 17 maart

Werktraining in twee groepen, georganiseerd door het NHI. Plaats: Conferentieoord Land en Bosch te 's-Graveland. Kosten: f 825,—. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

15 en 16 maart

Twee identieke cursusdagen over 'zwakzinnigheid, onderkenning-begeleiding-preventie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

17 maart

Urologie voor de Algemene praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

17 en 18 maart

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC), te houden in 'Woudschoten' te Zeist. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht.

18 maart

Epilepsie, Utrecht. (Sandwichcursus). Inlichtingen: I. G. Knottnerus, Kruizemuntstraat 215, Apeldoorn. Tel. privé: 055-264141.

29 maart

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222 – tst. 2797.

4 april

11, 18 en 25 april: avond-cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocketcalculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

6 en 7 april

Blokcursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

7 april

Hypertensie-nascholingsavond, georganiseerd door het NHI. Plaats: Zierikzee. Aanmelding en inlichtingen bij Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

7 en 8 april

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: 'Ernst Sillemhoeve', Lage Vuursche. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

10 t/m 14 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon-op-Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

10 t/m 14 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen bij het secretariaat: Aquamarijnstraat 725, Groningen, of bij C. Middelbeek. Tel. 050-710191.

11 april

18 en 25 april: avond-cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

15 april

Microsymposium 'Praktische relevantie van de medische enzymologie'. Plaats: grote collegezaal academisch ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Postacademisch onderwijs geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht. Tel. 030-373346 (9.00-13.00 uur).

17 en 18 april

Werktraining (doorlopende groep), georganiseerd door het NHI.
Plaats: Huize Thalatta/Bloemendaal. Kosten: f 775,—. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

20 en 21 april

Blokcursus 'Diagnostische Methoden' Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

20 en 21 april

Sandwichcursus, te houden in de Stadsschouwburg te Sittard. Onderwerp: Capita Selecta. Deelonderwerpen: conservatieve behandeling van het ulcus pepticum, prostaat lijden, nierstenen, lage rugpijn. Inlichtingen: G. A. M. Bak, arts, Wilmenweg 19, Merkelbeek. Tel. 04492-1565.

20 en 21 april

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: 'Ernst Sillemhoeve', Lage Vuursche. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-3251.

24 t/m 28 april

Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen bij het secretariaat: Aquamarijnstraat 725, Groningen, of bij C Middelbeek. Tel. 050-710191.

25 april

Laatste avond van de cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator' Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

26 april

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

26 en 27 april

Twee identieke cursusdagen over 'Plastische chirurgie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

27 en 28 april

Nascholingscursus Cardiologie voor Huisartsen, Leeuwarden. Inlichtingen: Inter Universitair Cardiologisch Instituut Amsterdam. Tel. 020-129474.

28 april

Urologie voor de algemene praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

11-12 mei

Behandeling van chronische nierinsufficiëntie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

17-18 mei

Basiscursus voor electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

19 mei

Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-77 22 00.

22 t/m 26 mei

Training Persoonlijk Functioneren, georganiseerd door het NHI.

Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1.175,—. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

24 en 25 mei

Basiscursus voor Electrocardiografie, Leiden.

24 en 25 mei

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: 'Hydepark', Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffman la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht. Tel. 02979-710191.

24 en 25 mei

Twee identieke cursusdagen over Alcohol/Alcoholisme, Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

25-26 mei

Etmaalsritmen, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

31 mei

Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen, Leiden. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

31 mei-1 juni

Basiscursus voor electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

Nascholingsavonden over hypertensie

De Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) biedt aan alle 68 perifere nascholingswerkgroepen van haar stichting een avondvullend nascholingsprogramma over hypertensie aan, verzorgd door het Nederlands Huisartsen Instituut, in de periode van februari t/m april 1978.

Financieel wordt deze activiteit mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse Hart Stichting.

Op deze bijeenkomsten zal het accent liggen op zelfwerkzaamheid van de huisarts. Vandaar dat gekozen is voor de discussie in de kleine groep. Het optimaal aantal deelnemers per avond is dan ook 12, met een spreiding van 8 t/m 16.

De avond is gestructureerd volgens de SOAP-methode. De letters, waaruit de naam SOAP is samengesteld, duiden vier opeenvolgende fasen aan:

1. 'S' staat voor *subjectief*, ofwel de *inventarisatiefase*, waarin geïnventariseerd wordt wat de verhoogde bloeddruk bij de huisarts oproept, hoe hij een hypertensie behandelt en welke problemen hij daarbij ervaart.
2. 'O' staat voor *objectief*, ofwel de *doormeetfase*, waarin de kennis, vaardigheden en attitude van de huisarts worden getoetst.
3. 'A' staat voor *analyse*, ofwel de *confrontatiefase*, waarin de resultaten van beide voorgaande fasen worden afgezet tegen de praktische adviezen ten aanzien van de behandeling van hypertensie welke vermeld staan in het speciale themanummer 'Hypertensie van Huisarts en Wetenschap', een uitgave van het NHG.
4. 'P' staat voor *plan*, ofwel de *actiefase*, waarin gediscussieerd wordt over de vraag: wat moet gedaan worden aan discrepanties tussen werkelijkheid en ideaal, die in de confrontatiefase naar voren komen? Genoemde discussie zal aan de hand van thema's worden gevoerd, zoals de thema's screening en behandeling.

Het nascholingsprogramma zal worden ingeleid door een 'audiovisual'. Deze 'audiovisual' gaat over een dagelijkse praktijk-situatie bij confrontatie van een patiënt met hypertensie. Daarnaast zal tijdens de doormeetfase een 'audiovisual' worden vertoond over de bloeddruk, met als doel de huisarts bewust te maken van de spreiding in observatiemeting, die optreedt bij het horen van Korotkoff-tonen en het aflezen van de kwikkolom.

In de pauze wordt de gelegenheid geboden te kijken naar een 'audiovisual' over de techniek van het bloeddruk meten.

Alle apparatuur wordt door het NHI verzorgd. De nascholingsavonden zullen worden geleid door op het vlak van hypertensie deskundige huisartsen.

Er kan voor een *lang* en een *kort programma* worden gezorgd, d.w.z. van 17.00-22.00 uur, en van 20.00-22.30 uur.

Bij een kort programma zullen de vier fases worden ingekort; eventueel wordt de P-fase naar een volgende bijeenkomst verschoven. De 'audiovisual' over bloeddrukmeting komt te vervallen.

Belangstellenden kunnen zich melden bij de perifere nascholingswerkgroepen van de Stichting Nascholing Huisartsen in hun regio. Indien de perifere nascholingswerkgroep in uw regio weinig actief is, kan het een goede gelegenheid zijn hiermee een start te maken.

Ook kunt u zelf een groep vormen en zich melden bij het NHI, Mw. M. C. Verhaar-van der Gouw, tel. 030-319946. De kosten zijn f 20,— per deelnemer.

Nieuwe trainingen voor huisartsen vanuit het NHI

Aandacht voor de werktraining van 14 t/m 17 maart

Aan de uitgebreide brochure waarin het Nederlands Huisartsen Instituut haar trainingsprogramma voor 1978 beschrijft, is te zien dat het NHI kiest voor nieuwe vormen van training voor huisartsen. In de eerste plaats is dat merkbaar aan de gevarieerdheid van het trainingsaanbod, met name aan het onderscheid in zogenaamde 'Werktrai-

ningen' en 'Trainingen persoonlijk functioneren'. Er is een kleine groep trainers gevormd die zich intensief richten op de specifieke mogelijkheden en problemen van de huisarts en daar hun trainingen op afstemmen. Veel zorg wordt ook besteed aan de hanteerbaarheid en toepassing van wat men tijdens de trainingen leert. Op deze manier streeft het NHI ernaar trainingen van een hoge kwaliteit en een behoorlijke diepgang te geven.

Werktraining

De eerste training die in deze nieuwe NHI-aanpak wordt georganiseerd is een zogenaamde werktraining (twee parallelgroepen van \pm 12 deelnemers). De brochure vermeldt de volgende beschrijving:

'In een werktraining leggen wij het accent op de gespreksvoering en de houding van de huisarts in zijn werk. Gesprekken met patiënten, de samenwerking met collega's en de wijze waarop de huisarts zijn praktijk georganiseerd heeft zullen aan de orde komen. Een verbetering van de dagelijkse praktijkvoering op deze aspecten is het doel van de werktraining. Om dit te bereiken zal in de training veel aandacht worden besteed aan het oefenen in vaardigheden en aan het bespreken van eigen houding en gedrag. Tevens zullen de opgedane ervaringen door de trainers in theoretische kaders worden geplaatst in de vorm van korte lezingen'.

Een dag in een werktraining zou er als volgt uit kunnen zien:

Onderwerp: 'Gespreksvoering bij psychosociale problematiek'.

's Morgens: — gesprek over ervaringen op dit terrein; inventarisatie van leerbehoeften; — kijken naar video-opnamen van gesprekken tussen huisarts en patiënt; gesprek hierover.

's Middags: luisteroefeningen in drietallen; — rollenspel huisarts en patiënt met psycho-sociale problematiek; — lezing.

De training wordt later gevolgd door twee follow-up dagdelen.

Data: 14 t/m 17 maart. *Plaats:* Conferentieoord Land en Bosch te 's Gravenland. *Kosten* inclusief verblijf: f 825,— *Trainers:* Drs J. Boswijk, Drs R. Jacobs, Drs A. Maris, Drs F. van Lervan en Drs E. van Praag. *Adviseur:* Mevr. Drs M. Zeeuwen.

U kunt U voor deze training inschrijven bij Marja Verhaar-van der Gouw, secretaresse afd. Nascholing en training, NHI, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-31 99 46, waar U ook de brochure en nadere inlichtingen kunt aanvragen.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG — van het hoofdbestuur:

Richtlijnen voor waarneming door artsen	262
Personalia	264
Kort verslag HB-vergadering dd. 4 en 14 februari 1978	265

Van de Stichting Nascholing Huisartsen:

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van maart tot en met mei 1978	266
Nascholingsavonden over hypertensie	267
Nieuwe trainingen voor huisartsen vanuit het Nederlands Huisartsen Instituut	268

Nr. 8 — 24 februari 1978