medisch contact

Nr. 15 — 9 april 1976

redactioneel

In dit nummer:

- Drs. M. Leers, econoom bij het Tilburgse Centraal Ziekenfonds, heeft indertijd in het ziekenfondsblad 'Unie' kritiek geleverd op publikaties van de Stichting Medische Registratie over het gebruik van ziekenhuisbedden door fondsverzekerden. Zijn de ziekenfondsverzekerden nu wèl grootgebruiker van ziekenhuisbedden, of niet? Nee, zei Leers, waarop S. M. R.-directeur Dr. O. Fokkens opnieuw ging rekenen om tot de conclusie te komen dat de resultaten van Leers, die een meerconsumptie van verpleegdagen door fondsverzekerden vindt van slechts 11,2%, op onvolledig en onzorgvuldig onderzoek berusten. Fokkens komt weer op een meerconsumptie van tenminste 40% uit.

- De longarts Dr. H. A. van Geuns en de psychiater A. Pen zijn samen een paar weken in Vietnam geweest en brengen van die reis een rijk geïllustreerd verslag uit. Zij zijn diep onder de indruk gekomen van de wijze waarop het Vietnamese volk met grote overtuiging aan een nieuwe toekomst werkt waarin het een heilig geloof blijkt te hebben. Naast het grote bewustzijn van eigen kracht en kunnen heeft het volgens de verslaggevers een rotsvast vertrouwen op hulp van de vele vrienden in het buitenland, met name in Nederland waar het Medisch Comité Nederland-Vietnam al vele jaren als directe hulpinstantie opereert en thans officieel is benaderd om een aandeel te leveren bij de tuberculosebestrijding in dat verre en tientallen jaren zo zwaar geteisterde land.

- Tenslotte het derde en laatste bedrijf van de artikelenserie over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van het driemanschap De Haes-Schuurman-Sturmans. Thans wordt onder meer nader ingegaan op de mogelijkheden en beperkingen van twee G.V.O.-strategieën: verandering van gedrag via kennisvermeerdering (c.q. attitudeverandering) en via beïnvloeding van de sociale structuur.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 438
Inzenders: A. E. de Porto, Medische staf van het Nicolaas Tulp Ziekenhuis, J. H. Hoffmann, Dr. H. J. Planteydt/Dr. F. Bijlsma, W. J. Heijenbrock, W. K. M. Stibbe, Dr. M. A. van Dongen

Fondspatiënt inderdaad grootgebruiker ziekenhuisbedden, door *Dr. O. Fokkens* 443

Naar Noord- en Zuid-Vietnam. Verslag van een oriëntatiereis, door *Dr. H. A. van Geuns en A. Pen* 447

167ste Algemene Ledenvergadering 454

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Opvoeding tot gezond gedrag. G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg (III), door *Drs. W. F. M. de Haes, Drs. J. H. Schuurman en Dr. F. Sturmans* 457

Ter overname aangeboden: overcomplete medische apparatuur 464

Kinderuitzending in 1976, door *Siwarda M. Bron* 465

OFFICIEEL 467

Inhoudsopgave officieel 472

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). 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 K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

HET MEDISCH ONDERWIJS

Het medisch onderwijs is niet meer wat het geweest is. Onder deze titel publiceerde Dr. F. Roest een artikel in Medisch Contact, 1976, *31*, blz. 109-111. In dit artikel besteedt Dr. Roest enige aandacht aan de nieuwe Medische Faculteit in Maastricht. Dit gedeelte van het artikel bevat enige passages die naar mijn mening niet volledig in overeenstemming zijn met de werkelijkheid.
Dr. Roest vraagt zich af 'in hoeverre studenten met specifiek wetenschappelijke belangstelling aan hun trekken zullen komen'. Daarbij wordt er van uitgegaan dat er een soort van tegenstelling zou zijn tussen 'gericht zijn op praktische beroepsuitoefening' en 'specifiek wetenschappelijke belangstelling'. Ervaringen in McMasters – waaraan Maastricht zich in sterke mate gespiegeld heeft – wijzen uit, dat het heel goed mogelijk is de specifiek wetenschappelijke belangstelling te wekken door middel van een onderwijsprogramma dat gericht is op de praktische beroepsuitoefening. Bovendien is er ook binnen het onderwijsprogramma van Maastricht voldoende gelegenheid voor de studenten om zich bezig te houden met wetenschappelijk onderzoek. Dit is niet alleen mogelijk in de vorm van keuze-onderwijs. Ook het bestuderen van praktische problemen uit de gezondheidszorg blijkt aanleiding te zijn voor een aantal studenten om zich verder te gaan verdiepen in de wetenschappelijke achtergronden.
Dr. Roest vraagt zich af of het behouden van de fragmentarische kennis en het bevorderen van de zelfwerkzaamheid niet te veel tijd zullen opeisen. Bij de opzet van het onderwijsprogramma in Maastricht werd de voorrang gegeven aan het benadrukken van methodieken – desnoods ten koste van volledigheid – en het zelf leren vinden van informatie. De vraag is dan of een dergelijke verschuiving binnen het onderwijsprogramma verantwoord is. Als toerusting voor een lange beroepsloopbaan binnen een gebied met snel evoluerende kennis lijkt het een redelijke garantie te bieden. Bovendien kan men zich afvragen, of een diepgaander studie van een kleiner aantal elementen geen betere investering is dan een meer oppervlakkige studie van alle elementen. In werkelijkheid blijkt het begrip voor de bestudeerde stof door de gevolgde werkwijze gunstig beïnvloed te worden.
Dr. Roest formuleert enkele twijfels met betrekking tot het gevolgde toetssysteem. Zijn kanttekening, dat een handige student zeker nooit het vraagteken binnen het 'ja, ?, nee'-systeem zal kiezen vanwege het verlies van de 50% raadkans, berust op een misverstand. De scoring is zodanig, dat het individuele resultaat wordt bepaald door het aantal goede antwoorden te verminderen met het aantal foutieve antwoorden. Het verspelen van kansen is niet in het geding, wel de hoogte waarop de student het spel wil spelen. Of het stellen van multiple-choice vragen leidt tot nuanceringen in het denkproces die binnen het gekozen systeem niet mogelijk zijn, moet worden betwijfeld. Immers multiple-choice vragen geven meer prijs van het bedoelde denkproces dan 'ja-nee'-vragen. Wanneer men de alternatieven van multiple-choice vragen afzonderlijk met ja of nee laat beantwoorden, wordt er van de student meer gevraagd, dan wanneer men vraagt één van de alternatieven aan te kruisen of te omcirkelen. Het is juist, dat het de moeite waard is vast te stellen of het regelmatig werken in groepsverband een positieve uitwerking op de uitdrukkingsvaardigheid van de studenten heeft. Een vraag daarbij echter is, of dit bij voorkeur met behulp van essay-vragen in een examensituatie moet gebeuren. Het overleggen van verslagen – hetgeen geregeld binnen het onderwijsprogramma gebeurt – lijkt hier minstens een bruikbaar alternatief.
De frequente evaluaties en de hiervoor benodigde grote aantallen vragen waren overigens het belangrijkste argument om te kiezen voor een simpele vraagtechniek. Bovendien zijn er aan de literatuur serieuze argumenten te ontlenen, die wijzen in de richting van een superioriteit van 'ja-nee'-vragen boven multiple-choice vragen, op voorwaarde uiteraard, dat men dubbel zoveel 'ja-nee'-vragen stelt dan '4-keuze'-vragen.
Een kritische begeleiding wordt door Maastricht uitermate op prijs gesteld en van de suggesties van Dr. Roest betreffende vergelijkingen met andere onderwijsprogramma's is goede nota genomen. 'The benefit of the doubt' die naar zijn mening ingebracht moet worden, is door hemzelf zodanig uitgewerkt dat hij de benefit sterker onderstreept dan de doubt.

Maastricht, 16 maart 1976

A. E. de Porto, student Medische Faculteit Maastricht

Naschrift

Naast vele door mij persoonlijk ontvangen reacties op mijn artikelen in Medisch Contact (1976 *31*, blz. 109-111, 173-178 en 265-267) kreeg ik via de hoofdredacteur het bovenstaande commentaar van de Medische Faculteit te Maastricht dat ik zeer op prijs

Doorlezen op pag. 440

HONORARIA

In de Nederlandsche Staatscourant van 30 maart jl. is tussen de aardappelen en de registeraccountants de Prijzenbeschikking medische hulp aan particuliere patiënten 1976 te vinden. Uit dit bericht blijkt dat bij de becijfering van de eindbedragen deze keer een iets andere berekeningswijze is gevolgd.

Het loon van de arts bestaat in beginsel uit twee onderdelen: het honorariumdeel, dat het inkomen bepaalt, en het kostendeel, dat de noodzakelijk te maken kosten moet vergoeden. Het honorariumdeel is voor de huisartsen verhoogd met 4½%, de specialisten hebben van deze verhoging afgezien. Het kostendeel valt onder een algemene prijsmaatregel, die inhoudt dat slechts een deel van de kostenstijging mag worden doorberekend. In het algemeen wordt het bedrijfsleven in staat geacht om de kosten die niet mogen worden doorberekend op te vangen door de omzet te vergroten en door doelmatiger te werken. Dit mechanisme geldt voor de artsenhonoraria niet of in veel mindere mate. Daarom werd de artsen in voorgaande jaren bij de bepaling van hun nieuwe tarieven ontheffing verleend van de prijsmaatregel en mochten zij hun reële kostenstijgingen doorberekenen. Voor de huisartsen is dat dit jaar niet gebeurd, wel voor de specialisten omdat dezen hadden afgezien van de stijging in het netto-honorarium. Dit zelfde mechanisme zal naar verwacht ook gelden voor de bepaling van het ziekenfondshonorarium.

Er is hierover vooral onder de huisartsen nogal wat rumoer ontstaan. De vrees bestaat dat – mocht in de komende jaren dezelfde berekeningswijze worden gevolgd – dit op den duur zal resulteren in een onverantwoorde (relatieve) verlaging van de kostenvergoeding. Deze onvoldoende vergoeding zou slechts kunnen worden aangevuld ten koste van het netto-honorarium. Op die manier zou dan in feite de verdeling van het honorarium in een netto- en een kostendeel haar grondslag hebben verloren. Daarmee zouden dan tevens de grondslagen van het rapport van de Commissie-Van der Ven, waarop de honorariumberekeningen sinds 1976 steunen, zijn verlaten. Dit zou er zelfs toe kunnen leiden dat bij een voortgaande relatieve korting op de kostenvergoeding een goede praktijkvoering in gevaar komt.

Bovenstaande, op het eerste oog sluitende redenering gaat alleen op



voor een huisarts met een praktijk van ongeveer 2.600 zielen (de grootte van de rekenpraktijk van de Commissie-Van der Ven) wiens netto-honorarium overeenkomt met schaal 151 max. geldend voor rijksambtenaren (dat wil zeggen een inkomen waar een huisarts met een volledige dagtaak volgens de commissie recht op heeft) en wiens kostenvergoeding de gemaakte kosten inderdaad dekt. Had daarentegen de huisarts altijd al een te lage kostenvergoeding, dan werd er altijd al uit het netto-honorarium bijgepast. Zou het nu zo zijn dat vrijwel elke huisarts met 2.600 patiënten of meer zijn inkomen door nevenwerkzaamheden aanmerkelijk vergroot, dan zou men eraan kunnen twijfelen of een praktijk van 2.600 zielen wel een volledige dagtaak met zich meebrengt. Indien voorts de vergoeding aanmerkelijk méér bedraagt dan in werkelijkheid wordt uitgegeven, dan heeft de huisarts een groter verteerbaar inkomen dan hem door de Commissie-Van der Ven werd toegedacht. Er zijn aanwijzingen dat zowel bij de overheid als bij de ziekenfondsen de overtuiging heerst dat beide laatstgenoemde mogelijkheden – de huisarts heeft aan 2.600 mensen zijn handen niet vol, de kostenvergoeding ligt hoger dan het kostenbedrag – werkelijkheden zijn.

Een prijsmaatregel blijft evenwel een oneigenlijk middel om daar iets aan te veranderen. Hierbij zij aangetekend, dat de ziekenfondsen nooit de argumentatie van de Commissie-Van der Ven hebben aanvaard, daarentegen wel de getalsmatige uitkomst. Het is geen eenvoudige zaak bij de huidige honoreringsregeling exact uit te maken of kostenvergoedingen en uitgaven in het individuele geval een reële verhouding vertonen. Enquêtes op dit vlak leiden zelden tot overeenstemming, nog daargelaten dat zij lang duren en veel kosten. Wellicht dat een andere – desnoods experimentele – benadering van het kostenvraagstuk het onbehagen aan beide kanten kan doen afnemen. Wij denken aan een individuele integrale kostenvergoeding volgens overeen te komen normen. Ook andere dan de traditionele organisatievormen zouden daarbij moeten worden betrokken. Iets dergelijks vindt reeds plaats bij enkele gezondheidscentra, al is er nog maar sporadisch sprake van een algehele kostenvergoeding. Hoewel conflictsituaties niet steeds behoeven te worden omzeild, dienen wel eerst mogelijke alternatieven te worden beproefd.

B.

stel. Dit kan worden beschouwd als een welkome aanvulling op eerdere publikaties over het nieuwe curriculum aldaar.
Het strekt de Maastrichtse faculteit tot eer dat zij een gerenommeerde medische opleiding als McMasters tot voorbeeld heeft gekozen. Wie op de hoogte is van de pragmatische wijze waarop in het Angelsaksische systeem jonge mensen worden voorbereid op hun universitaire studie zal de problemen waarvoor Maastricht zich ziet gesteld niet gering achten.
Tijdens een bezoek dat ik onlangs aan deze nieuwe opleiding bracht bleek duidelijk dat het voor de studenten met onze weinig doelgerichte schoolopleiding in het eerste studiejaar een hele toer is om in deze voor Nederland geheel nieuwe vorm van studeren hun plaats te vinden. Aan enthousiasme ontbreekt het hun stellig niet – het merendeel heeft trouwens zelf voor deze opleiding gekozen – maar het werken in groepsverband en het zelf ontwikkelen van initiatieven op nog grotendeels onbekend terrein vergt toch wel veel tijd en inspanning van deze beginnelingen. Een vergelijking met de ervaringen van McMasters lijkt daarom in dit stadium nog wat prematuur, al hoop ik van harte dat Maastricht zich op de duur met McMasters zal kunnen meten.
Het blijft voor mij de vraag of men in deze fase de ruimte voor het aankweken van wetenschappelijke aspiraties niet enigszins overschat. Het functioneren in de groep, het grotendeels op eigen kracht en in onderlinge samenwerking verwerven van de noodzakelijk kennis, de intensieve kennismaking met de praktijk en het mee-evalueren van het onderwijsprogramma doen reeds forse aanspraken op de draagkracht van de jonge studenten. Ik neem echter graag aan dat men desalniettemin in de vorm van keuze-onderwijs aandacht aan dit facet van het hoger onderwijs schenkt. Overigens was het uiteraard niet mijn bedoeling een tegenstelling tussen de praktische beroepsuitoefening en wetenschappelijke belangstelling te suggereren. Met de toevoeging specifiek had ik de uitgesproken wetenschappers op het oog van wie ik mij afvroeg of zij ook in het Maastrichtse klimaat zouden kunnen gedijen.

Ten aanzien van de opzet van het onderwijsprogramma in Maastricht heb ik de zelfwerkzaamheid van de studenten als ook het gebruik van moderne methodieken zeer positief gewaardeerd. Mijn vraag was of deze vormen van onderwijs wellicht doeltreffender en minder tijdrovend zouden zijn wanneer in het eerste jaar wat meer basiskennis vooraf werd aangeboden. Men start over het algemeen gemakkelijker als men tenminste één been heeft om op te staan. Met de keuze tussen een diepgaande studie van een klein aantal elemententen en een meer oppervlakkige studie van alle elementen kan ik het niet eens zijn. Mijns inziens is een *globaal* overzicht over het gehele terrein van de medische wetenschap evenzeer gewenst als een diepgaande studie van enkele onderdelen. Elke docent dient wel zijns broeders hoeder te zijn om te voorkomen dat er ook in deze nieuwe opleiding weer vakstokpaardjes worden bereden, terwijl geïntegreerd onderwijs alle voorrang zou moeten krijgen. De samenstelling van het Maastrichtse docentencorps biedt in dit opzicht stellig goede vooruitzichten.
Met de schrijver ben ik het eens dat het overleggen van verslagen door studenten een bruikbaar alternatief is voor het stellen van essayvragen. Het schrijven van een verslag is echter een geheel andere kunst dan het kort en bondig beantwoorden van een vraag. Het laatste is bovendien bittere noodzaak voor een ieder die het plan heeft later een medische praktijk te gaan voeren. Zoals ik heb kunnen constateren mankeert hier nogal eens het een en ander aan bij studenten uit het traditionele curriculum. Maastricht zou ook in dit opzicht voor een vroege start en regelmatige training kunnen zorgen.

Dr. F. Roest.

STICHTING MEDISCHE REGISTRATIE

Naar aanleiding van het verzoek van de Stichting Medische Registratie (S.M.R.) gegevens betreffende poliklinische verrichtingen beschikbaar te stellen, mogen wij het volgende naar voren brengen. De door S.M.R. verzamelde en bewerkte gegevens worden geregeld in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Medisch Contact gepubliceerd. De landelijke pers selecteert hieruit bepaalde in het oog springende koppen als: 'In Utrecht worden tweemaal zoveel amandelen gepeld als in Overijssel'. 'In Gelderland worden driemaal zoveel appendices verwijderd als in Groningen'.
Staatssecretaris Hendriks becommentarieert deze items in Elseviers Magazine d.d. 22 november 1975 met de woorden: 'Er zit iets niet goed. . ., de arts als producent van medische diensten is tevens degene, die in belangrijke mate de aard en de hoogte van de consumptie van de medische diensten bepaalt'. De staatssecretaris concludeert hier dus dat deze ingrepen lokaal teveel worden uitgevoerd. Wij vinden zijn vergelijking van artsen met producenten hoogst insinuatief. Hij suggereert immers dat het motief, de indicatie om tot het pellen van amandelen of tot het verwijderen van appendices over te gaan is ons inziens een vorm van ondermijning van het vertrouwen en dient als zodanig aan de kaak te worden gesteld.
Bekend zijn lokale verschillen in morbiditeit. Zo komt, naar verluidt, in het oosten des lands meer pancreasfibrose voor dan in onze regio. Gehoopt werd dat vanuit de S.M.R. geregeld regionale morbiditeitsverschillen zouden worden gepubliceerd. Bij de preventie van ziekten vormt epidemiologisch onderzoek nog altijd een onmisbare aanzet.
Wij constateren echter dat de gegevens van de S.M.R. tegen het collectivum van artsen die ze verstrekken, worden gebruikt. Hun integriteit wordt daardoor ter discussie gesteld. Andere voorbeelden van oneigenlijk gebruik zijn het publiceren van verschillen in opnameduur per verrichting per provincie en dergelijke. Men wil kennelijk de medische consumptie (wat een woord) statistisch onderzoeken teneinde de kosten van de gezondheidszorg terug te dringen. Deze kostenstijging wordt door talrijke (en zeker niet uitsluitend medische) factoren bepaald. Het verdacht maken van werkers in de gezondheidszorg levert geen bijdrage aan de oplossing van het probleem. De grote meerderheid van onze bevolking is, na het betalen van een forse ziekenfondspremie, zonder eigen risico verzekerd van een medische zorg die in overeenstemming is met de eisen van onze tijd. Het is dan ook struisvogelpolitiek om de behandelende arts beperkingen op te leggen voor wat betreft de mogelijkheden van dienstverlening. Als statistische uitkomsten gebruikt worden om het medisch handelen af te stemmen op de zuinigste maar zeer waarschijnlijk niet de beste collega, dan is dat oneigenlijk gebruik van de gegevens van de S.M.R.

Amstelveen, 17 maart 1976

De medische staf van het Nicolaas Tulp Ziekenhuis

mede-ondertekenaars:
Dr. H. B. Jonkhoff, K.N.O.-arts
Dr. J. A. Groenink, internist

TEMESTA-ADDICTIE

Onder de titel 'Temesta-addictie' heeft collega G. P. L. A. van den Broek in M.C. nr. 46/1976, blz. 1458, de aandacht gevestigd op het probleem van het (te) veel en onjuist voorschrijven van tranquillizers.
Het is bepaald vreemd dat aan dit verschijnsel tot nu toe niet meer beschouwingen zijn gewijd noch waarschuwende stemmen werden gehoord. Naar onze ervaringen als verzekeringsgeneeskundige worden er namelijk ontstellende hoeveelheden tranquillizers voorgeschreven, niet alleen in grote kwantiteiten en diversiteit maar – wat erger is – gedurende soms onbepaalde tijd, totdat de patiënt – en dan is er alleen nog maar sprake van arbeidsongeschikte werknemers – na een jaar moet worden overgedragen aan de G.M.D. om de dan bestaande invaliditeit af te schatten.
In tegenstelling tot collega Van den Broek is onze ervaring dat het ongelimiteerd voorschrijven van tranquillizers voornamelijk plaatsvindt in de psychiatrische sector omdat de patiënt(e) hetzij spontaan hetzij onder druk reeds door de huisarts naar de psychiater is verwezen. Later blijkt de begeleiding te bestaan uit een maandelijks gesprekje en afgifte van een recept waarop twee of drie verschillende tranquillizers (van elk 100 stuks) en één, soms twee, slaapmiddelen (van elk 30 stuks), waaronder de door collega Van den Broek gesignaleerde temes-

ta (2½ mg), valium (soms tot 10 mg 3 × dgs) en librium (tot 3 × dgs 25 mg). Uitsluitend door de receptuur zou de verzekeringsgeneeskundige op de hoogte kunnen blijven van de nieuwste ontwikkelingen op dit gebied.
Bij overdracht na een jaar aan de G.M.D. rest ons dikwijls alleen nog de trieste toevoeging: alleen iatrogeen al arbeidsongeschikt. Reden ook waarom spontane melding bij de G.M.D. zinloos is, mede omdat het beruchte 'point of no return' reeds is gepasseerd. Wat zich intussen heeft afgespeeld en nog afspeelt in het gezinsmilieu laat zich raden. Bewust laten wij de economische facetten buiten beschouwing, omdat die voor de verzekeringsgeneeskundige nauwelijks meer relevant zijn bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.
Het advies van collega Van den Broek dat het raadzaam is vooral frequent voorgeschreven medicijnen, waarin de groep tranquillizers een belangrijke factor vormt, kritisch te (blijven) bezien kan dan ook nadrukkelijk worden onderschreven.

Beek, 8 december 1975

J. H. Hoffmann

Door een administratieve fout ter redactie is deze brief verlaat geplaatst.

ONNODIGE FRUSTRATIE

Het in Praktijkperikel (M.C. 27 nr 9/1976, blz 267) beschreven telefoongesprek had naar onze mening als volgt kunnen verlopen:

H.A.: Spreek ik met de patholoog anatoom van het X laboratorium te Y?
P.A.: Ja, daar spreekt u mee.
H.A.: Collega, ik zit met het volgende probleem. Ik ben huisarts in Z en in mijn praktijk is vannacht een zuigeling plotseling gestorven. De ouders vonden het kind dood in de wieg. Het was niet ziek geweest, hooguit een beetje verkouden. Dus u begrijpt wel, de ouders in paniek en ze zouden erg graag weten waaraan hun kindje gestorven is. Als hun huisarts zou ik dat trouwens ook graag willen weten.
P.A.: Ja, collega, dat kan ik me levendig indenken. Uw verhaal doet mij het meest denken aan een geval van acute wiegdood, maar bij obductie kunnen er ook nog allerlei andere afwijkingen blijken te bestaan, zoals aangeboren misvormingen. Ik neem aan, dat u geen aanleiding hebt om aan een niet-natuurlijke dood te denken.
H.A.: Inderdaad, Ik ken het gezin goed en mijns inziens is daar geen enkele aanleiding toe.
P.A.: U kunt dan dus de overlijdensverklaring met een gerust hart tekenen. Aangezien de ouders al toestemming voor het onderzoek gegeven hebben, resten ons alleen een paar organisatorische problemen, met name het transport van het kindje. Dit mag niet gebeuren door een ambulance, G.G.D. of u zelf en kan alleen geschieden door een begrafenisondernemer. Zoudt u dit transport naar het ziekenhuis willen regelen?
H.A.: Ja, dat zal ik meteen doen. Ik verwacht, dat het lijkje binnen enkele uren in het ziekenhuis kan zijn. Hoe zit het met de financiële consequenties?
P.A.: Wat de obductie zelf betreft zijn daar geen problemen mee. Zoals u weet worden deze kosten, zoals in vele andere ziekenhuizen en laboratoria, verrekend in de verpleegprijs van het ziekenhuis. Voor de ouders zijn daar dus geen kosten aan verbonden. Wat de kosten van het transport betreft, ligt de zaak echter anders. Daar bestaat geen regeling voor. Deze kosten zullen dus door de ouders gedragen moeten worden. Indien het kind vanuit het ziekenhuis wordt begraven zullen deze kosten echter wel meevallen. Zoudt u de ouders willen vragen of zij daar akkoord mee gaan?
H.A.: Dat zal ik meteen doen. Zonder tegenbericht kunt u er op rekenen dat dat in orde is en dat binnen enkele uren het kind in het ziekenhuis is. Zoudt u mij willen waarschuwen als u met het onderzoek begint?
P.A.: Zodra ik weet hoe laat de obductie begint krijgt u van mij telefonisch bericht. Behalve een volledig postmortaal onderzoek zal ik ook bacteriologisch onderzoek laten doen. Gaat u er mee akkoord de klinische en laboratoriumbevindingen te zijner tijd in onze werkgroep te bespreken?
H.A.: Uiteraard. Ik zal u nog de volledige persoonlijke gegevens en de mij bekende medische gegevens van het kind toesturen.
P.A.: Graag.

Middelburg, 22 maart 1976

Dr. H. T. Planteydt, patholoog anatoom
Dr. F. Bijlsma, patholoog anatoom

WIE GEEFT ANTWOORD? (I)

Een patiëntenperikel over euthanasie

Naar aanleiding van het patiëntenperikel in M.C. nr. 12/1976, blz. 359, wil ik gaarne reageren.
De patiënt is teleurgesteld over de weigering van zijn huisarts, euthanasie te doen plaatsvinden op verzoek van de patiënt. Of de huisarts euthanasie als zodanig zonder meer afwees, blijkt niet duidelijk. Als dat wel het geval zou zijn kan de patiënt het best een andere huisarts kiezen, omdat er eerder een uitspraak zou zijn gedaan die een positieve houding ten aanzien van levensbeëindiging zou doen vermoeden. Als de huisarts niet principieel tégen euthanasie is, maar weigert aan een verzoek daartoe te voldoen indien hij het met de 'indicatie' niet eens is? Dan doet de patiënt er verstandig aan, uitgaande van de stelling dat hij zijn huisarts niet kan verplichten een dergelijke ingreep dan te verrichten, zich toch veilig te stellen door te zorgen voor een voorraad medicamenten, met behulp waarvan hij dan suïcide zou kunnen plegen. Ik vraag me af of dat niet beter is dan stad en land af te zoeken naar een meer bereidwillige huisarts.
De patiënt kan niet alle activiteit van zijn huisarts verwachten. Hij moet op deze manier ook een oplossing kunnen vinden voor de omstandigheden waarin de arts eenvoudig niet aan zijn verzoek kàn voldoen. Hopelijk kan de patiënt in het bovenstaande een aanvaardbare oplossing vinden.

Purmerend, 22 maart 1976

W. J. Heijenbrock

WIE GEEFT ANTWOORD? (II)

Een patiëntenperikel over euthanasie

Waarde schrijver, uw eigen euthanasievraagstuk is onvoldoende door u doordacht. U had de verwachting dat uw huisarts de zware morele verantwoordelijkheid (en de niet geringe strafrechtelijke verantwoordelijkheid) op zich zou nemen, maar aan u de beslissing van uitvoering zou laten. Zoiets als: U de opdrachtgever, hij de uitvoerder. Uw dunk over de figuur huisarts is weinig verheffend.
Laat ons voorop stellen dat ook de voorstanders van euthanasie deze alleen willen toepassen: a. actief, door bij onduldbaar lijden dit zodanig te verzachten dat het leven daardoor sterk kan worden verkort; b.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

passief, door blijvend waardeloos leven niet langer met kunstmiddelen in stand te houden.
In werkelijkheid komt de euthanasie-indicatie weinig voor – zelfs in de tegenwoordige tijd, waarin men over allerlei maatschappelijke en juridische vraagstukken wat 'vrijer' is gaan denken. In mijn 50-jarig medisch praktijkleven is de indicatie maar één keer voorgekomen en dan nog wel een inactieve euthanasie. Ik wil niet beweren dat er geen medici zijn die veel vaker indicaties tot euthanasie meemaken. Mijn patiënten gingen in dat stadium meestal het ziekenhuis in en kwamen dan in behandeling bij specialisten. In het ziekenhuis ligt euthanasie veel gecompliceerder, in verband met de vele instanties die er met de behandeling gemoeid zijn. Euthanasie-indicaties komen daar om praktische redenen niet tot hun recht.
Het is verstandig dat u uw huisarts niet hebt opgezegd. Al wil hij niet uw moordenaar op bestelling zijn, in principe heeft hij zich bereid verklaard u in onduldbare situaties te helpen. Dat is wel het maximum dat u van een huisarts verwachten moogt. Er zijn nog vele goede huisartsen die uit principiële of religieuze overwegingen euthanasie afwijzen. Intussen doet u er verstandig aan, meer te gaan denken over het nog resterende goede leven dan over uw goede dood.

Bosch en Duin, 22 maart 1976

W. K. M. Stibbe, arts

(Door de redactie bekort.)

STIJGENDE KOSTEN EN ABORTUS PROVOCATUS

De 'kop' van hoofdredacteur Bol was in ieder geval eerder in Medisch Contact dan het 'ei' dat hij geeft gelegd in het commentaar op de bijdrage van collega Van Loon (M.C. nr. 12/1976, blz. 347). Kan de arts inderdaad 'niet anders doen dan zich solidair opstellen en met alle beschikbare middelen hulp bieden aan iedereen die daarom vraagt, wat ook de oorzaak van zijn kwalen moge zijn'? Het commentaar: 'Stijgende kosten' eindigt met aanbevelingen in de preventieve sfeer 'tegenover zich zelf ten gronde richtende mannen en vrouwen'. Anders is het gesteld met de curatieve.
Collega Bol zegt ja tegen wat hij terecht noemt een 'monsterverbond' tussen P.v.d.A en V.V.D. met betrekking tot een nieuwe wetgeving voor de bestrijding van abortus provocatus. Zo zo'n verbond er al is? De vrijdenkende opvatting in het wetsvoorstel-Lamberts/Roethof, dat vrouw en arts ongestraft kunnen beslissen over het leven van een derde – namelijk het ongeboren kind – zelfs zo dat een weigerende arts haar de weg moet wijzen naar een ander, zal zelfs de V.V.D. wel te denken geven. Maar toch acht Bol dit politiek samengaan een verbetering, want zo sluiten praktijk en wetgeving 'beter' aaneen.
Ik ken die opvatting van de hoofdredacteur van ons weekblad van de K.N.M.G. Zelfs zou hij zulke verrichtingen opgenomen willen zien in het ziekenfondspakket zodat iedereen – ook zij die daarvoor hun geld niet beschikbaar willen stellen – daaraan meebetalen. Mag ik mét de heer Van Loon adviseren, snel en adequaat aan de *noodrem* te trekken?

Leidse Buurt, 20 maart 1976

Dr. M. A. van Dongen

Varia

Farmaciestudenten congresseren – Op 26, 27 en 28 mei 1976 houdt de Algemene Nederlandse Pharmaceutische Studenten Vereniging (A.N.P.S.V.) in Ellecom bij Arnhem haar jaarcongres. Onderwerp van bespreking ditmaal: *'De apotheker en de eerste lijn'*. De eerste dag zal worden gesproken over de apotheker in loondienst en in het gezondheidscentrum; gesproken wordt door twee apothekers, een vertegenwoordiger van de K.N.M.P. en één van de Werkgroep Farmacie Utrecht. Op de tweede dag brengen twee patiëntenverenigingsvertegenwoordigers de tegenovergestelde meningen naar voren over het nut van gezondheidscentra voor de patiënten. Ook praten die dag apothekersassistentes en de arts Anneke de Langen uit Oss over hun relatie met de patiënt. De derde dag spreekt een Zweed over de genationaliseerde geneesmiddelenverstrekking in zijn land, te weten de directeur van de betrokken instantie. Geïnteresseerden kunnen meedoen (en betalen dan naar draagkracht; studenten betalen *f* 35,—) na zich te hebben opgegeven bij Mej. C. G. M. van Dijk, Forsitiadal 15, Leiden, tel. 071-120317.

Maarssenbroek zet recht – Voor de goede orde: de brief uit het veld over Maarssenbroek (M.C. nr. 12/1976, blz. 355) werd *niet* mede ondertekend door de Commissie Gezondheidscentra van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Wel* schreef de voorzitter van de Kontaktgroep voor Centra van Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening een aparte ondersteuningsbrief aan de Vaste Kamercommissie.

Euthanasie – De voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, Prof. Dr. muntendam, heeft een Commissie geïnstalleerd ter bestudering van en advisering over de noodzakelijke wetgeving met betrekking tot de vrijwillige euthanasie in Nederland. Zijn er wetswijzigingen waaronder aanvullingen nodig en zo ja, welke. De beantwoording van deze vragen dient zich enerzijds te richten op de erkenning van de rechten van zieken en stervenden, anderzijds op de vrijheid van de arts die zich in geweten verplicht voelt handelingen te verrichten, die tot levensverkorting of levensbeëindiging zullen leiden. Een belangrijk element in de beschouwingen der Commissie zal ongetwijfeld ook zijn de vorm waarin de wens van betrokkene (levenstestament of euthanasieverklaring) kenbaar wordt gemaakt. In de overwegingen van de Vereniging tot instelling van de commissie Wetgeving heeft mede een rol gespeeld het besluit om de Raad van Europa op 29 januari j.l. de regeringen aan te bevelen nationale commissies in te stellen teneinde het vraagstuk van de erkenning van de rechten van zieken en stervenden, waaronder de wens tot levensbeëindiging dan wel voorkoming van kunstmatige levensverlenging, in studie te nemen. De Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie heeft gemeend niet op de instelling van een nationale commissie te moeten wachten, doch daaraan voorafgaande het dringende vraagstuk van de legalisering in studie te moeten geven omdat de sociale aanvaarding van de euthanasie in Nederland duidelijk veld wint en de onzekere situatie van dit ogenblik niet moet voortduren.

Bestuur radiologen – Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie is thans als volgt samengesteld: A. M. Smeets, voorzitter; Dr. A. H. Keyser, vice-voorzitter; Dr. H. E. Schütte, secretaris; R. W. Kropholler, tweede secretaris; Dr. N. J. M. Aarts, penningmeester. Het *correspondentieadres* luidt: Nederlandse Vereniging voor Radiologie, Postbus 2620, Utrecht.

T.V.-TIPS

Zaterdag 10 april 1976:
(Ned. I) Teleac, 10.00-10.30 uur:
'De eerste 365 dagen uit het leven van een kind' (Herhaling les 11).

Zondag 11 april 1976:
(Ned. I) Teleac, 18.15-18.45 uur:
'De eerste 365 dagen uit het leven van een kind'. Les 12.

Vrijdag 16 april 1976:
(Ned. I) TROS, 20.45-21.35 uur:
'Ten dode opgeschreven', deel I.
21.45-22.30 uur:
'Ten dode opgeschreven', deel II.

(Ned. I), IKON, 23.15-23.40 uur:
'Ik ben niet wat je ziet'.

Fondspatiënt inderdaad grootgebruiker

Een onvolledig en onzorgvuldig onderzoek

door *Dr. O. Fokkens*

Onder de titel: 'Ziekenfondsverzekerde grootgebruiker van ziekenhuisbedden liet Drs. M. Leers een artikel verschijnen in de Unie (3/76, blz. 42), waarin kritiek wordt geleverd op onze publikaties betreffende het gebruik van ziekenhuisbedden door fondsverzekerden en particulieren. Voor 1970 vonden wij een meergebruik door fondsverzekerden van 27,6% en voor 1972 van 37,3% (M.C. nrs. 11/1974, blz. 332, en 7/1975, blz. 173). Voor 1973 vind Leers een lagere waarde: 11,2%. Hij verbindt hieraan de conclusie dat onze cijfers niet betrouwbaar zijn en tracht dit aan te tonen met de in *tabel 1* weergegeven cijfers.

Tabel 1: Berekening beddengebruik volgens Leers.

		absolute verpleegdagen	verpleegdagen/ 1.000 verzekerden
totale bevolking 1973	13.491.020	23.762.000	1.761
fondsverzekerden 1973	9.171.965	16.696.393	1.820
			1.636
resteert: particulieren 1973	4.319.055	7.065.607	

Meergebruik ziekenfondsverzekerden: $\frac{1.820-1.636}{1.636} = 11{,}2\%$.

De betreffende waarden zijn ontleend aan opgaven van het C.B.S. en van het L.I.S.Z.-jaarboek 1973. Uitgaande van de betrouwbaarheid van deze bronnen is hier op het eerste gezicht geen speld tussen te krijgen. Maar dan ook alleen op het eerste gezicht. Om duidelijk te maken wat in werkelijkheid gebeurt kan het eenvoudigst worden verwezen naar *figuur 1*.Deze figuur is slechts bestemd ter aanduiding van categorieën. De verhoudingen kloppen niet exact, maar dat is ook niet nodig voor onze toelichting. Het gehele blok geeft de verpleegdagen weer in algemene, academische en categorale ziekenhuizen, exclusief psychiatrische inrichtingen. Dit correspondeert met de opgave van de Geneeskundige Hoofdinspectie, die alle verpleegdagen in de ziekenhuizen weergeeft, ongeacht de wijze van financiering. Binnen dit blok kunnen drie categorieën worden onderscheiden:

1. verpleegdagen van fondsverzekerden voor rekening van de ziekenfondsen;
2. verpleegdagen van niet-fondsverzekerden voor particuliere rekening (al dan niet via een particuliere ziektekostenverzekering);
3. overige verpleegdagen van fondsverzekerden en particulieren.

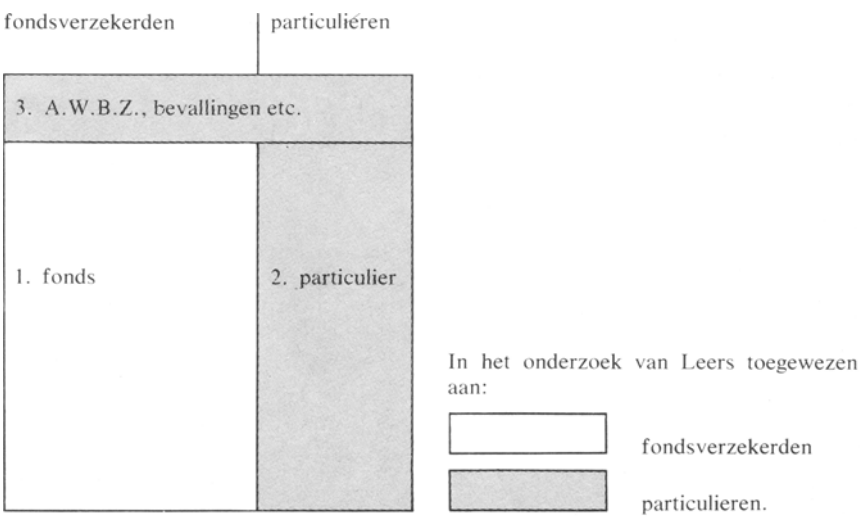
Het (iets te) eenvoudige rekensommetje van Leers wijst het

Tabel 2: Gecorrigeerde berekening beddengebruik.

		absolute verpleegdagen	verpleegdagen/ 1.000 verzekerden
totale bevolking 1973	13.491.020	23.762.000	1.761
fondsverzekerden 1973	9.171.965	17.869.393	1.948
resteert: particulieren 1973	4.319.055	5.892.607	1.364

Meergebruik ziekenfondsverzekerden: $\frac{1.949-1.362}{1.362} = 42{,}8\%$.

Figuur 1: Verpleegdagen van fondsverzekerden en particulieren.



grijs gekleurde gebied in figuur 1 volledig toe aan de particulieren, dus met inbegrip van:

- de A.W.B.Z.-verpleegdagen van fondsverzekerden in algemene en categorale ziekenhuizen;
- andere verpleegdagen van fondsverzekerden die niet door het ziekenfonds worden betaald (normale bevallingen, etc.).

Omdat Leers de fonds-verpleegdagen ontleent aan het jaarboek L.I.S.Z. 1973, moet vervolgens rekening worden gehouden met:

- de onderrapportage van de ziekenfondsen aan het L.I.S.Z., die volgens opgave van het jaarboek 4% bedraagt (jaarboek L.I.S.Z., blz. 19).

De som van deze van fonds naar particulier overgehevelde verpleegdagen is niet nauwkeurig te bepalen. Een orde van grootte kan echter wel worden gegeven. Het aantal door de fondsen aan L.I.S.Z. gerapporteerde dagen is 16.696.393. Uitgaande van 4% onderrapportage correspondeert dit met 96% van het totaal, dat dus moet worden gesteld op

$$\frac{100}{96} \times 16.696.393 = 17.392.000.$$

Dit is 695.600 verpleegdagen meer dan aan L.I.S.Z. gerapporteerd. Het 'Verslag van de Stichting Centraal Administratiekantoor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' over het jaar 1974 vermeldt op blz. 25, dat in 1973 682.041 verpleegdagen in algemene ziekenhuizen ten laste van de A.W.B.Z. zijn gekomen. Naar redelijkheid mag men aannemen, dat circa 70% van deze dagen betrekking heeft op fondsverzekerden:

$$0,7 \times 682.041 = 477.000.$$

Nog afgezien van andere verpleegdagen van fondsverzekerden die niet door de fondsen worden betaald (normale bevallingen en dergelijke) kan het totale aantal overgehevelde dagen dus worden geschat op:

4% onderrapportage aan L.I.S.Z.	695.600 dagen
A.W.B.Z. van fondsverzekerden in ziekenhuizen	477.400 dagen
totaal	1.173.000 dagen

Ziekenfondsverzekerde grootverbruiker van ziekenhuisbedden?

Drs. M. Leers, econoom bij het Centraal Ziekenfonds te Tilburg in Unie 3/76: (maandblad van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen)

Dr. O. Fokkens, directeur van de Stichting Medische Registratie (S.M.R.) in Utrecht constateerde vorig jaar in Medisch Contact dat fondsverzekerden in 1972 maar liefst 37,3% meer (ziekenhuis)verpleegdagen gebruikten dan particulier verzekerden. Grondslag voor deze constatering waren uiteraard de door de specialisten aan de S.M.R. ter beschikking gestelde gegevens. Een beoordeling van deze onderliggende gegevens is uiterst moeilijk omdat zij niet aan derden, zoals ziekenfondsen, ter beschikking worden gesteld. De waarde van de S.M.R.-gegevens staat of valt met de betrouwbaarheid. En over 1970 en 1972 zijn deze cijfers niet betrouwbaar. Er is feitelijk sprake van een meerconsumptie van 11,2% (ongecorrigeerd naar leeftijdsgrens) en dat is geen 37,3% zoals door Fokkens is gesteld. De meerconsumptie van 11,2% is gemakkelijk te verklaren uit de samenstelling van het bestand aan ziekenfondsverzekerden. Het is te betreuren dat op basis van de S.M.R.-gegevens, beleidsconclusies – zoals helaas in het beleidsrapport-Van Praag is gedaan – worden getrokken.

In navolging van de Verenigde Staten werd in 1960 door enkele Nederlandse ziekenhuizen het initiatief genomen tot een systematische vastlegging van informatie van opgenomen patiënten. In 1963 kwam de Stichting Medische Registratie tot stand met als doel het bevorderen van de registratie van medische en administratieve gegevens in de Nederlandse ziekenhuizen en om centrale verzameling en verwerking van deze gegevens mogelijk te maken. Er werd met 30 ziekenhuizen gestart. In 1973 waren 135 ziekenhuizen van de in totaal 248 algemene, academische en categorale ziekenhuizen aangesloten. De conclusies van Dr. Fokkens waren derhalve gebaseerd op iets meer dan de helft van het totaal aantal ziekenhuizen.
De registratie omvat alleen klinische patiënten. Elk deelnemend ziekenhuis ontvangt een standaardpakket aan tabellen en indexen met gedetailleerde gegevens van het eigen klinische patiëntenbestand, die bovendien kunnen worden vergeleken met overzichten van de andere deelnemende ziekenhuizen. De overzichten worden vrijwel uitsluitend bestudeerd door medici in het eigen ziekenhuis. Medici en niet-medici daarbuiten verkrijgen niet of moeizaam inzage, omdat de gedachte heeft postgevat, dat de gegevens alleen betrekking hebben op de medical audit. Dat het niet toegankelijk zijn van deze gegevens voor de ziekenfondsen indertijd mede aanleiding was voor het starten van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (L.I.S.Z.) mag niet verwonderlijk heten. Het argument van S.M.R.-zijde dat door het verstrekken van gegevens betreffende bijvoorbeeld de praktijkvoering van een bepaalde specialist, 's mans privacy in het gedrang komt, is niet houdbaar. Immers er wordt dan volledig voorbijgegaan aan zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de gegevens van diezelfde specialist waarover het ziekenfonds reeds beschikt.

Het 'Informatie Kubus Systeem' (I.K.S.-systeem) van de S.M.R. maakt gebruik van een landelijke pool van gegevens van ziekenhuizen. In deze pool worden de gegevens bijeengebracht van alle ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de S.M.R. en met behulp van dit cijfermateriaal worden de gegevens van de ontbrekende ziekenhuizen ingeschat. De constateringen van Fokkens berusten op de in 1970 en 1972 bij de S.M.R. aangesloten ziekenhuizen.
(Het blijkt de auteur) dat er sprake is van een oververtegenwoordiging van algemene en academische ziekenhuizen en een ondervertegenwoordiging van categorale ziekenhuizen. Voor de verdeling van de verpleegdagen per specialisme in de pool zou dit wel eens belangrijke consequenties kunnen hebben, aangezien de categorale inrichtingen een specifieke verdeling per specialisme hebben. Om na te gaan wat het effect van deze oor respectievelijk ondervertegenwoordiging is op de gepoolde verpleegdagen per specialisme is onder andere gebruik gemaakt van de gegevens van de Geneeskundige Hoofdinspectie betreffende de patiëntentelling.
(Geconcludeerd wordt) dat er ten aanzien van de S.M.R.-cijfers niet zonder meer kan worden gesproken van een getrouwe kopie van de kenmerken van het Nederlandse ziekenhuiswezen. De vraag of de door Fokkens geconstateerde verschillen in verpleegdagenconsumptie tussen fondsverzekerden en particulieren (40%) nu minder hoog zullen zijn, is echter met deze constatering onbeantwoord gebleven. Hiervoor dient een andere berekening als uitgangspunt te worden genomen. Schematisch verloopt deze berekening als volgt:
1. bepaald aantal particulieren per ultimo . . . via aantal inwoners per ultimo . . . minus aantal fondsverzekerden per ultimo . . . 2. bepaal aantal verpleegdagen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen gerealiseerd door particulieren per ultimo . . . via

Ga door naar de volgende blz.

Om een juist beeld te verkrijgen moeten de verpleegdagen van L.I.S.Z. met dit aantal worden verhoogd. Aangezien het totaal aantal dagen volgens de G.H.I. gelijk blijft moet het aantal dagen van de particulieren dienovereenkomstig worden verlaagd. Het resultaat vindt men in *tabel 2.* De aldus gevonden waarde voor de meerconsumptie van fondsverzekerden van 42,8% is eerder onder- dan overschat en gaat toch nog aanzienlijk uit boven de in ons eigen onderzoek gevonden 37,3%. Deze laatste waarde betreft het jaar 1973. In 1974 blijkt dit percentage te zijn opgelopen tot 45%.
Zoals wij reeds eerder aantoonden kan slechts een gering deel van deze meerconsumptie worden verklaard door de enigszins afwijkende leeftijdsopbouw van de fondspopulatie. In zijn rapport 'Het ziekenhuis in de gezondheidszorg' wijst Prof. Van Praag op 'sterke aanwijzingen dat de verzekeringssystemen en de daarbinnen bestaande verschillende financieringsvormen hierbij een belangrijke rol spelen'. De sterk stijgende trend (van 27,6% in 1970 tot 45% in 1974) geeft alle aanleiding tot nadere bezinning.

Tenslotte willen wij ingaan op enkele andere punten uit het betoog van Leers.

1. *De representativiteit van de S.M.R.-gegevens*

De deelneming aan de medische registratie geschiedt op vrijwillige basis. Het risico van selectie is daardoor aanwezig. Zo weten wij dat de kleinere ziekenhuizen ondervertegenwoordigd zijn. Niettemin is het percentage opnamen in de deelnemende ziekenhuizen zo groot (1970 56%, 1972 70% en thans 90%) dat in de niet deelnemende ziekenhuizen wel zeer afwijkende verhoudingen zouden moeten bestaan om verschillen als bovenbeschreven te nivelleren. De redelijkerwijs te verwachten fouten bewegen zich binnen een marge van enkele procenten.

Vervolg Unie 3/76

totaal aantal gerealiseerde verpleegdagen in genoemde inrichtingen per ultimo . . . minus het totaal aantal door fondsverzekerden in genoemde inrichtingen gerealiseerde verpleegdagen per ultimo . . . 3. vervolgens worden de ratio's verpleegdagen per duizend fonds- respectievelijk duizend particulier verzekerden berekend, alsmede de (procentueel) te constateren verschillen.
Over de jaren 1970 en 1972 zijn echter geen gegevens bekend over de door de fondsverzekerden gerealiseerde verpleegdagen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Wél zijn de totale door fondsverzekerden gerealiseerde verpleegdagen bekend: dat wil zeggen in algemene, academische, categorale en psychiatrische ziekenhuizen. Deze laatste echter dienen buiten beschouwing te blijven. Immers in psychiatrische ziekenhuizen, gekenmerkt door de aanwezigheid van een beperkte variëteit aan specialismen en de hoge gemiddelde verpleegduur (75% van de in deze ziekenhuizen gerealiseerde verpleegdagen komt voor rekening van de A.W.B.Z.) bevindt zich een geheel ander patiëntenbestand dat moeilijk vergeleken kan worden met de patiëntenbestanden in de algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Een (her)berekening van gerealiseerde verpleegdagen per duizend fonds-/ respectievelijk duizend particulier verzekerden in 1970 en 1972 stuit derhalve op moeilijkheden. Wél kan over 1973 een en ander opgesteld worden: als nu blijkt dat te constateren procentuele verschillen aanzienlijk lager liggen dan de door Fokkens geconstateerde verschillen, dan is het verantwoord te stellen dat ook over 1970 en 1972 consumptieverschillen zich rondom dit percentage bevinden. (Leers vindt dan voor 1973 een meergebruik voor ziekenfondsverzekerden van 11,2%. Dit) wijkt nogal af van het door Fokkens geconstateerde cijfer. Aldus blijkt, dat in het gepoolde materiaal over 1970 en 1972 het bestand fondsverzekerden oververtegenwoordigd, het bestand particulier verzekerden daarentegen ondervertegenwoordigd was.

(...) Verder kan fundamentele kritiek worden geleverd op zijn opmerkingen en handelwijze betreffende de eliminatie van klinische bevallingen en geboorten. (...) De kosten van klinisch bevallen worden slechts na medische indicatie door het ziekenfonds vergoed. Indien geen medische indicatie aanwezig is, komen de kosten voor rekening van de verzekerde. Het is duidelijk dat de geringe kraamgeldvergoeding deze kosten niet kan compenseren en het is overduidelijk dat grote groepen verzekerden zeker niet in staat zijn bijvoorbeeld alleen de kosten van de verpleegdagen te betalen. Dit betekent dat slechts weinig fondsverzekerden voor eigen rekening klinisch bevallen. (...) Wél worden er ten behoeve van de fondsverzekerden veel medische verklaringen afgegeven welke in feite sociaal geïndiceerd zijn, waardoor de klinische bevalling wordt gerubriceerd onder de categorie 'pathologische bevallingen'. Een groot deel (hiervan) evenals de hiermee gemoeide gemiddelde verpleegduur, dus ook de totaal in een jaar gerealiseerde verpleegdagen, hoort dan in feite onder de categorie 'normale bevallingen' te worden gerubriceerd. Het heeft dan ook geen zin de klinische bevallingen en geboorten te elimineren.

Om na te gaan of de door Fokkens geconstateerde verschillen tussen beide groepen zich ook in die mate voordoen in ziekenhuizen gelegen in Zuidoost-Brabant, zijn ook daartoe vergelijkende opstellingen gemaakt. Deze cijfers zijn gebaseerd op gegevens verkregen van de ziekenhuizen zelf en uit de L.I.S.Z. regio-output 1973. Opvallend is dat de in 1973 gerealiseerde verpleegdagen per 1.000 verzekerden nogal onder de berekende landelijke cijfers uitkomen. De meerconsumptie door fondsverzekerden in deze regio blijkt 9,1% te zijn, iets liggend onder het over 1973 landelijk geconstateerde cijfer. Een van de belangrijkste oorzaken van deze afwijking is de omstandigheid dat het procentuele aantal bejaarden in relatie tot de totale bevolking van Noord-Brabant 7,9% bedraagt, terwijl het landelijk gemiddelde op 10,4% ligt (cijfer 1973).

---

2. *De bevallingen*

Leers concludeert dat 'slechts weinig fondsverzekerden voor eigen rekening klinisch bevallen'. Deze conclusie berust op a priori gronden. Bewezen is dat niet. Maar zelfs afgezien hiervan kunnen wij constateren dat het aantal door de fondsen betaalde klinische bevallingen, ondanks het ontbreken van de normale bevalling in het verstrekkingenpakket, per verzekerde slechts 5% lager is dan bij de particulieren. Er zijn daarom niet veel bevallingen voor eigen rekening van fondsverzekerden nodig om het percentage hoger te doen zijn dan bij de particulieren. Het zou ons dan ook niet verbazen als zelfs in deze categorie in werkelijkheid de opname-coëfficiënt van de fondsverzekerden hoger was dan van de particulieren. In ieder geval is het elimineren van de bevallingen noodzakelijk om te voorkomen dat verpleegdagen van de fondsverzekerden die wel voor eigen rekening bevallen toegewezen worden aan de particulieren. De gemiddelde verpleegduur van de (voor rekening van het fonds) bevallen fondspatiënten is, zoals in praktisch alle patiëntencatego-

rieën, hoger dan van de particulieren (1972: 11,4 respectievelijk 9,7 dagen).

3. Het eigen onderzoek van Leers

Bij een onderzoek in eigen regio vindt Leers een meerconsumptie van fondsverzekerden die van dezelfde orde van grootte is als hij berekent voor Nederland. Dit is niet verwonderlijk als dezelfde foutieve rekentechniek is toegepast, hetgeen wij mogen aannemen. Misschien heeft hierbij echter ook nog een andere factor een rol gespeeld. Het is niet onmogelijk dat in ziekenhuisadministraties fondspatiënten met aanvullende particuliere verzekering worden verantwoord als 'particulier', omdat hierbij de particuliere tarieven worden toegepast. In hoeverre ook door deze oorzaak een overheveling van verpleegdagen van fonds naar particulier heeft plaatsgevonden, kan Leers het best zelf beoordelen.

4. De toegankelijkheid van de gegevens van de medische registratie

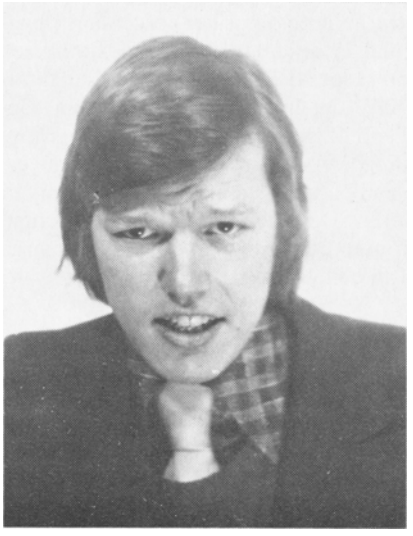
Terecht stelt Leers dat de gegevens van de medische registratie niet onbeperkt toegankelijk zijn. Het gegevensbeheer is gebonden aan strikte regels die met inachtneming van redelijke eisen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, gericht zijn op de bevordering van het gegevensgebruik in het belang van de volksgezondheid. In detail zijn deze regels weergegeven in het 'Reglement van de Commissie van Toezicht' dat volledig is gepubliceerd in dit tijdschrift (M.C. nr. 10/1976, blz. 303).
Geheel ten onrechte wordt door Leers echter gesteld dat de gegevens van de medische registratie niet aan derden beschikbaar worden gesteld. Ten eerste worden vele landelijke en regionale gegevens onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de Stichting Medische Registratie verstrekt, onder meer ten behoeve van de jaarlijkse diagnosestatistiek ziekenhuizen van het Centraal Bureau voor de Statistiek en van wetenschappelijk en beleidsonderzoek door het Nationaal Ziekenhuisinstituut, het ministerie voor Volksgezondheid, de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, etc. Daarnaast worden op grond van machtigingen van deelnemende ziekenhuizen en hun medische staven regelmatig gegevens verstrekt aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (planning), het N.Z.I. (basiskostenonderzoek ziekenhuizen), 'macro-rekenmodel', etc.
Het is voor ons moeilijk voorstelbaar dat deze omvangrijke gegevensverstrekking, die ten grondslag ligt aan vele wetenschappelijke publikaties op het gebied van de gezondheidszorg en daarin ook wordt vermeld, aan de aandacht van de heer Leers zou zijn ontsnapt.
De redelijkheid van zijn opmerking dat het weinig zinvol is de ziekenfondsen gegevens te onthouden waarover zij reeds uit anderen hoofde beschikken, willen wij onderschrijven. Mede op grond hiervan is het zogenaamde participantenoverleg tot stand gekomen waarin de landelijke ziekenfondsorganisaties participeren en dat zich tot doel stelt een beter gestructureerde informatieverzorging in de gezondheidszorg te realiseren.

Conclusie

De resultaten van Leers – die een meerconsumptie van verpleegdagen door fondsverzekerden vindt van slechts 11,2% – berusten op onvolledig en onzorgvuldig onderzoek. Ten onrechte is hij uitgegaan van de veronderstelling dat de voor 1973 aan het landelijk informatiesysteem ziekenfondsen (L.I.S.Z.) gerapporteerde dagen een compleet beeld geven van het beddengebruik van de fondsverzekerden. Door zijn berekeningswijze zijn alle 'vergeten categorieën' zoals de onderrapportage aan L.I.S.Z., dagen voor rekening van de A.W.B.Z., etc. overgeheveld naar de particulieren. Na correctie voor deze factoren stemmen onze resultaten overeen. Er is een meerconsumptie niet van 11,2 maar van tenminste 40%.

Wij kunnen ons voorstellen dat de publikatie van Leers in ziekenfondskring niet onwelkom is geweest. De onzorgvuldigheid van het onderzoek en de daaraan gegeven ruime publiciteit geven echter geen bijdrage tot verhoging van het inzicht. Een meer serieuze reactie was op haar plaats geweest.

E. J. Hoekstra, 17.000ste K.N.M.G.-lid



Dezer dagen heeft zich het 17.000ste K.N.M.G.-lid aangemeld. Het is de 25-jarige E. J. Hoekstra uit Bergen N.H., die het als iets vanzelfsprekends acht dat pas afgestudeerde artsen zich aansluiten bij de Maatschappij Geneeskunst: 'Dat lidmaatschap hoort er gewoon bij. Na mijn afstuderen in juli vorig jaar aan de Amsterdamse GU ben ik naar Frankrijk gegaan waar ik een tijd heb meegelopen in een huisartspraktijk. Daarom heb ik me wat later als K.N.M.G.-lid aangemeld', aldus de heer Hoekstra, die thans werkzaam is als verzekeringsgeneeskundige bij het G.A.K. en van plan is zich te gaan specialiseren in de sociale geneeskunde met voorkeur voor de tak bedrijfsgeneeskunde.

Naar Noord- en Zuid-Vietnam

Verslag van een oriëntatiereis

door *Dr. H. A. van Geuns,* longarts, en *A. Pen,* psychiater

Doel

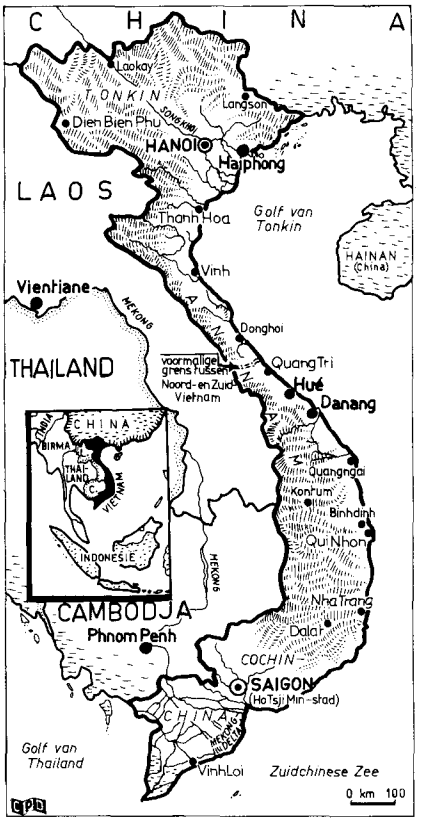
Op 8 januari 1976 zijn wij tezamen met de apotheker L. S. Go, secretaris van het *Medisch Comité Nederland-Vietnam (M.C.N.V.),* op uitnodiging van de regeringen van Noord- en Zuid-Vietnam per Aeroflot via Moskou naar Hanoi vertrokken. Dit bezoek, dat ruim twee weken heeft geduurd, paste in de serie van vele contacten die het comité de afgelopen zeven jaren zowel met Noord-Vietnam als met de Voorlopige Regering (respectievelijk het Nationale Bevrijdingsfront) van Zuid-Vietnam heeft gehad.

De medische hulp was de laatste tijd vooral geconcentreerd geweest op de levering van een ziekenhuis, dat in geprefabriceerde vorm in november 1974 uit Nederland was afgestuurd en dat nu reeds vrijwel volledig bleek te zijn opgebouwd in de plaatst Dong Ha, in de meest getroffen provincie van Zuid-Vietnam: Quang Tri. Verder verzorgt het M.C.N.V. de hele inrichting van het provincieziekenhuis in Lang Son (Noord-Vietnam). De Groningse universiteit leverde de tandheelkundige kliniek voor het grote Dong Da-ziekenhuis in Hanoi. Tenslotte werd in toenemende mate hulp bij de tuberculosebestrijding in heel Vietnam gegeven. In november 1975 waren in verband met deze laatste activiteiten twee tuberculosespecialisten, Prof. Pham Khac Quang uit Noord-Vietnam en Dr. Nguyen Sôn Ha uit het Zuiden als onze gasten in Nederland. Aansluitend hebben deze beide collegae in Algerije de praktijk van de tuberculosebestrijding bekeken; vervolgens voerden zij in Parijs besprekingen met de Union Internationale contre la Tuberculose, waarvan Noord-Vietnam al vele jaren officieel lid is.

Doel van onze reis was nu, naast het evalueren van de hulp uit het verleden, vooral ook het ter plekke bespreken van de mogelijkheden voor verdere assistentie. Dit alles mede in het kader van de wens in Vietnam om de hulp in de toekomst meer dan voorheen te coördineren en te kanaliseren. Zo heeft de U.S.S.R. toegezegd zich vooral te zullen concentreren op de malariabestrijding, Zweden helpt intensief bij de 'family-planning'. Het M.C.N.V. is nu officieel hulp gevraagd bij de *tuberculosebestrijding.*

Een bezoek aan Vietnam levert een lange reeks van ervaringen en emoties op, die niet gemakkelijk in woorden zijn weer te geven. Enerzijds is Vietnam een andere wereld. Het klimaat, de manier van samenleven, de levensomstandigheden, alles is anders dan wat je gewend bent of wat je tot nu toe ooit hebt meegemaakt. Anderzijds is er veel dat vertrouwd is, wat bijna het gevoel geeft alsof je thuis komt: de ontmoeting met mensen die je nooit of hooguit enkele malen hebt ontmoet, maar die je verwelkomen als was je een oude vriend die eindelijk weer eens langs komt; de bekende beelden van stadsgezichten en landschappen, bekend van films, T.V. en foto's; duizenden rustig rondfietsende mensen en vrijmoedige kinderen die altijd plezier hebben.

Met bloemen werden wij ontvangen, met bloemen werden wij uitgewuifd. Daartussen: besprekingen, reizen, bezoeken aan instituten, plannen maken. Op de ministeries in Hanoi en Saigon, in de optrekjes waar de anti-tuberculosebrigades vergaderen, bij gezinnen thuis, tussen de kale muren van de ziekenhuizen die in aanbouw zijn.



Naar het Noorden

Wij zijn onze reis begonnen met besprekingen op het ministerie van Volksgezondheid in Hanoi, waar we werden ontvangen door de minister en de vice-minister Dr. Nguyen Van Tin, een bescheiden maar uiterst efficiënte man, die zeer goed op de hoogte is van de werkwijze en de activiteiten van het M.C.N.V. Hoewel de gesprekken die wij met hem hadden voornamelijk gingen over de grote lijnen van onze huidige werkzaamheden, bleek telkens weer dat hij van elk detail op de hoogte was. Meerdere malen sprak hij zijn grote waardering uit voor onze activiteiten, die het resultaat zijn van vrijwillige inspanning. Ook bij bezoeken aan andere instanties, zowel in het Noorden als in het Zuiden bleek steeds weer dat de inspanning en de belangstelling van de actiegroepen in verschillende landen een grote steun is geweest, waarvan het morele effect niet minder belangrijk was dan de materiële aspecten.

In en bij Hanoi bezochten wij een kleine dorpskliniek, een districtsziekenhuis en enkele grote instituten, zoals het Centrale Instituut voor Tuberculosebestrijding, het Instituut voor de Verzorging van Moeder en Kind en het grote Bach Mai-ziekenhuis, dat tijdens de Kerstbombardementen van 1972

grotendeels werd verwoest maar waarvan de reconstructie in volle gang is. Tijdens de bezoeken kregen wij een duidelijke indruk van de wijze waarop de gezondheidszorg in het Noorden functioneert.
Het leven in Noord-Vietnam wordt gekenmerkt door een solidair gedragen armoede. Men beschikt over het allernoodzakelijkste, maar er is niet meer dan dat. De salarissen variëren van 70 dong per maand voor een arbeider tot 220 dong voor de minister-president. Hoewel vergelijkingen moeilijk zijn, zou men globaal kunnen zeggen dat een dong ongeveer de koopkracht heeft van 2 – 3 gulden, afhankelijk van het produkt dat men koopt. Daarbij moet worden opgemerkt, dat alle vrouwen werken en dat er geen verschil bestaat in beloning voor mannen en vrouwen. Daardoor heeft het gemiddelde gezin de beschikking over 140-180 dong per maand. De helft hiervan wordt uitgegeven aan eten. Hoewel de meeste levensmiddelen nog zijn gerantsoeneerd, is er voor iedereen voldoende.
Wanneer men bedenkt, dat tijdens het Franse koloniale bewind vrijwel de gehele bevolking chronisch ondervoed was en elke kleine tegenvaller bij de oogst resulteerde in een hongersnood, kan men zich voorstellen dat de Vietnamezen gerekend naar hun eigen maatstaven nu in weelde leven. Behalve voor kleding heeft men zelfs wat geld voor kleine luxes zoals een radio of een reisje naar de familie tijdens de twee weken vakantie die iedereen heeft. Die vakanties zijn trouwens vooral mogelijk door de vrijwel onbeperkte gastvrijheid die de Vietnamezen niet alleen aan buitenlanders maar ook aan elkaar betonen. Wie op zijn reis strandt, alleen of met zijn gezin, klopt ergens aan en vraagt om onderdak en eten. Het wordt zelden geweigerd, ondanks het feit dat de meeste Vietnamese huizen niet veel meer zijn dan bamboehutten met een of twee vertrekken.

Organisatie volksgezondheid in het Noorden

Wanneer men zich wil verdiepen in de principes waarop de gezondheidszorg in Vietnam zijn gebaseerd, kan men dit het beste doen in Noord-Vietnam. Uiteindelijk wordt daar reeds twintig jaar aan die opbouw gewerkt. Toen ons het hele systeem werd uitgelegd, konden wij niet nalaten even te denken aan de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks. Men gaat uit



Gewaardeerde gever: de Universiteit van Groningen (bord op de tandheelkundige polikliniek van het Dong Na-ziekenhuis te Hanoi).

van een aantal bekende basisprincipes. Bij alles staat de preventie voorop. Wat de organisatie betreft heeft men een duidelijke voorkeur voor een geïntegreerd systeem van echelons en regionalisering.
Men werd met die opbouw in het Noorden niet gehinderd door reeds bestaande particuliere belangensferen en instellingen. De *preventie* is op de volgende praktische punten geconcentreerd: Alle huizen dienen voorzien te zijn van dubbele septische tanks voor het verwerken van faecaliën en het omvormen daarvan tot mest; volgens de laatste cijfers van het departement is er thans één zo'n 'double septic tank' op 1,8 gezinnen. Daarnaast propageert men het maken van waterputten voor drinkwater, dat bovendien voor gebruik moet worden gekookt; momenteel heeft men 1 zo'n put op 3 gezinnen. Tenslotte bouwt men zoveel mogelijk badgelegenheden; het aantal daarvan is op dit moment 1 per 7,8 gezinnen.
Vervolgens heeft men – beter dan bij ons – begrepen, dat massale *voorlichting en opvoeding* van essentieel belang is voor de volksgezondheid. Er wordt voortdurend en op allerlei wijzen op gewezen dat verdelging van schadelijke insecten essentieel is voor de gezondheid en dat men steeds moet zorgen voor een schoon huis, schone stallen, schoon voedsel etc. Ook massale vaccinatiecampagnes voor ziekten als typhoïd, cholera, pokken en poliomyelitis worden zo goed mogelijk doorgezet. Het percentage poliovaccinaties bijvoorbeeld is van 1960 tot 1974 geleidelijk gestegen van 90 tot 98%. Deze ziekte, die in het Zuiden nog welig tiert, is in het Noorden dan ook vrijwel uitgeroeid.
Ook geboorte- en sterftecijfers kunnen enig inzicht in de gezondheidssituatie geven. In 1958 was het geboortecijfer 48 per 1.000 inwoners en dit is geleidelijk gedaald tot 31,6 in 1974. Het sterftecijfer voor die jaren was respectievelijk 26 en 6,3. Het geboortenoverschot van 1958 tot 1974 bleef dus ongeveer gelijk, namelijk 22 en 25,3. In 1962 is begonnen met een 'family planning'-project, uitgaande van het Centrale Instituut voor de Bescherming van Moeder en Kind te Hanoi.

De gezondheidszorg is via vier *echelons* opgebouwd met steeds toenemende technische voorzieningen: dorpskliniekjes, districtshospitalen, provinciale ziekenhuizen en tenslotte op landelijk niveau centrale gespecialiseerde klinieken.
Behalve het reeds genoemde Instituut voor Moeder en Kind zijn er instituten voor tuberculose, oftalmologie, entomologie en parasitologie, malaria, hygiëne, kinderziekten, traditionele geneeskunde, oor-, neus- en keelziekten, en materia medica. Voorts beschikt men over een uitgeverij, een grote bibliotheek, een centraal farmacologisch instituut en een aantal gespecialiseerde klinieken. Op dit niveau speelt zich ook de artsenopleiding en de vorming van hoger kader af.
Op het provinciale niveau (plusminus 1 miljoen inwoners) vindt men algemene laboratoria en tenminste één groot algemeen ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft ook een opleidingsfunctie ten aanzien van het middenkader en zogenaamde hulpartsen.
Op districtsniveau (100.000-200.000 inwoners) is een algemeen ziekenhuis met 505 tot 100 bedden te vinden, een polikliniek en een laboratorium. Van hieruit worden de algemene preventieve maatregelen in het district geleid en gecoördineerd, evenals de strijd tegen volksziekten ('maladies sociales'). Dit betreft in het Noorden de afnemende malaria, de trachoom die in vrij ernstige mate heerst, tuberculose, bepaalde huidziekten en lepra (deze laatste ziekten komen echter zeer veel minder voor dan in het Zuiden). Ernstige en gecompliceerde ziektegevallen worden doorgestuurd naar het provincieziekenhuis.

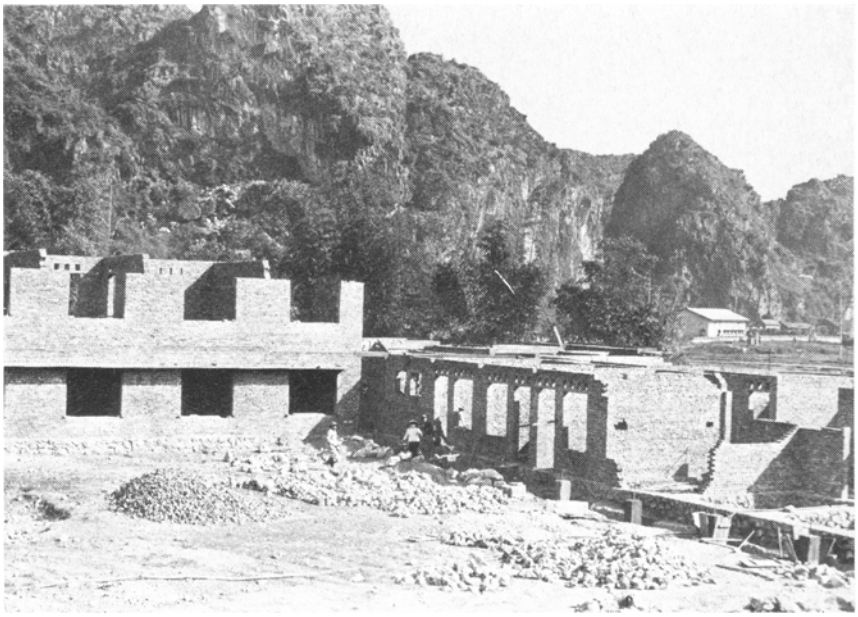
De voorzieningen op landelijk, provinciaal en districtsniveau worden gefinancierd door de overheid en werken

ook onder haar verantwoordelijkheid. Overigens zijn de districts- en provinciale ziekenhuizen voor een buitenstaander minder interessant dan de verder te beschrijven basisvoorzieningen. De inrichting is in het algemeen erg pover, zowel voor wat betreft de medische als de verpleegkundige voorzieningen. De vaardigheid om zich te behelpen met wat men heeft is echter gelukkig overal in Vietnam sterk ontwikkeld. Op een koude dag dat wij een ziekenzaal in een districtsziekenhuis bezochten, hadden enkele lopende patiënten in een afwaskom een vuurtje gemaakt; zij zaten er zich genoeglijk keuvelend bij te warmen.

Het basisechelon vinden wij op dorpsniveau (5.000 tot 8.000 inwoners). Dit wordt verzorgd in coöperatief verband. Er bestaat in vrijwel elk dorp een soort ziekenzorg-kraamcentrum met 5 tot 10 bedden voor noodgevallen en 4 tot 5 kraambedden. Verder een kleine voorraad van de meest noodzakelijke medicamenten. De personeelsbezetting bestaat hier meestal uit 4-6 personen, waarvan 1 of 2 hulpartsen, een verloskundige, 2 of 3 verpleegkundigen en 1 zogenaamde traditionele arts, gespecialiseerd in de geneeskundige mogelijkheden van kruiden, planten en andere inheemse geneeswijzen. In een dergelijk centrum wordt van elk individu een gezondheidskaart bewaard, opgeborgen per huis en per wijk. Tenslotte is in ieder gezin een zogenaamd 'Rode Kruis-lid' verantwoordelijk voor de uitvoering van de preventieve maatregelen, voor de melding van eventuele ziekten en voor de verzorging van zieken. Hij of zij heeft het beheer over een in het huis aanwezig medicijnkastje of de kruidentuin bij het huis. Deze Rode Kruis-leden komen regelmatig voor besprekingen en bijscholing bij elkaar. Van de 5.764 dorpen in Noord-Vietnam zijn er op het ogenblik 5.566 met deze basisvoorziening uitgerust, in 1960 waren dat er nog maar 3.298.

Tenslotte moet nog worden vermeld, dat naast de klinische voorzieningen op districts-, provinciaal en centraal niveau nog zogenaamde 'maisons de cure' bestaan: een soort verpleeginstellingen waarvan het aantal in de laatste vijftien jaren is toegenomen van 6 tot 99.

Het aantal *ziekenhuisbedden* is van 1955 tot 1974 gestegen van 10,5 per 10.000 inwoners tot 25 per 10.000 inwoners, het aantal artsen in dezelfde periode van 0,08 tot 2,6 per 10.000 inwoners.



(boven) In de meest noordelijke provincie van Noord-Vietnam wordt het nieuwe provinciale ziekenhuis bij Lang Son gebouwd. De gehele inventaris, verzorgd door het Medisch Comité Nederland-Vietnam, ligt al grotendeels ter plaatse opgeslagen.



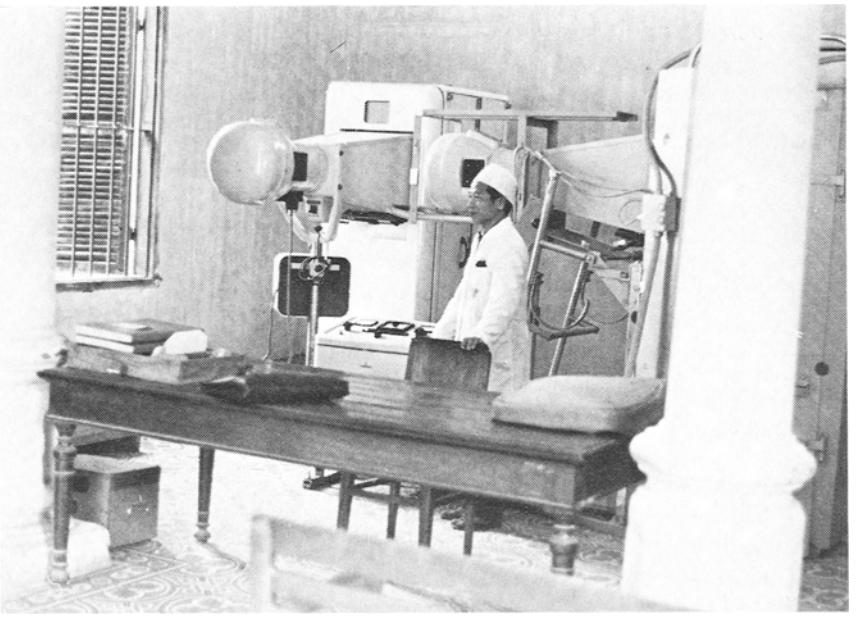
(onder) Het geprefabriceerde ziekenhuis van Quang Tri (de zwaarst getroffen provincie van Zuid-Vietnam). In november 1974 uit Nederland verzonden, bleek het tot onze aangename verrassing reeds grotendeels te zijn opgebouwd.

Hierbij moet wel worden bedacht, dat een groot deel van het medische werk wordt verricht door hulpdokters, waarvan het aantal in dezelfde tijd steeg van 0,5 tot 12,3 per 10.000 inwoners.

Een klein tussenzinnetje uit het bijna 40 bladzijden tellende rapport waarin deze cijfers staan, vermeldt dan dat door de Amerikaanse bombardementen meer dan 60% van de provinciale ziekenhuizen, meer dan 30% van de districtsziekenhuizen en meer dan 11% van de dorpsvoorzieningen in de loop der jaren werd vernield.

Een van de merkwaardigste consequenties van de goedgeefsheid van de verschillende instellingen en donorlanden gedurende de oorlogsjaren is de grote diversiteit van de giften. Er werden door zeker tien landen ziekenhuizen neergezet, elk met de door dat land zelf meest gebruikte instrumenten (het

Medisch Comité Nederland-Vietnam is één van de weinige instanties geweest die rekening heeft gehouden met de wensen en behoeften van het land zelf). Zo zijn er talloze merken E.E.G.-apparatuur en röntgentoestellen. Het is ongelooflijk te zien hoe men met een samengeraapt aantal onderdelen van verschillende makelij toch nog één röntgenapparaat weet op te bouwen en daarmee dan bovendien uitstekende foto's maakt. Ook in het biochemisch laboratorium van het centrale tuberculose-instituut hebben wij met een mengsel van bewondering en ontsteltenis gekeken naar de primitieve en gebrekkige apparatuur, waarmee men toch nog ingewikkelde bepalingen kon doen. Een algehele vervanging van een groot deel van de inventaris van deze centrale wetenschappelijke instituten zal in de komende jaren wel onvermijdelijk worden.



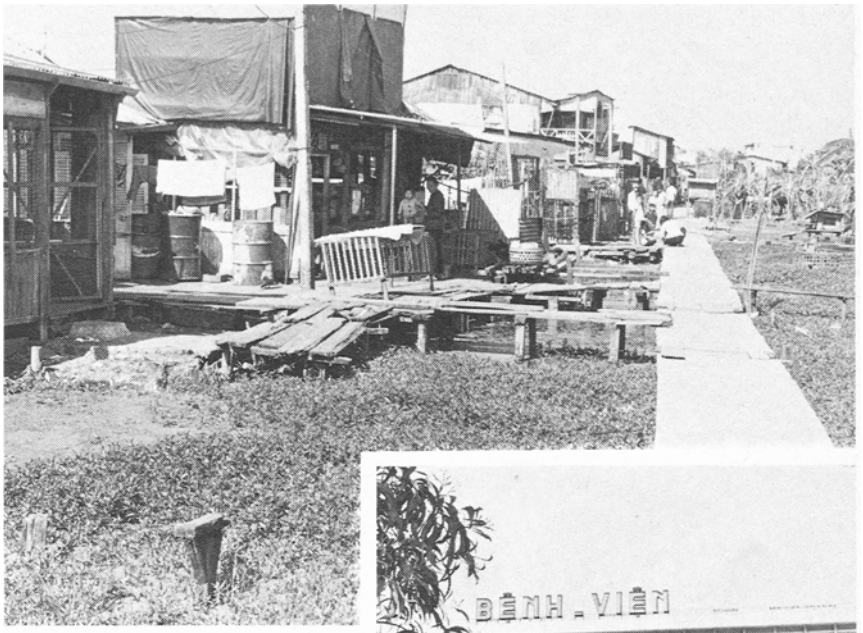
. . . onvoorstelbaar hoe men uit onderdelen van zeer uiteenlopende fabrikaten toch nog weer redelijk functionerende apparatuur weet samen te stellen . . .

Naar het Zuiden

Reeds aan het begin van ons bezoek hadden wij gevraagd of het mogelijk zou zijn om Saigon te bezoeken. Het was van meet af aan duidelijk dat het niet eenvoudig zou zijn om dat verzoek ingewilligd te krijgen, hoewel met name van de kant van het ministerie in Hanoi het belang van dit bezoek wel degelijk werd ingezien.
Er bestaat sinds kort een luchtverbinding tussen Hanoi en Saigon, maar de dienst wordt hooguit één keer per dag, afhankelijk van het weer, gevlogen met een DC 4. De vliegtuigen zijn meestal volgeboekt met regeringsdelegaties. Hoe men er tenslotte in is geslaagd plaatsen voor ons te bemachtigen blijft een van de geheimen uit de keuken van vice-minister Tin, maar feit is dat wij op de ochtend na onze terugkeer uit Lang Son in het vliegtuig naar Saigon zaten. Vliegen in Vietnam is een romantische aangelegenheid, die herinneringen oproept aan de jaren van de Uiver. Na het opstijgen komt de tweede piloot persoonlijk de stoelen goedzetten. Op de terugweg ging een ondernemende jongeman de cockpit binnen om een kijkje te nemen; later verrichtte hij als een soort steward allerlei hulpdiensten aan boord. In Da Nang werd een tussenlanding gemaakt op het onafzienbare militaire vliegveld dat nog vol ligt met wrakstukken van vliegtuigen en helikopters. De piloot tankte zelf en bepaalde met een peilstokje of hij genoeg benzine had.
Wie vanuit Hanoi in Saigon of liever gezegd Hô Chi Minh-stad aankomt, treedt een andere wereld binnen. Alleen de grote gastvrijheid en de bereidheid het vrijwel onmogelijke te doen om ons bezoek te doen slagen herinnerden aan Hanoi. Op het vliegveld sloeg de hitte ons in het gezicht. Saigon heeft een tropisch klimaat. Opnieuw omhelzingen van oude vrienden die wij ooit eens bij hun bezoek in Nederland hadden ontmoet. Weer het gevoel, niet bij vreemden maar bij familieleden te zijn.
Saigon is een woelige stad waar veel dingen nog op dezelfde manier gaan als tijdens het Thieu-regiem of, zoals men in Saigon zegt, het 'ancien regime'. De straten zijn gevuld met een woelige lawaaiige massa bromfietsen, vol met wandelaars en allerlei driewielige gemotoriseerde vehikels. Door het gebrek aan benzine zijn veel particuliere auto's verdwenen, maar alles bij elkaar zijn er veel meer auto's dan in Hanoi. Hanoi kan men het best vergelijken met een Zuidfranse provinciestad, bijvoorbeeld Nîmes; Hô Chi Minh-stad is vergelijkbaar met snel groeiende steden met een sterk westerse invloed zoals Manila of Hongkong: grote aantallen luxueuze hotels en torenflats, alle uitgerust met modern comfort.
Onder deze oppervlakkige laag van schijnwelvaart bevindt zich de miserabele werkelijkheid: krottenwijken, volksziekten en gebrek aan het meest noodzakelijke. Terwijl de armoede in het Noorden door iedereen wordt aanvaard als een tijdelijk lot dat iedereen in gelijke mate treft, zijn de verschillen in Saigon nog opvallend. Iedereen lijkt op zoek naar een koopje op een van de gigantische markten waar de meest onwaarschijnlijke artikelen te koop worden aangeboden, naar een plekje op een terras of misschien naar een aantal zaken uit de 'goede oude tijd' die door het nieuwe regiem van de lijst zijn afgevoerd.

Tot die zaken behoren in de eerste plaats *verdovende middelen.* Bij de machtsovername in Saigon waren er 150.000 verslaafden aan narcotica, die met elkaar de clientèle vormden voor een levendige handel in verdovende middelen. Het nieuwe regiem wordt geconfronteerd met de vrijwel onmogelijke taak deze handel op te rollen. Omdat het ondoenlijk is alle dealers in deze dichtbevolkte miljoenenstad op te sporen, heeft men zich beperkt tot het hermetisch afgrendelen van de toevoer. Men hoopt dat de oude voorraden over niet te lange tijd zijn verbruikt. De ernstigste verslavingsgevallen en de mensen die door het afsnijden van de toevoer in moeilijkheden beginnen te raken worden opgevangen in speciale behandelcentra buiten de stad.
Een andere erfenis van het 'ancien regime' vormen de 200.000 *prostituees,* die onder andere ten gerieve van het Amerikaanse bezettingsleger hun ambacht uitoefenenden. Onder hen werden kinderen van 9 jaar aangetroffen. Inmiddels zijn de bordelen gesloten en

is openlijke straatprostitutie verboden. De regering doet pogingen om de meisjes een beroepsopleiding te geven en hen aan normaal werk te helpen. Niettemin lopen er in de straten van Saigon nog een aantal rond, die min of meer openlijk hun diensten aanbieden.
Een van de meest schrijnende problemen van Hô Chi Minh-stad is dat van de *weeskinderen.* Bij de machtsovername waren er in Saigon circa 300.000 wezen en verlaten kinderen. Zij waren aanvankelijk voor een groot deel samengepakt in weeshuizen die door religieuzen worden geleid. De gezonde kinderen zijn inmiddels door de nieuwe regering ondergebracht bij pleeggezinnen, waarbij men getracht heeft om kinderen uit één gezin zoveel mogelijk bij elkaar te laten. Alleen de zieke kinderen, waaronder veel zwakzinnigen en poliopatiëntjes, worden nog verpleegd in ongeveer veertig weeshuizen. Soms wordt de verpleging gecombineerd met die van demente bejaarden. De omstandigheden waaronder deze kinderen leven zijn erbarmelijk, onder andere door het gebrek aan personeel maar ook door gebrek aan de meest elementaire materiële behoeften: kleding, kalmerende medicamenten, revalidatie-apparatuur en medische verzorging. In sommige tehuizen die wij bezochten was er slechts één verzorgster voor dertig kinderen, terwijl het bekend is dat de verzorging van dergelijke volledig hulpbehoevende kinderen een van de meest arbeidsintensieve verpleegtaken is, die minstens één verzorgster per drie kinderen vergt. In een donkere zaal lagen ongeveer dertig geheel invalide kinderen, waarvan er enkelen stervende waren; er was één verpleegster.



(boven) In schril contrast tot de fraaie luxe gebouwen staan de krottenwijken waar armoede, ziekte en ellende welhaast onoplosbare problemen vormen.



(rechts) Het splinternieuwe Madame Thieu-ziekenhuis (thans Ziekenhuis van het Volk) torent hoog boven de krottenwijken uit, terwijl praktisch elke basisvoorziening voor de bestrijding van volksziekten (nog) ontbreekt.

Gezondheidsproblemen in het Zuiden

Was in het Noorden duidelijk te zien dat men bij de opbouw van de gezondheidszorg tenminste van een goede conceptie was uitgegaan, in het Zuiden viel onmiddellijk op dat men zich daar kennelijk niets gelegen heeft laten liggen aan preventie en profylaxe. Daar is vooral de nadruk komen te liggen op hoog technisch gekwalificeerde voorzieningen voor geneeskundig handelen op topniveau. De indrukwekkende en eigenlijk toch ook wel beschamende voorbeelden torenen hoog uit boven de erbarmelijke krottenwijken, zoals het grote Japanse ziekenhuis en het zeer luxueuze Mevrouw Thieu-ziekenhuis, nu omgedoopt tot Ziekenhuis voor het Volk.

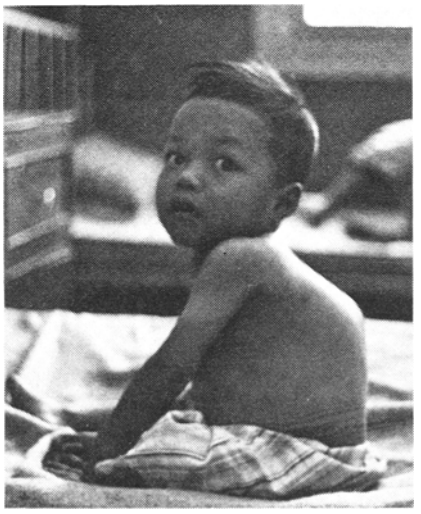
Tot de weinige basisvoorzieningen voor werkelijke gezondheidszorg, die men in Saigon aantreft behoren de in 1959 door onze regering geplaatste consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding! Deze zijn ook nog volledig in werking en men heeft ons vele malen met dankbaarheid gewezen op het nut van dergelijke goed gerichte schenkingen – het resultaat van de wijze adviezen van Dr. J. Meijer, directeur van de K.N.C.V.

Aangezien er met name in de tien zuidelijke provincies – die een jaar geleden in handen van de Voorlopige Regering zijn gevallen en een gebied met ruim 10 miljoen inwoners omvatten – nog geen enkele basis-gezondheidsvoorziening is, lijken de problemen hier bijna onoplosbaar. Om bijvoorbeeld tot enige *sanering* van de miljoenenstad Saigon – met wijken waar op minder dan 3 km^2 200.000 mensen bij elkaar hokken – te kunnen komen, zal men grote groepen mensen moeten laten teruggaan naar het platteland.
Het is niet in te zien hoe ziekten als cholera, pest en darminfecties anders te bestrijden zijn, om nog maar te zwijgen van de meest voorkomende volksziekten als malaria, lepra, tuberculose, drugverslaving en geslachtsziekten. Aan de andere kant zal juist een dergelijke uitwaaiering van groepen met hoge percentages besmettelijke ziekten naar streken waar vrijwel geen medische opvangmogelijkheden zijn de verspreiding van deze aandoeningen alleen nog maar bevorderen. Dit is nu al duidelijk het geval voor malaria, tuberculose, lepra en geslachtsziekten. Daarbij komt dan nog als extra complicerende factor het geweldige geboor-

tenoverschot; in Saigon zijn gezinnen met acht tot tien kinderen regel.
De onverschrokken moed, nuchterheid en vanzelfsprekendheid waarmee de gezondheidsautoriteiten in Hô Chi Minh-Ville (zoals Groot-Saigon nu officieel heet) over deze problematiek spreken en 5-/10-jaren plannen uitwerken, is voor ons westerse artsen – die ons bij voorkeur opwinden over het al dan niet verhogen van honoraria en over het juiste aantal 'intensive care'-bedden in een ziekenhuis – een beschamende gewaarwording. Dit krijgt nog eens een extra tot bescheidenheid manend accent, als men merkt met hoeveel aandacht en gretigheid wordt geluisterd naar de adviezen die men vanuit zijn veilige geborgenheid probeert te geven.



(boven) Ongeveer 3.000 chronische open tuberculose-patiënten houden de ziekenhuisbedden in Saigon 'verstopt'.



(rechts) In een der zalen voor kindertuberculose in een Saigons ziekenhuis zagen wij voor het eerst in ons leven een kind met een klassieke Pott's bibbus ten gevolge van werveltuberculose.

Tuberculose in Vietnam

Voor de tuberculose hebben wij uiteraard getracht zo goed en reëel mogelijk te adviseren. Het is opmerkelijk, hoe men ondanks alle ellende en moeite die men heeft moeten doormaken toch voortreffelijk op de hoogte is gebleven van de moderne vakliteratuur en de jongste internationale ontwikkelingen op het gebied van de tuberculosebestrijding. Het laatste rapport van het Expert Committee van de Wereldgezondheidsorganisatie was tot in details bekend en men bleek zich daar volledig aan te willen conformeren. Dat wil zeggen: massale B.C.G.-vaccinatie, bronopsporing door middel van microscopisch onderzoek en behandeling met een standaard geneesmiddelen-regiem.
In het verleden is met name in *Noord-Vietnam* op grote schaal I.N.H. en in mindere mate Streptomycine beschikbaar gesteld. Men heeft daardoor noodgedwongen de behandeling steeds moeten beginnen met deze beide medicamenten gedurende een vrij korte periode om vervolgens vaak eindeloos lang I.N.H. te verstrekken. De voor de hand liggende resultaten daarvan zijn het nu veelvuldig voorkomen van chronische tuberculose en van resistente stammen.
Onze suggestie aan het centrale instituut in Hanoi, in samenwerking met het referentielaboratorium van de Wereldgezondheidsorganisatie in Praag dit resistentievraagstuk verder te analyseren werd direct overgenomen. Een eerste vereiste is dan echter wel, dat het instituut zelf eindelijk een aanvaardbare outillage voor bacteriologisch onderzoek krijgt. Voor de opsporing van onbekende gevallen zullen verder op grote schaal microscopen moeten worden verspreid, maar men kan dit alleen doen wanneer tegelijkertijd de nodige medicamenten worden verstrekt om de opgespoorde gevallen ook te behandelen. Naast het reeds zoveel gebruikte I.N.H. en Streptomycine moet daarbij tenminste een derde goed werkend medicament beschikbaar komen. Men heeft in Noord-Vietnam gekozen voor Pyrazinamide; voor de gevallen die hier onvoldoende op reageren wordt dan als 'tweedelijns'-regiem Ethambutol-Rifampicine gevraagd. In het Zuiden combineert men I.N.H. en Streptomycine in eerste instantie met Tubercazon.

Het bereiden van B.C.G.-vaccin komt geleidelijk aan op gang, maar er ontbreken nog enkèle essentiële instrumenten.
Voor de opleiding van het onontbeerlijke middenkader is men bezig programma's uit te werken. Overigens bestaat er in grote steden zoals Hanoi een vrijwilligersorganisatie van tuberculose-huisbezoek(st)ers. Zij hebben ons vol trots enkele onder hun zorg thuis kurende patiënten getoond – enkele daarvan waren overigens al 5 jaar of langer (microscopisch) positief!
In *Zuid-Vietnam,* waar door oorlogshandelingen, volksverhuizingen en de opeenhoping van mensenmassa's de tuberculose ongekende hoogten heeft bereikt, konden ons al enkele resultaten worden getoond van een onlangs verricht tuberculine-onderzoek bij een kleine duizend leerlingen uit eerste klassen van lagere scholen (6-7 jarigen), waarbij was gebleken dat liefst

22,5% een reactie van meer dan 10 mm. had en 17,3% zelfs een reactie van meer dan 16 mm. Er waren ons reeds cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie uit Saigon bekend uit de jaren 1961/1962, toen bij 15- tot 19-jarigen een tuberculine-index van 79% werd gevonden.
Een ander cijfer dat de ernst van de tuberculose in Saigon aangeeft, is de uitslag van een recent röntgenonderzoek bij 13.424 arbeiders uit 33 fabrieken en kantoren in deze stad. Werkende mensen dus, die zich niet ziek hadden gemeld. Bij 8,7% hiervan werden röntgenologische afwijkingen gevonden, verdacht voor tuberculose. Een dergelijk onderzoek bij werkende jongeren en studenten leverde 2,6% afwijkingen op.
Een extra probleem wordt hier gevormd door de bijna 3.000 chronische patiënten met open longtuberculose die vrijwel niet meer te redden zijn, doch die wel een groot aantal ziekenhuisbedden 'verstoppen. Deze mensen zijn volstrekt ontheemd en men kan ze dus niet naar huis sturen: een dergelijke plaats bestaat er voor hen eenvoudig niet. Ambulante behandeling zou alleen maar leiden tot de verkoop van medicamenten om voedsel te kunnen kopen. De ziekenhuismortaliteit aan tuberculose bedraagt bijna 4%.
In Saigon praktizeren ongeveer 1.200 particuliere artsen, die nog steeds voor hun diensten goed gepeperde rekeningen uitschrijven en ook voor het laboratoriumonderzoek flink laten betalen. Met de reeds eerder aangeduide wijsheid en het geduld van de huidige machthebbers laat men dit gewoon voortbestaan, omdat men aan de ene kant toch niet voldoende alternatieven kan bieden en aan de andere kant het vertrouwen heeft dat deze artsen straks, wanneer zich eenmaal een goed geregelde gezondheidsorganisatie heeft ontwikkeld, eieren voor hun geld zullen kiezen.

Tenslotte

Een conclusie te trekken uit onze ervaringen is bijna ondoenlijk. Het waren per slot maar veertien dagen en wij hebben slechts enkele facetten gezien. De afwezigheid van haat en rancune, zowel tegenover de vroegere buitenlandse bezetters als tegenover de collaborerende Vietnamezen, is één van de dingen die tijdens onze reis een diepe indruk op ons hebben gemaakt. De *politiek van verzoening* is een van de voorbeelden van de wijze waarop Vietnamezen realiteitszin en idealisme met elkaar weten te verenigen tot een werkbaar geheel.
De redenering die simpelweg achter de verzoeningsgedachte steekt is de volgende: Een mens wordt grotendeels gemaakt door de omstandigheden waaronder hij leeft. Degenen die deze



Hanoi

omstandigheden hebben gemaakt zijn dus de hoofdschuldigen. Wij zijn verantwoordelijk voor het creëren van nieuwe omstandigheden. Iedereen moet de kans krijgen met de veranderde omstandigheden mee te veranderen. Zouden wij individuele mensen gaan straffen, dan zouden wij inconsequent zijn en onze eigen filosofie ontkrachten. Trouwens, wie zouden wij moeten straffen? Een lid van de geheime politie die gevangenen folterde? Maar waarom dan niet de man die kinderen ronselde voor bordelen, of de drughandelaar die misschien duizenden levens op zijn geweten heeft?

Het zou onjuist zijn te suggereren dat het aantal mensen, dat zich onder het oude regiem behagelijk voelde en actief of passief meewerkte, beperkt was tot een handvol collaborateurs. Voor vele honderdduizenden is de komst van het bevrijdingsleger dan ook een angstig avontuur geweest waarvoor zij liever gespaard waren gebleven. De Vietnamezen erkennen dat zelf. Het is deze erkenning van de realiteit, die hen heeft geleid tot een verstandig en mild beleid. Dit alles neemt niet weg, dat de overgrote meerderheid van de bevolking uiteindelijk opgelucht is door het einde van de oorlog en verlangt naar een leven in vrede en eenheid. Deze wil om zich aan te sluiten bij de nieuwe gang van zaken is duidelijk herkenbaar, naast de wat matte vage stemming die opvalt als men Hô Chi Minh-stad voor het eerst bezoekt.
De allesoverheersende indruk is zonder twijfel, dat hier een volk met grote overtuiging aan een toekomst werkt waarin het een heilig geloof heeft. Daarbij bestaat naast het grote bewustzijn van eigen kracht en kunnen, het rotsvaste vertrouwen op hulp van de vele vrienden in het buitenland. Daarbij worden steeds weer Nederland en Zweden als lichtende voorbeelden genoemd. Hoewel de problemen waarvoor men staat bijna onoplosbaar lijken, hebben de imponerende vastberadenheid en de zelfverzekerdheid van dit uitzonderlijke volk ook ons de overtuiging gegeven dat zij hun doel uiteindelijk zullen bereiken.

Hulpgoederen voor Vietnam

Eind maart '76 heeft het Medisch Comité Nederland-Vietnam 25 ton hulpgoederen verstuurd naar de ministeries van Volksgezondheid in Noord- en Zuid-Vietnam. In de zending zaten vooral medicamenten en instrumenten die kunnen dienen bij de bestrijding van tuberculose, onder andere 150 microscopen voor sputumonderzoek, 2 fluorescentiemicroscopen, 7.500.000 tabletten I.N.H., 125.000 ampullen streptomycine, 5.000.000 tabletten pyrazinamide, 85.000 capsules rifampicine en 125.000 capsules ethambutol, tuberculine en B.C.G.-vaccin beide voor 5.000 kinderen, 240 rollen röntgenfilms en 216 dozen vlakfilm, alsmede 2 sets volledige reproduktieapparatuur en kleine offsetmachines voor de tuberculose-instituten van Hanoi en Hô Chi Minh-stad.

Directe hulp aan Vietnam bieden:

het *Medisch Comité Nederland-Vietnam (M.C.N.V.),* Postbus 5701, Amsterdam, postgiro 1090400 (medische hulp);

het *Comité Wetenschap en Techniek voor Vietnam, Laos en Cambodja,* Kromboomsloot 53, Amsterdam, postgiro 2465474 (technische hulp en wetenschappelijke projecten, onder meer in samenwerking met het M.C.N.V.).

167ste Algemene Ledenvergadering

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter der K.N.M.G., heeft de 167ste Algemene Ledenvergadering – vrijdagavond 26 maart j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht – ingeleid met een oproep aan alle Nederlandse artsen zich kritisch te bezinnen op het vraagstuk van de kosten van de gezondheidszorg, een en ander in het licht van de door de regering aangekondigde bezuinigingen met betrekking tot de collectieve voorzieningen. De Maatschappijvoorzitter bracht het volgende naar voren:

Bij eerdere gelegenheden hebt u mij toegestaan te spreken over de noodzaak van samenwerking en begrip voor standpunten die van de eigen opstelling afwijken. Een belangrijke reden hiertoe vormde het streven de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren. Eén aspect is hier buiten beschouwing gebleven, hoewel u en ik van het bestaan ervan niet geheel onkundig zijn. Zowel samenwerking als andere factoren die kwaliteit in gunstige zin beïnvloeden – zoals basisopleiding, specialisatie, nascholing en toetsing – eisen onder meer offers van financiële aard. Dit aspect eist nu grotere aandacht in het licht van het voornemen van het kabinet-Den Uyl om in de komende jaren 10 miljard gulden te bezuinigen op de in 1980 te verwachten uitgaven aan collectieve lasten bij ongewijzigd beleid.
Naar schatting zal tot deze groeibeperking omstreeks 10% door de sector volksgezondheid moeten worden bijgedragen, waarbij direct de vraag rijst of in deze sector wel groeibeperking mogelijk is. Voorwaar een voorstel tot een pijnlijke en waarschijnlijk noodzakelijke operatie waarvan wij de indicatiestelling nauwkeurig dienen af te wegen, alsmede de directe en blijvende gevolgen dienen te schatten.
Het is niet mijn taak om aan te geven waarom het beleid ten aanzien van de collectieve voorzieningen moet worden gewijzigd. Ervan uitgaande dat de beleidsombuiging in meerdere of mindere mate tot stand zal komen, staan wij voor de gevolgtrekking dat minder middelen dan verwacht ter beschikking zullen staan van de volksgezondheid en – hieruit voortvloeiend – dat weliswaar meer diensten dan op dit moment mogelijk zijn zullen kunnen worden verleend, aangezien enige groei aanwezig blijft, al zal die minder zijn dan aanvankelijk werd verwacht. Tegen, op zichzelf goede plannen zal neen moeten worden gezegd, waarbij echter naar mijn mening de mogelijkheid dient te blijven bestaan dat een en ander uit de vrij besteedbare middelen wordt gefinancierd wanneer het uit de collectieve middelen niet kan.
Een zware wissel wordt hierbij getrokken op de medewerkers in de gezondheidszorg, zwaarder naarmate hun positie – en daarmee hun beslissingen – grotere consequenties hebben op financieel gebied.
De uitgaven voor gezondheidszorgdoeleinden hangen zeer nauw en voor een groot deel samen met de weinig mobiele sociale structuur, hetgeen betekent dat slechts een bescheiden deel in aanmerking komt voor maatregelen die vermindering van de groei van de kosten ten gevolge hebben. Daarnaast zijn er factoren die een blijvende stijging van uitgaven veroorzaken, zoals veroudering van de bevolking, toename van medisch-technische kennis en mogelijkheden, toenemende behoefte aan humanisering van de medische hulp, relatief sterkere groei van de prijzen in de dienstverlenende sectoren en een toenemend beroep op de medische sector voor problematiek die elders zou moeten worden opgelost.
Zonder dat eerder de dwingende noodzaak daartoe aanwezig was, is reeds een aantal jaren in deelgebieden van de sector volksgezondheid een vermindering van de stijging op gang gekomen, zoals het geval is o.a. bij de daling van de verpleegduur in ziekenhuizen en het gebruik van medicamenten.
Verschillende vragen komen in ons op, wanneer wij het bovenstaande voor de geest halen. Zijn er grenzen te stellen aan de middelen bestemd voor volksgezondheidsdoeleinden? Zal de groei aan kennis en kunde in deze sector doorgaan? Beide vragen zal men theoretisch met ja willen beantwoorden, ware het niet dat andere vragen tezelfdertijd het antwoord minder zeker maken. Wie stelt vast waar de grenzen liggen en wie bepaalt hoe groot de groeisnelheid mag zijn?

Reeds langere tijd heeft men gesproken over het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg en men heeft zich in diezelfde tijd minder intensief bezig gehouden met wat wel posterioriteiten worden genoemd, zoals preventieve geneeskunde geestelijke gezondheidszorg en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. De tijd is gekomen dat inderdaad bij een vermindering van de verwachte hoeveelheid ter beschikking staande middelen een keuze moet worden gemaakt uit de te leveren diensten. Er is reden tot bezorgdheid dat bij het doen van deze keuze bepaalde deelgebieden in de gezondheidszorg, die reeds enigermate zijn achtergesteld bij de curatieve zorg op het niveau van de huisarts- en specialistische geneeskunde, relatief zwaarder zullen worden belast. Ik meen dat het onze verantwoordelijkheid is er aan mede te werken dat vooral in de krachtiger gestructureerde deelgebieden van de gezondheidszorg moet worden bezien van welke diensten de groei zou kunnen worden verminderd, zonder dat daarbij verlies van kwaliteit optreedt. Het is mogelijk dat kwaliteit bij bezuinigingen kan worden gehandhaafd, maar dit is in het geheel niet zeker.
Wij dienen dan ook een duidelijker begrip te krijgen van wat kwaliteit in feite betekent. Het zou kunnen zijn dat de door ons – in een periode van slechts door mankracht begrensde mogelijkheden voornamelijk in de curatieve sector – steeds hoger gestelde kwaliteitsnormen te hoog zijn en dat hetzelfde resultaat voor een patiënt zou kunnen worden verkregen met een eenvoudiger dienstenpakket. Het is de meesten van u vermoedelijk wel bekend, dat er bij kwalitatief gelijk resultaat een verschillend beroep op de door patiënten bijeengebrachte geldmiddelen wordt gedaan. Men bedenke hierbij wel dat diegenen die weinig kosten veroorzaken niet de slechtste, en dat zij die veel uitgaven veroorzaken niet de beste artsen behoeven te zijn. Ieder voor zich zou zich kunnen beraden of zijn werkzaamheden voor veranderingen in aanmerking komen die de kwaliteit ongemoeid laten en waarbij de groei van de kosten kan worden verminderd. Het lijkt niet juist – en vermoedelijk is het zelfs niet mogelijk – hiervoor algemene regels op te stellen waaraan de praktizerende artsen zouden moeten voldoen, doch wellicht zijn er enkele gebieden die voor een meer strikte regulering in aanmerking komen, zoals

het gebruik van laboratoriumfaciliteiten, röntgenonderzoek, prescriptie, verwijzing naar andere artsen, controle-onderzoekingen, dubbele onderzoekingen bij vrijwel gelijktijdige behandeling in de curatieve en/of verzekeringsgeneeskundige sector e.a. Een mogelijkheid biedt verder het opschorten van nieuwe functies en een doelmatiger regionaal gebruik van de bestaande functies.

De L.S.V. zal in het najaar een congres organiseren over de kostenbeheersing in de specialistische geneeskunde. Het ware te overwegen hierbij de huisartsgeneeskunde in ieder geval te betrekken, gezien de grote interactie tussen beide vormen van geneeskunde.
Een van de themata van dit congres zal naar mijn mening dienen te zijn dat er – naast de terreinen waarop een vrije beroepsuitoefening noodzakelijk is en waarop langs de weg van zelfordening redelijkheid met betrekking tot de kosten wordt bevorderd – gebieden zijn waarop het tot onze verantwoordelijkheden behoort om aan te geven welke keuze uit de mogelijk te verstrekken diensten het minst schadelijk is op korte en lange termijn. Het is in dit verband goed er op te wijzen dat de overheid weliswaar voorstellen tot bezuiniging wenst te doen, maar tezelfdertijd andere voorstellen doet in dezelfde sector volksgezondheid die het budget extra belasten, zoals bijvoorbeeld de toename van het aantal lesuren van ziekenverzorgsters en het werktijdenbesluit ten behoeve van werknemers in ziekeninrichtingen, waarvan de toename van kosten begroot is op totaal 230 miljoen gulden.
Eens te meer komt dan de vraag in ons op welk deel van de gemaakte kosten in de sector volksgezondheid een zodanige flexibiliteit bezit, dat daadwerkelijke bezuiniging en vermindering van de groei van de kosten mogelijk is en welk deel zodanig vastligt in onze sociale structuur dat een wijziging vrijwel niet mogelijk is. Het valt te vrezen dat men op ieder deelgebied van de gezondheidszorg meent dat alle aldaar gemaakte kosten geheel verantwoord zijn en dat het niet met minder kan, zodat er in feite tenslotte weinig of niets gebeurt.
De centrale positie die de arts inneemt bij het individueel bepalen van de verstrekkingen legt hem de verplichting op dit nader te bezien in het licht van de vermindering van de groei der beschikbare middelen, waarbij hij ervoor dient te waken dat de kwaliteit van de verleende zorg niet of nauwelijks afneemt. Uiteraard moet ook de patiënt beseffen dat de door hem gevraagde diensten in bepaalde gevallen niet kunnen worden verleend en dat dit niet betekent dat de kwaliteit van de medische hulp daardoor is verminderd en de patiënt onverantwoorde risico's zou kunnen lopen.
Het spreekt haast vanzelf dat er voor een toenemende verbetering van de gezondheidszorg meer geld nodig is. Het zal dan ook onze taak zijn mede te bevorderen dat de beschikbare middelen zo goed mogelijk worden besteed, dat onnodige en overbodige diensten worden beëindigd of vermeden en dat iedere arts voor zich tracht zo efficiënt mogelijk te werken. Het is echter ook de vraag of een dergelijke benadering van de aan de arts aangeboden problematiek bij voortduring in de praktijk van alledag mogelijk is.
Het effect van de gezamenlijke inspanningen zal mede hierdoor vermoedelijk niet erg groot zijn, doch wellicht voldoende om het mogelijk te maken dat bij een daadwerkelijke bezuiniging een goede kwaliteit van de medische hulp kan worden gegeven en de mogelijkheid van groei in de toekomst aanwezig blijft. De patiënt bepaalt in belangrijke mate op welke diensten prijs wordt gesteld, maar de artsen zullen naar mijn mening moeten aangeven welke keuze uit de mogelijk te verstrekken diensten moet worden gemaakt.
Er ligt hier een duidelijke taak voor onze beroepsorganisatie mede te werken aan de oplossing van de vele vragen die wachten op beantwoording en wegen aan te geven om het gestelde doel te bereiken, hetgeen kan geschieden in het kader van de reeds bestaande en daartoe geëigende adviesorganen. Aldus de K.N.M.G.-voorzitter, daaraan tenslotte toevoegend: Meer dan een zeer complex vraagstuk summier aan u voorleggen heb ik in deze korte tijd niet kunnen doen. Het zou echter de aanzet kunnen zijn voor een indicatiestelling voor een pijnlijke en wellicht noodzakelijke operatie welke dienen zal om erger te voorkomen. Mijn verwachting is dat de Nederlandse arts niet zal nalaten adequaat te reageren wanneer hij met een moeilijk probeem wordt geconfronteerd, zoals hij dat in het verleden meermalen heeft getoond. Gaarne reken ik op uw medewerking in deze.

Voorstellen

Nadat de afgevaardigden instemming hadden betuigd met de voorstellen tot aanvulling en wijziging van het huishoudelijk reglement der K.N.M.G. (M.C. nr. 4/1976, blz. 124 e.v., nr. 6/1976, blz. 188 e.v. en nr. 8/1976, blz. 256), maakte de vergadering zich op een uitspraak te doen over de positie van de Werkgroep 'Functioneren Algemene Vergadering'. Een beslissing moest worden genomen of deze werkgroep dient te worden beschouwd als te zijn ingesteld rechtstreeks door de Algemene Vergadering dan wel als een door het hoofdbestuur ingestelde werkgroep. De meerderheid bleek voor eerstgenoemde interpretatie geporteerd: 26 stemmen voor, 1 blanco en 20 tegen. Later kwam de voorzitter op deze zaak terug nadat hij had geconstateerd dat een aantal afgevaardigden zich van stemming zou hebben onthouden. De vergadering had er toen in meerderheid geen behoefte meer aan tot herstemming over te gaan.

Volksverzekering

Het tweede gedeelte van de avond was gereserveerd voor nader beraad over de Algemene wet gezondheidszorgver-

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.

zekering, de zogenaamde volksverzekering, waarbij werd uitgegaan van de indertijd uitgelekte memorie van toelichting, integraal gepubliceerd in M.C. nr. 38/1975, blz. 1164 e.v.). Dit agendapunt werd ingeleid door Mr. W. B. van der Mijn, die daartoe een door de K.N.M.G.-econoom Drs. P. Brandes opgesteld referaat voordroeg.

De heer Brandes neemt het ernstig dat alle in de Sociaal Economische Raad samenkomende groeperingen zich ten gunste van de volksverzekering hebben uitgesproken. Hij gaat er dan ook van uit dat deze in een of andere vorm wel zal worden gerealiseerd. Verwijzend naar hetgeen de K.N.M.G.-voorzitter in deze vergadering al had gezegd over de stijgende kosten van de gezondheidszorg dook de Maatschappij-econoom in het verleden:

'Ik heb voor u een officiële verklaring nageslagen, op hoog niveau – de Ziekenfondsraad – gedaan en voorzien van de handtekening van een aantal prominenten. Dat was in 1952 en heeft destijds op mij, als pas beginnend lid van de Ziekenfondsraad grote indruk gemaakt. Men heeft toen namelijk verklaard dat bij het vigerende verstrekkingensysteem 'het kostenpeil de financiële draagkracht te boven gaat'. Ik citeerde letterlijk: 'niet als dreiging maar als feit werd het geconstateerd (bij een premie van 4,2%)', aldus de heer Brandes, die over de kosten van de gezondheidszorg onder meer nog het volgende opmerkte:
'Ten eerste is het theoretisch niet te ontkennen dat de medische ontwikkeling tot onbetaalbare resultaten kan leiden; er bestaan geen ingebouwde remmen. Ten tweede: wij geven thans 8 à 9% van het nationale inkomen uit voor de gezondheidszorg. Waar ligt het maximum? Ik speel leentjebuur bij de S.E.R. als ik aan een rapport van 1960 herinner met de conclusie, dat een land dat zoveel uitgeeft aan bijvoorbeeld tabak de gezondheidskosten niet dient te plafonneren. Mijn derde opmerking sluit aan op de reserve die in het voorgaande welbewust werd ingebouwd. Een paar keer heb ik gezegd: het geld komt er, indien werkelijk nodig. Daar hebt u het onderscheid tussen nodige en onnodige kosten dat verbaal zo gemakkelijk is te maken, maar wie geeft in concreto aan wat in de ene en wat in de andere lade moet worden gestopt? Mijn antwoord luidt: dat kunnen direct of indirect alleen de artsen zelf doen. Sinds kort worden wij nog door een vierde kostenproblematiek verontrust en die heeft mijn taak als inleider erg verzwaard. Daarbij gaat het niet rechtstreeks over de gezondheidszorg, maar over deze zorg geplaatst in het brede verband van het totaal der collectieve lasten, dat is alles wat wij uit belastingen en sociale premies betalen. Het gaat dan om enorme totaalbedragen, ruim de helft van ons gehele nationale inkomen, om het lieve sommetje van meer dan honderd miljard gulden'.

Aldus de heer Brandes ter inleiding van een korte gedachtenwisseling over de volksverzekering, die uitmondde in de toezegging van de voorzitter in een volgende algemene vergadering te komen met een rapportage van het hoofdbestuur over de onderhavige overheidsplannen.



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

**Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.**

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van *f* 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Opvoeding tot gezond gedrag

G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg (III)

door *Drs. W. F. M. de Haes*[1], *Drs. J. H. Schuurman*[2] en *Dr. F. Sturmans*[3]

Samenvatting

In dit artikel wordt nader ingegaan op de mogelijkheden en beperkingen van twee G.V.O.-strategieën: verandering van gedrag via kennisvermeerdering (c.q. attitudeverandering) en via beïnvloeding van de structuur. De eerste wordt door ons slechts van beperkte waarde geacht ter beïnvloeding van het gedrag van volwassenen. Nader wordt ingegaan op de redenen hiervoor.
Door de auteurs wordt meer verwacht van een strategie waarbij men a) sociale structuren probeert te veranderen via bijvoorbeeld de agogische werkwijze, b) organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg ter verlaging van 'drempels' probeert te bewerkstelligen en c) structurele veranderingen in de maatschappij tracht te realiseren. Hiervoor is nog veel onderzoek nodig en moet een democratisch besluitvormingsproces op gang worden gebracht.

1. Inleiding

In de delen I en II (De Haes e.a. 1976 en Schuurman e.a. 1976) zijn twee groepen gedragsdeterminanten beschreven, op basis waarvan enkele benaderingswijzen voor G.V.O. zijn aangegeven: op het individu gerichte, op de sociale omgeving gerichte en op de structuur (van de gezondheidszorg en de samenleving) gerichte benaderingen.

In dit artikel gaan wij nader in op de achtergronden voor deze benaderingen en de verwachtingen die wij op grond van onderzoeksgegevens uit de literatuur van beide benaderingen hebben. Afhankelijk van de voorkeur die men als G.V.O.-er heeft voor één van beide benaderingen en afhankelijk van de vraag of men effect op korte termijn of op langere termijn wil zien, zal men ook een verschillende keuze maken ten aanzien van de doelgroepen waarop men zich richt en ten aanzien van de beïnvloedingstechnieken die men hanteert.

Indien men de voorkeur geeft aan het individuele leerproces, zal men zoeken naar mogelijkheden om dit leerproces zo vroeg in de gunstige zin te beïnvloeden. De keuze zal dan o.a. zijn: G.V.O. als onderdeel in het basis- en vervolgonderwijs, waarbij men, gezien de nog altijd sterke eenzijdig-intellectualistische traditie in het onderwijs, praktisch is aangewezen op kennisoverdracht als middel tot gedragsbeïnvloeding.

Indien men de voorkeur geeft aan de 'structurele' (= social change) benadering en ook voor de thans levende oudere generaties effect wil zien, zal men eerder de politici, de lokale bevolking(sgroepen) en de werkers in de gezondheidszorg als doelgroep kiezen. Het basis- en vervolgonderwijs zal men hier alleen als doelgroep kiezen als er waarborgen gevonden kunnen worden dat in het onderwijs meer aandacht aan sociale en culturele vorming wordt geschonken.

Hiervoor is volgens Van Beugen (1970b) nodig dat de doeleinden van het onderwijs opnieuw in discussie kunnen komen en dat er ruimte komt voor experimenten die verder strekken dan een technologische ontwikkeling. Daarvoor zal echter een mentaliteitsbeïnvloeding nodig zijn bij alle betrokkenen: leerlingen, ouders, leerkrachten, besturen, overheidsinstanties, het opleidingsveld. Hiermee verklaart hij dan tevens het onderwijssysteem als werkterrein van agogische actie.

Als in het onderwijs voldoende ruimte voor experimenten wordt geboden dan kan een goed opgezet G.V.O.-project een bijdrage leveren aan de ook voor G.V.O. noodzakelijk geachte verandering in het onderwijs.

2. Gezond gedrag: via kennisvermeerdering (en attitudeverandering)

2.1. Relatie tussen gedrag en de opgegeven reden van dit gedrag

Veel educatieve methoden op bijvoorbeeld het terrein van de drugvoorlichting gaan er van uit dat gedragsverandering op een of andere wijze veroorzaakt wordt door veranderingen in attitudes en kan worden voorspeld op basis van de veranderingen die men vaststelt bij een meting met attitudeschalen. Deze veronderstelling is een gevolg van een meer algemene veronderstelling dat het gedrag van alledag wordt geleid door de attitude.
Dat deze veronderstelling zo algemeen wordt aanvaard, is een gevolg van het feit dat mensen geneigd zijn te denken dat zij iets doen op basis van eenvoudig te verwoorden rationele redenen. Langzaam wordt het evenwel duidelijk dat het vermogen een aanvaardbare reden te geven in feite alleen maar een sociale vaardigheid is en dat de opgegeven reden vaak weinig te maken heeft met de 'echte' reden.
De opgegeven reden is namelijk in sterke mate afhankelijk van het auditorium waarmee men te maken heeft. Een reden die een bepaalde handeling ade-

---

1. *sociaal-psycholoog;*
2. *socioloog;*
3. *hoofd van de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam (Directeur (Prof. Dr. L. Burema).*

quaat legitimeert ten opzichte van het ene gehoor kan als volledig inadequaat beschouwd worden door een ander gehoor. Een cannabisgebruiker bijvoorbeeld zal tegen zijn vriendjes zeggen dat hij cannabis gebruikt omdat hij het lekker vindt, maar tegen een rechter zal hij zeggen dat hij op het verkeerde pad was gebracht en tegen een psychiater dat hij het gebruikte omdat hij moeilijkheden had. Het zijn allemaal verklaringen die geconstrueerd zijn na de gebeurtenis en in een bepaalde situatie.

2.2. Relatie tussen kennis en gedrag

Voorlichting in de zin van kennisoverdracht wordt door velen beschouwd als een fundamentele aanpak voor gezondheidsproblemen en wordt daarom als belangrijkste middel gebruikt als men verandering van gezondheidspraktijken op het oog heeft. De vraag hoeveel invloed kennis op het gezondheidsgedrag heeft, wordt echter door Seghal (1967) beantwoord met 'erg weinig'. Hij komt tot deze uitspraak op basis van een onderzoek in verband met een vliegenbestrijdingscampagne in India, waarbij werd getracht een bepaalde vorm van mestputten ingang te doen vinden. Het bleek namelijk dat diegenen die het gewenste gedrag niet hadden aangenomen (met andere woorden geen mestput bouwden) niet verschilden (inzake kennisniveau over de gezondheidsaspecten van de mestbehandeling en over de gastro-intestinale ziekten) van hen, die het gewenste gedrag wel aangenomen hadden.

Een ander voorbeeld is misschien sprekender, omdat het nader aansluit bij onze cultuur. Het Rotterdamse Bureau van de 'Stichting voor maatschappelijke dienstverlening aan de (aanstaande) ouder(s) met problemen naar aanleiding van een zwangerschap' (C.O.M. van de oude naam Centrum voor Ongehuwde Moederzorg) heeft een onderzoek ingesteld naar de oorzaken van ongewenste zwangerschap bij 320 cliënten die zich tot het bureau hebben gewend. Uit het onderzoek blijkt onder andere dat de cliënten niet ongewenst zwanger zijn geworden bij gebrek aan kennis omtrent het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Uit gesprekken met meisjes was het duidelijk dat men in theorie genoeg weet over anti-conceptie, maar dat er emotionele weerstanden zijn tegen het gebruik ervan. Nog meer voorlichting in de zin van kennisoverdracht is in een dergelijke situatie overbodig (C.O.M., 1975).

Een benadering die kan worden overwogen om de bevolking toch aan te zetten zich meer gezond te gedragen kan er in bestaan aan te geven hoe het gezonde gedrag 'voordelen' heeft ten aanzien van andere waarden die men in het leven belangrijk acht. Veel gezondheids- en hygiënische vindingen hebben namelijk soms voordelen die de mensen kunnen zien en waarderen zonder dat ze daarbij direct denken aan het verband tussen die vindingen en hun gezondheid. Deze voordelen hoeven niets te maken te hebben met de moderne theorieën over de oorzaken van ziekten.

Hiermee wordt een zeer belangrijke vraag opgeroepen: moet men pogingen doen informatie aan de mensen te verschaffen en hun attitude proberen te veranderen of moet men de nadruk uitsluitend leggen op een voor de gezondheid gunstige verandering van het gedrag, niet noodzakelijk gebaseerd op hiermee gerelateerde kennis? Op basis van bovengenoemd onderzoek komt Sehgal tot de conclusie dat het overdragen van kennis in verband met gezondheid nauwelijks leidt tot een gedragsverandering.

Men kan mensen telkens weer informeren over effectieve gezondheidspraktijken, ondersteund door de meest betrouwbare feiten en cijfers en toch brengt dit geen verandering in hun gedrag teweeg, getuige o.a. het rookgedrag van artsen, van wie toch mag worden verwacht dat zij alles weten over de gevaren van roken. Informatie over ziekten als mensen er niet aan lijden schijnt weinig of geen gedragsverandering op te roepen. Sehgal komt dan ook tot de conclusie dat de mensen doorgaans iets leren over dingen die in verband staan met hun onmiddellijke behoeften. Zij nemen actie om aan deze behoeften te voldoen zonder zich druk te maken over de hiermee gerelateerde gezondheidsvoordelen, welke vaak tamelijk moeilijk aan te tonen zijn.

Sociale druk van leiders, buren of gezondheidswerkers vervult een belangrijke rol bij het aannemen van een nieuw gezondheidsgedrag. Kennis van praktijken die een indirect effect op de gezondheid hebben, kunnen vaak beter worden 'verkocht' door de niet op gezondheid gerichte voordelen aan te wijzen die de mensen kunnen zien en waarderen.

2.3. Relatie tussen gedrag van nu en mogelijke gevolgen in de toekomst

Een ander aspect van de puur cognitieve benadering is dat men de selectieve aandacht voor ongezond of riskant gedrag op dit moment eigenlijk alleen maar kan rechtvaardigen door te wijzen op de mogelijke ernstige gevolgen in de toekomst. Dit houdt in concreto bijvoorbeeld in dat de jeugdige moet inzien dat, als hij *nu* begint te roken, hij een grotere *kans* loopt over twintig of dertig jaar bepaalde ziekten te krijgen zoals longkanker, rokersbeen (= claudicatio intermittens), hartinfarct, dan wanneer hij nu niet gaat roken.

Voor een ander soort riskant gedrag, namelijk promiscuë gedrag, ligt dit iets anders. Ten aanzien van dit gedrag bestaat er wel het *onmiddellijke* gevaar van geslachtsziekten, doch dat directe gevaar kan weer vrij snel worden verholpen door het geven van penicilline.

De pas veel later optredende gevolgen zoals bijvoorbeeld steriliteit tengevolge van salpingitis zijn minder talrijk en worden niet meteen met geslachtsziekten in verband gebracht. Het feit dat de nadelige gevolgen van een bepaald 'ongezond gedrag' ver in de toekomst liggen, geeft weinig aanleiding dit gedrag te stoppen.

Bij die groep waarbij het gedrag van nu de oorzaak vormt van het latere probleem is het daarom nogal moeilijk hen te motiveren tot een gedrag waarbij zij nu iets prettigs moeten nalaten, terwijl zij hiervoor *mogelijk* later worden beloond in die zin dat ze 'straf' ontlopen. Bovendien kan het praten over promiscuë gedrag op een onjuist tijdstip naast positieve ook negatieve effecten hebben in die zin, dat men er toe komt op riskante wijze te gaan experimenteren met het onbekende (dus uitdagende, dus spannende).

Uit de voorbeelden zal al enigszins

Opvoeding tot gezond gedrag:

via kennisvermeerdering (c.q. attitudeverandering)

of via beïnvloeding van sociale structuren?

---

duidelijk zijn geworden wat de moeilijkheden zijn van de methodieken die uitgaan van een beïnvloeding van het kennis- en attitude-aspect. Wat een probleem vormt voor de gezondheidszorg, dat wil zeggen voor de deskundigen, ligt nog zover verwijderd van de mensen die iets moeten gaan veranderen in hun gedrag, dat er nauwelijks voorwaarden aanwezig zijn om dit tot een probleem van hen te laten worden. Evenals de dood, die nog zover weg ligt dat men er nauwelijks behoefte aan heeft hierover na te denken en het liever ver weg stopt, geldt ook hier dat de nadelige consequenties van een bepaald gedrag nog heel ver in de toekomst liggen en dat het bovendien *niet zeker* is, dat men door dit gedrag ook werkelijk een bepaalde ziekte zal krijgen. De prettige aspecten van dat gedrag ervaart men echter meteen. Het is ook de stimulans om er mee door te gaan.

2.4. Het kansbegrip

De onzekerheid over de latere nadelige gevolgen introduceert een extra moeilijkheid, te weten het feit dat de jeugdige bij zijn oordeelsvorming gebruik moeten maken van het kansbegrip, iets wat voor vele volwassenen, zelfs voor academisch gevormden, vaak nog een moeilijke zaak is. Als men sigaretten rookt is het niet *zeker* dat men longkanker of hart- en vaatziekten krijgt; men heeft alleen een grotere kans dan de personen die niet roken. Ook deze laatsten hebben een kans de betreffende ziekten te krijgen.

Met andere woorden als men niet rookt is men er niet van verzekerd dat men de betreffende ziekte niet krijgt. Alleen de kans op het krijgen van de ziekte is kleiner. Er blijft echter een ondeterminеerbaar complex geheel van andere factoren over, dat eveneens meebepaalt of men al of niet de ziekte krijgt.

2.5. Gewenste gedrag niet in overeenstemming met heersende normen

Het gewenste gedrag is verder vaak een gedrag dat niet in overeenstemming is met de op dat moment heersende normen in de maatschappij, althans niet met de normen van de groep waarin men verkeert. In plaats van direct een beloning (geen ziekte) te krijgen voor het zo geprezen gedrag wordt gezegd dat men deze beloning *misschien* later krijgt. Maar ook personen die het gewenste gedrag niet aannemen krijgen mogelijk ook deze beloning. Van de andere kant wordt men op dit moment voor zijn goede gedrag geconfronteerd met afkeuring door de maatschappij of door zijn kennissen en vrienden.

Dit laatste leidt ons tot de conclusie dat 'Customs, like men, are not islands into themselves (Richards, 1975); met andere woorden gewoonten proberen te veranderen zonder structurele aspecten (= omgeving) aan te grijpen is weinig zinvol. De mens is immers in grote mate verbonden met zijn sociale omgeving. Eén individu uit het geheel trachten te veranderen biedt daarom weinig uitzicht op succes.

3. G.V.O. via beïnvloeding van sociale structuren

Het probleem waarmee een individu wordt geconfronteerd als hij tot het inzicht is gekomen dat hij zijn gedrag moet veranderen om gezond te blijven, is dat hij bij de poging tot realisering van dat andere gedrag vaak wordt geconfronteerd met een negatieve reactie van de sociale omgeving of de groep waartoe hij behoort. Een bekend voorbeeld is de reactie van de omgeving op het gedrag van een moeder die haar kind suikervrij wil houden ter voorkoming van tandbederf. Zolang het kind nog helemaal onder haar hoede is zal ze er best in kunnen slagen om het kind niet te wennen aan snoep waar suiker in zit. Ook geeft het geen probleem om een kind te wennen aan allerlei voedingsmiddelen waaraan geen suiker is toegevoegd (bijvoorbeeld pudding, pap, appelmoes, etc.). Zo gauw het kind echter in de buurt gaat spelen, zich in een winkel vertoont, naar de kleuterschool gaat of bij kennissen of bij familie op bezoek komt, wordt veelal onbewust op allerlei manieren door anderen geprobeerd dit 'afwijkende' gedrag te doorbreken en het kind tot snoepen te bewegen. De sociale druk van de omgeving kan hierbij zeer sterke en subtiele vormen aannemen, waardoor het de ouders zeer moeilijk wordt gemaakt op de ingeslagen weg door te gaan zonder psychische schade te berokkenen aan het kind.

Het gaat hier dus om een zeer gestructureerde reactie van de omgeving, die men niet zo maar kan doorbreken, omdat er een complex van waarden, normen, verwachtingen en doelstellingen aan ten grondslag ligt (Haynes and Mathews, 1974). Veelal is de sociale omgeving zich niet bewust van deze eigen waarden en normen.

3.1. Agogische werkwijze

In het voorgaande is gereleveerd dat de agogische werkwijze een goede methode kan zijn om de mensen bewust te maken van hun waarden en normen; deze methode wil de mensen doen ontdekken wat ze nastreven, wat ze belangrijk vinden wat ze als probleem ervaren. Als dit duidelijk genoeg geworden is, kan dit gebruikt worden voor een G.V.O.-programma. Als via agogische actie de mensen zich bijvoorbeeld bewust worden dat het voor hen belangrijk is om aan sport te kunnen doen, fysieke prestaties te leveren en daardoor te worden beloond, waardoor ze een stuk eigenwaarde (her)krijgen, dan kan van daaruit een anti-rook-campagne starten. Longkanker en andere risico's die ver in de toekomst liggen, hoeven dan helemaal niet te worden genoemd. Men kan dan uitsluitend de relatie leggen tussen roken en je fysiek lekker voelen op dit moment.

Andere directe beloningen die men aan niet-roken kan verbinden zijn: behoud van frisse lucht; geen stank verspreiden en niet in een stinkende omgeving zitten; je niet-verslaafd gedragen (= zich vrij voelen nee te kunnen zeggen tegen de verleiding).

Essentieel bij de agogische benadering is dat niet de deskundige de doelstelling vaststelt, doch dat de deskundige samen met de doelgroep waarmee hij een 'functionele samenwerkingsrelatie' (Van Beugen, 1968) is aangegaan, de doelstelling vaststelt. Het is echter niet essentieel dat die doelstelling een relatie heeft met een volksgezondheidsprobleem, maar ze moet wel in verband staan met wat de mensen met wie men werkt zelf als persoonlijke problemen of groepsproblemen ervaren. Men kan zich overigens de vraag stellen of niet elk probleem waar mensen mee zitten, te maken heeft met hun gezondheid.

De beantwoording van deze vraag hangt af van de definitie van gezondheid die men hanteert. De relatie met de actuele problemen van mensen met wie men werkt is een belangrijke factor in de mogelijke effectiviteit van de agogische methoden. In feite sluit dit aan bij wat Seghal (1967) concludeert uit zijn onderzoek in verband met een vliegenbestrijdingscampagne in India: alleen door aan te sluiten bij de onmiddellijke behoeften van de mensen bestaat er een kans dat men gedrag uitlokt dat ook voor de gezondheid positief is.

Juist omdat de agogische werkwijze serieus en diep ingaat op wat mensen werkelijk beweegt en bezig houdt, is de kans dat een echte attitudeverandering optreedt hier veel groter dan wanneer

men op puur cognitief niveau de doelgroep tegemoet treedt. De voorwaarden voor een gedragsverandering zijn in de agogische benadering dan ook gunstiger dan in de benadering die werkt volgens het individuele leerproces.
In dit verband willen wij wijzen op een opmerking van Van Beugen (1970 b) dat 'De planned change-theorie heeft aangetoond hoe gebrekkig de methode van de (rationele) voorlichting, de overreding, is als het gaat om het veranderen van een mentaliteit. Juist het inwerken op de gevoelsmatige kanten van een veranderingsproces vereist een sociaal-technologische bezithoudt, de deskundigheid van sociaal-technisch geschoolde 'change agents''.
In het kader van dit artikel zal niet verder worden ingegaan op de verschillende fasen die aan een agogische actie zijn te onderscheiden (Van Beugen 1968).

3.2. Organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg

In het voorgaande is de aandacht vooral gericht geweest op de primaire preventie. G.V.O. heeft evenwel ook een taak te vervullen bij secundaire en tertiaire preventie, met andere woorden bij behandeling en revalidatie. Om een voorbeeld te noemen: als iemand denkt een geslachtsziekte te hebben is het belangrijk – zo wordt hem/haar door de voorlichter verteld – zowel voor zichzelf als voor de toekomstige partners, zo spoedig mogelijk naar de dokter te gaan om uit te laten zoeken of men inderdaad geslachtsziekte heeft en of behandeling noodzakelijk is.
Voor het tegengaan van de epidemie is het verder gewenst, als men geslachtsziekte blijkt te hebben, dat men bereid is mede te delen met wie men de laatste geslachtsgemeenschap heeft gehad. Het is dan de bedoeling, dat deze personen worden opgespoord en dat zij eveneens worden onderzocht op de aanwezigheid van geslachtsziekten, eenzelfde procedure als gebruikelijk is bij de bestrijding van tuberculose. Dit zal door de betrokkene niet altijd in dank worden afgenomen. Vooral als men dan – om dit onderzoek te ondergaan – eerst nog voor een verwijskaart naar de huisarts toe moet die men eigenlijk wegens de morele geladenheid van het vertoonde gedrag hiervan liever niet op de hoogte zou willen (laten) stellen.
De situatie wordt nog erger als de polikliniek voor huid- en geslachtsziekten waar men dan naar toe moet overvol is en men daar het risico loopt te worden herkend door een vriend of kennis of als men door de verpleegster moraliserend wordt benaderd. Na dergelijke ervaringen zal men er zich wel voor wachten zich een volgende keer weer aan deze procedure te onderwerpen.
Dit is een kernpunt van het probleem bij de geslachtsziektenbestrijding. Ongeveer éénderde van de gevallen van geslachtziekte zijn namelijk patiënten die al één of meer malen de ziekte hebben gehad.
Naast de houding van de arts c.q. werkers in de gezondheidszorg tegenover de patiënt met geslachtsziekte spelen dus ook organisatorische aspecten van het gezondheidszorgsysteem, die men voor een deel kan beschouwen als een uitvloeisel van in de gezondheidszorg heersende waarden, normen, verwachtingen en doelstellingen enz., een belangrijke rol bij het besluit of en zo ja wanneer en hoe de voorzieningen van de gezondheidszorg worden opgezocht.
Een ander voorbeeld van discrepantie tussen wat de G.V.O. probeert over te brengen en de organisatie van de gezondheidszorg vormt het volgende: Het werd, aldus Plaut (1966) al lang opgemerkt dat het type alcoholici dat men krijgt te zien in de 'emergency' afdeling van algemene ziekenhuizen 'niet voldoende gemotiveerd was' gebruik te maken van de diensten van poliklinieken voor alcoholici.
Plaut citeert een onderzoek van Chafetz e.a. waarin werd geconstateerd dat doorgaans minder dan 5% van de patiënten die in eerste instantie werden gezien op de 'eerste hulp' ooit hun weg hadden gevonden naar de poliklinieken voor alcoholisten en praktisch geen enkele patiënt ging vaker dan vijf keer naar deze polikliniek. Toen men ging zoeken naar de redenen hiervan werd ontdekt dat de alcoholisten vele professionele en administratieve personeelsleden moesten 'passeren' bij hun weg van de ingang in het eerste hulpgebied naar een behandelingsrelatie in de polikliniek voor alcoholisme.
Nadat personeel van de polikliniek voor alcoholisme was toegewezen aan de eerste hulpafdeling, zodat zij de alcoholici konden zien bij het eerste contact met het ziekenhuis, nam het percentage dat de polikliniek bezocht toe van 5% naar 65% en het percentage dat de polikliniek tenminste vijf maal bezocht voor therapeutische behandeling nam toe van 1% tot 42%. Als patiënten niet reageren op de wijze zoals wij dat van hen verwachten, aldus Plaut, is het erg makkelijk de schuld op hen te schuiven en hen als niet-coöperatief te betitelen.
Plaut geeft als illustratie van een organisatorische verandering gericht op het welzijn van de cliënt ook een voorbeeld op het terrein van de psychohygiëne. Het Engelse ministerie van Gezondheid besloot dat de ziekenhuizen de bezoekuren voor patiënten op de pediatrie-afdeling aanzienlijk moesten uitbreiden, hetgeen de ziekenhuizen om intern-organisatorische redenen waarschijnlijk niet hebben toegejuicht. De beslissing was gebaseerd op de overtuiging dat de scheiding tussen moeder en kind ten tijde van deze crisis bijzonder schadelijk kan zijn voor het psychische welzijn van het kind. Aangezien een aanzienlijke proportie van alle kinderen te eniger tijd wordt gehospitaliseerd, zou de potentiële invloed op lange termijn van een dergelijke maatregel wel eens erg groot kunnen zijn.
Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat G.V.O. in deze zin dus niet als een afzonderlijke activiteit moet worden uitgevoerd, doch moet zijn ingebed in de rest van de gezondheidszorg.
Wil G.V.O. aanslaan, dan moeten de organisatorische structuren van de gezondheidszorg een door de G.V.O. opgewekte positieve instelling niet weer teniet doen. Het lijkt dan ook belangrijker – als men bij de analyse van een bepaald probleem ontdekt dat er nog veel organisatorische structuren moeten worden veranderd – dat men zijn G.V.O.-activiteiten richt op de personen die verantwoordelijk zijn voor het instandhouden van deze structuren in plaats van ieder lid van de bevolking meer kennis en een betere attitude proberen bij te brengen.
Zoals in het voorgaande reeds is opgemerkt zijn wij van mening dat de agogische benadering een belangrijke rol kan spelen bij de herstructurering en vernieuwing van de gezondheidszorg.
Dat wij in deze opvatting niet alleen staan, moge blijken uit het feit dat Metamedica onlangs een speciaal nummer heeft gewijd aan 'De agoog in de gezondheidszorg' (Metamedica 54/1975).
Globaal genomen is de agoog op dit moment reeds op twee niveaus in de gezondheidszorg werkzaam, namelijk in de eerstelijns en in de tweedelijns geneeskunde. In de eerstelijns geneeskunde is hij als 'praktizerend agoog' betrokken bij de directe hulpverlening, dat wil zeggen hij werkt met mensen die met een bepaald levensprobleem ko-

men en op wie hij individueel of in groepsverband en (psycho)therapie of gedragstherapie toepast (van Bree 1975).
Men kan het werken van de agoog in de eerstelijns geneeskunde, beschouwen als een werkzaamheid op microniveau, wat dan voor een groot deel aansluit bij Ten Haves term 'individuele agogie' welke zich vooral richt 'op de innerlijke ontplooiing van het individu en op de vorming van het sociale gedrag als uiting van de persoon' (Ten Have 1961).
Daarnaast is de agoog ook werkzaam in de tweedelijns geneeskunde, waar hij o.a. een ondersteunende functie kan vervullen voor de gezondheidswerker als individu of als lid van een groep en een functie van begeleiding van organisaties voor gezondheidszorg. Het werken van de agoog in de tweedelijns geneeskunde zou men in het algemeen kunnen beschouwen als een werkzaamheid op mesoniveau, wat dan weer aansluit bij de term 'sociale agogie' van Ten Have (1961) ter aanduiding van 'de algemene benaming voor het opvoeden, vormen, leiden, begeleiden van een sociaal gebeuren: het sociale gedrag, de menselijke verhoudingen, het groepsleven e.d.'.
Van Bree (1975) merkt ten aanzien van de ondersteunende functie op dat het daarbij gaat om consultatie, advisering, bijscholing en training. De agoog kan bijvoorbeeld als gesprekspartner optreden bij vraagstellingen waarin de arts of een andere gezondheidswerker naar eigen oordeel en/of naar het oordeel van de patiënt onvoldoende functioneert. Hier ligt naar onze mening een aangrijpingspunt om met name de gezondheidswerkers bewust te maken van de waarden, normen en verwachtingen die zij veelal onbewust, in hun benadering van de patiënten of cliënten hanteren en die direct of indirect verband houden met de drempels in de gezondheidszorg.
Het gedrag van de patiënt wordt namelijk voor een belangrijk deel bepaald door de wijze waarop de gezondheidswerker hem tegemoet treedt. Uit het voorbeeld van de problemen bij de geslachtsziektenbestrijding is duidelijk welke negatieve rol een bepaald waarden- en verwachtingspatroon bij de gezondheidswerker en de gedeeltelijke neerslag daarvan in de wijze waarop de voorzieningen zijn ingericht, kan spelen bij de pogingen deze epidemie onder controle te krijgen.
Door de werkers in de gezondheidszorg (meer) bewust te maken van de waarden, normen en verwachtingen die zij in hun relatie met de cliënt hanteren kan de structuur van de gezondheidszorg worden beïnvloed. Immers, een verandering van waarden en normen als gevolg van een bewustwordingsproces is de beste waarborg dat niet alleen het gedrag van de gezondheidswerker tegenover de cliënt verandert maar ook allerlei organisatorische aspecten van het voorzieningensysteem.
Deze methode van 'value – clarification' wordt met name in de Verenigde Staten vrij veel toegepast. Deze methode die gericht is op het verhelderen en inzichtelijk maken van de voor een persoon geldende waarden, normen en motieven die zijn handelen voor een belangrijk deel bepalen, maakt het mogelijk gedragsalternatieven te ontwikkelen. Kennis speelt hierbij wel een rol, maar is slechts één factor naast vele andere.

3.3. Structurele veranderingen in de maatschappij

Niet alleen moeten de organisatorische aspecten van de gezondheidszorg en de daarmee nauw verband houdende waarden, normen, verwachtingen en doelstellingen waarmee de werkers in de gezondheidszorg de patiënt tegemoet treden, aan een nader onderzoek worden onderworpen om te zien op welke wijze ze drempels vormen voor gezond gedrag. Ook de structuren in de maatschappij kunnen zodanige drempels vormen voor een gezond gedrag, dat de poging van de G.V.O.-functionaris om de bevolking voor te lichten over hoe ze zich moet gedragen ter bevordering van de gezondheid, al bij voorbaat gedoemd is te mislukken.
In theorie zal menigeen het met de voorlichter eens zijn doch in de praktijk blijkt vaak dat de condities om het geleerde in praktijk te brengen niet zo gunstig zijn. De meest logische stap lijkt dan bepaalde structurele gegevenheden in de maatschappij zodanig te veranderen dat deze het de individuen niet (zo) moeilijk maken zich gezond te gedragen.
We kunnen dit illustreren aan het voorbeeld van de hart- en vaatziekten. De vermoedelijke risicofactoren op dit terrein zijn roken, hypercholesterolaemie (te hoog vetgehalte in het bloed) en hypertensie (hoge bloeddruk). Roken en hypercholesterolaemie zouden zijn te beïnvloeden door gedragsverandering. Voor hypercholesterolaemie is het nodig dat men minder verzadigde en meer onverzadigde vetzuren gaat nuttigen, zoals zonnebloempittenolie en maïsolie. Het groter laten worden van de boterberg of het dumpen van de boterberg is een niet zo populaire maatregel in de ogen van de veehouders en de economische omstandigheden zijn zodanig dat de minister van Economische Zaken heeft verklaard dat de boterberg niet moet worden geëxporteerd, doch dat we deze zelf moeten opeten.
Een dergelijke economische maatregel is in flagrante tegenspraak met wat gezondheidsvoorlichters en -opvoeders trachten te bewerkstelligen, als ze de bevolking voorhouden om minder vet te eten en over te schakelen naar margarine met meervoudig onverzadigde vetzuren. Wat op de bevolking overkomt zijn dan twee visies, de ene die zegt dat verzadigde vetzuren schadelijk zijn voor de gezondheid en dus minder moeten gaan worden gebruikt, de andere die ons aanspoort deze wel te gebruiken.
Hetzelfde geschiedt met de sigaretten: de ene partij zegt dat ze gevaarlijk zijn, de andere partij zegt dat dit nog lang niet bewezen is en dat er vooralsnog geen reden bestaat onze economie overhoop te laten halen door de voorlichters.

4. Voorkeursbenadering

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat bij de keuze tussen verandering van gedrag via beïnvloeding van persoonlijkheidsfactoren dan wel via beïnvloeding van structurele en organisatorische variabelen onze voorkeur uitgaat naar de tweede methode. Onmiddellijk dringt zich dan de vraag op, hoe we deze structurele en organisatorische variabelen menen te mogen en moeten aangrijpen. Hoewel men zich ook problemen kan voorstellen bij toepassing van de agogische benadering (zowel bij de bevolking als meer specifiek bij de werkers in de gezondheidszorg) en bij het op gang brengen van organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg, zal men waarschijnlijk toch de grootste problemen ontmoeten daar waar men maatschappelijke structuren wil gaan veranderen. Een zekere realiteitszin en rekening houden met diepgewortelde behoeften is hier natuurlijk een eerste vereiste.
Roken proberen te bestrijden door het gebruik, de reklame en de handel in rookwaar zonder meer te verbieden lijkt alleen al op economische gronden niet haalbaar. Bovendien is niet bekend welke gevolgen men oproept buiten de

economische sfeer, als men het roken totaal zou verbieden.
Geslachtsziekten proberen te bestrijden door bijvoorbeeld de prostitutie te verbieden heeft geen zin, zoals gebleken is in het verleden.
Dit gebeurde door wetten uit te vaardigen die toch niet konden worden nageleefd of gecontroleerd. De wetten moeten in overeenstemming zijn met de geldende normen in de maatschappij. Als men het erover eens is, dat geslachtsziekten een probleem zijn en als men niet van plan is de primaire oorzaak – te weten promiscuë geslachtsverkeer – uit te bannen dan zal men zich als gezondheidsvoorlichter en -opvoeder moeten richten op het gebruik van een condoom bij promiscuë geslachtsverkeer, of het zich direct onder behandeling stellen bij het geringste vermoeden een geslachtsziekte te hebben. Dit laatste heeft dan wel weer consequenties voor de organisatie van de behandelingsmogelijkheden.
Een ander voorbeeld vormt het probleem van de overbevolking. Dit is niet direct een gezondheidsprobleem; het is wel een probleem waar G.V.O.-functionarissen mee hebben te maken zowel in de industrielanden als in de ontwikkelingslanden. Hiervoor kunnen in principe diverse wegen worden gevolgd: het gebruik van de pil, het gebruik van een condoom, sterilisatie, absolute of periodieke onthouding. Wil men overbevolking effectief bestrijden dan zal men moeten weten welke van de te kiezen methodieken het beste door de bevolking zal worden geaccepteerd. Het heeft geen zin een sterilisatie-campagne op touw te zetten zolang deze ingreep in de ogen van de mensen die deze zullen ondergaan nog als een verminking wordt beschouwd.
Deze voorbeelden mogen voldoende zijn om aan te duiden dat nog veel onderzoek nodig is naar de psychologische en sociologische factoren die een bepaald gedrag, en de verandering van gedrag, beïnvloeden.

5. Noodzaak van onderzoek

Als algemene conclusie moet dan ook het volgende worden gesteld: wil de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de toekomst meer resultaten boeken bij de bestrijding van de moderne epidemieën, dan zal het onderzoek moeten worden geïntensiveerd. In Keulen is in dit verband een instituut opgericht dat experimentele studies uitvoert op het gebied van G.V.O. Dit soort studies vraagt een nauwe samenwerking tussen wetenschap en praktijk. G.V.O. dient namelijk theorieën uit diverse wetenschappen in de praktijk te toetsen op hun bruikbaarheid om te komen tot een gezonder gedragspatroon.
Dat zonder veranderingen in de maatschappij een bestrijding van de risicofactoren van hart- en vaatziekten nauwelijks effectief zal zijn wordt o.a. aangetoond door een onderzoek in Heidelberg (Quack, 1972). Hierbij werd geconstateerd, dat bij de meeste patiënten met een hart- en vaataandoening een hoge mate van conformiteit aan de door de gemeenschap gehanteerde normen voor aanpassing en prestatie bestaat. De G.V.O. staat hier voor een moeilijke taak, omdat het tot de ziekte leidende gedrag niet door een afwijking van de sociale normen is te karakteriseren, maar veel meer door een verhoogde conformiteit aan deze normen.
De interrelatie van individu en gemeenschap en de door de gemeenschap veroorzaakte pathogene gedragswijzen moeten duidelijk worden gemaakt aan de betrokkenen. Men zal zich bewust moeten worden, dat bijvoorbeeld het hartinfarct geen vanzelfsprekend producent is van de natuur, geen slag van het noodlot, maar veel meer een gevolg van pathogene verhoudingen in de moderne prestatie-maatschappij.
Alvorens de overheid en andere sleutelfiguren, die in de maatschappelijke structuren verandering zouden kunnen brengen, proberen te overtuigen zal men evenwel volledig zeker moeten zijn van deze samenhang tussen bepaalde structurele aspecten van de samenleving en het ontstaan van een bepaalde ziekte. Men zal met andere woorden met *erg goed* gefundeerde argumenten moeten komen ter verduidelijking van de oorzakelijkheid.
Wil men bij de overheid gehoor vinden voor het initiëren van veranderingen in het consumptiepatroon, dan zal men afdoende moeten kunnen aantonen, dat de veronderstelde oorzaken ook werkelijk oorzaken zijn en welke hun effecten en neveneffecten zijn, als men deze zou gaan verwijderen. Dit betekent dat wat men in de epidemiologie interventie-onderzoek noemt, moet zijn verricht alvorens men voldoende gefundeerd bij de overheid en andere beleidsinstanties kan gaan pleiten voor de diep ingrijpende veranderingen.
Waarom gedragen mensen zich op een manier, waarvan zij zelf vaak goed weten dat het nadelig is voor hun gezondheid, terwijl ze toch aan de andere kant (via allerlei enquêtes) beweren dat gezondheid voor hen het waardevolste goed is? Waarom gedragen mensen zich promiscuë? Waarom roken mensen?
In bovenstaande gevallen lijkt het antwoord erg simpel: omdat men het prettig vindt, omdat het een vorm van positieve beloning geeft. Het is echter de vraag of dit het hele antwoord is. De psychologie zal duidelijk moeten maken wat de volledige motivatie van mensen is. Zij zal ook kunnen aantonen welke de attiduden van mensen zijn en waardoor deze worden bepaald; wat de sterke kracht is van de sociale druk, die mensen doet handelen zoals hun omgeving het van hen verwacht, zodanig dat ze 'erbij' blijven horen, terwijl ze het minder belangrijk vinden dat het gedrag voor hen niet optimaal gezond is.
De sociologie zal moeten aantonen welke precies de maatschappelijke waarden en normen zijn die mensen op een zodanige wijze doet leven, dat men bepaalde ongezonde gedragingen toch in praktijk brengt omdat men aan een of andere norm moet voldoen. Ook kan de sociologie inzicht geven in de samenhang tussen sociaal en a-sociaal gedrag, en waarom een bepaald gedrag door de ene groep als sociaal en door de andere groep als a-sociaal wordt beschouwd. Verder kan ze inzicht geven in het ontstaan van rolconflicten en van rolambiguïteit en de gevolgen daarvan voor de gezondheid, de werking van de groepspressie, de invloed van de referentiegroep op het individuele gezondheidsgedrag, de betekenis van sociale controle en socialisatieprocessen bij het aanleren van een gezonde of ongezonde levenswijze, het waarden- en normenpatroon in de gezondheidszorg in relatie tot de patiënt, de bereikbaarheid van de gezondheidszorg voor de patiënt, etc.

6. Ethische overwegingen bij de keuze van een 'therapie'

De arts is gewend symptomen waar te nemen, deze symptomen te ordenen en dan tot een diagnose te komen, dat wil zeggen vast te stellen welke ziekte de patiënt heeft. Dit is geen wetenschappelijk spelletje op zich, maar heeft tot doel te kunnen bepalen welke therapie uit de mogelijke vormen van therapie moeten worden gekozen en welke de prognose van de ziekte is. Dezelfde handelwijze lijkt ons aangewezen bij volksgezondheidsvraagstukken: uit de mogelijke instrumenten die de gezond-

heidszorg ter beschikking staan, te weten:
1. uitvaardiging van al dan niet bindende voorschriften zoals wetten en verordeningen, reglementen;
2. het beschikbaar stellen van voorzieningen zoals ziekenhuizen, geneesmiddelen, immunisatie, screening;
3. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
moet een aanvaardbare, doeltreffende en doelmatige keuze worden gemaakt om het probleem waarmee men heeft te doen op te lossen. Een voor de bevolking niet aanvaardbare maatregel zal massaal worden ontdoken en dientengevolge niet doeltreffend en doelmatig zijn.
Voor de beïnvloeding van het gedrag van individuen heeft men de keuze uit: hetzij vermeerdering van kennis en verandering van attituden vooral door middel van kennisoverdracht; hetzij de agogische werkwijze; hetzij het vanuit centraal niveau zodanig veranderen van meso- of macrostructuren dat onwillekeurig het gewenste gedrag gaat ontstaan. Bij het maken van deze keuze spelen de resultaten van het onderzoek naar determinanten van gedrag en van verandering van gedrag, zoals vermeld in de definitie van G.V.O. van Steuart (1965) – zie deel II, Schuurman e.a. 1976 – een belangrijke rol. Daarmee kan men namelijk enige kijk krijgen op de kans op succes van de verschillende methoden. Daarnaast speelt echter ook een aantal cultuurgebonden factoren een belangrijke rol. In het westelijk halfrond vervullen in dit verband de persoonlijke vrijheid en individuele verantwoordelijkheid een fundamentele rol.

Men hoort dan ook de vraag stellen of de gezondheidsvoorlichter en -opvoeder wel het recht heeft zich te bemoeien met het leven van anderen. Dit recht wordt hem nog wel gegund zolang hij alleen maar informatie overbrengt en de ander laat beslissen wat hij met deze informatie doet. Zodra men gaat praten over 'maatregelen' betekent dit dat daarmee de vrijheid van het individu wordt aangetast, hetgeen in de ene situatie op weinig verzet stuit omdat men het niet als zodanig ervaart, terwijl het in een andere situatie als onaanvaardbaar wordt gezien. Op het terrein van de technische hygiëne (= hygiëne van het fysische milieu) is een zekere mate van reguleren door de overheid geaccepteerd. Zodra men – sprekend over gezondheidsbescherming – op het terrein van het menselijk gedrag komt, lijkt gezondheidsbescherming via de overheid minder acceptabel.
Reitsma (1970) merkt in dit verband op dat bij actieve preventie van ziekten de uiteindelijke beslissing van de individuele mens niet mag worden omzeild. 'Met actieve preventie bedoelen wij hier een bepaald gedrag dat de persoon dient te ontwikkelen om ziek worden te voorkomen, zoals bijvoorbeeld het veranderen van rookgewoonten of het innemen van bepaalde stoffen (vitamines, onverzadigde vetzuren etc.). Hierbij gelden – naar het ons voorkomt – andere maatstaven dan bij het gemeenschappelijk afweren van schadelijke milieu-invloeden. De enige weg die harmonieert met een democratische orde om het wenselijke gezondheidsgedrag te bewerkstelligen en in deze zin preventie te bedrijven, is zeker niet de simpelste: het is gezondheidsvoorlichting en -opvoeding'.
In deze visie is voor de deskundige slechts een beperkte rol weggelegd. Hij mag de hem ter beschikking staande kennis overdragen aan hen die deze kennis nog niet hebben. In deze visie is ook aan de politici slechts een beperkte rol toebedeeld. Zij mogen de informatie die hen door de deskundigen ten dienste is gesteld alleen gebruiken als de gezamenlijke individuen het eens zijn met de richting die zij willen inslaan op basis van deze informatie. Essentieel is in dit verband dus de individuele vrijheid versus de belangen van de gemeenschap. In iedere situatie zal het er dus op neerkomen dat wordt gewogen welke belangen het zwaarste wegen: de individuele of die van de gemeenschap. Als men door een bepaald gedrag zijn gezondheid schaadt, schaadt men daardoor tot op zekere hoogte de belangen van de gemeenschap. Iemand die door veel sigaretten roken een vernauwing krijgt van de kransslagaderen en hierdoor een bypass operatie nodig heeft doet een beroep op collectieve voorzieningen. Niemand immers is in staat de hiermee gepaard gaande kosten zelf op te brengen. Nog minder kan men zeggen dat men deze kosten heeft betaald via de reeds jarenlang betaalde verzekeringspremie, ook niet als men een particuliere ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Ook de premie van deze laatste verzekering is gebaseerd op de wet van de grote getallen en ieder betaalt een 'gemiddelde' premie. Impliciet trekt een zware roker dus een wissel op de bereidwilligheid van zijn medepremiebetalers (niet rokers) voor hem mee te betalen.
Wil men de gezondheidszorg goedkoper maken dan zal men minder beroep moeten gaan doen op de dure collectief betaalde voorzieningen. Hiervoor zullen bepaalde epidemieën aangepakt moeten worden hetgeen impliceert dat de mens zijn gedrag zal moeten gaan veranderen. Voor de realisering van deze gedragsveranderingen van het individu kan een ondersteuning vanuit de samenleving niet gemist worden.

Literatuur

Beugen, M. van, Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie Assen 2/1968.

Beugen, M. van, Sociale technologie en onderwijsvernieuwing Intermediair, jrg. 6, nr. 14, 10 april 1970 (b)

Bree, J. H. M. van, De agoog in de gezondheidszorg Metamedica 54 (1975), 297-301.

C.O.M., Verslag van een onderzoek, C.O.M. Rotterdam, oktober 1975 (in de N.R.C. van 1-12-'75 is hierover een artikel van Emmy van Overeen verschenen: 'Kinderen sjouwen met loodzwaar geheim').

Haes, W. F. M. de, Schuurman, J. H., en Sturmans, F., G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg, dl I Gedragsdeterminanten Medisch Contact nr. 13/1976, p. 385 e.v.

Have, T. T. ten, Sociale pedagogiek, Groningen 1961. Cit. in B. van Gent, Andragologie en voorlichting, Boom Meppel 1973, p. 18.

Haynes, J. and B. Mathews, Human values, implications for health education practice, Int. J. of Health Educ., vol XVII, 1974, 266-273.

Plaut, Th. F. A., Psychosocial forces and public health problems. Int. J. of Health Education, vol IX (1966) 30.

Quack, L., Überlegungen zur Wirksamkeit der Gesundheitserziehung, Int. J. of Health Educ. (XV), 1972, 159-168.

Reitsma, F. E., Gezondheidszorg en democratie T. v. Soc. Geneesk. 48 (1970) 681.

Steuart, G. W., Health, behaviour and planned change, Health Education Monographs 20 (1965), Society of Public Health Education Inc., New York.

Seghal, B. S., Health behaviour. How much influence does knowledge have? Int. J. of Health Education, vol X (1967) 60.

Schuurman, J. H., Haes, W. F. M. de, en Sturmans, F., G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg, dl II Verandering van gedrag. Medisch Contact nr. 14/1976, p. 411 e.v.

Richards, N. D. Methods and effectiveness of Health education Soc. Sci. and Med. 9 (1975) 141.

TER OVERNAME AANGEBODEN: OVERCOMPLETE MEDISCHE APPARATUUR

Op de door Dr. J. W. Swaan in M.C. nr. 9 (1974) 29, blz. 258, gelanceerde gedachte van een centraal registratieadres voor ter overname aangeboden gebruikte medische apparatuur reageerde de Sectie Documentatie van het Nationaal Ziekenhuisinstituut door zich beschikbaar te stellen als bemiddelende instantie. In dit kader zal zij periodiek een overzicht verstrekken van voor overdracht ter beschikking gekomen apparatuur.

ZESDE OPGAVE*

Gebruikte apparatuur

- Ongebruikte droge werktafel röntgenapparatuur, fabrikaat Siemens/Almara, met bergruimte, afmetingen 64 × 55 × 90 cm; nieuwprijs augustus 1969: *f* 725,—.
- 3 gebruikte kruikenmoeders, fabrikaat J. F. Dörr, elektrisch verwarmd, vrijstaand model, capaciteit 15 kruiken, uitvoering in r.v.s., zonder opbergruimte: nieuwprijs augustus 1969: *f* 1.670,— per stuk (inclusief kruiken).
- Ongebruikte camera Odelca-100-XVII-S, jaar van aanschaf: 1971.
- Camera adaptor voor microscoop met toestel.
- 4 'hart-bedden' in goede staat.
- Gipstafel.
- 6-kanaals fonocardiograaf, merk: Heilige, type multiscriptor 9400/6, aanschafdatum: 1966; inclusief opnamemicrofoons, patiëntenkabels, 4-kanaals oscilloscoop, 50 rollen registreerpapier.
- Röntgenwandstatief Consultis, fabrikaat Enraf-Nonius, met Utilis 15/80 röntgenunit en transformator 110-250 V inclusief voetschakelaar.
- Röntgenapparaat, Enraf Multilis mobiel, jaar van aanschaf 1960.
- Odelca schermbeeldcamera geknikt inclusief alle accessoires en patiëntenlift, ± 1960, *f* 6500,—
- Enraf doorlichtstatief met Philips buis, hand- en voetschakelaar en fototijdschakelaar.
- Elther eeg-apparatuur 1968, type D 12-kanaals met ingebouwde flitsapparatuur voor enkele lichtflitsen en geluidsimpulsen.
- Kindercystoscoop 'Wolff', voorzien van werkheuvel en twee optieken 0 en 100 gr., aansluiting op transformator.
- Cystoscoop 'Wolff' char. 24, optiek 100 gr., aansluiting op trafo.
- Proctoscoop vlgs Böhm met spuit en naaldenset.
- 9 kinderledikanten, Oostwoud, rijdbaar, inclusief inschuifbare zijhekken, matras; afmetingen 60 × 120 cm. Kleur: beige epoxy coating.
- 15 ledikanten, Hoogeveen, rijdbaar, inclusief verstelbare hoofd- en voetensteun, matras voorzien van urinebestendig doek; afmetingen 90 × 190 cm. Kleur: beige grijze rilsan coating.
- Atlas audiometer; jaar van aanschaf 1968.
- 11 stalen bedden zonder matras 200 × 90 cm.
- 12 r.v.s. kiezentangen, in prima staat.
- 2 st. Cardiomats (ecg-apparatuur), fabrikaat Siemens, aangeschaft in 1965/1966.
- 1 st. Elther eeg-apparatuur, 12-kanalig, verrijdbaar, aangeschaft in 1966.
- 19 st. perspex wiegen met verrijdbaar onderstel.
- Narcosetoestel.
- Schmidt o.k.-tafel voor poliklinisch gebruik, ± 1969, *f* 2500,—.
- Kifa o.k.-tafel, ± 1964, *f* 2000,—.
- gynaecologische stoelen.
- 1 pati-lift (zo goed als nieuw).
- 3 alcoholstandaards.
- Adrema stuurwiel-ponsmachine voor metalen plaatjes, leverancier Fa. Kramers Rotterdam; ± 10 jaar oud.
- 1 Ruf – Intromat boekhoudmachine met T.N.O. Taxatierapport, 10 toetsen, model 1404 T, bouwjaar 1971; wagenbreedte 62 cm, half automatische voorsteekinrichting, model Intro 33; 4 telwerken, elektrische tekst, 10 symbolen en O-controle vooraf. Compleet met bureautafel.
- 1 houten bureau m/8 laden bladmaat 150 × 90.
- 1 kleine houten microscopietafel met laden.
- 4 Infusstandaards.
- 3 Leestafels.
- 8 Warmwagens.
- 3 Uitschepwagens.
- 40 Bedklossen.
- 25 sterilisatietrommels (verschillende maten).
- 34 instrumentenbakken.
- 150 st. o.k.-sluiers wit.
- 90 st. o.k.-schoenhoezen wit.
- 200 st. o.k. maskers groen.
- 77 st. spreien, gemêleerd grijs, 70 × 100 cm.
- 80 st. spreien, idem, 150 × 150 cm.
- 4 rollen spreistof wit, 1.50 breed, 15 à 20 meter per rol.
- 150 st. T-verbanden wit.
- Ophthalmometer (Haag-Streit).
- Instrumenttafel.
- Zware draaitafel.
- Bjerrum scherm.
- 4 tabourets.
- Elektrische sterilisator.

Linnengoed	Maten	Aantal
Handdoeken	89 – 43	1200 st.
Washandjes	17 – 13	1200 st.
Theedoeken	65 – 63	350 st.
Keukendoeken	63 – 60	200 st.
Kommen, Doeken ...	60 – 59	800 st.
Werkdoeken		
Slopen	73 – 57	900 st.
Lakens	230 – 152	1115 st.
Steeklakens	165 – 118	250 st.
Moltons	160 – 95	300 st.
Onderslopen	73 – 57	700 st.

* 1e opgave: MC no 31/1974 blz. 984
2e opgave: MC no 41/1974 blz. 1302
3e opgave: MC no 14/1975 blz. 404
4e opgave: MC no 26/1975 blz. 784
5e opgave: MC no 46/1975 blz. 1488

Informatie over in deze rubriek genoemde artikelen kan worden ingewonnen bij het N.Z.I., sectie documentatie en wel bij de heer W. C. Proosten, Oudlaan 4, Utrecht, tel. 030-739911, tst. 448.

Kinderuitzending in 1976

door *Siwarda M. Bron*, arts*

Kinderuitzending bestaat dat nog tegenwoordig? Dit is een vraag die nogal eens wordt gesteld door mensen van wie men verwacht dat ze beter op de hoogte zouden zijn.
Ja, kinderuitzending bestaat nog en heeft wel degelijk een functie in de jeugdgezondheidszorg van deze tijd, maar de huizen zien er in 1976 wel anders uit dan de vakantiekolonies waarvan ongeveer een eeuw geleden de eerste werden opgericht. Goedwillende particulieren meenden iets te moeten doen voor de vele 'bleekneuzen' in de grote steden en zo kwam men tot het oprichten van verenigingen die een huis gingen stichten in de vrije natuur waar stadse bleekneuzen zes weken vakantie konden genieten. Ze kregen goed eten, een eigen bed, veel frisse lucht en het succes was verzekerd.
Dit was de tijd van de drie R's, Rust, Reinheid en Regelmaat. Na zes weken waren ze ponden aangekomen en hadden een heel andere kleur gekregen. Weliswaar was dit resultaat spoedig te niet gedaan als ze weer thuis waren en vaak moesten ze daarom het volgende jaar weer zes weken worden uitgezonden, maar waarschijnlijk heeft een groot aantal kinderen het op deze manier gered. Aanvankelijk was er geen medische bijdrage bij de aanmelding maar spoedig werd de toeloop zo groot dat een arts uit moest maken wie uitzending het meest nodig had.
Kinderuitzending kreeg toen een plaats in de jeugdgezondheidszorg maar voorlopig nog geheel op somatisch terrein. Met de toenemende welvaart nam langzamerhand het aantal bleekneuzen in de grote steden af maar toch was er nog een grote toeloop naar de koloniehuizen; er kwam een ander soort kinderen: de nerveuze kinderen werden aangemeld.
De medische wetenschap was langzamerhand tot de ontdekking gekomen dat gezondheid niet alleen afhangt van het somatische maar dat ook psychische en sociale aspecten een rol spelen. Dit bracht met zich mee dat de koloniehuizen geheel moesten worden veranderd. De groepen werden verkleind, er kwam meer en beter geschoold personeel, de psycholoog en/of pedagoog en de maatschappelijk werker deden hun intrede in het huis en de duur van de uitzending werd verlengd en daarom moest er ook onderwijs gegeven worden.

Werd het geld voor de kinderuitzending in het begin geheel door de liefdadigheid opgebracht, in de loop van de tijd kwamen daar overheidssubsidies bij en ook de ziekenfondsen gingen bijdragen. Maar met de modernere aanpak gingen de kosten natuurlijk snel omhoog.
Het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid besloot in 1970 om de financiering van de kinderuitzending op een andere manier te regelen. Er zou onderscheid worden gemaakt tussen uitzending op medische indicatie en uitzending op sociale indicatie. Een aantal huizen werd aangewezen voor de opname van kinderen op medische indicatie; deze huizen werden erkend in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
De gehele uitzending naar dergelijke huizen wordt betaald door de A.W.B.Z., er is geen ouderbijdrage nodig. Op dit moment zijn er zeventien huizen erkend. Voor de overige huizen is nog steeds geen definitieve financiële regeling getroffen; voorlopig wordt gebruik gemaakt van de hulp van de Algemene Bijstandswet met een ouderbijdrage naar draagkracht.

Voor eenieder die enige ervaring had met kinderuitzending was van het begin af aan dit onderscheid tussen uitzending op medische indicatie en sociale indicatie een onmogelijke zaak, bijna alle kinderen worden namelijk uitgezonden op sociaal-medische indicatie. Het blijkt dat bij ieder geval van uitzending een afwegen van factoren moet plaats vinden: welke zijn de zwaarste, de medische of de sociale? Zo wordt dan bepaald naar welk huis een kind zal worden uitgezonden.
Nu is er in de praktijk soms weinig verschil in aanpak in de erkende en niet-erkende huizen. Ook de huizen die niet in het kader van de A.W.B.Z. zijn erkend hebben begrepen dat ze met hun tijd mee moeten gaan en proberen te voldoen aan de erkenningseisen van de A.W.B.Z. als bijvoorbeeld:

a. kleine groepen van ± 8 kinderen met op iedere groep 4 vaste leidsters;

b. in de staf een arts, verpleegkundige, psycholoog of pedagoog en een maatschappelijk werker;

c. onderwijsmogelijkheid, hetzij in een eigen school of in een speciale klas van een naburige dorpsschool.

Uit een rapport van L. Kiestra (1974) bleek dan ook dat de uitzendindicaties van kinderen in niet-erkende huizen weinig verschilden van die in het rapport van Dr. J. H. Baay (1973) over de erkende huizen.
Welke kinderen komen voor uitzending in aanmerking? Ik noem u een aantal van de meest voorkomende indicaties: cerebrale aandoening, slechte lichamelijke conditie, diabetes, asthenie, lichamelijke retardatie, enuresis nocturna en/of diurna, encopresis, asthma, asthmatische bronchitis, C.A.R.A., anorexie, slaapstoornissen. Daarnaast zijn er gezinsrelatie-problemen, leermoeilijkheden, pedagogische verwaarlozing die mede bepalend kunnen zijn voor een uitzending. Natuurlijk zal men pas tot uitzending besluiten wanneer de lokale mogelijkheden uitgeput zijn.
De meeste kinderen worden voor uitzending aangemeld door de schoolartsen. Het is belangrijk dat een uitzending goed wordt voorbereid en dat zoveel mogelijk gegevens over het kind worden opgestuurd (specialistenrapporten bijvoorbeeld). De staf van het huis stelt naar aanleiding van deze gegevens een behandelingsplan op. Het aantal jongens dat wordt aangemeld is altijd groter dan het aantal meisjes (± 2:1).
Bij enkele ouders ontmoet men weerstand tegen uitzending omdat men vreest dat dit de eerste stap is voor een blijvende uithuisplaatsing. Waarschijnlijk hebben de negatieve publikaties over kinderbeschermingshuizen hier-

* Verbonden aan de Afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam-Centrum.

aan geen goed gedaan. Men kan dan wijzen op het feit dat kinderuitzending geheel vrijwillig is en op elk gewenst moment kan worden beëindigd. Zo mogelijk wordt een huis gekozen dat niet te ver van de woonplaats ligt om het bezoek van de ouders te vergemakkelijken, want de band met thuis moet in stand worden gehouden.
Enkele huizen zijn ingericht voor specifieke groepen kinderen: kleuters, geestelijk geretardeerde kinderen, kinderen met diabetes, maar in het algemeen zijn de huizen geschikt voor kinderen van 5-15 jaar.

Ook in 1976 heeft de kinderuitzending nog een belangrijke plaats in de jeugdgezondheidszorg vooral voor de grote steden. Het beste resultaat is te verwachten, wanneer er gedurende de uitzending iets wordt gedaan aan het huiselijk milieu en wanneer er nazorg is.

De Centrale Raad voor Kinderuitzending is voortdurend bezig om de overheid ervan te overtuigen dat een definitieve financiële regeling voor de nog niet erkende huizen nodig is. Hier volgt een adreslijst van de bij de Centrale voor de Kinderuitzending aangesloten huizen:

Centrale Raad voor Kinderuitzending, Ravellaan 1, Postbus 2458, Utrecht, telefoon 030-93 64 41.
In het kader van de A.W.B.Z. erkende huizen zijn:

A *Neutrale:*

'Noorderhuis', Hoogeveenseweg 14, Fluitenberg, post Hoogeveen, telefoon 05280-6 27 32;

'Boschhuis/De Heuvels', Groenelaantje 35, Nunspeet, telefoon 03412-2494;

'Ons Genoegen', Noordweg 16, Oostvoorne (Z.H.), telefoon 01885-2801;

'Kinabu', Amersfoortsestraatweg 119, Soesterberg, telefoon 033-1 96 47;

'Dr. G. J. Plantinghuis', Kostverlorenstraat 95, Zandvoort, telefoon 02507-3236;

'Bos en Duin', Medisch Centrum Berg en Bosch, (voor diabetici), Prof. Bronkhorstlaan 10, Bilthoven, telefoon 030-78 78 22.

B Protestants-Christelijke:

'De Reggeberg', Luttenbergerweg 13, Hellendoorn (Ov.), telefoon 05486-4030;

'Bethanië', Verlengde Slotlaan 109, Zeist, telefoon 03404-24054;

'Koningin Juliana', Zuiderstraat 8, Egmond aan Zee, telefoon 02206-2544;

't Ruige Veld'(voor zwakbegaafden), Asserstraat 23, Rolde (Dr.)., telefoon 05924-1234.

C Katholieke:

'Overbunde', Kloosterweg 54, Bunde, telefoon 04461-1221;

'Mooi Gaasterland; Marderleane 1, Rijs (Fr.), telefoon 05148-541;

'Agnes Paviljoen', Schaapsdijkweg 56, Venlo, telefoon 077-96600;

'St. Antonius', Heereweg 114, Bakkum (N.H.), telefoon 02518-50050;

'Kinderdorp St. Godelieve', Dr. Keyzerlaan 5, Goirle (N.B.), telefoon 013-435971;

'Caesarea' (voor zwakbegaafden), Hoenderloseweg 108, Ugchelen, telefoon 05760-32421;

'Kleuterhuis De Krabbebossen' (voor kleuters), Bredaseweg 50, Rijsbergen (N.B.), telefoon 01606-1655.

Overige Huizen:

A Neutrale:

'Kerdijk en Zwartendijk', Julianastraat 82, Egmond aan Zee, telefoon 02206-1235;

'Emmakinderhuis', Relweg 59, Wijk aan Zee, telefoon 02517-376;

'Ketelaar', Zutphensestraat 66, Ellecom, telefoon 08330-4314;

'Hudighuis', Arnhemsebovenweg 301, Driebergen, telefoon 03438-2888;

'Huis ter Duin' (voor zwakbegaafden), Korfwater 1, Petten (N.H.), telefoon 02268-296;

'Zonneoord' (voor zwakbegaafden), Zonneoordlaan 17, Ede, telefoon 08380-10393.

B Protestants-Christelijke:

'Pelzerkamp', Officiersweg 41, Epe (Gld.), telefoon 05780-2327.

C Katholieke:

'Willibrord', Elspeterweg 123, Vierhouten, telefoon 05771-441 en 442;

'Josef', Prins Hendrikstraat 64, Egmond aan Zee, telefoon 02206-2144;

'Prinses Marijke' (voor kleuters), Oranje Nassaulaan 71, Zeist, telefoon 03404-15383.

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

medisch contact

Nr. 15 — 9 april 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), 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.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Overzicht van de besluiten van de 167ste Algemene Vergadering, gehouden op vrijdag 26 maart 1976 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum), aanvang 17.30 uur.

Besluiten van de 167ste Algemene Vergadering

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt II van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en J. A. de Wit, district VI, specialist te Rotterdam.

2. Voorstellen tot aanvulling en wijziging van het huishoudelijk reglement der K.N.M.G. (punt V van de beschrijvingsbrief). Na enige discussie gaat de Algemene Vergadering met de wijzigingen akkoord nadat tevoren ontheffing werd verleend conform art. 500 van het huishoudelijk reglement.

3. Uitspraak van de Algemene Vergadering inzake de positie van de Werkgroep 'Funktioneren Algemene Vergadering' (punt VI van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering spreekt uit dat deze werkgroep een werkgroep van de Algemene Vergadering dient te zijn.

4. Algemene Wet Gezondheidszorgverzekering (punt VII van de beschrijvingsbrief). De voorzitter zegt toe dat in een volgende Algemene Vergadering mede op basis van deze discussie met nadere voorstellen zal worden teruggekomen.

Sluiting van de Algemene Vergadering te 21.15 uur.

uit de afdelingen

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen stonden de volgende voordrachten vermeld:

Alphen en Omstreken	H. P. Meijnen, tandarts-specialist, onderwerp 'Een overzicht van de kaakchirurgie' en P. J. Janssen, onderwerp: 'Het werk van de huidige anaesthesist'.
Amsterdam	H. Hoencamp, huisarts, onderwerp: 'Discussienota Commissie Eerste Echelon'
Arnhem en Omstreken	Dr. W. J. Visser, bothistoloog, H. Becker, neuroloog, Dr. A. J. Bonne, orthopaedisch chirurg en Dr. C. van Gastel, internist, onderwerp: 'Osteoporose'.
Assen en Omstreken	J. M. Offringa, longarts, onderwerp: 'Over actuele en röntgenologisch toegelichte aspecten van een groepsinfektie door tuberculose'.
Breda en Omstreken	Discussie over het onderwerp: 'Maatschappij-congres-1976'.
Drenthe's Z.O. Hoek	J. J. Schermer en Dr. H. Blijham, psychiaters in de verzekeringsgeneeskunde, onderwerp: 'Aspecten en knelpunten naar aanleiding van praktijkvoorbeelden'.
Emmeloord en Omstreken	Dr. J. Voogd, onderwerp: 'Beschouwingen over de perinatale sterfte gedurende de laatste vijf jaren in het Dr. J. H. Jansen ziekenhuis te Emmeloord'.
Friesland-Noord	Prof. Dr. B. J. J. Ansink, onderwerp: 'Neurologische bijdragen tot de diagnostiek en de therapie van leerstoornissen bij kinderen'.
Friesland-Oost	Dr. H. Hamminga, onderwerp: 'Enkele voor het uitoefenen van de geneeskunde belangrijke philosophische problemen'.
Gooi- en Eemland	Dr. F. W. Reyenbach de Haan, K.N.O.-arts, onderwerp: 'Mystaks en Mystiek'.
's-Gravenhage en Omstreken	Dr. A. J. van Meurs, Dr. A. P. Oliemans, D. Frowein en R. van Spronsen, onderwerp: 'Doodgaan of sterven thuis?'
Haarlem en Omstreken	Discussie, onderwerp: 'Moderne ontwikkeling in de psychiatrie'.

Heerenveen en Omstreken	H. W. Mauser, vertrouwensarts en Mevr. E. C. A. van Riesen, maatschappelijk werkster, onderwerp: 'Kindermishandeling, wat doe je er mee' en J. H. Ebels, longarts, onderwerp: 'Buiten adem tussen huis en ziekenhuis' en G. van Seventer, arts, onderwerp: 'Ooievaars in Nederland'.
Leiden en Omstreken	Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, onderwerp: 'Wetenschappelijke en maatschappelijke consequenties van de effectuering van de richtlijnen voor vrije vestiging in E.E.G.-verband'.
Maastricht en Omstreken	Prof. Dr. A. C. Drogendijk, onderwerp: 'Het soortelijk gewicht van menselijke voortplanting'.
Nijmegen en Omstreken	Prof. Dr. J. Bastiaans, onderwerp: 'Stress in deze tijd'.
Oude IJssel	Inleiding en discussie over het onderwerp: 'De samenwerking tussen huisarts en specialist'.
Rotterdam en Omstreken	Discussie-avond, onderwerp: 'Drug-gebruik'.
Tiel	Dr. J. Stam, longarts, onderwerp: 'Het hyperventilatiesyndroom'.
Tilburg en Omstreken	Dr. J. M. H. Lockefeer, onderwerp: 'Nierstenen' en J. F. M. M. Miseré, onderwerp: 'De cytopathologie van het portio-uitstrijkje' en D. Wijnalda, onderwerp: 'Perifere zenuwlaesies' en Dr. H. C. L. V. Kock, onderwerp: 'Cervix-carcinoom'.
Utrecht	H. Albracht, Mevr. M. Berents-Muinen, V. Herwaarden, W. Smit en W. F. Weidema, ingeleid door Dr. J. A. Stoop, verpleeghuisartsen, onderwerp: 'Verpleegtehuis, wat is dat?'.
De Vecht en Omstreken	Prof. Dr. I. Boerema, onderwerp: 'Irrationeels in de chirurgie'.
Wageningen en omstreken	R. Th. R. Wentges, K.N.O.-arts, onderwerp: 'De doofheid van Beethoven'.
Walcheren	Dr W. Eijkenboom, radiologe, J. F. R. Harms, chirurg, N. A. J. J. Dubois, chirurg-ass. en Dr. J. P. Rijken, chirurg, onderwerp: 'Feiten en bespiegelingen over mammacarcinoom en mammagrafie' en Dr. H. T. Planteijdt, onderwerp: 'Het bevolkingsonderzoek op potio-carcinoom'.
Westland	Dr. K. H. Nio, onderwerp: 'Acupunctuur'.
Woerden en Omstreken	G. W. D. Bloem, kinderarts, onderwerp: 'Gele zuigelingen' en J. Westerbeek, vrouwenarts, onderwerp: 'Echografie'.
Zaanland	Prof. Scholtmeijer, onderwerp: 'Chronische urineweginfecties bij kinderen'.
Zeeuws-Vlaanderen O. deel	De heer Bermingham, onderwerp: 'De resuscitatie van de pasgeborene'.
Zwolle en Omstreken	H. B. Rethmeier, gynaecoloog, onderwerp: 'Predicte van hyaline membranen ziekte'.

Jaarvergadering over organisatie Gezondheidszorg

Woerden en Omstreken

De afdeling Woerden en Omstreken der K.N.M.G., bijeen in haar jaarlijkse huishoudelijke vergadering op 18 november j.l., heeft het grootste deel van de avond gewijd aan een kritische bezinning op de komende veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg.
Naar aanleiding van de belangrijkste vraagstukken, te weten volksverzekering, regionalisatie en vestigingsbeleid, kwamen de volgende vragen als meest belangrijke naar voren:

Ten eerste: in hoeverre is in de gestelde opzet de vrije artsenkeuze gewaarborgd?
Ten tweede: komt het vrije ondernemerschap niet in het gedrang?
Ten derde: in hoeverre zal de individuele vrije beroepsbeoefenaar onaanvaard-

baar worden beïnvloed door het dreigende dirigisme, voortvloeiend uit de voorgestelde wijzigingen in de organisatiestructuur van de gezondheidszorg?
De vergadering besloot het hoofdbestuur der K.N.M.G. te verzoeken via een enquête onder de leden der K.N.M.G. de mening omtrent deze en eventueel door het hoofdbestuur opportuun geachte andere vragen te peilen.

Dr. R. F. Brenkman, secretaris

---

van de H.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven per:

27 februari 1976

Barens-Canton, mevr. M. G., Thorbeckestraat 172, Wageningen.
Beek, A. J. van, Hudsonstraat 95 B, Rotterdam.
Blom, J. M., Th. Schwartzeplein 33 hs, Amsterdam.
Boer, A. J. de, Meppelerweg 41, Balkbrug.
Boer, F. A. de, Faustdreef 417, Utrecht.
Bos, A. Kanaalstraat 38[II], Amsterdam.
Bootsma, Mej. IJ., Staalmeesterslaan 156, Amsterdam.
Braber, L. C., Woubruggestraat 4', Amsterdam.
Brals, J. W., Van Nijerodeweg 535, Amsterdam.
Groeneveld, Y., Titiaanstraat 48[II], Amsterdam.
Hoekstra, J. B. L., Alexander Numankade 213, Utrecht.
Hoftijzer, N. P., Neptunusstraat 24, Nijmegen.
Hoogenstrijd, H. G. A., Merelhoven 79, Capelle a/d IJssel.
James, G. J., Staalmeesterslaan 182, Amsterdam.
Kloosterman, H. G., Cleopatradreef 21, Utrecht.
Kreuger, H. J., Bergweg 1, Hilversum.
Kuyper, Mej. A. E., Wilsonsplein 19, Haarlem.
Maurer, J. D., Zaanenlaan 163, 2e etage, Haarlem.
Meijde, E. P. van der, Italiëlaan 42, IJsselstein.
Min, J. J. M., Laan van Blois 179, Beverwijk.
Mourik, J. W. van, Nw. Uilenburgerstraat 119, Amsterdam.
Pleiter, C. J., Vogelplantsoen 69, Dieren.
Reijneker, S. P., Joh. de Meesterstraat 1 bis, Utrecht.
Rutten-Domingo, Mevrouw I., Ariaweg 23, Amersfoort.
Steggerda, B., Lodewijkstraat 19, Linschoten.
Teunissen, J. A., Parkstraat 14, Utrecht.
Uijtenbogaart, D., Carmenlaan 323, Amstelveen.
Veenstra, J. J., Radesingel 22, Groningen.
Voskens, P. J. J., Obrechtstraat 343, Zwolle.
Westveer, M. W. J., Teding van Berkhoutstraat 32 A, Baarn.
Zinkstok, D. J., Zeilmakersstraat 13, Dronten.

---

van het centraal bestuur L.H.V.

Aanvulling Nederlandse code voor de aanprijzingen van geneesmiddelen

In Medisch Contact no. 12 d.d. 19 maart 1976 pag. 374 e.v. publiceerden wij de Nederlandse code voor de aanprijzing van geneesmiddelen. Het lag oorspronkelijk in onze bedoeling dit stuk eerder te publiceren vandaar dat er enige onjuistheden zijn ingeslopen. De Raad voor de Geneesmiddelenaanprijzing heeft ons deze inmiddels doorgegeven. Het betreft hier de volgende punten:

1. De Raad voor de Geneesmiddelenaanprijzing is opgericht op 30 januari 1974 (en dus niet, zoals gesteld, in januari van dit jaar).

2. De heer P. A. J. Thissen, arts, is inmiddels benoemd tot lid (en dus niet meer plaatsvervangend lid).

3. Het secretariaat van het College is inmiddels Paulus Potterstraat 10 te Amsterdam.

4. Het telefoonnummer is thans: 020-79 63 33.

F. A. van Spanje, arts, secretaris

W. Vegelin, arts, voorzitter Apotheekcommissie

Adviescommissie samenwerkingsverbanden

Van oordeel dat het bestuur ten aanzien van het onderwerp samenwerking een adviescommissie ontbeerde en dat er tevens een orgaan ontbrak waaraan leden, werkend in samenwerkingsverbanden, hun problemen direct in de beleidssfeer en specifiek gericht op dit terrein kunnen voorleggen, heeft het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging eind 1975 de Commissie Samenwerkingsverbanden ingesteld.
Hoewel velerlei vormen van samenwerking denkbaar en aanwezig zijn, zal het werk van genoemde commissie (SACO) vooralsnog gericht zijn op de geïnstitutionaliseerde vormen. Met name is de SACO thans bezig zich in eerste aanleg te verdiepen in de materiële problemen die zich bij het ontstaan en/of het instandhouden van geïnstitutionaliseerde samenwerkingsverbanden voordoen. Teneinde daar enig inzicht in te verkrijgen, heeft zij thans een kleine enquête voorbereid die wordt toegezonden aan de ons bekende Samenwerkingsgroepen. Het ligt in de bedoeling van de commissie op basis van de daaruit te verkrijgen gegevens te komen tot een grondslag waarop mogelijk nieuwe onderhandelingen met het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties zouden kunnen worden gevoerd, specifiek gericht op het kostenvergoedingsdeel van de honorering.
De antwoorden zullen vertrouwelijk en uitsluitend binnen de commissie worden gehanteerd. Eventueel zullen de geënquêteerden echter te zijner tijd vervolg-vragen tegemoet kunnen zien, aangezien het hier pas om een eerste aanzet gaat.
Mocht u géén vragenlijst hebben ontvangen en overigens wèl van mening zijn dat ook u een bijdrage aan deze gang van zaken kunt geven, zoudt u dan contact willen opnemen met het bureau der L.H.V.?

W. M. van der Valk, arts, voorzitter SACO.

personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

P. A. Baaijens, Androsdreef 92, Utrecht.
J. H. Bavinck, Helperzoom 115, Groningen
Mevr. A. C. v. Beest, Bankrashof 124, Amstelveen.
C. T. A. Becker, St. Janslaan 1, Sambeek.
H. R. van Bekkum, Bloemengaarde 24, Bergambacht.
Mevr. A. Benthem-Hille Ris Lambers, Ringoven 31, Roermond.
P. J. Beuger, Annastraat 32A, Groningen.
Mej. G. Bergsma, 't Hou 14, Langezwaag.
J. H. Biesta, De Wieken 68, Malden.
J. M. Blom, Th. Swartzeplein 33, Amsterdam.
J. C. Boekhorst, Da Costastraat 46, Alblasserdam.
Mej. H. E. de Boer, Muiderwaard 681, Alkmaar.
A. J. M. Boermans, Airbornestraat 27, Doetinchem.
T. C. T. Bongenaar, Wormerveerstraat 30, Arnhem.
D. Booij, Karekietstraat 30, Velp.
L. G. J. Bruggers, Selwerderdwarsstraat 16, Groningen.
Mej. J. O. G. P. Bruls, Joh. Vijghstraat 64, Nijmegen.
Mevr. C. Bultman-Voerman, Harrelaers 2, Heiloo.
E. M. Bijloos, Ohmstraat 42, Den Haag.
P. Carol, Westlandgracht 73 I, Amsterdam.
J. W. Cirkel, F. C. Dondersstraat 60 bis, Utrecht.
E. A. Cossee, G. van Amstelstraat 102, Hilversum.
R. H. S. Dekker, Lankforst 14-19, Nijmegen.
W. M. H. van Diest, Schoutenhoek 507, Uden.
A. H. F. Dings, Koffiemolen 3, Doornenburg.
J. P. M. Dohmen, Akerstraat 103, Heerlen.
W. L. den Dunnen, Schiedamsedijk 71E, Rotterdam.
Mevr. H. E. Franken-van der Toorn, Mascagnistraat 511, Tilburg.
J. A. C. A. van Geelen, Weezenhof 44-11, Nijmegen.
H. G. Geerdink, Orchisstraat 13, Wormer.
A. F. van Gelder, Roderijsstraat 56A, Rotterdam.
P. C. F. M. Gondrie, Emmasingel 27, Weert.
Mej. I. J. M. Harms, Julianaplein 2, Heemstede.
Mej. G. M. Heringa, Stadionweg 90 III, Amsterdam.
M. P. Heijboer, Pasteurlaan 9, Oosterhout.
J. A. M. Hoevenaars, Eksterlaan 3, Boekel.
Y. Hondius, B. Zweerskade 6, Amsterdam.
A. P. J. Höppener, Kolfmakersteeg 3, Leiden.
R. J. C. Hoornenborg, Hagedoornplein 1-2, Leeuwarden.
Mevr. S. L. Hosman-Benjaminse, Keizersgracht 239, Amsterdam.
R. P. Hulshoff, Lokert 13, Eindhoven.
W. J. B. van Ingen Schenau, Händelhof 3, Alphen a/d Rijn.
J. M. Jacobs, De Kar 8, Klarenbeek.
W. J. M. Jaspers, H. Cleijndertweg 292, Amsterdam.
H. D. Kan, Wilhelminastraat 47, Den Haag.
J. A. Kattenwinkel, A. van Haersmawei 13, Menaldum.
H. W. P. M. Kemperman, Alexanderstraat 16, Hoorn.
J. Th. A. Knape, Laan van Blois 134, Beverwijk.

Nieuwe leden (vervolg)

Mevr. M. C. J. Korthals Altes-Schreuder, Egelantiersstraat 196 I, Amsterdam.
J. de Kraker, Cohenlaan 35, Utrecht.
A. B. H. H. M. Kramer, Akeleistraat 20B, Rotterdam.
F. X. C. Krapels, Oudedijk 114B, Rotterdam.
M. van der Kroef, 1e Hunzestraat 44A, Groningen.
R. J. Laterveer, Einsteinstraat 56, Nijmegen.
H. Lems, Kievitstraat 20, Haarlem.
A. J. van Leusden, K. Doormanweg 31, Dordrecht.
J. A. van Leusden, Aziëlaan 570, Utrecht.
Mevr. K. L. Liem-Tjia, Willemsparkweg 40, Amsterdam.
Mej. M. M. van Malenstein, Zandsteeg 14, Herwijnen.
L. H. Mansholt, Violenstraat 2, Winsum.
J. A. M. Mens, Lommerlust 26, Zeist.
F. J. J. M. Metz, Kasteel Hillenraedtstraat 80, Roermond.
B. T. J. Meursing, Lelielaan 39, Oegstgeest.
Mevr. J. J. C. Meursing-Droog, Lelielaan 39, Oegstgeest.
A. J. Meijsen, Oosterpark 72 II, Amsterdam.
S. Molenaar, Boomstede 481, Maarssenbroek.
C. H. B. J. M. Nollen, Tilburgseweg 202, Breda.
Th. J. M. Nuyten, Stationsstraat 9, Bergen op Zoom.
J. A. Nijboer, Wigboldstraat 22, Ten Boer.
D. Overbosch, Haringvliet 8-10, Rotterdam.
Mevr. J. F. Overbosch-Wijn, Haringvliet 8-10, Rotterdam.
Mej. M. L. F. Perquin, Meanderlaan 64, Middelburg.
Mevr. J. A. Phaff-Drop, Dorpsstraat 50, Zevenhuizen.
J. J. L. Pieters, Beethovenlaan 263, Doorwerth.
A. A. F. Planken, van Hogendorpstraat 69, Den Haag.
R. Pool, Weezenhof 24-04, Nijmegen.
E. R. D. Posthuma, Dennerode 629, Amsterdam.
H. P. Remmert, p/a Reinwaartlaan 22, Utrecht.
J. Risselada, Overtoom 93 A, Amsterdam.
L. C. Roekx, Haspelsstraat 28 B, Rotterdam.
W. L. J. Roovers, Stollenbergweg 186, Berg en Dal.

van het centraal bestuur L.A.D.

L.A.D.-beraad over c.a.o.

Bijeenkomst **voor L.A.D.-leden, werkzaam in particuliere ziekenhuizen en verpleegtehuizen, in het Jaarbeurs-congrescentrum te Utrecht op**

WOENSDAG 21 APRIL 1976 TE 19.00 UUR

over de (concept-)c.a.o. voor het ziekenhuiswezen.

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Besluiten van de 167ste Algemene Vergadering **468**

Uit de Afdelingen:
Voordrachten **468**

Woerden en Omstreken:
Jaarvergadering over organisatie Gezondheidszorg **469**

Van de H.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **470**

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:
Aanvulling Nederlandse code voor de aanprijzing van geneesmiddelen **470**
Adviescommissie samenwerkingsverbanden **471**

Personalia K.N.M.G. **471**

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:
L.A.D.-beraad over c.a.o. **472**

Nr. 15 — 9 april 1976