



## redactioneel

- Heeft de Tweede Kamer tijdens de debatten over 'Bestek '81' het eigen risico voor ziekenfondsverzekerden nu wel of niet aanvaard? Volgens de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit wel. Zij interpreteert dit debat in een gesprek met Medisch Contact en constateert dat vóór 1 januari aanstaande een 'eigen bijdrage-regeling' rond moet zijn.
- Ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband heeft de scheidende voorzitter Z. S. Stadt onder meer gepleit voor verbetering van de positie van vrouwelijke artsen. Hij deed dit in zijn jaarrede waarin hij ook veel aandacht besteedde aan de onafhankelijkheid van de arts in dienstverband, waartoe het professioneel statuut een belangrijke handreiking zou kunnen bieden.
- De discussie over de relatie arts-gevangene wordt voortgezet met een bijdrage van Dr. J. L. J. Lumeij, zenuwarts en lid van de directiegroep van de Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg 'de Biltstraat' te Utrecht, specifiek belast met de leiding van de afdeling sociaal-psychiatrische dienst. Hij schenkt in zijn beschouwing vooral aandacht aan de wijze waarop de vertrouwensartsen van het drietal uitgeleverde RAF-gevangenen met het conflict tussen gevangenen en Justitie zijn omgesprongen. Hij toetst hun benadering aan de uitgangspunten en de methoden van conflict behandeling, zoals die in de geestelijke gezondheidszorg hun nut hebben bewezen.
- Wijkverpleegkundige en huisarts als psychosociale hulpverleners. Zenuwarts R. E. Offerhaus werkt het model voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn van St.-Bavo's Visie Commissie verder uit in 'Van probleem tot psychiatrie', deel 6.
- Er is geen enkele reden om de hoop op vooruitgang in de kankerbestrijding te laten varen. Prof. Dr. D. W. van Bekkum in discussie met Dr. L. Meinsma.



'Mas-des-prats, Cevennes', een gouache (54 x 44 cm) van A. G. M. Huijsman-Evers, arts-bacterioloog te Amsterdam. Naast schilderen is weven een vorm van kunst waarin de arts zich kundig kan uiten. Het werkstuk was te bezichtigen op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel', toen dit een expositie hield in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.  
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

Brieven .....	1370
<i>Inzenders: G. P. J. Hiemstra-Brummelhuis c.s., G. Vergara c.s.</i>	

Ledenvergadering der LAD. Meer aandacht bepleit voor problemen vrouwelijke artsen .....	1373
---	------

Vasectomie en atherosclerose, door Prof. Dr. J. Kremer en Dr. Ph. Rümke .....	1377
---	------

Discussie – Pokerspel van gevangenen, valkuil voor vertrouwensartsen. Een methodische analyse, door Dr. J. L. J. Lumeij .....	1379
---	------

Staatssecretaris Veder-Smit in gesprek met MC: Principe eigen risico gehandhaafd .....	1384
--	------

Consequenties voor Volksgezondheid van het Kamerdebat over 'Bestek '81' .....	1385
---	------

Nederlandse Vereniging voor Ultrageluid in de Geneeskunde en de Biologie .....	1386
--	------

Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo (VI). Van probleem tot psychiatrie. Een ontwerp van psychosociale hulpverlening in de eerste lijn – 2, door R. E. Offerhaus .....	1387
--	------

Discussie – Kankerbestrijders en kankerbestrijding, door Prof. Dr. D. W. van Bekkum .....	1390
---	------

OFFICIEEL .....	1393
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel .....	1396
-------------------------------	------

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

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

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

#### **Uitgave**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Koninklijke Tijl, Zwolle.

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

### **ADOLESCENTENARTS CURATIEF: NEE JEUGDARTS VOOR ADOLESCENT: JA!**

Als conclusie van het KNMG-Ledencongres te Arnhem gaf collega A. E. Meinders in zijn betoog (MC nr. 41/1978, blz. 1287) weer dat er geen 'adolescenten-geneeskunde' als specialisme binnen de curatieve gezondheidszorg moet komen. Deze zorg zal, zo meent hij, moeten worden verleend door breed georiënteerde generalisten, zoals de huisarts, de kinderarts en de internist, die op hun beurt andere specialisten en sub-specialisten of niet-medici inschakelen bij de behandeling van specifieke aandoeningen en problemen.

De te Arnhem besproken onderwerpen waren echter lang niet alle zo puur curatief als deze slotconclusie wel suggereert. Omdat er geen discussie meer mogelijk was, menen wij er goed aan te doen een belangrijk aspect aan de conclusie van collega Meinders toe te voegen, te weten een instantie die er al grotendeels is, de jeugdarts als arts voor de adolescent. De tijdens het ledencongres besproken onderwerpen accentueren ons inziens de taak van de jeugdarts als sociaal-medisch begeleider van de adolescent. Wie de nota Visie Jeugdgezondheidszorg van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg leest, vindt daar als doelstelling: 'bevorderen en bewaken van gezondheid, groei en ontwikkeling van jeugdigen'. Deze doelstelling wordt nagestreefd door begeleiding van groei en ontwikkeling, vroege opsporing van pathologie, beïnvloeding in positieve zin van de wisselwerking tussen gezondheid en milieu, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en samenwerking met andere personen en instellingen die zorg verlenen aan jeugdigen.

Al deze taakgebieden zijn, dat mag de congresganger duidelijk zijn geworden, ook bedoeld voor de adolescent. Collega Meinders noemt er een paar, bijvoorbeeld inzicht in de variatiebreedte welke de adolescent in allerlei opzichten toont, ten einde de grens tussen normaal en pathologie vast te stellen; het wegnemen van de angst van een adolescent en zijn directe omgeving voor een uiteindelijk te grote of te kleine lichaamslengte; het belang van het onderkennen van normaal en abnormaal, zeker in het voorbeeld van de seksuele rijping.

Omdat de jeugdarts in staat is de variatie in het normale te onderscheiden is hij de aangewezen persoon om de adolescent in deze zaken uitleg te geven en van advies te dienen, omdat de jeugdarts door zijn opleiding en ervaring de hiertoe benodigde deskundigheid en vaardigheid bezit. Vaak is de jeugdarts de sleutelfiguur in het basisechelon voor de begeleiding van chronisch zieken en gehandicapten, vooral in die situaties waarin deze niet zijn geïnstitutionaliseerd. Tenslotte ondervindt de jeugdarts bij de adolescent vaak, dat hij wordt gezien als een neutrale vertrouwensfiguur die op de hoogte is van de specifieke problemen waarmee de adolescent kampt, waarbij wij in de eerste plaats niet altijd aan de zwaarste behoeven te denken. Bovendien is de jeugdarts in de unieke gelegenheid om, door middel van de in de jeugdgezondheidszorg gebruikelijke methode van longitudinale observatie, het actuele probleem te zien in het licht van hetgeen tevoren geschiedde, waardoor dat probleem geen 'momentopname' blijft. Kortom, de jeugdgezondheidszorg biedt de gelegenheid tot begeleiding van de adolescent; collega F. Wafelbakker gaf dit in zijn congresinleiding 'De top-twintig van de adolescent' (MC nr. 41/1978, blz. 1279) reeds aan. Hij is overigens een jeugdarts die bepaald niet rept over 'de zin en onzin van het keuren van jongeren', omdat jeugdgezondheidszorg meer dan slechts 'keuren' inhoudt. Buiten beschouwing willen wij laten of de jeugdarts alleen voor de adolescenten moet worden aangesteld, of zorg als onderdeel van het totale jeugdgezondheidszorgpakket zal moeten verlenen.

Wij hopen dat het KNMG-Ledencongres als belangrijk resultaat oplevert:

- erkenning van de jeugdarts als sociaal-medisch begeleider voor de adolescent in brede kringen van de geneeskunde;
- verruiming van het subsidiebeleid, dat deze vorm van zorgverlening thans vanaf de derde klas HAVO, de vierde klassen MAVO en beroepsonderwijs belemmert;
- verruiming van capaciteit en verbetering van kwaliteit van de opleidingen jeugdgezondheidszorg, gezien de grote behoefte aan

**doorlezen naar blz. 1372**

## GAAT EIGEN RISICO WEL OF NIET DOOR?

Heeft de Tweede Kamer tijdens de debatten over 'Bestek '81' het eigen risico voor ziekenfondsverzekerden nu wel of niet aanvaard? Volgens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Mr. E. Veder-Smit, wél (blz. 1384). De desbetreffende moties (blz. 1385) geven een merkwaardig en niet eenvoudig te verklaren beeld van de opvattingen van de Kamermeerderheid. Het gaat daarbij niet alleen om de aangenomen, maar evenzeer om de verworpen moties.

Met name is van belang dat de motie-Dolman c.s., die de regering verzoekt om de aangekondigde bijbetalingen in heroverweging te nemen, is afgewezen. In deze motie wordt erop gewezen dat bijbetalingen ten onrechte zwaarder drukken op de mensen met lage inkomens en op de zieken, terwijl ze niet zullen leiden tot minder uitgaven maar wel tot een andere wijze van financieringen (namelijk voor een deel rechtstreeks uit de eigen portemonnee van de patiënt, in plaats van uit de collectieve pot) en overbodige administratieve uitgaven mee zullen brengen. Het betreft hier een motie die exact de gevolgen aangeeft van de voorgestelde bijbetalingen, even los gezien van de kwalificaties 'ten onrechte' en 'overbodig'.

De motie-Dolman die de voorgestelde eigen bijdrage op niet-klinische verstrekkingen verwierpt – in politieke taal uitnodigt tot heroverweging – is aangenomen. De motie-Lubbers, waarin voor wat betreft het eigen risico in de niet-klinische verstrekkingen dezelfde bewoordingen worden gebruikt als in de motie-Dolman maar die daaraan

onder meer toevoegt dat de eigen bijdrage in principe aanvaardbaar is, werd eveneens aangenomen. De regering heeft tenslotte enkele duidelijke conclusies getrokken uit de betreffende moties en uit de reacties op de antwoorden van kabinetsleden tijdens het debat. De motie-Lubbers biedt de regering nog volop ruimte om de zaken naar haar hand te zetten. De overweging in deze motie dat de voorgenomen 'ombuigingen' in de gezondheidszorg een belangrijk onderdeel van 'Bestek '81' vormen, gekoppeld aan het gegeven dat de hoogte van de bezuinigingen niet werd aangevochten, wijst erop dat de Kamer in meerderheid deze bezuinigingen

*. . . parlementair debat  
over 'Bestek '81'  
heeft allerm minst tot  
duidelijkheid geleid. . .*

heeft geaccepteerd. In het dictum van de motie-Lubbers wordt om een harmonisch voorstel van kostenbeheersing verzocht, 'waarin het principe van de eigen bijdrage-regeling op aanvaardbare wijze aan de orde komt'.

Dat betekent – aldus de staatssecretaris – dat de eigen bijdrage is aanvaard; alleen is volgens de motie de voorgestelde eigen bijdrageregeling op niet-klinische verstrekkingen niet functioneel. Daar zou wel wat aan te doen zijn, reden waarom er een aanvullende adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad is gericht om ook de omvang van het verstrekkingenpakket bij het gevraagde advies over de eigen bijdrage in

de ziekenfondsverzekeringen voor niet-klinische verstrekkingen te betrekken. Dit betekent in feite een inperking van de rechten van de verzekerden.

Wat dit betreft is gesuggereerd de UA-geneesmiddelen (geneesmiddelen die uitsluitend uit de apotheek mogen worden betrokken) niet meer voor rekening van het ziekenfonds te verstrekken. Alleen de UR-geneesmiddelen (uitsluitend op recept af te leveren) blijven dan voor rekening van het ziekenfonds. Hoeveel dit aan eventuele bezuinigingen zou opleveren valt zo maar niet te berekenen. Het is zelfs de vraag of een dergelijke gang van zaken op den duur niet tot een duurder pakket leidt. Immers de voorschrijvende arts zal geneigd zijn uit te wijken naar de UR-geneesmiddelen, omdat de verzekerden dan geen kosten hoeven te maken. Dat zou in de praktijk tot gevolg hebben dat de nu voorgeschreven goedkopere UA-middelen worden vervangen door duurdere UR-middelen.

Over het eigen risico bij ziekenhuisopname van tien gulden per verpleegdag is geen duidelijke uitspraak gedaan. Wellicht dat men in principe weinig bezwaar heeft tegen het betreffende voorstel, al is er wel veel gesproken over een limiet.

Het parlementaire debat over 'Bestek '81' heeft allerm minst tot duidelijkheid geleid voor wat betreft de bezuinigingen op Volksgezondheid. Met de motie-Lubbers c.s. kun je alle kanten uit. De regering zal die motie naar eigen inzicht uitleggen. Met ingang van 1 januari aanstaande zou het eigen risico in de ziekenfondsverzekering dus – helaas – wel eens een feit kunnen zijn.

B.

- deskundige jeugdartsen; ruimere mogelijkheden tot het bedrijven van research. Onderwerpen als veiligheid en ongevallen, sportadvisering, aanpak van het alcohol- en drugsprobleem zijn deze wetenschappelijke aanpak waard.

Wanneer dit resultaat kan worden bereikt zullen de breed georiënteerde generalisten, zoals collega Meinders ze noemt, in de zin van samenwerking in een elkaar aanvullende rol, tot een zinvolle samenwerking met de voor de adolescent werkzame jeugdarts kunnen komen. Mogen de voorwaarden hiertoe niet al te lang 'laderen'.

Nijmegen, 20 oktober 1978

G. P. J. Hiemstra-Brummelhuis,  
A. Hoekstra-Trompetter,  
J. J. W. H. Jansen,  
L. J. O. Timmermans,  
jeugdartsen in opleiding te Nijmegen

## WERKEN AAN DE COSTA DEL SOL . . .

Ondergetekenden hebben een korte periode gewerkt in de Clinica San Jose te Fuengirola (Malaga), Spanje. Vanwege onze slechte ervaringen raden wij de collegae die hebben gereageerd op de advertenties in Medisch Contact en het NTvG af in deze kliniek te gaan werken. Er bestaan vele klachten tegen deze kliniek. De mogelijkheid is groot, dat de kliniek zal worden gesloten. Klachten zijn gedeponneerd bij het Medisch Tuchtcollege te Malaga. Wij zijn bereid nadere inlichtingen te verschaffen.

Fuengirola, 21 september 1978

G. Vergara, arts (Sp.), Salto de Alvarado  
46, Sevilla, Spanje  
E. J. Boutens, huisarts, Jansveld 17<sup>11</sup>,  
Utrecht, tel. 030-312670  
J. J. Meulenkamp, arts, Speenkruidstraat  
339, Assen, tel. 05920-12037.



**Communicatie met buitenlanders** – Het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders heeft een overzicht gemaakt van hulpmiddelen voor werkers in de gezondheidszorg die in contact staan met Turken en Marokkanen. In totaal zijn vier

projecten opgezet, namelijk: dieetproblematiek; zwangerschap, bevalling en kraambed; verzorging en voeding van de zuigeling; en jeugdgezondheidszorg. Elk project omvat drie onderdelen: een serie communicatiethema's (door middel van tekeningen zichtbaar gemaakte informatie), een op de hulpverlener gerichte brochure en een sleutelwoordenlijst plus desgewenst een cassette waarop deze woorden zijn ingesproken. Het genoemde bureau is bereid het gebruik van het materiaal nader tegenover groepen hulpverleners toe te lichten. Inlichtingen en bestelbon: Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, Postbus 3200, 3502 GE Utrecht, tel. 030-910380 (Nationale Kruisvereniging).

**EHBO** – Eén op de 75 Nederlanders is EHBO'er. Er zijn in ons land 186.000 mensen met een EHBO-diploma. Erg weinig, vooral als men bedenkt dat in de huidige samenleving de kans op ongevallen met meer dan één slachtoffer groter is dan vroeger. Daarnaast zijn de letsels vaak ernstiger en moet er in toenemende mate rekening worden gehouden met slachtoffers met meer letsels. Dit vereist een verhoging van de kwaliteit van de eerste hulp én een vergroting van het aantal eenheidsdiploma's. Elke Nederlander boven de 16 een EHBO-diploma is het ideaal. Aldus voorzitter H. A. de Lange tijdens de 69ste Algemene Bondsvergadering van het Oranje Kruis. Hij beklemtoonde dat het een minimumeis is dat alle weggebruikers de vuistregels van de EHBO beheersen. Met het oog hierop wordt een landelijke campagne voorbereid, onder het motto: 'Een leven heb je zo gered'.

**Studiedag medisch onderwijs** – De medische basisopleiding heeft vorm en inhoud gekregen door de bijdragen van verschillende basiswetenschappen en klinische disciplines. Over de wetmatigheden van leerprocessen en over de ontwikkelingsdynamiek van middelbaar scholier tot zelfstandig verantwoordelijk arts maakte men zich weinig zorgen. Nog maar zelden is de medische basisopleiding bezien vanuit het perspectief van de student. Zijn er wellicht redenen om meer dan tot nu toe gebruikelijk het medisch onderwijs te richten op de ervaringen van de studenten met dit onderwijs? Deze vraag zal aan de orde worden gesteld op een studiedag van de *Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs*, vrijdag 17 november a.s. in Hotel Smits, Vreeburg 14, Utrecht. Genoemde vraag zal vooral worden benaderd vanuit de ervaring en beleving van studenten zelf. 's Ochtends komen studenten aan het woord, 's middags zullen anderen trachten tot een verdieping van inzicht in deze ervaringswereld te komen. Behalve een video-opname van studenten die vertellen

over hun ervaringen met het medisch onderwijs zijn er 's ochtends voordrachten over de emotionele aspecten van de gang door het medisch curriculum (Henk de Vriés en Hans van der Molen), over kritische momenten in de studie (Drs. W. Bender) en over ervaringen als studentepsychologe met medisch studenten (Mw. Dr. M. L. Coelho). 's Middags: 'De ontwikkeling van adolescent tot jonge volwassene (Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed), 'Het beeld van de medicus: verwachting en werkelijkheid' ((L. Kuenen) en conclusies voor een onderwijskundig beleid (F. E. Reitsma). Ruime gelegenheid tot discussie na iedere inleiding. Tijdens de pauze kan een lunch worden genuttigd; verenigingsleden houden onderwijl hun jaarvergadering. Kosten: f 5,— voor koffie en thee; f 15,— voor koffie, thee en lunch (over te maken op giro 3146521 NVMO). Aanmelding – graag vóór 13 november – schriftelijk bij het secretariaat van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, Afdeling Onderwijsontwikkeling, Faculteit der Geneeskunde, Maliebaan 77, Utrecht (wie op tijd is krijgt een NS-reductiebon); opgeven: naam, functie en adres, wel/geen lunch.

**'De Drie Lichten'** De Stichting 'De Drie Lichten' nodigt gegadigden uit vóór 1 december 1978 hun aanvragen in te dien bij haar secretaris. Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae. In verband met het vijftientigjarig bestaan heeft de Stichting besloten eenmalig een bedrag van maximaal f 25.000,— beschikbaar te stellen aan een jong onderzoeker, niet ouder dan 35 jaar, voor het maken van een studiereis, ten einde zich in het buitenland te oriënteren op zijn vakgebied. Applicanten dienen zich te melden bij de secretaris van de stichting; een uitvoerig curriculum vitae, o.a. inhoudende de tot nu toe ontplooiende wetenschappelijke activiteiten, een uiteenzetting van de plannen en adhesiebetuigingen van twee hoogleraren dienen de sollicitatie, (welke eveneens voor 1 december 1978 moet worden ingediend) te vergezellen. Secretaris: Prof. Dr. A. Schaberg, Pathologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, Postbus 9603, 2300 RC Leiden.

## Meer aandacht bepleit voor problemen vrouwelijke artsen

De scheidende LAD-voorzitter Z. S. Stadt heeft blijkbaar aansluiting gevonden bij hetgeen dit jaar in Medisch Contact bij herhaling aan de orde is gesteld naar aanleiding van het thema 'Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland' door onder meer te benadrukken dat de LAD meer aandacht dient te schenken aan de specifieke problemen waarmee de vrouwelijke collegae plegen te worden geconfronteerd. Deze suggestie was onderdeel van de jaarrede van de LAD-voorzitter die hij uitsprak ter inleiding van de ledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, zaterdag 21 oktober jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht. Bij die gelegenheid bracht de heer Stadt het volgende naar voren:

Nu ik thans voor de laatste maal als voorzitter van het centraal bestuur van de LAD het woord tot u mag richten, ben ik mij zeer goed bewust van het feit dat ik volgend jaar niet meer mede verantwoordelijk ben voor het te voeren beleid. Weliswaar behoort het vaststellen van de inhoud van de jaarrede tot het prerogatief van de voorzitter – deze toespraak mag derhalve wel een persoonlijke toets dragen – maar anderzijds dienen in een jaarrede de bakens die het centraal bestuur reeds heeft uitgezet niet te worden genegeerd. U wilt mij hopelijk ten goede houden dat ik deze laatste jaarrede begin met een wat meer fundamentele beschouwing, al dient het woord 'fundamenteel' met behoedzaamheid te worden gebruikt. Ik zou namelijk aandacht willen besteden aan de onafhankelijkheid van de arts in dienstverband. Het blad 'Metamedica' wijdde aan dit onderwerp een themanummer in november 1977. Ik zou iedere arts – zeker niet alleen de arts in dienstverband – willen aanraden de belangwekkende beschouwingen van de



LAD-voorzitter Z. S. Stadt spreekt de ledenvergadering toe.

verschillende auteurs eens rustig te lezen of te herlezen.

### De onafhankelijkheid van de arts in dienstverband

Centraal staat in de bijdragen de arts-patiënt relatie, welke wordt beschouwd als een (functionele) samenwerkingsrelatie, die kenmerkend is voor de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener. Volgens Prof. Dr. J. P. Kuiper, één der drie auteurs, kan de hulpverleningsrelatie verontreinigd zijn

door machtscomponenten; hij spreekt in dit verband zelfs van 'machtsvervuiling'. Ik vind het jammer dat hij dit onaangenaam klinkende woord gebruikt, omdat uit de toelichting en uit de vele citaten mijns inziens naar voren komt dat niet het hebben van macht 'vuil' is, maar dat *de wijze waarop* de macht wordt gebruikt op verschillende manieren kan – en zal – worden gebruikt.

Overigens ben ik van mening dat het heel goed is dat Kuiper op die machtscomponenten heeft gewezen. Een patiënt kan immers wel veranderen van huisarts en van specialist, maar veelal niet van bedrijfsarts, controlerend arts of van verzekeringsgeneeskundige. In dit verband kan men de vraag stellen of sommige geneeskundigen in het kader van hun werkzaamheden nog als hulpverlener kunnen worden beschouwd, mede omdat er geen duidelijke hulpvrager is aan te wijzen. Er moet hier echter geen misverstand ontstaan: men kan helpen vanuit zijn deskundigheid – men kan ook helpen louter als medemens.

Ik denk in dit verband onder meer aan gerechtelijke deskundigen, GMD-artsen, sommige artsen van GG en GD-en en vele andere collegae. Indien er in hun werkomstandigheden gesproken kan worden van een functionele samenwerkingsrelatie – en ik ben van mening dat dit kan – dan maakt hun medische vakbekwaamheid hen in die relatie bij uitstek en uitsluitend tot deskundige. Echter de manier waarop deze artsen hun werkzaamheden verrichten in relatie, in verhouding met een medemens, die de situatie soms als bedreigend of vernederend of ellendig beleeft, zal bepalen of deze mens ook nà het onderzoek deze artsen nog als bedreigende of als onverschillige, dan wel als helpende medemensen zal beschouwen. Het is derhalve van belang dat allereerst en altijd het voor iedereen duidelijk moet zijn welke doeleinden de relatie heeft, die tussen 'de arts' en 'degene-die-bij-hem-komt' als regel zal bestaan. Een machtsrelatie moet niet

worden verborgen en in een hulpverleningsrelatie moet ook werkelijk hulp kunnen worden geboden.

Het dienstverband doet aan deze relatie – mits duidelijk gesteld – niets toe of af. Wel dient als eis te worden gesteld dat vóór het aangaan van het dienstverband en de werkgever/opdrachtgever en de arts zijn overeengekomen welke de relatie tussen de patiënt en de arts zal zijn. In dit verband is de vaststelling van een professioneel statuut, dat een onverbrekelijk geheel uitmaakt met de arbeidsovereenkomst, van bijzonder groot belang. De onafhankelijkheid in medisch opzicht bij de uitoefening van zijn taak dient de arts te worden gewaarborgd.

Tot dusverre is echter steeds aandacht geschonken aan de afbakening van bevoegdheden en verantwoordelijkheden van enerzijds de werkgever/opdrachtgever en van anderzijds de arts. Er bestaat evenwel ook beïnvloeding van andere zijden. Waartoe dit in de toekomst zal leiden kan ik niet voorspellen, maar het is goed tijdig dit fenomeen te herkennen. Voor een goed begrip van hetgeen ik bedoel keer ik nog één keer terug naar het themanummer van Metamedica. Voor de auteurs is de *hulpvrager* kennelijk een zodanig eenduidig persoon, dat deze geen nadere omschrijving behoeft. Dit is te meer verwonderlijk omdat in de medisch-sociologische literatuur de *hulpvrager* een zeer polymorfe groep mensen omvat. Daarnaast hebben hulpvragers – hoe contradictoir dit ook klinkt – ook macht. Tot de machtsmiddelen behoren onder meer: aggraving, suggestie, speculeren op de wens van de arts zich aan de veilige kant te houden, beroep doen op medelijden, etc. Met name worden deze middelen in de 'samenwerkingsrelatie' ingebracht wanneer het verzoek om hulp een dubbele bodem heeft. Bijvoorbeeld kan de vraag 'het wat rustiger aan te mogen doen' heel goed worden ingegeven door de wens geen overwerk meer te doen, of een precaire bestuursfunctie te kunnen neerleggen of de kinderen niet mee te nemen op vakantie. Elke arts kent deze op zichzelf zeer menselijke motieven. Maar vanuit de situatie met het verzoek met dubbele bodem bestaan vloeiende overgangen naar omstandigheden waarin de patiënt – of heet hij dan cliënt? – vraagt om een vorm van hulp die hij, de cliënt, reeds inhoudelijk heeft omschreven en waarop hij zijns inziens 'recht' heeft. Bij vermeende of terechte miskenning van dit recht blijken nog andere machtsmiddelen te bestaan: de collectieve dwang via omwegen. Op deze wijze kan bijvoorbeeld via publikaties, via TV-interviews, etc. een bedrijfsgeneeskundige dienst, een dienst voor openbare gezondheidszorg, enz. beticht worden van onvoldoende zorg voor de werknemers, respectievelijk voor de inwoners van een gemeente. De invloed

van een dergelijke actie moet men niet onderschatten.

Samenvattend zou ik willen stellen dat – alvorens er een dienstverband wordt gesloten – er duidelijkheid moet bestaan over:

- de taakstelling, met vermelding van doel en middelen;
- de aard van de arts-patiënt relatie;
- de eventuele aanwezigheid van machtscomponenten in deze relatie.

Indien er een machtsrelatie bestaat is voor een goed functioneren noodzakelijk:

- a. een bezinning op de verhouding tot de opdrachtgever/werkgever;
- b. de erkenning dat de patiënt deze machtsrelatie als bedreigend kan ervaren en daardoor naar een vorm van verweer zal zoeken, hetzij als individu, hetzij met behulp van een collectiviteit.

Ten aanzien van dit verweer wil ik nog een enkel woord zeggen. Wij moeten dit verweer vooral niet zodanig vrezen, dat wij het tot elke prijs moeten voorkomen. In dat geval zouden wij onze onafhankelijkheid naar de andere zijde inleveren. Wél mag worden geëist dat het onafhankelijk oordeel weloverwogen is gevormd. Indien daartegen verweer wordt gevoerd zullen wellicht contra-deskundigen worden gezocht – vooral wanneer het verweer een collectief karakter heeft gekregen. Ik spreek niet alleen de hoop uit dat de contra-deskundigen eveneens een goed doordachte visie kenbaar zullen maken, maar ook dat de opponenten elkaar met respect zullen bejegenen. Een arts hoeft, ja mag vaak niet neutraal zijn en hij mag een keuze maken, maar bij verschil van inzicht mogen *medische* argumenten nimmer worden gebruikt om terloops of zelfs openlijk de onafhankelijkheid van de andere arts in twijfel te trekken. Ik zeg dit met zoveel nadruk omdat verschillende gebeurtenissen mij in dit opzicht weinig gerust stellen.

Zoals ik reeds zei, een belangrijke handreiking bij het vastleggen van de professionele onafhankelijkheid kan het professioneel statuut bieden. In dit verband is het te betreuren dat de publikatie van dit document, welke ik vorig jaar reeds aankondigde, nog niet heeft kunnen plaatsvinden. De discussies rondom dit statuut zijn echter tevens aanleiding geweest tot activiteiten elders, zodat thans een statuut voor de medische specialisten in dienstverband, één voor de verpleeghuisartsen, één voor de huisartsen en één voor klinische psychologen vrijwel gereed is. Andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg zijn druk bezig.

#### De FHZ en de positie van CB-artsen

Aan deze werkzaamheden wordt binnen de FHZ, de Federatie van verenigingen van

hogere Functionarissen in Ziekeninrichtingen, veel aandacht besteed. Het is een belangrijke en verheugende zaak dat ook deze materie zo duidelijk aan bod komt naast de belangenbehartiging. Verheugend is ook dat de vorig jaar uitgesproken verwachting, dat eveneens vertegenwoordigers van de hoofden van dienst en van de pedagogen aan het werk in deze federatie zouden gaan deelnemen, is uitgekomen.

Het wordt thans zaak – ten eerste – de FHZ uit te bouwen tot een stevig grondveste koepelorganisatie, die – ten tweede – ook voor extramuraal werkzame leden van de aangesloten organisaties de belangen kan behartigen. Als een van de belangrijke terreinen mag genoemd worden het terrein van de Kruisorganisaties.

Met name gaat het om de positie van de consultatiebureau-artsen. Met kracht moet gestreefd worden naar een situatie waarin deze collegae een volwaardige arbeidsovereenkomst krijgen in plaats van een aanstelling op stukloon. Deze laatste, weinig rechtszekerheid gevende positie dient liefst geheel te verdwijnen en de LAD dient mijns inziens de betrokken collegae hierbij alle steun te geven.

#### Positie vrouwelijke artsen

Tot de CB-artsen behoort een groot aantal vrouwelijke collegae. Zeer in het algemeen – en dus los van het al of niet CB-arts zijn – blijkt de situatie voor hen niet eenvoudig te zijn. Zacht gezegd schijnt het voor te komen dat zij – direct of indirect – worden geweigerd door sommige specialisten-opleiders. Maar ook wanneer zij wel worden geaccepteerd blijven de lange werkdagen voor hen – maatschappelijk gezien – een groot bezwaar. In alle redelijkheid moet toch de vraag worden gesteld of opleidingen beslist alleen full-time kunnen worden gegeven en of een specialisme alleen goed kan worden beoefend wanneer tenminste tien uur per werkdag wordt gearbeid.

Het is in de huidige omstandigheden niet verwonderlijk – maar mijns inziens wel beschamend – dat een onbekend, maar waarschijnlijk groot aantal vrouwelijke collegae met geheel andere functies genoeg moeten nemen dan waarvoor zij ambitie gevoelen.

Ik ben van mening dat het tot de taak van de LAD behoort aan dit probleem aandacht te schenken en voorstellen voor mogelijke oplossingen te ontwikkelen. Hier mag niet de zegswijze, vrij naar Chesterton, opgeld doen: 'Het is niet zo, dat het is beproefd en goed bevonden – men vond het moeilijk en daarom is het niet beproefd'.

#### De wachtassistenten

Wanneer men denkt aan tweelingbanen, deeltijdarbeid en dergelijke is de stap naar de groep der wachtassistenten zeker niet



groot. De hoeveelheid werk en de lengte van de werkdag is per wachttassistent – ondanks de CAO – nog vaak te zwaar. De meest voor de hand liggende oplossing, de dagtaak en de werkdag te delen, is onmogelijk door de zo langzamerhand atavistische norm van het COZ. Overigens zullen ook van medische zijde wel bezwaren komen, met name wat betreft de continuïteit. Waarom zouden verpleegkundigen echter wel hun werkzaamheden goed aan elkaar kunnen overdragen en artsen niet? Voorts is het dogmatische van het begrip 'continuïteit' ook wel verloren gegaan sinds er gezamenlijke avonddiensten, nachtdiensten en weekenddiensten bestaan en het woord 'antwoordapparaat' in de gezondheidszorg een eigen klank heeft gekregen. Het is ongelooflijk jammer dat aan alle kanten het overleg over de wachttassistenten-norm stagneert en vastloopt. Een goed gebruik van wachttassistenten is van groot belang voor de medische verzorging, ook buiten de normale diensturen; voor de opvang van ongevallen en spoedpatiënten; voor een snelle besluitvorming tijdens de opname. Er ligt hier – ik wil dit met nadruk stellen – een ruime arbeidsmarkt waar een eventueel artsenverschot op zeer zinvolle wijze kan worden opgevangen. Het is helemaal niet erg een wachttassistenten-schap te beschouwen als een 'parkeerbaan' in afwachting van het vrijkomen van opleidingsplaatsen of van andere functies. Het is een betere oplossing dan het verfoeilijke systeem van 'volontairs'; het is veel beter dan het duwen van een aantal weinig gemotiveerde en weinig ervaren artsen in de richting van de sociaal-geneeskundige arbeid, met als enige reden het feit dat daar nog vacatures bestaan.

## De LVSG

Met de voorgaande zin heb ik het sociaal-geneeskundig terrein betreden. Op dit gebied zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. De Algemene Vergadering heeft recent het hoofdbestuur van de KNMG gemachtigd, stappen te ondernemen welke kunnen leiden tot de oprichting van een Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen. Persoonlijk betreurt ik deze ontwikkeling en ik heb in mijn vorige jaarrede ook een alternatief genoemd dat aanmerkelijk minder kostbaar is dan de thans nagestreefde oplossing. Het zou uitermate jammer zijn wanneer een forse contributieverhoging een aantal sociaal-geneeskundigen zou bewegen hun lidmaatschap op te zeggen. Een dergelijke ontwikkeling zou de sociaal-geneeskundige inbreng verzwakken; men zegt immers tot de oprichting van een LVSG te willen geraken teneinde die inbreng binnen de KNMG te versterken. Hoe dit ook zij, ik zou met nadruk willen

stellen dat een eventueel onvoldoende invloed van sociaal-geneeskundige zijde niet geweten kan worden aan hen die de laatste jaren als vertegenwoordigers in het HB en in het CB-LAD veel vrije tijd en veel energie hebben gestoken in het bestuurlijk werk en die juist vanuit hun sociaal-geneeskundige invalshoek een eigen bijdrage hebben geleverd aan de analyse en bespreking van onderwerpen die niet direct op hun terrein lagen. Hoewel dit nog geen afscheidsrede tot het CB der LAD is, wil ik hen vanaf deze plaats reeds mijn grote dank betuigen.

## 'Regeling-Klein'

Wat betreft de zogenaamde 'regeling-Klein' zijn de ontwikkelingen in een stroomversnelling gekomen. U wordt daarover straks uitvoerig geïnformeerd. Nu wil ik slechts zeggen dat wij moeten blijven vasthouden aan een regeling die ook in de toekomst zekerheid biedt en dat wij er bij het departement met klem op moeten blijven aandringen dat het arbeidsvoorwaardenbeleid zodanig wordt herzien, dat het mogelijk wordt reeds in een vroeg stadium artsen in te schakelen bij de pre-klinische opleiding. Een minister die opleidingen wil verkorten moet toch begrijpen dat een eerste vereiste daarbij is, dat de verschillende fasen van de opleiding goed op elkaar zijn afgestemd en niet uitdijen over allerlei randgebieden.

## 'Bestek '81'

Wij hebben ten aanzien van onze wensen voor een verbetering van de salarissen van de universitaire werkzame artsen het tij tegen. De troonrede werd elders wel de 'traanrede' genoemd en 'Bestek '81' spreekt slechts over bezuinigingen in de gezondheidszorg. Wij behoeven niet tegen bezuinigingen te zijn, integendeel. Wij moeten ons echter fel verzetten tegen bezuinigingen ad hoc, tegen willekeurige bezuinigingen zonder dat een plan hieraan ten grondslag ligt. Consumenten van en werkers in de gezondheidszorg moeten niet steeds onbeantwoord worden weggestuurd. Wat wil men met de 'versterking van de eerste lijn', 'bevordering van het poliklinische werk', 'bevordering van de thuisverpleging', 'preventie van ziekten', 'de gezondheidsvoorlichting'? Waar zijn de maatregelen ter stimulering? Stimulering van het tijdelijk overbrengen van zogenaamde 'meso-patiënten' naar verpleeghuizen; verbetering van poliklinische honorering; snelle afhandeling van verbouwingen voor poliklinische faciliteiten; stimulering van de thuiszorg? Ziekenhuizen worden gestraft met personeelsvermindering wanneer de verpleegtijd wordt verkort, terwijl een gedifferentieerde aanpassing van de norm stimulerend zou werken.

'Bestek '81' kon niet anders dan een wat rammelend stuk haastwerk zijn. Het wordt nu echter tijd dat er een bestek komt waarop men koers kan varen; zonder een enigszins geïnspireerde visie blijft iedereen in de sleurgang voortsjokken tot de wal het schip keert.

## Jeugd en werkloosheid

Twee jaar geleden sprak ik de hoop uit dat er aandacht zou worden besteed aan de gezondheidszorg voor de jonge volwassene. Het ledencongres te Arnhem heeft dat deze maand in ruime mate gedaan. Daar is ook gewezen op de ernstige gevolgen van jeugdwerkloosheid in psycho-hygiënisch opzicht. Jeugd vandalisme, dronkenschap, drugs, vrijblijvende seksuele verhoudingen etc. kunnen gemakkelijk vertaald worden in: jeugd-uitzichtsloosheid, relatiestoornissen, eenzaamheid, overbodig zijn. In dit verband ben ik van mening dat vanuit de gezondheidszorg grote aandacht moet worden uitgeoefend om te komen tot het scheppen van arbeidsplaatsen. Deze aandacht behoeft uiteraard niet alleen gericht te zijn op de overheid.

## Veel werk

Er wacht veel werk: het schier eindeloze gepraat over de honorering van universitaire werkzame artsen moet eens tot een beslissing worden gebracht, ondanks het feit dat er altijd ontevreden mensen zullen blijven; aan de CAO voor het Ziekenhuiswezen moet verdere inhoud worden gegeven, terwijl met kracht moet worden gestreefd naar het totstandkomen van een CAO voor de Kruisorganisaties en voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg; de vaak solitaire werkzame collegae in de extramurale gezondheidszorg moet die steun worden gegeven die zij zo nodig hebben; grote aandacht verdienen de bijproducten van onze *schijnwelvaart*: de jeugdwerkloosheid, het alcoholmisbruik, de stress; en vooral moeten wij als gemeenschap van artsen, die een steeds groter terrein bestrijkt, moeite blijven doen elkaar niet uit het gezicht te verliezen.

Aldus de LAD-voorzitter ter inleiding van de door deze ledenvergadering af te handelen huishoudelijke en beleidszaken, waarbij de aanwezigen nog nader werden geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de 'regeling-Klein', de overwerkregeling voor assistent-geneeskundigen in academische ziekenhuizen, de CAO-Ziekenhuiswezen en de

verplichte deelname in het PGGM door assistenten-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

### Instemming

De afgevaardigden hechtten achtereenvolgens hun goedkeuring aan het jaarverslag over 1977, de salarisrichtlijnen voor 1978 en de aanpassingen daarop per 1 juni jl. en 1 augustus jl. Zij betuigden eveneens instemming met de voorstellen van het centraal bestuur betrekking hebbend op de verenigingsfinanciën: de rekening en verantwoording van de penningmeester over 1977, de décharge van de penningmeester, het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen, de begroting voor 1979 en de contributie voor 1979.

Conform het voorstel van het centraal bestuur heeft deze ledenvergadering vervolgens de concept-teksten van de aan de nieuwe wettelijke bepalingen aangepaste statuten en het huishoudelijk reglement aanvaard en daarmee – mits er van de zijde van het hoofdbestuur der KNMG geen bezwaren tegen worden aangevoerd – de voorzitter volmacht gegeven de betreffende stukken te laten passeren bij de notaris. Volmacht verkreeg het centraal bestuur tevens om alle rechtshandelingen te kunnen verrichten die gericht zijn op het beëindigen van het lidmaatschap van de Centrale van Hogere Functionarissen bij Overheid en Onderwijs (CHA), uiterlijk ingaande



*De per 1 januari 1979 als LAD-voorzitter aantredende J. W. H. Garvelink.*

op 1 januari 1980, alsmede op het gelijktijdig verwerven van het lidmaatschap van het Ambtenaren Centrum.

Op grond van de LAD-nota 'Structuur en doelstelling van de Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in Ziekeninrichtingen (FHZ)' vroeg en verkreeg het centraal bestuur ook mandaat om te pogen in overleg met de andere in de FHZ deelnemende verenigingen te komen tot een structuurwijziging, waardoor de FHZ zich kan manifesteren als

koepelorganisatie en haar werkterrein kan verbreden.

### Verkiezingen

Behalve LAD-voorzitter Z. S. Stadt, zijn ook diens college-bestuursleden J. J. R. Buirma en Dr. E. van Leer per 1 januari aanstaande aan de beurt van aftreden als CB-lid, gedrieën niet herkiesbaar. Op voorstel van het centraal bestuur werd de huidige ondervoorzitter, J. W. H. Garvelink, adjunct-directeur GG en GD te 's-Gravenhage, aangewezen om straks de heer Stadt als LAD-voorzitter op te volgen.

De ledenvergadering ging vervolgens akkoord met het voorstel van het centraal bestuur de kandidaat van de Vereniging van directeurs van GG en GD in Nederland, de heer J. W. H. Kemperman te Zwolle te benoemen tot opvolger van het scheidende CB-lid Buirma. Ter voorziening in de vacature die in het centraal bestuur was ontstaan door het tussentijds aftreden van de heer R. A. Francken werd tenslotte de heer H. R. E. de Wild benoemd, die was voorgedragen door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

Overigens resten nog drie vacatures in het centraal bestuur: een voor een militair arts, een voor een specialist in dienstverband in een algemeen ziekenhuis (de vacature Dr. Van Leer) en een voor een arts uit de kring van medisch wetenschappelijk onderzoekers.

## Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.



**SIRE**

Publicatie van gegevens door dit blad en samenwerking met de Stichting Kinder-Reclame

Kindermishandeling daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met dood, zwaaien, help je geen enkel probleem uit de wereld.

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

Die komt u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling, Koningplein 27 in Den Haag, telefoon: 070-631923



---

# Vasectomie en atherosclerose

Onlangs verscheen in de tijdschriften 'Fertility and Sterility' (29, 243, 1978) en 'Science' (201, 538, 1978), een mededeling over de resultaten van een dierexperimenteel onderzoek, verricht door Alexander en Clarkson (1978). De resultaten van dit onderzoek wezen erop dat vasectomie bij apen onder bepaalde omstandigheden atherosclerose kan bevorderen. Wanneer dit onderzoek zonder commentaar in de lekenpers zou doordringen, is de kans op een ongegronde paniecreactie groot. Het lijkt ons daarom wenselijk het onderzoek tijdig in dit tijdschrift te vermelden en te commentariëren.

De aanleiding voor het bovenvermelde onderzoek was het gegeven dat, zowel in konijnen als in bavianen, dieet-geïnduceerde atherosclerose versterkt wordt door immuuncomplex depositie in de arteriewanden (Minick e.a. 1966, Howard e.a. 1971, Lamberson en Fritz 1977, Sharma en Geer 1977). Omdat apen na vasectomie snel en in hoge titers auto-antistoffen vormen tegen spermatozoa, zou verondersteld mogen worden dat als gevolg hiervan ook immuuncomplexen worden gevormd en dat er daardoor een verhoogde neiging tot atherosclerose zou ontstaan.

Tien apen (*macaca fascicularis*) werden gevoed met een cholesterolrijk dieet, waarvan boter in 42% van de calorieën voorzag. Na zes maanden, toen alle dieren hypercholesterolaemie ( $> 500$  mg/dl) hadden, werden vijf apen gevasectomeerd en bij vijf andere werd een schijnvasectomie uitgevoerd. Alle vijf gevasectomeerde dieren vormden binnen een maand

---

door **Prof. Dr. J. Kremer,**  
en **Dr. Ph. Rümke**

De auteurs zijn respectievelijk verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Antoni van Leeuwenhoekhuis te Amsterdam.

---

hoge titers antistoffen tegen spermatozoa, terwijl geen der controledieren dit deed. Tien maanden na de operatie werden de dieren gedood en uitvoerig onderzocht. In de experimentele groep was de cholesterolafzetting in de grote arteriën minstens tweemaal zo hoog als in de controlegroep en waren plaques statistisch significant uitgebreider en meer voorkomend. In twee van de experimentele en in één van de controledieren konden met immunofluorescentie immuunglobulinen en complement factoren in de plaques aangetoond worden, wat op de mogelijkheid van immuuncomplex deposities wijst. De auteurs schreven de versterkte atherosclerose in de gevasectomeerde groep apen toe aan de vorming van immuuncomplexen tussen sperma antistoffen en sperma antigenen en de depositie van deze complexen in het vaatendotheel.

## Commentaar

1. Het dieet waarmee de apen werden gevoed, bevatte tweemaal zoveel cholesterol als de menselijke voeding in de Verenigde Staten. De plasma cholesterolspiegels waren ook minstens tweemaal zo hoog (500-600 mg/dl) als die welke gemiddeld bij de

Noord Amerikanen voorkomen. Vergelijking gaat alleen hierom al niet op. Onderzoekingen bij een normale voeding van de apen vonden niet plaats.

2. Tot nu toe zijn er geen aanwijzingen dat gevasectomeerde mannen vaker circulerende immuuncomplexen (CIC) bezitten dan niet-gevasectomeerde. Hess c.s. (1977) vonden bij geen van de 41 gevasectomeerde mannen, bij wie twee jaren na de vasectomie een C1q-precipitatie test werd verricht, de aanwezigheid van CIC. Hellema c.s. (1978) lieten 34 sera van mannen, die vijf tot zes jaren tevoren waren gevasectomeerd, in verschillende laboratoria onderzoeken. Eén laboratorium vond geen aanwijzingen voor de aanwezigheid van CIC, een tweede laboratorium soms (maar dit was niet reproduceerbaar) en een derde laboratorium had een enkele maal een positief resultaat zonder echter de zekerheid te kunnen geven dat dit op aanwezigheid van CIC berustte. Tung (1978) onderzocht 130 mannen die twee-vier jaren tevoren waren gevasectomeerd en vond met de Raji-test alleen negatieve resultaten en met een C1q-precipitatie test bij 9% van de mannen een positief resultaat; dit laatste bleek echter niet significant verschillend te zijn van de 4% positieve uitslagen bij de mannen uit een controlegroep.

3. Goldacre en Vessey (1978) gingen de indicaties voor ziekenhuisopname na van 651 vroeger gevasectomeerde mannen en van niet-gevasectomeerde mannen uit drie verschillende controlegroepen. Er waren geen ziekten die significant vaker

voorkwamen bij de gevasectomeerden dan bij de mannen uit de controlegroepen.

### Conclusie en advies

De resultaten van het onderzoek van Alexander en Clarkson (1978) zijn voorlopig geen reden om gezonde mannen vasectomie af te raden. Het valt echter te overwegen om bij mannen met een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed en bij mannen die, op grond van eigen of familie-anamnese (hypertensie, diabetes enz.) een abnormaal sterke neiging hebben tot atherosclerose, een voorgenomen vasectomie uit te stellen tot er voldoende onderzoek over een eventueel verband tussen vasectomie en atherosclerose bij de mens is verricht.

### Literatuur

Alexander, N. J. and Th. B. Clarkson (1978). *Fertil. Steril.* 29, 243.

Alexander, N. J. and Th. B. Clarkson (1978). *Science* 201, 538.

Goldacre, M. and M. Vessey (1978). In: *Immunological and pathophysiological effects of vasectomy*. Proc. NICHD Workshop, Airlie, Virginia, April 1978 (ed. I. Lepow), Academic Press, in press.

Hellema, H. W. J. (1978). Thesis, University of Amsterdam.

Hess, E. V., Herman, J. H. and J. L. Houk (1977). In: *Immunological influence on Human Fertility*. Proc. Workshop on Immunology in Human Reproduction (ed. B. Boettcher), Newcastle, Australia, Academic Press, p. 333.

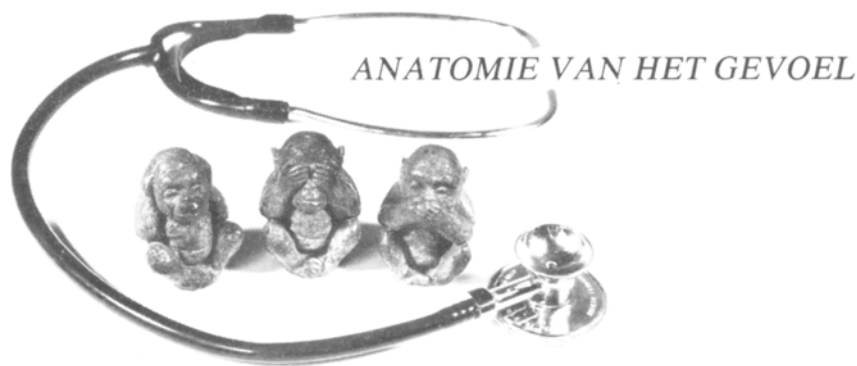
Howard, A. N., J. Patelski, D. E. Bowyer and G. A. Greshan (1971). *Atherosclerosis* 14, 17.

Lamberson, H. V. Jr. and K. E. Fritz (1974). *Arch. Pathol.* 98, 9.

Minick, C. R., G. E. Murphy and W. G. Campbell Jr. (1966). *J. Exp. Med.* 124, 635.

Sharma, H. M. and J. C. Geer (1977). *Am. J. Pathol.* 88, 255.

Tung, K. S. K., R. K. Bryson, L. P. B. Han and L. C. Walker (1978). In: *Immunological and pathophysiological effects of vasectomy*. Proc. NICHD Workshop, Airlie, Virginia, April 1978 (ed. I. Lepow), Academic Press, in press.



## De goede bak waarom mijnheer A. niet meer kon lachen

De laatste dagen ging het prima met mijnheer A. Gisteravond begon hij echter te rochelen. Ik ben toen nog even bij hem langs gegaan. Ook heb ik Dr. Wouters opgebeld; die was echter kortaf en zei, dat hij niets aan mij had wanneer ik niet met een kant en klare diagnose kwam aandragen.

Vanochtend om half negen kreeg mijnheer A. het echter afschuwelijk benauwd. Volgens de hoofdzuster kleurde hij helemaal blauw-zwart, zo erg was het. De dienstdoende assistent stelde de diagnose op een acute asthma cardiale-aanval en behandelde de patiënt als zodanig. Hij gaf mij het schema voor de digoxine, zodat ik voorlopig vooruit kon. Vlak voordat ik naar de poli ging, legde ik nog een briefje betreffende de toestand van de heer A. op het bureau van Dr. Wouters.

Achteraf hoorde ik, dat het met hem steeds slechter ging. Om een uur of elf is hij naar de Intensive Care gebracht. Nadat hij nog driemaal was 'geklapt', is hij tegen twaalfven overleden. Ik schrok me dood toen ik het hoorde, want het was min of meer mijn patiënt.

Vanmiddag was de obductie. Daar lag hij als een verschrompelde etalagepop, op zijn hoofd een natte dweil. Met forse halen sneed de patholoog-anatoom het lijk open. Een aantal ribben was gebroken, vermoedelijk ten gevolge van de hartmassage. Hart en longen waren tot onze grote verwondering vrijwel normaal. Toen de patholoog-anatoom met een bijna sierlijke routine de darmen eruit 'ritste', vertelde hij een aardige mop: 'Er was eens een man die van het dak viel. Toen hij ter hoogte van de eerste etage was, schreeuwde hij de massa onder hem lakoniek toe: 'Tot nu toe gaat alles goed.' Dat was de mop. Ik schreef hem voor de aardigheid op tussen de obductiegegevens. Mijn assistent zag het en maakte de patholoog-anatoom erop merkzaam. Die zat echter te wroeten in de nieren: zowel links als rechts een reuze koraalsteen. Ondertussen stapte een van onze chirurgen binnen. Onder zijn rechterarm droeg hij in plaats van een akentas een soort badtas

van hemelsblauw zeil. 'Ik heb hier een been dat ik even wil bekijken', zei hij broodnuchter. Het bleek slechts een deel van dit ledemaat te zijn, dat had toebehoord aan een psychisch gestoord 'dametje'. Ondanks het feit dat er objectief helemaal geen symptomen waren, bleef ze maar klagen over pijn in haar enkels. Na ampel beraad werd besloten tot amputatie. Met een zeer grote precisie werd het enkelgewricht gesloopt. Slotconclusie: 'Niets pathologisch'.

Intussen werd 'mijn' patiënt eveneens uit een gerafeld. Het spannendste moment kwam, toen de patholoog-anatoom de huid boven het linker dijbeen opende. Ik ben toen even de röntgenfoto's gaan halen. Toen ik terugkwam stond de patholoog-anatoom met een gaaf stukje bot in zijn handen. Het was helemaal wit. Een gedeelte was echter meer glasachtig. En dát was het gezwel! Ik kon haast niet geloven dat dit stukje weefsel zoveel ellende had veroorzaakt. De directe doodsoorzaak kon echter - voorlopig - niet worden vastgesteld.

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(53)

Wat kan de dood toch snel komen. Gisteren had ik het nog met mijnheer A. over van alles. Hij had iets heel jeugdigs over zich. Tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis bekommerde hij zich erg veel om het leed van een medepatiënt, die op dezelfde kamer lag maar inmiddels was ontslagen.

Na de obductie ben ik snel, maar toch een beetje beduusd, naar mijn paviljoen teruggegaan om alsnog mijn uiterste best te doen voor de overlevenden onder mijn patiënten.

Alexander van Es

# Pokerspel van gevangenen valkuil voor vertrouwensartsen

## Een methodische analyse

Dit artikel is een reactie op de casuïstische mededeling van de artsen Romme, Van Ree, Van Aalderen, Sacksioni en v.d. Hout, gepubliceerd in Medisch Contact nr. 26/1978, pag. 793, onder de titel 'Hongerstaking'. Deze casuïstische mededeling heeft mij erg beziggehouden, ten eerste omdat hierin de psychosociale interventie op grootschalig niveau aan de orde komt met alle methodische implicaties van dien, mijns inziens een belangrijk doch nog vrijwel onontgonnen terrein van geestelijke gezondheidszorg, ten tweede omdat de mededeling uitvoerig genoeg is om een methodische analyse van de activiteiten van de schrijvers, vertrouwensartsen van drie hongerstakingende gevangenen, mogelijk te maken. De mededeling is, ondanks zes en een halve pagina MC, zo compact en bevat zoveel relevant materiaal voor een methodische analyse, dat het mij onmogelijk is hier een korte samenvatting te leveren. Ik moet de lezer van dit (mijn) artikel dus verzoeken MC nr. 26/1978 zo nodig erop na te slaan. In mijn beschouwing zal ik vooral aandacht schenken aan de wijze waarop de artsen met het door hun gesignaleerde conflict tussen gevangenen en Justitie zijn omgesprongen (de casuïstische mededeling gaat voornamelijk hierover) en deze toetsen aan de principes en de methoden voor conflictbehandeling zoals die in de geestelijke gezondheidszorg (g.g.z.) zijn ontwikkeld en hun nut hebben bewezen.

### Verantwoording toetsingscriteria

Hier rijst meteen de preliminaire vraag of de behandelingsprincipes en

door **Dr. J. L. J. Lumeij**



De auteur is zenuwarts en lid van de directiegroep van de Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg 'de Biltstraat' te Utrecht, specifiek belast met de leiding van de afdeling sociaal-psychiatrische dienst.

-methoden zoals die gangbaar zijn in de gewone g.g.z. overdraagbaar zijn naar situaties van het soort waarmee de vertrouwensartsen werden geconfronteerd. In de g.g.z. hebben wij te maken met een aangemelde cliënt, met een gezin eromheen of met een werksituatie of een school eromheen. De g.g.z. speelt zich af op kleinschalig (microsociaal) niveau. De vertrouwensartsen hebben te maken aan de ene kant met drie gevangenen, veroordeeld wegens terroristische activiteiten van het soort dat momenteel de hele wereld in beroering brengt, aan de andere kant met een landelijk justitieel apparaat, met daarachter een landelijk kabinet, een landelijke volksvertegenwoordiging, een hele natie. Zij opereerden op grootschalig, macrosociaal niveau. Vragen rond de overdraagbaarheid van werkprincipes van het microsociaal naar het macrosociaal niveau houden mij reeds lang bezig.

De geïnteresseerde lezer moge ik verwijzen naar mijn artikel 'Van geestelijke gezondheidszorg naar maatschappijkritiek', gepubliceerd in Streven, jaargang 25, 5, februari 1972, en naar mijn artikel 'De Drie van Breda en de geestelijke volksgezondheid', gepubliceerd in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, jaargang 27, 4, april 1972. Feit is, dat nog steeds vrijwel niemand beschikt over enige ervaring in psychosociale activiteiten of interventies op macrosociaal niveau. We weten dus nog niet hoe het moet. Er is echter mijns inziens geen duidelijke reden, waarom de behandelingsprincipes waarmee we dagelijks werken in de g.g.z. daar niet zouden gelden. In ieder geval lijkt het nog steeds onverstandig om in een macrosociale situatie te gaan opereren met methoden die in microsociale situaties de verkeerde zijn gebleken. De overwegingen, pover als ze zijn, vormen voor mij de belangrijkste rechtvaardigingsgrond om de activiteiten der vertrouwensartsen te toetsen aan de methodieken der gangbare g.g.z.

Een tweede, bijkomende, rechtvaardigingsgrond ligt in het feit dat de vertrouwensartsen zelf hier helemaal geen punt van maken. Dit zou erg opvallend zijn, ware het niet dat zij over de hele linie weinig mededelen ten aanzien van hun methodische overwegingen. De spil waar hun hele betoog om draait is gelegen in de zienswijze dat de hongerstaking de uitdrukking is van een conflict, met andere woorden dat de hongerstaking voortkomt uit een conflictueuze psychosociale interactie, in dit geval tussen gevangenen en 'Justitie'. Maar dit niet

alleen. Er komt bij dat deze zienswijze het uitgangspunt is van hun interventie. De vertrouwensartsen weigeren zich te richten op de onderdrukking van het probleemgedrag, want anders 'ontkent men het conflictkarakter ofwel discrimineert men één van de partijen (meestal de zwakste in de strijd)'. Geheel in lijn met deze gedachtengang voeg ik er nog aan toe: door het probleemgedrag vanuit een bredere context, namelijk de conflictueus-interactionele context, aan te pakken kun je voorwaarden scheppen voor een beter, gezonder functioneren van alle betrokken partijen.

Welnu, deze zienswijze, aangewend als uitgangspunt van interventie – een zienswijze en uitgangspunt waarmee ik het geheel eens ben – hebben de vertrouwensartsen ontleend aan de gewone g.g.z. van alledag. Een vrouw meldt zich aan met fobische klachten, straatvrees. Zij durft niet naar de winkel om de hoek zonder door haar man te worden begeleid. De benadering vanuit de interactionele gezichtshoek houdt in dat je niet de vrouw maar het echtpaar behandelt. Dan blijkt de man bijvoorbeeld te lijden aan minderwaardigheidsgevoelens, die op de achtergrond blijven zolang hij zoveel voor zijn vrouw kan betekenen. De vrouw is verzekerd van zijn voortdurende aandacht, zolang zij vasthoudt aan haar straatvrees. Gezamenlijk houden zij het probleemgedrag in stand. Zij houden elkaar gevangen in hun beperktheid. De symptoombestrijding, zoal niet bedoeld tot mislukking, ontkent de interactionele achtergrond. De behandeling met de interactie als uitgangspunt opent de mogelijkheid tot verdere groei bij beide betrokkenen. Exact het stramien waar de vertrouwensartsen op borduren. Impliciet, zonder het met zoveel woorden te zeggen, bedienen zij zich dus van behandelingsprincipes, die wij in de g.g.z. in microsociale situaties toepassen, voor mij een tweede rechtvaardigheidsgrond om hun behandelingen dan ook aan die principes te toetsen.

### Vrije artskenkeuze

Laten we nu de hoofdlijnen van de casuïstische mededeling bekijken. We stuiten dan allereerst op de vraag of

gedetineerden het recht op een eigen artskenkeuze hebben. Welnu, de dagelijkse praktijk in de g.g.z. toont overduidelijk dat een behandelaar die door de cliënt wordt afgewezen niets kan uitrichten. Het tegenargument, dat de cliënt de behandelaar dan maar niet moet afwijzen, snijdt geen hout. Vertrouwen kun je niet met een knopje aanzetten of uitschakelen; het is in eerste instantie een feitelijk gegeven, dat weten we allemaal. We kennen weliswaar cliënten die zich beroepen op hun gebrek aan vertrouwen in behandelaars als dekmotief om niet te hoeven veranderen, dit neemt niet weg dat het overal in de g.g.z. als goede praxis wordt beschouwd in eerste instantie op dit punt de cliënt het voordeel van de twijfel te geven. En terecht. Anders geef je de cliënt al op voordat je met de behandeling begonnen bent. Als je ervan uitgaat dat ook gedetineerden het recht hebben te werken aan hun eigen gezondheid – en daar gaan wij Nederlanders van uit – dan moet je ze ook het recht geven op eigen artskenkeuze. Gebrek aan vertrouwen bij cliënten in artsen die in dienst zijn bij instellingen waarmee de cliënten overhoop liggen, is een wijdverbreid verschijnsel, bepaald niet beperkt tot gedetineerde cliënten. Wij zien dat heel vaak optreden bij werknemers van bedrijven in relatie tot hun bedrijfsarts. Naar ons gevoel meestal ten onrechte, maar dit is niet terzake. De bedrijfsarts die niet het vertrouwen geniet van de werknemer kan niet effectief interveniëren in de relatie tussen cliënt en bedrijf. Wij kunnen dan als onafhankelijke behandelaars vanuit de g.g.z. veel meer bereiken. Het feit dat we hier te maken hebben met een algemeen patroon, waarin gevangenen niet afwijken van andere mensen, is een reden te meer om dan ook aan gevangenen dezelfde rechten toe te kennen.

### Polypragmasie

Geheel eens dus met de vertrouwensartsen ten aanzien van het principe der vrije artskenkeuze. Niet eens echter met de wijze waarop dit principe door hun is toegepast. Het is mij een raadsel hoe zij zijn gekomen tot een vijfmansteam voor deze klus. Wie heeft om vijf man gevraagd? De gevangenen? De

instellingsarts? Of de eerstgevraagde van de vertrouwensartsen zelf? Hoe meer vragen ik stel, hoe meer er bij me opkomen. Hoe is het team tot stand gekomen? Wat was de functie van ieder der vijf binnen het team? De vertrouwensartsen schrijven hierover slechts, dat de begeleidende arts er verstandig aan doet een dergelijke zaak niet te licht op te vatten en dat hij er zo mogelijk collega's bij zal zoeken om samen met hem de begeleiding op zich te nemen. Een wel erg summiere motivatie voor een wel erg vreemde keuze: een team bestaande uit twee psychiaters, een huisarts, een arts en een arts-assistent psychiatrie, met andere woorden een zeer eenzijdig samengesteld team vol doublures. Ik kan me met de beste wil van de wereld geen zinnige functie voorstellen voor al deze mensen, althans niet in de behandelingssituatie, en daar gaat het om.

Zo'n vijfpersoonsteam dat functioneel niet afgestemd is op de behandelingssituatie, zou eerder op z'n plaats zijn als het hier ging om een sociale actie. Dan sta je met meer mensen sterker en dan is de functionele afstemming op de behandelingssituatie niet meer relevant. Maar dan ben je wel met iets anders bezig dan met de behandeling van een conflict en bovendien met iets dat daarmee niet verenigbaar is, althans niet indien beide activiteiten te zelfder tijd door dezelfde personen worden bedreven.

Zonder nadere motivatie voor deze keuze ben ik van mening dat we hier te maken hebben met een voorbeeld van polypragmasie, hetgeen betekent: te veel van het goede, dus schadelijk. Mijns inziens had men veel effectiever kunnen werken met een tweepersoonsteam, bestaande uit een specialist voor de somatische aspecten, waarbij ik denk aan een internist(e), en één voor de psychische en sociaal-interactionele aspecten, waarbij ik denk aan een klinisch-psycholoog(og), of een sociaal-psychiater, of een andragoog(og), of n'importe welke oog(og), als hij of zij maar bedreven is in het veranderen van interactiepatronen. Hun functies zouden voor alle betrokkenen duidelijk of duidelijk te maken zijn geweest (eerste voorwaarde voor effectief werk in de psychosociale sfeer), de mogelijkheid tot wederzijdse steun in de behandelingssituatie was aanwezig

geweest, en daarnaast hadden zij natuurlijk de mogelijkheid gehad voor overleg met of supervisie van allerlei mensen buiten het team. Polypragmasie dus, maar waaruit bestaat dan de *schade*? Van de vertrouwensartsen vernemen wij, dat de gevangenen de hongerstaking hanteerden als strijdmiddel tegen de hechtenisomstandigheden. Vanuit algemeen menselijke ervaring en vanuit specifieke ervaring binnen de g.g.z. weten wij dat menselijk gedrag altijd door veelvuldige motieven wordt bepaald. De mens laat het mes graag snijden aan zoveel mogelijk kanten. Wij weten verder (o.a. van de vertrouwensartsen) dat deze gevangenen mensen zijn met een sterk politiek engagement. Nog afgezien van de vraag of dit door de gevangenen werd beoogd, in feite is een van de resultaten van de hongerstaking geweest dat de RAF-ideologie sterk in de belangstelling is gekomen, een resultaat dat de gevangenen, zo zij het al niet hebben beoogd, toch op z'n minst moeten hebben ervaren als een welkom neveneffect. Welnu, als je dan dit probleemgedrag te lijf gaat met een team dat qua omvang en samenstelling meer lijkt afgestemd op sociale actie dan op conflictinterventie, dan is de kans groot dat dit op zichzelf reeds een stimulans is voor de gevangenen om het probleemgedrag vol te houden. De keuze van de teamomvang is de eerste aanwijzing dat de vertrouwensartsen zich hebben geïdentificeerd met één der twee partijen in het conflict, zodoende zichzelf de mogelijkheid ontnemend om als conflictinterventors effectief te opereren. Belangrijker aanwijzingen hiervoor zullen volgen.

### De kern van de zaak

De duidelijkste illustratie van de wijze waarop de artsen zichzelf machteloos hebben gemaakt is gelegen in de volgende passage uit hun mededeling: 'Zinniger is het daarom als arts de conflictsituatie zelf als uitgangspunt te nemen en de begeleiding daarop te richten. Daartoe dient men nadrukkelijk het conflict te verduidelijken en te pogen de partijen zodanig te begeleiden dat er in de acute situatie een oplossing komt, waarbij de vertrouwensarts dient te beseffen dat de gedetineerde zijn cliënt

is' (cursivering Lumeij). Conflictsituatie als uitgangspunt: geheel eens. Conflict verduidelijken: geheel eens. Maar dan. Conflict verduidelijken doe je naar twee kanten. Het betekent dat je naar twee kanten luistert, dat je aan beide kanten tegenstrijdigheden signaleert, dat je beide partijen uitnodigt tot nadere explicitering van de motieven. De essentie van de conflictinterventie bestaat uit bevordering van de communicatie. Dit kan slechts lukken als de interventor symmetrisch opereert. Dan worden dus beide partijen zijn cliënt. Dit is slechts mogelijk, als beide partijen behoefte hebben aan een oplossing en beide partijen vertrouwen stellen in de persoon en de deskundigheid van de interventor. Dit alles staat in het abc van de g.g.z. Een vrouw komt op het spreekuur en klaagt dat ze door haar man wordt geslagen. Ze laat de blauwe plekken zien. Ze houdt het niet meer uit. Toch wil ze niet van hem weg. Ze vraagt ons haar man te bewegen op te houden met slaan. Met andere woorden, een duidelijke uitnodiging aan de behandelaar om zich niet symmetrisch op te stellen. De val staat open. Wee de behandelaar die erin loopt. Het begeerde resultaat kan hij dan wel vergeten. Daar zijn we het zo langzamerhand binnen de g.g.z. wel over eens. Het is daarom hoogst merkwaardig, dat de vertrouwensartsen hun loffelijke uitgangstelling meteen zelf ondergraven door de toevoeging van de door mij gecursiveerde zin. Zij gaan daarmee expliciet aan de kant van de gevangenen staan. Het is alsof zij hun hele methodiekenbagage thuis hebben gelaten. Merkwaardig ook, dat zij in verband met hongerstaking als uitdrukking van conflict naar Van Geuns verwijzen in hetzelfde nummer van MC (pag. 787, 'Arts en geweld'). Van Geuns blijkt namelijk juist wél doordrongen te zijn van de noodzaak van die symmetrische opstelling. Hij schrijft (pag. 789): 'Is de arts ervan overtuigd dat de gevangene dit risico bewust wil nemen, dan is het zijn taak als arts de gevangene daarin zo goed mogelijk te begeleiden. *Dat wil niet zeggen, dat de arts zelf desnoods sociale actie moet voeren en dat hij zich aan de hongerstaking moet conformeren – dan doet hij weer precies wat men als arts noch aan de ene noch aan de andere kant moet doen*' (cursivering Lumeij).

Het was oorspronkelijk mijn bedoeling deze fundamentele tweeslachtigheid van de vertrouwensartsen nader te illustreren aan de hand van een aantal van hun eigen uitlatingen. Ik merk nu dat dit te ver zou voeren. Hun hele casuïstische mededeling is ervan doortrokken. Hier en daar brengen zij lippendienst aan de principes van de conflictbehandeling, met name de symmetrische opstelling, tegelijkertijd verraden zij echter voortdurend dat zij voornamelijk dreven op een eenzijdig, dus polariserend, antithese verscherpend sociaal engagement. In plaats van consequent het vak van conflictinterventor uit te oefenen, gemotiveerd door een synthetiserend sociaal engagement – nagenoeg iedere van hun deelinterventies zou dan anders zijn geweest – hebben zij zich door de gevangenen laten verleiden hun spel te spelen, met het gevolg dat uiteindelijk alle partijen, inclusief de vertrouwensartsen zelf, als verliezers uit de bus zijn gekomen. Dit is jammer voor ons allemaal, want hier werd een kans gemist om vanuit de antithese veiligheid-menselijkheid wezenlijk dicht bij een synthese te komen.

### Onlust alom

Erger dan jammer vind ik, dat de vertrouwensartsen – zo ervaar ik dat althans – hun eenzijdig sociaal engagement presenteren onder het mom van vakbekwaamheid. Ik bedoel dit: De keuze die deze artsen maken, prioriteit aan humaniteit boven veiligheid, heeft met alles te maken, met hun karakter, met hun politieke gezindheid, misschien met eigen beleving van depriverende omstandigheden, maar niet met hun wetenschappelijke achtergrond als arts of als psychiater. (Dat Van Ree zich vijftig uur laat depriveren om te ervaren hoe erg dat is, is een moedige daad, getuigend van een zeer te waarderen sociaal engagement. Zijn ervaring zal ongetwijfeld van invloed zijn op zijn stellingname ten aanzien van hechtenisomstandigheden. Zijn psychiatrische deskundigheid voegt daar echter niets aan toe.) Het woordgebruik van de artsen in hun casuïstische mededeling, hun wijze van presenteren, wekt de indruk dat hun uiteindelijke keuze op de een of andere manier wetenschappelijk vanuit de geneeskunde zou zijn

gefundeerd. Dit is misleidend en daarom een kwalijke zaak. Wat ik hun ook kwalijk neem is het feit dat zij de onmacht, waarin zij zichzelf hebben gemanoeuvreerd door partij te kiezen, aan het einde van hun mededeling afreageren op hen die zij zelf eerst van zich hebben vervreemd. 'Justitie' heeft hun wensen niet opgevolgd, en nu trekken zij van leer. De pretentie van onpartijdigheid laten zij geheel vallen. (Stel je voor dat wij in de g.g.z. van alledag zo zouden reageren op cliënten die niet wensen te veranderen!) Zij zeggen onder meer dat er een pokerspel met mensenlevens werd gespeeld. Zij zeggen niet wie het pokerspel speelde, 'Justitie' of de gevangenen, doch in de context van hun tirade is het duidelijk dat in hun ogen 'Justitie' de dobbelstenen wierp. Ik voel nu de neiging om alle scheldwoorden die zij tot 'Justitie' richtten op henzelf toe te passen, doch zal mij tot één beperken. Ik vind het dom wat zij hebben gedaan. Indien artsen de humanisering van hechtenisomstandigheden willen bevorderen, dan zal hun invloed in sterke mate afhankelijk zijn van het vertrouwen dat 'Justitie' in hen stelt. Ik kan me niet anders voorstellen dan dat de vertrouwensartsen dit vertrouwen hebben ondermijnd.

## Naschrift Prof. Dr. M. A. J. Romme c.s.

De bijdrage van Lumeij vinden wij een waardevolle bijdrage aan de discussie omdat:

1. Lumeij zakelijke kritiek levert op onze handelwijze, zoals hij die afleidt uit onze casuïstische mededeling;
2. Lumeij onze visie zinvol vindt om de hongerstaking te zien vanuit een bredere context namelijk de 'conflictueuze interactionele context' en hij in zijn argumentatie nog eens duidelijk onderstreept het belang van een vrije artsenkeuze ook voor gevangenen, wanneer hij tot de conclusie komt: 'Het feit dat we hier te maken hebben met een algemeen patroon waarin gevangenen niet afwijken van andere mensen is een reden te meer om dan ook aan

## Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



gevangenen dezelfde rechten toe te kennen';

3. wij evenals Lumeij het ideaal koesteren dat een conflict zoals zich dat aanvankelijk aan ons voordeed via een methodisch verantwoorde interactionele aanpak – zoals dat ook in de g.g.z. van alledag gebeurt bij conflicten – tot een bevredigende oplossing moet kunnen leiden. 'Mits echter een of beide partijen daarom vragen.'

### Hongerstaking en conflictoplossing

De werkelijkheid in het geval van de beschreven hongerstaking heeft ons geleerd dat, ook al zie je een dergelijk probleem als een conflict tussen twee partijen, het niet altijd mogelijk en soms ook niet wenselijk is in de begeleiding met beide partijen tot een verduidelijking van het conflict te komen en via een afwegen van gedragsalternatieven tot een mogelijkheid voor ontspanning in de conflictsituatie te geraken om bij beide partijen uiteindelijke gedragsveranderingen te bewerkstelligen zodat van een oplossing van het conflict kan worden gesproken. Dit hangt namelijk wezenlijk af van de motivering van beide partijen voor de strijd en de motivering om te komen tot een oplossing.

*Wat hebben wij gedaan en wat waren de problemen?*

Wij zijn begonnen het conflict tot oplossing te brengen door, naar beide partijen toe, het conflict te verduidelijken en elkaar alternatieven ter overweging te laten aanbieden. In het kort geding waarin moest worden beslist over onze toelating als vertrouwensartsen bleek dit mogelijk via het beschreven compromis (zie artikel 'Hongerstaking'). Vrij spoedig daarna bleek, dat het overleg met de gevangenen en directies van Huizen van Bewaring heel goed mogelijk was maar dat de directies van de Huizen van Bewaring geen gesprekspartners waren die bevoegd waren om tot veranderingen te besluiten. De werkelijke gesprekspartners werden daarna de gevangenen en de top van het ministerie van Justitie. In de gesprekken met de ministeriële top bleek de bereidheid tot eenvoudig luisteren, d.w.z. weer te kunnen geven wat wij hen probeerden te vertellen, zo gering, dat wij meenden te moeten besluiten – op grond van een stuk ontkenning door Justitie – onze aanpak te veranderen. Wij zijn toen vrijwel afgestapt van een conflict-bemiddelaarsrol en overgegaan op wat men zou kunnen noemen 'sociale actie'. In de dagelijkse g.g.z.-praktijk zien we ons ook vaak genooddacht tot een dergelijke verandering in aanpak, met



name daar waar het gevaar voor een cliënt/patiënt te groot wordt als men zonder resultaat doorgaat met conflictoplossend bezig te zijn. Het besluit over te gaan van een conflictoplossende benadering naar sociale actie werd ingegeven door de lichamelijke toestand waarin de gedetineerden zich bevonden. Hierdoor konden we het ons niet permitteren zonder resultaat door te gaan met conflictoplossend bezig te zijn. Dit soort werkelijkheid betekent, dat een vertrouwensarts niet alleen conflictoplossend bezig kan zijn en daarbij symmetrisch opereert, want de hongerstaking is niet alleen uitdrukking van een conflict maar tevens een gevaar voor het lichaam. Via de pers en met de druk van het reële gevaar voor de cliënten dat zij aan hun hongerstaking zouden overlijden zijn we uiteindelijk tot de gedragsveranderingen gekomen die we hebben beschreven, overigens zowel bij de ministeriële top als bij de cliënten. Wanneer wij in ons artikel spreken van een 'pokerspel met mensenlevens', dan geldt dit zowel voor de gevangenen als voor de Justitie-top. Dat wij ons, in een terugblik op het verloop, dan weer ergeren aan de houding van de Justitie-top hangt samen met de ontkenning door en de verantwoording van de Justitie-top van en tegenover de situatie waarin de gevangenen zich bevonden. Deze terugblik is ook niet door ons opgehangen aan onze deskundigheid als arts, maar drukt onze teleurstelling uit als Nederlandse burgers die worden geconfronteerd met een merkwaardige opvatting over rechtsgelijkheid en humaniteit bij hooggeplaatste overheidsfunctionarissen.

Tot slot willen wij nog een enkel vraagteken zetten bij de impliciete veronderstelling van Lumeij dat conflicten altijd moeten worden opgelost middels interactionele conflictinterventie. Men moet er evenzeer voor waken als psychiater en arts elk maatschappelijk probleem terug te brengen tot een conflict binnen een cliëntsysteem (in dit geval Justitie-gevangenen). Men kan dan ook gaan functioneren als instantie voor sociale controle. Wij menen dat dit probleem onlangs uitstekend is uiteengezet door G. Nijhof in zijn boek: 'Individualisering en Uitstoting', Link, Nijmegen 1978.

## De Medische Informatiekaart der KNMG

De Medische Informatiekaart van de KNMG is nu geruime tijd in gebruik. Door middel van onderstaande informatie willen wij artsen en belangstellenden nog eens op het nut van deze kaart wijzen.

De kaart bestaat uit meerdere delen:

- een vaste omslag bevattende alle min of meer constante gegevens;
- een medicamentenkaart, te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterk werkende geneesmiddelen gebruikt;
- een antistollingskaart, die hetzij door een trombosedienst, hetzij anderszins uitgereikt kan worden aan alle patiënten die onder behandeling staan met orale anti-coagulantia;
- een vaccinatiekaart, uit te reiken zodra de patiënt wordt geïmmuniseerd;
- een transplantatieverklaring waarmee de patiënt zijn instemming betuigt met orgaantransplantatie na zijn dood.

De laatste vier kaarten zijn losse inlegbladen, behorende bij de omslag; het geheel zit in een plastic hoesje.

Per set bedragen de kosten f 1,25 (inclusief plastic hoes).

Losse kaarten en plastic etuis kosten respectievelijk f 0,25 en f 0,10 per stuk.

De mogelijkheid staat open om andere gegevens in de omslag te leggen; pacemakerkaart, electrocardiogram, etc.

Deze kaarten kunnen uitsluitend per briefkaart met vooruitbetaling bij de KNMG in Utrecht worden besteld. Een voorbeeld van de gewenste bestel- en betaalwijze, met een minimum bestelling van f 2,50, vindt u hieronder afgedrukt. Bij toezending ontvangt men automatisch een bestelkaart voor de volgende bestelling. Tevens worden - indien gewenst - formulieren meegezonden waarop de patiënt, voor uitreiking, een aantal gegevens kan invullen. Dat vergemakkelijkt de opmaak van de medische informatiekaart door praktijkassistente of secretaresse.

### Model-Bestelkaart aan KNMG te Utrecht

Verzoeken aan onderstaand adres spoedigst te zenden:

..... Medische informatiekaarten	à 25 ct. f .....
..... Medicamentenkaarten	à 25 ct. f .....
..... Antistollingskaarten	à 25 ct. f .....
..... Vaccinatiekaarten	à 25 ct. f .....
..... Transplantatiekaarten	à 25 ct. f .....
..... Plastic etuis	à 10 ct. f .....
..... Volledige sets inclusief etuis	à 125 ct. f .....
..... Aanvraagformulieren van patiënten	(gratis) .....
Totaal (minimaal f 2,50) f .....	

Met blokletters invullen a.u.b.

Naam .....

Adres .....

Plaats ..... Tel. nr.: .....

Het verschuldigde bedrag werd overgeschreven t.g.v. Postrekening nr. 58083 t.n.v. KNMG te Utrecht, met vermelding 'bestelde Medische Informatiekaarten'.

Datum: ..... (handtekening) .....

Staatssecretaris Veder-Smit in gesprek met MC:

## Principe eigen risico gehandhaafd



'Mijn indruk van de debatten in de Tweede Kamer over 'Bestek '81' is allereerst dat de zaken van Volksgezondheid daarbij een belangrijke rol hebben gespeeld, hetgeen ook wel was te verwachten omdat van ons departement een belangrijke bijdrage werd gevraagd. Hiertoe kunnen twee voorstellen worden gerekend die nogal de aandacht hebben getrokken: ten eerste die betreffende de nettosalariissen van de zogenaamde trendvolgers, ten tweede de voorstellen betreffende de eigen bijdrage'. Aldus begint de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Mw. Mr. E. Veder-Smit haar nabeschouwing van het grote debat in de Tweede Kamer over de hoofdlijnen voor het financieel en sociaal-economische beleid voor de middellange termijn.

Ten aanzien van het eerste punt verduidelijkt de staatssecretaris: 'Indien – zoals voorgesteld – de ambtenarensalarissen minder snel zullen stijgen, zou de hieruit resulterende trendmatige verhoging ook moeten gelden voor diegenen die werken in de gesubsidieerde instellingen en in de gezondheidszorg'.

Met betrekking tot de hoogte van het bedrag dat Volksgezondheid moet inleveren merkt mevrouw Veder-Smit onder meer op: 'De woordvoerders hebben zich daar betrekkelijk neutraal tegenover opgesteld. Niemand heeft gezegd dat het te veel is. Lubbers heeft uitdrukkelijk gezegd dat hij vasthoudt aan de twee miljard gulden. Er zijn geen aanvallen gedaan op de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Ik geloof dat in dit verband de instelling van de structuurcommissie voor de honorering van de specialistische hulp wel een factor van belang is geweest'.

V-S: 'De moties die met betrekking tot de gezondheidszorg zijn ingediend hebben alle betrekking op bovengenoemde punten. Gehandhaafd is het principe van de eigen bijdrage dat nogal een punt van discussie was, gezien de inhoud van de aanvaarde motie-Lubbers (blz 1385). Overigens kan men over de modulaties ervan wel verschillende ideeën hebben. Met het oog daarop is een aanvullende adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad voorgelegd. Deze kan merkwaardige consequenties hebben. In de gedachtengang

van de heer Lubbers, die het beoogde totaalbedrag van twee miljard gulden wel wil halen passen eventuele alternatieve voorstellen tot ombuiging van de kosten. Daarom heeft de regering aan de Ziekenfondsraad gevraagd ook twee andere elementen in zijn advies te verwerken: ten eerste of er dan toch naar het verstrekkingenpakket moet worden gekeken; ten tweede of er wellicht aanleiding is om de relatie tussen de hoogte van de premie en het recht op verstrekking nog eens te bezien. Bij dit laatste wordt bedoeld op verkeerden die maar een partiële baan met beperkt tijdsbeslag of een betrekking van ondergeschikt belang hebben, maar daaraan toch het recht ontfangen op volledige gezondheidszorg. Deze twee nieuwe elementen: 'met de stofkam door het verstrekkingenpakket', zoals Lubbers dat heeft gezegd, alsmede het opnieuw doorlichten van het verkeerdenbestand komen ook voor in de brief van de VNZ aan de Tweede Kamer en regering. En aangezien deze punten vanuit die kring aan de orde zijn gesteld, acht ik het verstandig de Ziekenfondsraad hierover zijn oordeel te vragen. Deze voorstellen kunnen evenwel een grotere beperking van de rechten van de verkeerden betekenen dan een eigen bijdrage, zoals door ons voorgesteld.'

MC: U houdt vast aan die 590 miljoen gulden in 1981? Voor 1979 betekent dat een bezuiniging van 450 miljoen gulden.

V-S: 'Kijk eens, ik vraag mij af of er binnen de totale bijdrage van Volksgezondheid veel geschoven kan worden, maar de motie-Lubbers en de toelichting daarop laat het totaal van de ombuigingen in tact. Ik vind dat een interessante ontwikkeling. Dat is mijn eerste conclusie.'

'Voorts is bij de bespreking van die motie gevraagd om een harmonisch en integraal plan van kostenbeheersing te ontwikkelen en daarbij de nodige wettelijke maatregelen aan te geven. Ik ben hier wel blij mee, want wat in 'Bestek '81' staat is een korte samenvatting van een aantal mogelijkheden, wat toch geen integraal plan kan worden genoemd. Nu zijn de bewindslieden van Volksgezondheid uitgenodigd zo'n plan in te dienen waarin alle intenties en beleidsvoor-nemens kunnen worden verwerkt. Dan zal

Volksgezondheid meer eigen gestalte krijgen dan binnen 'Bestek '81' mogelijk was.'

'De regering heeft wel gesteld dat je uiteraard verschillende interpretaties kan geven aan de termen 'harmonisch' en 'integraal'; maar als je alles in zijn volle omvang zou willen uitwerken kost dat jaren. Daarom heeft minister Albada geantwoord dat wanneer het een samenvatting mag zijn van wat er al gaande is, van hoe wij dat waarderen en van wat wij daarin willen wijzigen of eraan toevoegen, dit alles in continu overleg met het veld van de gezondheidszorg, de regering bereid is die motie uit te voeren. Deze interpretatie van de regering is door de heer Lubbers aanvaard, althans niet tegengesproken'.

'Over de salarisontwikkeling van de trendvolgers zijn ook verschillende moties ingediend. Uiteindelijk is ook de motie-Rietkerk c.s. aangenomen (blz. 1385). Men is van mening dat in het algemeen de overheidsalarissen gunstiger zijn dan de salarissen van de trendvolgers. Dat is al een oude kwestie; achterstand kan alleen geleidelijk aan worden ingehaald. De CAO voor het Ziekenhuiswezen is al een duidelijke stap. In het kamerdebat is door de heer Wiegel gezegd dat het enerzijds billijk is dat de trend gevolgd wordt – ook al omdat dat in een aantal CAO's staat – en dat anderzijds bespreekbaar moet zijn wat er aan achterstand is. Ik geloof dat daarmee een belangrijke uitspraak is gedaan, zeker als men deze plaats naast de uitspraak van de Kamer dat een en ander duidelijk gekwantificeerd moet worden'.

MC: Komt er voor 1979 van bezuiniging nog wel wat terecht?

V-S: 'De trend op de ambtenarensalarissen kan met terugwerkende kracht worden vastgesteld. Wat betreft de motie-Lubbers meen ik, afgaande op de interpretatie van de regering, dat het een zaak van maar enkele maanden is om de betreffende plannen aan de Kamer te kunnen voorleggen. Ik hoop dat de Ziekenfondsraad erin zal slagen om over enkele weken een advies uit te brengen; dit moet mogelijk zijn omdat het naar mijn mening voornamelijk om een technisch advies zal gaan. De nieuwe eigen bijdrage-regeling zal toch wel vóór 1 januari rond moeten zijn.'

# Consequenties voor Volksgezondheid van het Kamerdebat over 'Bestek '81'

Ter afronding van de behandeling in de Tweede Kamer van de hoofdlijnen voor het financiële en sociaal-economische beleid voor de middellange termijn, 'Bestek '81', is voor wat Volksgezondheid betreft over een vijftal moties gestemd. Drie ervan werden aangenomen, de twee andere verworpen. Het betrof hier de volgende moties:

## Motie – Lubbers c.s.

De motie van het CDA-lid Lubbers c.s. luidde:

De Kamer, gehoord de beraadslaging over Bestek '81; overwegende, dat beperking van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg geboden is, zowel in het algemeen als in het kader van Bestek '81; van oordeel, dat daarbij het beleid, gericht op versterking van de eerstelijns zorg en het opheffen van achterstanden in de geestelijke gezondheidszorg, in stand dient te blijven; overwegende, dat de voorgenomen ombuigingen in de gezondheidszorg een belangrijk onderdeel vormen van Bestek '81; van mening, dat voorshands enkele beleidsvoornemens van de Regering, voor wat betreft hun realisatie-mogelijkheden, onzeker zijn; van oordeel, dat de voorgestelde eigen-bijdrageregeling op niet-klinische verstrekkingen niet functioneel past in de gezondheidszorg, inkomenspolitiek niet aanvaardbaar is, en ook stuit op administratief-technische problemen;

verzoekt de Regering:

- a. in overleg met de daarvoor in aanmerking komende groeperingen en instanties uit de gezondheidszorg een harmonisch en integraal plan van kostenbeheersing te ontwikkelen en tevens de daartoe noodzakelijke wettelijke maatregelen – waarin het principe van de eigen-bijdrageregeling op aanvaardbare wijze aan de orde komt – in voorbereiding te nemen;
- b. dit plan op zo kort mogelijke termijn aan de Kamer voor te leggen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Deze motie werd aangenomen; de aanwezige leden van de fracties van PvdA, PPR, CPN, PSP en BP stemden tegen.

## Motie – Dolman

De motie van het PvdA-lid Dolman luidde:

De Kamer, gehoord de beraadslaging over Bestek '81; van oordeel, dat de voorgestelde eigen-bijdrageregeling op niet-klinische verstrekkingen niet functioneel past in de gezondheidszorg, inkomenspolitiek niet aanvaardbaar is, en ook stuit op administratief-technische problemen, nodigt de Regering uit dit voorstel in heroverweging te nemen; en gaat over tot de orde van de dag.

Deze motie werd aangenomen; tegen stemden de leden Koekoek, Aarts, Van Amelsvoort, Van der Gun, Braks, G. M. P. Cornelissen, Notenboom, Hennekam, Bremen, Van den Broek, Van der Sanden, Tolman, G. C. van Dam, Boersma, Andela-Baur en Wisselink.

## Motie – Dolman c.s.

De motie van het PvdA-lid Dolman c.s. luidde:

De Kamer, gehoord de beraadslaging over Bestek '81; overwegende, dat de daarin aangekondigde bijbetalingen in de gezondheidszorg niet zullen leiden tot minder uitgaven maar wel tot een andere wijze van financiering; van oordeel, dat de lasten ten onrechte zwaarder zullen gaan drukken op de lage inkomens en op de zieken; overwegende, dat invoering van deze bijbetalingen overbodige administratieve uitgaven zal meebrengen; nodigt de Regering uit, dit voornemen in heroverweging te nemen, en gaat over tot de orde van de dag.

Deze motie werd verworpen; de aanwezige leden van de fracties van PvdA, D'66, PPR, CPN, PSP en DS'70 stemden voor.

## Motie – Rietkerk c.s.

De motie van het VVD-lid Rietkerk c.s. luidde:

De Kamer, gehoord de beraadslaging over de nota Bestek '81; constaterende, dat de netto-salarissen van bepaalde categorieën zogenaamde trendvolgers (werknemers in de gezondheidszorg, gesubsidieerde

instellingen enz.) op een lager niveau liggen dan de netto-salarissen in dezelfde of vergelijkbare functiegroepen in overheidsdienst; van oordeel, dat bij het te voeren beleid gestreefd moet worden naar een opheffing van deze verschillen, met inachtneming van alle andere daaraan verbonden aspecten, met name secundaire arbeidsvoorwaarden, mede in relatie tot de inkomens in de particuliere sector; verzoekt de Regering, dit vraagstuk nader in studie te nemen en aan de Kamer op korte termijn de resultaten daarvan over te leggen, en gaat over tot de orde van de dag.

Deze motie werd aangenomen; de aanwezige leden van de fracties van PvdA, D'66, PPR, CPN, PSP, BP en DS'70 stemden tegen.

## Motie – Terlouw-Nypels

De motie Terlouw-Nypels, beiden lid van de fractie van D'66, luidde:

De Kamer, gehoord de beraadslaging over de nota Bestek '81; ervan uitgaande, dat de netto-salarissen van de ca. 450.000 zgn. trendvolgers (werknemers in de gezondheidszorg, gesubsidieerde instellingen enz.) een achterstand vertonen ten opzichte van de netto-salarissen in dezelfde of vergelijkbare functiegroepen, in het bijzonder doordat zij aanmerkelijk hogere sociale premies moeten betalen dan het overheidspersoneel; voorts ervan uitgaande, dat deze achterstand niet wordt gecompenseerd door betere secundaire arbeidsvoorwaarden dan die van het overheidspersoneel; spreekt als haar mening uit, dat de voorgestelde beperking van de salarissen van het overheidspersoneel ten opzichte van de trend niet, of althans niet in dezelfde mate, toegepast behoort te worden voor deze groep van werknemers, en gaat over tot de orde van de dag.

Deze motie werd verworpen; de aanwezige leden van de fracties van D'66, PSP, CPN, DS'70, PPR en CDA stemden voor.

# Nederlandse Vereniging voor Ultrageluid in de Geneeskunde en de Biologie

De Nederlandse Vereniging voor Ultrageluid in de Geneeskunde en de Biologie, opgericht te Utrecht, 13 september 1972, bericht over haar streven het volgende:

**Doelstelling:** Het bevorderen van het fundamentele en toegepaste onderzoek, zowel als het bevorderen van de toepassing van de resultaten van het onderzoek, op het gebied van ultrageluid in de geneeskunde en de biologie.

**Lidmaatschap:** Het gewone lidmaatschap staat open voor personen, die in wetenschappelijk opzicht bijdragen tot het in de doelstelling genoemde onderzoek en/of tot het bevorderen van de toepassing ervan. Daarnaast kent de vereniging het erelidmaatschap, en het begunstigende, het buitengewone en het corresponderende lidmaatschap.

De doelstelling wordt gerealiseerd door:

- Het beleggen van wetenschappelijke bijeenkomsten, meestal tweemaal per jaar. Hierbij worden ook vaak buitenlandse gasten uitgenodigd.
- Het (mede)organiseren van cursussen (eventueel in het kader van de Wet op het Post Academisch Onderwijs, de echo-cardiografische en de echo-encefalografische en de haematotachografische neurologie.
- Het stimuleren van contacten tussen beoefenaren van de ultrasonografie in de diverse specialismen. De vereniging biedt hiertoe een uniek kader, mede vanwege de brede doelstelling. Het succes van deze formule blijkt uit de samenstelling van het bestuur en de diversiteit in de discipline van de leden.
- Het bevorderen van de uitwisseling van kennis en informatie vanuit de research naar de klinische toepassing en vice versa. Door het lidmaatschap van fysici en ook van technici werkzaam op universiteiten en klinieken, alsook in de industrie, wordt deze activiteit sterk benadrukt.
- Het bevorderen van de adequate opleiding en specialisatie van de medische en niet-medische beoefenaren van de ultrasonografie. De

secties, welke binnen de vereniging opereren, vinden hierin een belangrijke taak (zie ook verderop).

- Het onderhouden van contacten met andere wetenschappelijke verenigingen, zoals de Nederlandse Specialisten Verenigingen, de Stichting voor Biofysica, enz.
- Het functioneren in internationale verbanden op ultrasonografisch gebied (zie onder).
- Het onderhouden van contacten met buitenlandse zusterverenigingen.

De ultrasonografie vindt momenteel toepassing in de navolgende specialismen, waarbij soms reeds van subspecialismen gesproken kan worden:

cardiologie – echo-cardiografie;  
chirurgie (vaat) – haematotachografie;  
chirurgie (algemeen) – abdominale echografie; dermatologie – haematotachografie;  
gynaecologie/obstetrie – echoscopie;  
interne geneeskunde;  
neurologie – echo-encefalografie;  
haematotachografie;  
oogheelkunde – echo-ophthalmografie;  
tandheelkunde;  
radio therapie/diagnostiek – abdominale echografie;  
pediatrie – echo-encefalografie.

De vereniging kent thans de onderstaande secties: echo-cardiografie, echo-scopie (obstetrie), echo-encefalografie, Doppler-haematotachografie (voornamelijk binnen de neurologie), echo-ophthalmografie.

De activiteiten van de secties zijn gericht op het uitwisselen van kennis en informatie binnen één toepassingsgebied, dat in het algemeen samenvalt met een medisch specialisme en verder – zoals hiervoor opgemerkt – op het bevorderen van opleiding en specialisatie. Dit laatste komt bijvoorbeeld tot uiting in het (mede)organiseren door de secties van cursussen. Met name die cursussen waaraan zowel de medici als hun niet-medische collegae en medewerkers kunnen deelnemen, verheugen zich in een enorme belangstelling. De externe functie van de secties is, volgens het standpunt

van het bestuur, het manifesteren van de vereniging en van de secties in beroepsverenigingen, zoals bijvoorbeeld de specialistenverenigingen. Op deze wijze blijft het wetenschappelijke karakter van de vereniging gewaarborgd en kunnen de beroepsbelangen op bestemde plaats worden behartigd. In de nabije toekomst kunnen nog meerdere nieuwe secties worden geëntameerd en evenals de reeds bestaande tot wasdom gebracht.

De vereniging geeft halfjaarlijks een blad uit: het 'Ultrasonoor Bulletin'. Hierin worden wetenschappelijke bijdragen van leden gepubliceerd, alsook congresverslagen. Andere mededelingen betreffende de echografie zoals een congresagenda, nieuwe ontwikkeling van apparatuur e.d. vinden eveneens een plaats in het bulletin. Verder wordt door de begunstigende leden uit de industrie de hun geboden gelegenheid gegrepen om hun apparatuur in het blad te demonstreren. De Nederlandse Vereniging telde in september 1978 het volgende aantal leden: 1 erelid, 155 gewone leden, 45 buitengewone leden, 6 corresponderende leden en 15 begunstigende leden. Internationale functie van leden: Delegate in the Assembly of the European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology: Dr. Ir. J. M. Thijssen; Delegates in the General Assembly of the World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology (WFUMB): Dr. Ir. J. M. Thijssen, Prof. Dr. C. R. Mol, Dr. T. M. Hameeteman, Ir. J. C. Somer, Ir. C. T. Lancée; Liaison officer of the Journal of Ultrasound in Medicine and Biology: Dr. M. de Vlieger. Samenstelling bestuur: voorzitter: Dr. Ir. J. M. Thijssen, biofysicus, Universiteitskliniek voor Oogheelkunde, Nijmegen; secretaris: Dr. E. J. Colon, zenuwarts, Universiteitskliniek voor Neurologie, Nijmegen; penningmeester: Dr. T. M. Hameeteman, vrouwenarts, Oudenrijn Ziekenhuis/Universiteitskliniek voor Gynaecologie en Obstetrie, Utrecht; lid: Dr. Ir. N. Bom, biofysicus, Afdeling Experimentele Echo-cardiografie, Erasmus Universiteit Rotterdam; lid: Dr. W. A. Winter, arts-radioloog, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam.

# Van probleem tot psychiatrie

## Een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn – 2

In het vorige artikel werd beschreven hoe de Visie Commissie in haar model van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn twee structurelementen onderscheidt, en wel:

professioneel/non-professioneel  
en formeel/informeel.

Als non-professionele, specifiek op de psychosociale hulpverlening gerichte organisaties werden de burenhulp en de eerste hulp bij conflicten (EHBK) genoemd. Als vast adres voor consultatie, overdracht en langdurige begeleiding ten behoeve van informele hulpverleners werd het psychosociaal contactpunt opgevoerd. Voorts werd de gezinszorg vermeld als een vorm van reeds in eerste lijn functionerende professionele hulp, met de mogelijkheid van een sterke gerichtheid op psychosociale problemen.

Op het laatste straatje gaan we nog even verder, met de wijkverpleegkundige en de huisarts.

### Wijkverpleegkundige

Het lijkt verstandig voor een taakomschrijving van de wijkverpleegkundige in de psychosociale hulpverlening, evenals dat het geval was met al in de eerste lijn functionerend organisaties als burenhulp en gezinszorg, aan te sluiten bij het bestaande takenpakket. In de eerste plaats zou een logische, samenhangende uitbouw van reeds tot het pakket behorende taken goed aansluiten bij de behoefte van de betrokken hulpverleners en hun organisaties. In de tweede plaats blijkt de publieke behoefte aan zo'n verruimde taakopdracht groot. Ziekte (of de aanduiding dat men zich als niet gezond beschouwt) en

---

door **R. E. Offerhaus**, zenuwarts

---



---

invaliditeit, zo bleek uit de bevolkingsenquête, behoren tot de belangrijkste factoren die het psychosociale klachtenpatroon of de psychosociale hulpbehoefte bepalen. Een van de hoofdtaken van de wijkverpleegkundige nu is de zorg voor thuis verblijvende chronisch zieken en invaliden. De wijkverpleegkundige heeft met andere woorden direct entree tot een 'high risk'-groep. Hier zowel als ten aanzien van pas uit het ziekenhuis ontslagen ernstige operatiepatiënten geeft zij in feite vooral psychosociale begeleiding. De Visie Commissie zou de psychosociale begeleiding in deze gevallen expliciet in de taakopdracht van de wijkverpleegkundige vermeld willen zien. Die opdracht zou dan luiden: het bieden van steun bij het bereiken van een nieuw psychisch evenwicht, naast het bieden van praktische hulp, ten einde een in belangrijke mate gereduceerde levenssituatie optimaal te maken uit een oogpunt van mobiliteit en sociale integratie. Ook met betrekking tot de tweede hoofdtaak van de wijkverpleegkundige, de bejaardenzorg, lijkt het zinvol de

psychosociale begeleiding met zoveel woorden in haar taakopdracht te zetten. Ook van de bejaarden is bekend dat zij psychosociaal gesproken in een minpositie verkeren. Een deel van de professionele begeleiding op dit vlak zou de wijkverpleegkundige, overeenkomstig de feitelijke gang van zaken, kunnen worden opgedragen. Met name kan men zich voorstellen – al is het niet direct een voorwaarde – dat zij zich bezighoudt met bejaarden bij wie sprake is van lichamelijke invaliditeit of chronische ziekte.

De duidelijkst te omschrijven taak ten aanzien van deze categorie is de stervensbegeleiding. De door de wijkverpleegkundige te geven hulp en steun bij ziekte en sterven zou volgens de commissie moeten worden uitgebreid met steun aan de partner, zowel tijdens het ziekte- en stervensproces als daarna tijdens het rouwproces. Dit lijkt een logischer gang van zaken dan het in de rouwsituatie introduceren van een nieuwe hulpverlener, de maatschappelijk werker; beter zou men de wijkverpleegkundige gedurende twee tot drie maanden contact kunnen laten houden met de achtergebleven partner. Een derde werkgebied van de wijkverpleegkundige is de baby- en kleuterzorg. Sterker nog dan in de bejaardenzorg wordt men hier geconfronteerd met de onmogelijkheid lichamelijk functioneren en psychisch functioneren, somatische problematiek en psychische problematiek, van elkaar te scheiden. Men kan, aldus de commissie, zelfs niet spreken van een kind met ernstige emotionele problemen; men zou in dat geval moeten spreken van een kind

dat spanningen ondergaat, die zich uiten in een (variante) reeks van verschijnselen en die zijn ontstaan doordat zich in de omgeving of in de relatie met de omgeving emotionele problemen voordoen. In die visie dienen babies en kleuters niet én somatisch én psychisch te worden begeleid, maar zouden beide aspecten binnen de bestaande baby- en kleuterbureaus gezamenlijk aandacht moeten krijgen. Ook de psychosociale begeleiding van de baby en het jonge kind in de eerste lijn zou, anders gezegd, met zoveel woorden in de taakomschrijving van de baby- en kleuterbureaus moeten worden opgenomen.

Samenvattend: de psychosociale hulpverlening en begeleiding zou, voor zover dat nu nog niet het geval is, als een volledige taak van de wijkverpleegkundige in haar zorg voor babies en kleuters, chronisch zieken en invaliden, en bejaarden moeten worden omschreven. De daarvoor benodigde vaardigheden zullen moeten worden geoefend.

### Huisarts

Van de traditionele hulpverleners: onderwijzer, dominee of pastoor, huisarts; heeft de laatste zich het best weten te handhaven. Op vertegenwoordigers van de andere disciplines wordt veel minder frequent een beroep gedaan. De taak van de huisarts is daardoor aanzienlijk verbreed. Zo zijn door de toenemende ontkerstening velen voor wat betreft hun sociale integratie zonder begeleiding vanuit de kerk komen te staan. Het is aannemelijk, dat dan wel niet alle maar toch zeer veel psychosociale problematiek nu bij de huisarts terechtkomt.

Is echter psychosociale hulpverlening een gezondheidszorgtaak? Zo ja, is ze een taak voor de huisarts? Zo nee, kan de huisarts er dan voor kiezen? Uit de lopende discussie over de psycholoog in de eerste lijn kan worden opgemaakt, dat velen psychosociale hulpverlening en gezondheidszorg automatisch met elkaar in verband brengen, als zij ze al niet vrijwel met elkaar gelijkstellen. De Visie Commissie zet bij die benadering een groot principieel vraagteken. Om bij het zojuist gegeven voorbeeld te blijven, de commissie zegt dat juist het feit dat tot voor kort de kerk fungeerde als instantie waarop bij

psychosociale nood een beroep werd gedaan, duidelijk maakt dat de psychosociale begeleiding veeleer thuis zou horen op de terreinen van welzijn en onderwijs. Thuis zou horen, want ook de onderwijzer heeft zijn positie van raadgever bij problemen moeten opgeven. Het voorgaande betekent niet, dat het niet is toe te juichen dat er binnen de huisartsgroep meer belangstelling is ontstaan voor de psychosociale problematiek – de nood is groot, elke ondersteuning welkom. Het betekent wel, dat de nodige vraagtekens kunnen worden gezet bij de stelling dat de psychosociale problematiek als zodanig specifieke kenmerken vertoont die het nodig maken zich voor diagnostiek, behandeling en begeleiding ervan altijd te verlaten op de huisarts. Een zelfde geluid vernam de Visie Commissie veelvuldig tijdens haar enquête onder Haagse hulpverleners. Naast een grote groep van huisartsen die met veel interesse de ontwikkelingen in de psychosociale hulpverlening volgen en er ook zelf actief aan deelnemen, bleek er een omvangrijke groep van huisartsen te zijn die van deze ontwikkelingen wel kennis wil dragen maar evenzeer van mening is de eigen taak te moeten begrenzen tot de zorgvuldige, intensieve en verantwoorde begeleiding van lichamelijke problematiek en daarnaast het herkennen en doorverwijzen van psychosociale problematiek. Bij die laatste groep bevonden zich zowel oudere als jongere huisartsen. Lijkt de huisarts met een praktijk, groot 2.000-2.500 zielen, de handen inderdaad al vol te hebben aan zijn 'somatisch' werk, de dagelijkse gang van zaken is wat genuanceerder. De hulpverlenersenquête leverde het gegeven op, dat (in ieder geval in het onderzochte – stedelijke – milieu) huisartsen die zich in zeer sterke mate baseren op het psychosociale denkmodel veel nieuwe patiënten met psychosociale klachten aantrekken; patiënten die zich bij hun benadering niet wel voelden zochten een andere huisarts op. Waarmee niet de lans gebroken wil zijn voor de formele introductie van twee typen huisartsen.

Naar de mening van de commissie ligt de eerste verantwoordelijkheid van de huisarts op het terrein van de lichamelijke gezondheidszorg. Psychosociale klachten kunnen in hun algemeenheid niet volledig tot de

gezondheidszorg worden gerekend. Waartoe dan wel, is een andere vraag – de psychosociale hulpbehoefte laat zich niet in de vigerende kaders drukken.

Waar de grens te trekken voor wat betreft de huisartsgeneeskunde? Gesteld mag worden, dat de huisarts die veel klachten hoort welke voortvloeien uit spanningen door psychosociale problematiek, dan zinvol werkt wanneer hij naast het bestrijden van de klacht deel kan hebben aan de oplossing van het achterliggende probleem. Dit houdt in, dat hij in staat moet zijn problematiek die ten grondslag ligt aan spanningen en die zich al dan niet in lichamelijke klachten en/of stoornissen uit, waar te nemen en te herkennen.

Vervolgens mag worden gesteld, dat goed verwijzen bij althans een aantal mensen met psychosociale problemen een vak apart is. De begeleiding naar andere hulpverleners toe is een intensieve, tijdrovende, vaak frustrerende bezigheid.

Mislukt de doorverwijzing, dan staat de huisarts voor de taak zelf de betrokken patiënt voor zover hem mogelijk is te begeleiden. Hij dient daarbij wel consult te kunnen inroepen. Immers, de doorwijzing kan niet doorgaan doordat de stoornis of de klacht voornamelijk lichamenlijk is bepaald maar ook doordat de patiënt de psychosociale achtergrond van zijn klacht wel ziet maar op begeleiding van de eigen huisarts staat. Het is daarom nodig dat de huisarts beschikt over mogelijkheden tot consultatie inzake het waarnemen van psychosociale hulpbehoefte bij uiteenlopende klachten en stoornissen.

De zo getrokken grens komt de commissie echter nog te eng voor. Zoals al werd opgemerkt bij de wijkverpleegkundige, kunnen ook daar waar de lichamelijke of gezondheidsproblematiek vooropstaat soms psychosociale elementen worden aangetroffen. De begeleiding van deze deelproblematiek zou evenzeer tot het werk van de huisarts moeten worden gerekend. Stervensbegeleiding is in dit opzicht niet alleen een onderdeel van de taak van de verpleegkundige, maar evenzeer een onderdeel van de taak van de huisarts. Evenzo zal de baby- en kleuterzorg in de eerste lijn deels



een taak van de huisarts zijn. Ook voor chronisch zieken, patiënten die een amputerende operatie hebben ondergaan en revaliderenden is de huisarts naar het inzicht van de Visie Commissie een belangrijke hulpverlener, zodra de betrokkenen weer in het thuismilieu zijn teruggekeerd.

Maar, om opnieuw een grens te trekken, ten aanzien van psychosociale problematiek van niet-zieke en niet-invaliden bejaarden heeft de huisarts in die visie geen rol te vervullen. Hier zou de wijk-maatschappelijk werker een rol kunnen spelen, als men althans aan professionele psychosociale hulpverlening denkt. Evenmin ziet de

commissie in de huisarts de aangewezen hulpverlener bij echtelijke problemen (hetgeen niet wil zeggen dat er geen echtparen zullen zijn die alleen van hem hulp willen hebben – in welk geval hij terzake zal moeten beschikken over technieken, vaardigheden en mogelijkheden tot consultatie). Wat dit betreft is er een parallel met het doen van bevallingen: zo goed als de huisarts zelf 'zijn' bevallingen kan willen doen, kan hij groepsgesprekken willen begeleiden.

Maar hij zal wél moeten kiezen, anders krijgt hij nooit voldoende slaap en moet hij halverwege een groepsgesprek naar een bevalling en halverwege een bevalling naar een groepsgesprek . . .

De aangegeven grenzen hebben, kortom, geen absolute zeggingskracht. De bedoeling was slechts aan te geven, dat de huisarts naar het inzicht van de Visie Commissie alleen dan de aangewezen figuur is voor het geven van psychosociale begeleiding als het gaat om hulpbehoefte voortvloeiend uit gezondheidsproblemen. Daarnaast lijkt het noodzakelijk, dat de huisarts positief reageert op verzoeken om psychosociale begeleiding van patiënten die alleen door hem willen worden geholpen, ook als het niet in hoofdzaak gaat om gezondheidsproblematiek. Voor het overige heeft de huisarts in het commissiemodel uitsluitend een waarnemende en signalerende functie.

## PRAKTIJKPERIKELEN

### Vechten tegen windmolens

*Sinds enige jaren heb ik (waarschijnlijk als enige in den lande) de gewoonte in principe alle middenooroperaties bij volwassenen in lokaal anesthesie en poliklinisch te verrichten, dit, omdat het voor de patiënt minder belastend is en voor de patiënt c.q. zijn verzekering, c.q. het Nederlandse volk veel goedkoper, omdat alleen de kosten van de operatiekamer worden doorberekend. Deze gang van zaken functioneert wat betreft de praktische gang van zaken tot volle tevredenheid van alle partijen. Echter, paradoxalerwijs blijken er in het financiële vlak toch problemen te komen. Veel particulier verzekerde patiënten hebben een eigen risico of dragen zelfs het volledige risico voor poliklinisch verrichte ingrepen, zodat voor hun zelf een dergelijke gang van zaken financieel zeer nadelig kan zijn. Voor de betreffende specialist komen er moeilijkheden omdat voor een poliklinische ingreep geen klassetarief mag worden berekend, in tegenstelling tot klinische ingrepen.*

*Door enige van deze ervaringen wijs geworden heb ik daarom de gewoonte om vóór de ingreep het probleem aan de betreffende verzekeringsmaatschappij voor te leggen, met het verzoek zowel patiënt als behandelend specialist de kosten te vergoeden als ware het wél een klinische ingreep. De meeste verzekeringsmaatschappijen kiezen uiteraard eieren voor hun geld, daar het alternatief zou zijn een rekening gepresenteerd te krijgen die vele malen hoger is dan voor een poliklinisch verrichte operatie.*

*Merkwaardigerwijs zijn er toch instanties die menen dat naar de letter van de wet moet worden gehandeld en dat zowel de patiënt als de medicus in dit geval zelf de financiële nadelen van deze gang van zaken maar moet dragen. Nóg merkwaardiger, zelfs de Landelijke Beoordelings Commissie van de LSV is deze mening toegedaan. Het komt er dus op neer dat de arts die probeert de kosten van de volksgezondheid te drukken en hiervoor extra moeite en verantwoording op de koop toeneemt, wordt gestraft met een verlaging van zijn honorering, die immers is gebaseerd op een gemiddelde praktijk, waarin deze ingreep wél klinisch geschiedt, terwijl in een aantal gevallen de patiënt een boete van enige honderden guldens moet betalen voor zijn medewerking in deze pogingen.*

*Vechten tegen windmolens? Dus capituleren, én maar weer een week opname én narcose én per geval zo'n 3.000 gulden meer door de gemeenschap laten opbrengen? Welke beleidslijn moet ik volgen? De patiënt (het zieke Nederlandse volksgezondheidssysteem) wil niet worden geholpen.*

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

# Kankerbestrijders en kankerbestrijding

Directeur Meinsma van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds neemt in zijn artikel 'Kankerpatiënt en kankerbestrijding' (MC nr. 33/1978, p. 1029) behalve de patiënt nog een groot aantal andere zaken onder de loep. Ik kan niet nagaan waar Meinsma zijn opvattingen over de belevingen van kankerpatiënten op baseert, want bronvermelding over dit onderwerp komt in zijn artikel niet voor. Wel kan ik over een aantal uiterst negatieve uitspraken van Meinsma betreffende andere aspecten van het kankerprobleem oordelen op grond van voor iedereen beschikbare gegevens.

## Understatement

1. 'Door deskundige toepassing van bepaalde cytostatische middelen kunnen o.a. enige hoofdvormen van leukemie gunstig worden beïnvloed . . .' is een understatement. Het chorionepitheliom: 'De prognose was vroeger slecht; ondanks chirurgie en radiotherapie overleed ongeveer 90% van de patiënten in betrekkelijk korte tijd. Door de chemotherapie is deze situatie veranderd: als tijdig cytostatica worden toegepast kan zeker 90% van de patiënten genezen' (citaat uit: E. Engelsman, Klinische Chemotherapie van Kanker<sup>1</sup>). Bestraling en chemotherapie maakten van de vroeger ongeneeslijke ziekte van Hodgkin, een ziekte met een zeer gunstige prognose. Bij patiënten met stadium I-III<sup>A</sup> worden vijfjaarsoverlevingspercentages boven de 80% gerapporteerd<sup>2</sup>. Door behandeling met chemotherapeutica kan een belangrijk deel van Burkitt

door Prof. Dr. D. W. van Bekkum

De auteur is lid van het Directorium Integraal Kankercentrum Rotterdam.

lymfomen en van osteosarcomen<sup>3,4</sup> bij kinderen permanent worden bedwongen. Bij diverse andere tumoren heeft chemotherapie, al of niet in combinatie met chirurgische behandeling, verlenging van de overlevingsduur bewerkstelligd en deze gunstige ontwikkeling zet zich nog steeds voort.

## In strijd met gegevens

2. 'Jarenlange ervaring met vroege opsporing van een voorstadium van cervixcarcinoom (o.a. in British Columbia, Canada) heeft aldaar een nauwelijks significante sterftedaling van deze aandoening opgeleverd. Deze uitspraak is in strijd met de gepubliceerde gegevens over het programma in Canada en in andere regio's. Bij bevolkingsgroepen waar een screeningsprogramma geruime tijd is uitgevoerd is een zeer sterke vermindering van de mortaliteit aan cervixkanker geconstateerd; de mate van daling is evenredig aan de intensiteit van de screening<sup>5,6,7</sup>. In een 'editorial' in de British Medical Journal van 18 september 1976<sup>8</sup> waarin de Canadese resultaten worden besproken, wordt zelfs gesteld dat het verband tussen

intensiteit van de screening en de daling van de sterfte aan cervixkanker verbluffend 'striking' is. Cervixkanker is een ziekte die met succes kan worden teruggedrongen en zelfs kan worden voorkomen; dat is óók de conclusie uit Canadese ervaringen.

## Bevolkingsonderzoek

3. 'In de Verenigde Staten gaan steeds krachtiger wordende stemmen op tegen toepassing van röntgenonderzoek (mammografie) bij de opsporing van borstklierkanker bij vrouwen jonger dan 50 jaar, wegens stralenschade. De stralendoses benodigd voor dit onderzoek zijn namelijk aan de hoge kant. Deze methodiek biedt een betrekkelijke verhoging van de genezingskansen van borstklierkanker. De stralingsdoses benodigd voor dit onderzoek zijn geenszins aan de hoge kant, zoals ik in mijn recente artikel 'Mammografie bij massaonderzoek' in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde<sup>9</sup> heb aangetoond. De waarschuwingen in de VS zijn gebaseerd op de aldaar gebruikte, verouderde apparatuur, die inderdaad te veel straling afgeeft. De risico's zijn in de VS bovendien te hoog geschat door toepassing van een onjuiste berekeningsmethode. Bevolkingsonderzoek door middel van palpatie en mammografie gekoppeld aan zelfonderzoek, biedt zeer goede mogelijkheden voor tijdige (d.w.z. in een vroeg stadium) behandeling van het mammacarcinoom. Het staat vast dat behandeling in vroege stadia een veel betere genezingskans biedt dan die in

latere stadia. Bovendien biedt de vroege diagnose de mogelijkheid tot succesvolle behandeling met niet-mutulerende methoden, te weten externe en interstitiële bestraling met <sup>192</sup>Iridium<sup>10,11,12</sup>. Als deze resultaten worden bevestigd zal borstamputatie voor een groot deel van de vroeg opgespoorde patiënten niet meer nodig zijn en dan zal het enthousiasme voor deelname aan opsporingsprogramma's zeker nog aanzienlijk toenemen. Tenslotte is een grote winst van de opsporingsprogramma's dat ze ons enorm veel kunnen leren over het biologische verloop van zo'n vorm van kanker in de beginstadia.

4. Op twee plaatsen in zijn artikel stelt Meinsma dat de huidige 'overall'-genezingskans voor kanker ruim 20% is. De term 'genezingskans' wordt in de wetenschappelijke literatuur vrijwel niet meer gehanteerd. Men gebruikt het relatieve overlevingspercentage (d.i. gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, enz.). Die gegevens zijn voor Nederland niet aanwezig. Uit steekproeven met totaal ruim 400.000 patiënten zijn in de VS over de periode 1950-1973 nu deze resultaten berekend<sup>13</sup>. Daaruit blijkt voor de periode 1960-1973 voor de blanke patiënten een 'overall'-vijfjaarsoverleving van ruim 40%. Natuurlijk zal de tienjaarsoverleving wat lager zijn, maar zeker niet met de helft, gezien de eveneens over een reeks van jaren bekende verhouding tussen incidentie en mortaliteit van kanker in de VS<sup>14</sup>. Als men onder genezingskans wil verstaan de mogelijkheid tot genezing als de patiënt de beste kansen (d.w.z. de best mogelijke behandeling) worden geboden, dan zal die eerder boven de 40% liggen, aangezien het niveau van de ziekenhuizen waaruit het materiaal van de Amerikaanse studie is geput, een gemiddeld niveau was.

### Integrale centra

5. 'Van medische zijde (wordt) in het openbaar optimalisering bepleit van de organisatie c.q. coördinatie van kankerresearch en/of (vroeg)diagnostiek en behandeling van kanker als een hoopvol perspectief wegens hogere genezingskansen, zonder dat duidelijk wordt gemaakt

waarom een nieuwe (administratieve) opzet van bijvoorbeeld de organisatie (zoals integrale kankercentra) werkelijk deze hoop kan rechtvaardigen.' Meinsma geeft hier blijk de zeer gedegen stukken die duidelijk maken waarom de organisatie zoals die in integrale kankercentra dient te worden gerealiseerd (Memorandum Basisfilosofie Kankeronderzoek van de Adviesgroep Kankeronderzoekprogramma van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, juni 1974) noodzakelijk is, niet te hebben bestudeerd. Daarin staat op blz. 11 (na een analyse van de situatie in Nederland): 'Als gevolg van al deze factoren heeft Nederland weliswaar op vele onderdelen van het kankeronderzoek enkele deskundigen, maar dikwijls staan zij op hun gebied vrijwel geïsoleerd en door hun kleine aantal zijn zij voor vele interacties op specialistisch niveau sterk op het buitenland aangewezen. Het gevolg van het geringe aantal is dat hun totale inbreng in het klinisch gebeuren en in het onderwijs slechts beperkt is. Deze situatie vraagt derhalve om integratie van de bestaande individuele programma's tot een samenhangend onderzoekprogramma. Dit zal zich slechts redelijk snel kunnen voltrekken als bestaande activiteiten worden benut en gestimuleerd en als het beschikbare potentieel wordt gebundeld door middel van coördinatie. Op deze principes is het navolgende voorstel voor een nationaal kankeronderzoekprogramma gebaseerd'.

En over het nationale programma voor kankerresearch, dat door de commissie is opgesteld (en door staatssecretaris Hendriks in hoofdlijnen in 1976 werd goedgekeurd en inmiddels in ontwikkeling zou moeten zijn!), staat in hetzelfde rapport te lezen: 'De complexe aard en de veelsoortigheid van kanker vergen een multidisciplinaire aanpak, waarin teams van hoog gekwalificeerde specialisten – zowel klinici als niet-klinici – samenwerken aan de oplossing van problemen middels diagnostische, preventieve, curatieve en aansluitende opleidingsprogramma's, alsmede aan alle aspecten van de verzorging van de kankerpatiënt. Deze aanpak vereist zowel een bepaalde concentratie van

activiteiten in de centra alsook een combinatie van activiteiten buiten de grotere centra, van onderzoek en behandeling, alsmede een grote mate van betrokkenheid zowel van de artsen als van het publiek bij al deze inspanningen. Het ontwerp van een nationaal programma is erop gericht om aan deze eisen te voldoen. Hiervoor zijn nodig:

- de organisatie van een beperkt aantal 'integrale' kankercentra, die wat betreft de research een verschillend accent hebben, ingepast in het nationale programma;
- de organisatie van specifieke (gespecialiseerde) kankercentra;
- grote en kleine zwaartepuntprogramma's gericht op respectievelijk de meest voorkomende vormen van kanker en op bijzondere aspecten van het kankerprobleem;
- bevordering van de Nederlandse participatie in internationale samenwerkingsverbanden op het gebied van de kankerbestrijding'.

Een van de taken van de integrale kankercentra is 'de statistische evaluatie van de resultaten van de klinische programma's, met name op het gebied van de therapie van kanker', zo specificiert het rapport.

Het KWF heeft in zijn Beleidsplan 1976-1981 aangegeven in beginsel achter dit nieuwe nationale kankerprogramma te staan. Het is op zijn minst vreemd dat de directeur van dit fonds, dat met zijn financiële middelen het leeuwedeel van het kankeronderzoek in Nederland beheerst, dat beginsel niet blijkt te onderschrijven. Het is ronduit betreurenswaardig dat hij zich bovendien zo uiterst twijfelend opstelt ten aanzien van vrijwel alle tendensen en mogelijkheden die de kankerbestrijding in onze tijd nieuwe impulsen geven en waaruit kankerbestrijders hun goed gefundeerde hoop op vooruitgang putten. Het KWF heeft tot dusverre laten weten dat het nog geen financiële steun wenst te verlenen aan de diverse programma-onderdelen van het eerste functionerende integrale kankercentrum te Rotterdam en als

reden daarvoor opgegeven dat het niet over voldoende geld beschikt. Het KWF gaat evenmin akkoord met een door het Rotterdamse centrum voorgestelde lokale intensivering van fondsenwerving om aan de specifieke behoeften van het Integraal Kankercentrum Rotterdam althans gedeeltelijk te voldoen. Wij mogen hopen dat Meinsma in zijn artikel niet de overtuiging van het KWF-bestuur heeft vertolkt, want in dat geval zullen wij in Nederland nog verder achteropraken met de kankerbestrijding en zal Meinsma zich tot in lengte van dagen kunnen blijven afvragen 'wat we met elkaar aan het doen zijn'.

---

#### Literatuur

1. Engelsman, E. in *Klinische Chemotherapie van Kanker*, red. F. J. Cleton, W. W. ten Bokkel Huinink en P. A. Voûte. Stafleu, Leiden, 1978. p.p. 186-193.
2. Kaplan, H. S. *Cancer Res.* 36 (1976) 3863-3878.
3. Frei, E. et al. *J. Natl. Cancer Inst.* 60 (1978) 3.
4. Jaffe, N., D. Traggis et al. in *Recent Advances in Cancer Treatment*, H. J. Tagnon and M. Staquet (eds). Raven Press, New York, 1978. pp. 291-299.
5. Christopherson, W. M., F. E. Lundin Jr. et al. *Cancer* 38 (1976) 1357-1366.
6. Cramer, D. W. *Cancer* 34 (1974) 2018-2027.
7. Miller, A. R., J. Lindsay and G. B. Hill *Int. J. Cancer* 17 (1976) 602-612.
8. Editorial, *British Medical Journal* 2 (1976) 659.
9. Van Bakkum, D. W. *Ned. T. Geneesk.* 122 (1978) 600-604.
10. Hellman, S. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2 (1977) 369-370.
11. Weber, E. and S. Hellman *JAMA* 234 (1975) 608-611.
12. Pierquin, B., F. Baillet and J. F. Wilson *Am. J. Roentgenol.* 127 (1976) 645-648.
13. *Cancer Patient Survival*, Report No. 5, DHEW Publication No. (NIH) 77-992, 1976.
14. Devesa, S. and D. T. Silverman *J. Natl. Cancer Inst.* 60 (1978) 545-571.

## Naschrift Dr. L. Meinsma

Van Bakkum wekt de indruk mijn artikel allereerst te benutten om zijn ideeën omtrent kankerbestrijding nogmaals bekendheid te geven. Ten aanzien van zijn punten 1-5 het volgende:

*ad 1.* Ik noemde leukemie als voorbeeld voor betere behandelingsmogelijkheden. Van Bakkum noemt nog enige andere voorbeelden, misschien de resterende en overigens weinig frequente vormen van gezwellen, zonder ook nu in te gaan op tere punten als: de zwaarte van de behandeling en de kwaliteit van de niet nader vermelde verlengde levensduur.

*ad 2.* Van Bakkum vermijdt aan te geven dat ook in andere landen de sterfte wegens baarmoederhalskanker daalde zonder vroeger opsporingsprogramma's. Een vergelijkend onderzoek in deze zin ontbreekt bij zijn opmerkingen en wellicht zag hij mijn woord 'significant' over het hoofd.

*ad 3.* Ik heb van Van Bakkum altijd de indruk gekregen dat in Amerika alles wat kankerbestrijding betreft beter gebeurt. Het verbaast mij dat 'verouderde apparatuur' in de USA wordt gebruikt en dat zelfs 'onjuiste

berekeningsmethodes' worden toegepast bij vroeger opsporingsmethodieken. Hij vermijdt voorts vermelding van betere genezingscijfers, sorry, concrete feiten ter zake.

*ad 4.* Naar aanleiding van de slogan van Van Bakkum dat (minstens) '40% van de mensen met kanker te genezen is' – onder meer in een advertentie gesteld – vroeg Gerbrandy zich in het IKR-Bulletin van februari 1978 af, of 'het optimisme van de advertentie gemotiveerd is'.

*ad 5.* Te veel woorden lijkt Van Bakkum nodig te hebben om mijn opmerkingen aan te vallen, zonder mij – en dat vroeg ik mij af – duidelijk en concreet aan te geven waarom nieuwe hoop gerechtvaardigd is op hogere genezingskansen voor bijvoorbeeld kankerpatiënten in Groenlo, Akersloot en Amsterdam.

Zijn opmerkingen ten aanzien van het Koningin Wilhelmina Fonds lijken mij irrelevant, zijn in ieder geval tendentieus, zo niet onjuist. Misschien ben ik wel overtuigd van de goede bedoelingen van Van Bakkum ten aanzien van de kankerbestrijding in ons land. Hij toont die goede bedoelingen evenwel naar het mij wil voorkomen nauwelijks in zijn bovenstaande opmerkingen, maar dat is uiteraard zijn goed recht en wellicht zijn kracht!

---

## SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

Verschenen is de bundeling van een artikelenserie over sportgeneeskunde, gepubliceerd in de jaargangen 1977-1978 van *Medisch Contact*. Het betreft een dertigtal beschouwingen over allerlei aspecten van de sportgeneeskunde benaderd vanuit de visie van sportartsen, medische specialisten, paramedici, een socioloog en – geëvalueerd – van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg. Belangstellenden wordt deze bundel toegezonden na overmaking van f 7,50 op gironummer 58083 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht onder vermelding van 'Sportgeneeskunde'.

---



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

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

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

## Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van november 1978 t/m januari 1979

*Kopij voor deze rubriek dient drie weken voor de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411.*

### 30 oktober-3 november

Nascholingsweek voor huisartsen in Leiden e.o., te houden in huize Den Treek, Trekerweg 23, Leusden. Inlichtingen: W. J. de Graaff, Teylingerlaan 17, Sassenheim, tel. 02522-12479.

### 1 november

Het samenwerkingsproject S 1, waarin het NHI, de Nationale Kruisvereniging en JOINT participeren, organiseert op een aantal woensdagavonden in het najaar 1978 en het voorjaar 1979 bijeenkomsten over eerstelijns gezondheidszorg. Plaats: Hoog Brabant, Hoog Catharijne, Utrecht. Op de eerste avond wordt aandacht besteed aan het thema: het niveau van hulpverlening in samenwerking. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

### 2 en 3 november

Longemfyseem; pathogenese, klinische uitingsvormen en preventieve mogelijkheden. Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

### 4 november

NHG-Congres 1978 te Driebergen. Thema: Het handelen van de huisarts, van zelfbeoordeling tot verbetering. Plaats: Academie 'De Horst' Driebergen. Inlichtingen: Nederlands Huisartsen Genootschap, Burg. Reigerstraat 87, Utrecht. tel. 030-516741.

### 4 november

TELEAC: 18.20-18.50 uur: Menopauze II.

### 5 november

TELEAC: 18.20-18.50 uur: herhaling Menopauze II.

### 6 t/m 10 november (cursus C)

Warffum-cursus voor huisartsen regio Amersfoort/NW-Veluwe, te houden in het Woodbrookershuis te Barchem. Inlichtingen: H. Snoek, van Dedemlaan 8, Hoevelaken.

### 6 t/m 11 november

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 02127-1261.

### 6-11 november

Warffumcursus voor huisartsen in Utrecht en omgeving, te houden in Het Kraanven te Loon-op-Zand. Inlichtingen: C. Bouter, Weerdsingel OZ 18, Utrecht, tel. 030-714266.

### 9 november

Symposium 'Anticonceptie in de dagelijkse praktijk', Plaats: Eurohal, Maastricht, aanvang: 17.30 uur. Het symposium beoogt met name de huisarts de gelegenheid te geven zich op de hoogte te stellen van de laatste ontwikkelingen en gezichtspunten op dit gebied. Inlichtingen: Organon Nederland BV, tel. 04120-24373, toestel 43.

### 9 november

Nascholingsdag Medische Sexuologie Utrecht. Onderwerp: Orgasme problemen van de vrouw. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Utrecht, tel. 030-373346.

### 9-10 november

Algemene cursus endocrinologie en stofwisselingsziekten, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

### 9 en 10 november

Blok cursus Oncologie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

### 9 en 10 november

Psychotherapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

### 13 t/m 18 november

Warffumcursus voor Friese huisartsen. Plaats: Hotel Juliana, De Koog, Texel. Inlichtingen: tel. 05127-1261.

### 15 en 16 november

Sandwichcursus met als thema: Huisarts en Preventie. Organisatie: Zwolse Artsencommissie. Plaats: Sint Franciscushof te Raalte. Inlichtingen: D. Post, Kerkweg 72, Wezep, tel. 05207-1394.

### 15 en 16 november

Sandwichcursus met als thema: 'Perifere Arteriële Doorbloedingsstoornissen', georganiseerd door de Commissie Nascholing Limburg. Plaats: Stadsschouwburg Sittard. Inlichtingen: G. A. M. Bak, Wilmenweg 19, Merkelbeek, tel. 04492-2300.

### 20-25 november

Warffumcursus voor huisartsen in Utrecht en omgeving, te houden in het Kraanven te Loon-op-Zand. Inlichtingen: C. Bouter, Weerdsingel O.Z. 18, Utrecht, tel. 030-714266.

### 21 november

Themadag, georganiseerd door S 1, onderwerp: 'Cliënt en hulpverlener in het kader van samenwerking in de eerste lijn'. Plaats: Stichting Woudschoten, Woudenbergseweg 54, Zeist. Inlichtingen: Secretariaat, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

### 22-25 november

'Medica '78', Düsseldorf. 10. Internationaler Kongress mit Ausstellung Diagnostica-Therapeutica-Technica. Anmeldung: Düsseldorf Messegesellschaft Nowea, 4000 Düsseldorf 30, Postfach 320203, tel. 0211/4560426. Veranstalter und Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart 70 (Degerloch), Jahnstrasse 32, tel. 0711/761454.

### 23 en 24 november

Cursus Patiënt Arts Communicatie (PAC). Plaats: Ons Centrum, Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht, tel. 02979-3251. Data voor 1979: 18 en 19 januari, Lage Vuursche; 16 en 17 februari, Driebergen.

### 23 en 24 november

Blok cursus 'Diagnostische Methoden', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

### 23-24 november

Praktische aspecten van de klinische genetika, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.



**23 en 24 november**

Psychotherapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

**24 november**

Van Hoytemacursus 'Test Case', Enschede. De cursus kan worden beschouwd als een vervolg op de Van Hoytemacursus 'Huisarts en gezin', maart 1976, en is bestemd voor praktizerende huisartsen met hun echtgenoten; uitsluitend per echtpaar kan worden ingeschreven. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

**29 november**

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

**29 november**

'Organisatorische en juridische vormgeving van samenwerking in de eerste lijn'. Tweede van een serie avonden over eerstelijns gezondheidszorg, georganiseerd door S 1. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

**7 en 8 december**

Vorderingen in de Geneeskunde, Leiden. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

**7 en 8 december**

Blok cursus Oncologie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

**7 en 8 december**

Psychotherapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

**11, 12, 13, 14, 15 december + 2 dagdelen follow-up**

Training persoonlijk functioneren. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1.175,—. Inlichtingen: Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

**13 december**

'Huisvesting en bouwen'. Het derde deel van een serie avonden over eerstelijns gezondheidszorg, georganiseerd door S 1. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht, telefoon 030-910380.

**13 en 14 december**

Twee identieke cursusdagen over 'Sociale Oncologie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

**14 en 15 december**

Psychotherapeutische Methoden II, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

**20 december**

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

**18 en 19 januari 1979**

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

**17 januari 1979**

'Financiële omstandigheden van geformaliseerde samenwerking in opbouw'. Vierde van een serie avonden, georganiseerd door S 1, over de eerstelijns gezondheidszorg. Inlichtingen bij het secretariaat, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

**31 januari 1979**

Het functioneren van een gezondheidscentrum. Vijfde van een serie avonden, georganiseerd door S 1, over de eerstelijns gezondheidszorg. Inlichtingen bij het secretariaat: Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

**Personalia****Nieuwe leden**

J. M. E. H. Schoonbrood, Geneinde 138, Maastricht.  
 Mw. A. Schutte-Weis, Verl. Grachtstraat 34, Groningen.  
 W. J. Sikkens, Legedijk 20, Wirdum.  
 H. J. Simonsz, Legmeerstraat 27<sup>l</sup>, Amsterdam.  
 H. E. B. J. Sinninghe Damsté, Boxbergerweg 24, Diepenveen.  
 Mw. Th. M. Slegers, Meijhorst 14-67, Nijmegen.  
 H. v.d. Stal, Egelantierstraat 56, Badhoevedorp.  
 E. A. v. Steensel van der Aa, van Suttnerstraat 28, Rijswijk.  
 T. I. Tan, Vogelwaarde 33, Haarlem.  
 T. H. Tjook, Ln. v.d. Helende Meesters 149, Amstelveen.  
 S. van der Veen, Pr. Bernhardlaan 120, Joure.  
 A. J. M. in 't Veld, Heidekruid 29, Rotterdam.  
 G. R. Veldhuis, Wilhelminastraat 70, Emmen.  
 J. O. Veldkamp, Nagtegaalplaats 69, Dordrecht.  
 Mw. L. Verhoeven-van Duin, Kon-Wilhelminaweg 299, Groenekan.  
 J. C. Vermue, Prof. Bromstraat 104-7, Nijmegen.  
 E. D. Ph. Volker, Koningsberg 44, Doorwerth.  
 Mw. D. H. van der Vorm, Prinsengracht 708, Amsterdam.  
 Mw. G. P. de Vries, Smitstraat 38 III, Amsterdam.  
 J. V. Wemelsfelder, Crocusstraat 32, Papendrecht.  
 K. R. Wester, C. Dirksstraat 1, Emmeloord.  
 E. P. Wiechers, Groesbeekseweg 45, Nijmegen.  
 R. H. Wiggers, Joh. Poststraat 5, Oud-Beijerland.  
 P. E. J. Willemsen, Bloesemstraat 1, Utrecht.  
 J. H. J. Wokke, Uilenstede 134-967, Amstelveen.  
 D. B. van der Wolk, Kempering 14, Amsterdam.  
 Mw. E. P. W. Zuidgeest, Van Heusdestraat 57 B, Rotterdam.  
 Mw. R. S. Biemond-Phaff, Sterremos 27, Nieuwerkerk a/d IJssel.  
 J. L. van den Bos, van der Helmstraat 434, Rotterdam.  
 J. A. M. Callewaert, Witteburgerweg 64, Wassenaar.  
 J. Dros, Klinkstraat 7, Oudenbosch.  
 J. G. v.d. Flier, Oostervenne 247, Purmerend.  
 F. Hagemeijer, Grintweg 38, Rotterdam.  
 Mw. S. C. Henzen-Logmans, de Clercqstraat 14, Haarlem.  
 A. C. H. van den Heuvel, Valeriaanstraat 139, Soest.  
 E. N. H. Jansen, Vaarwerkhorst 69, Enschede.  
 P. W. Kortmann, Buizenwerf 251, Rotterdam.  
 J. A. Makkes van der Deyl, Jekerstraat 10, Den Helder.  
 E. D. Mulderij, Sterreschansweg 31, Nijmegen.  
 J. Th. M. Plukker, p/a Canisiusziekenhuis St. Annastraat 289, Nijmegen.

M. M. J. Reyners, Randweg 7, Meppel.  
 P. F. Schouwenburg, Orchideestraat 15, Hilversum.  
 Mw. M. Stroo, Welnahorst 50, Enschede.  
 G. J. van der Vlist, Wilhelminalaan 18, Vught.  
 A. T. M. de Vries, De Kommert 65, Heerlen.  
 Mw. C. Wennen-v.d. Mey, De Brink 834, Den Haag.  
 G. B. Wichers, Kolfbaan 104, Bergum.

#### Adspirant leden

L. Dukel, Josephstraat 66 A, Rotterdam.  
 R. A. Haak, J. van Campenplein 252, Rotterdam.  
 Mw. L. C. Lievense, Granadoslaan 28, Rotterdam.  
 P. J. M. Stelder, Zocherstraat 251, Rotterdam.  
 J. C. N. M. Aarts, van Leeuwenhoekstraat 10, Utrecht.  
 P. R. S. Baidjoe, Oranjestraat 39, Leiden.  
 Mw. F. J. M. H. Barten, p/a Mozartlaan 18, Drunen.  
 C. Bol, Westeinde 22, Hazerswoude.  
 W. Y. M. Cheung, Corantijnstraat 46, Leiden.  
 H. J. Does, I. B. Bakkerlaan 29, Utrecht.  
 J. A. Eefting, E. Thom-A Thuessinklaan 30, Groningen.  
 J. van Eijck, Aart v.d. Leeuwkade 108, Voorburg.  
 J. A. M. Haas, Zeestraat 46 A, Noordwijkerhout.  
 A. R. M. M. Hermus, Citroenvlinderstraat 44, Nijmegen.  
 R. S. Kahn, Haddingestraat 36, Groningen.  
 P. Knappe, Hooigracht 39, Leiden.  
 Mw. B. W. v. Knippenberg-v.d. Berg, Joh. de Wittstraat 38, Leiden.  
 Th. Kok, Adagiostraat 77, Nijmegen.  
 Mw. W. A. H. Koning-Mulder, Willem Barentszstraat 67, Zwolle.  
 H. L. Louwerse, Weezenhof 34-23, Nijmegen.  
 B. M. Noordzij, Radebinningsingel 11, Groningen.  
 H. M. Nijhof, p/a Ridderstraat 72, Tilburg.  
 A. P. Rietveld, Potgieterstraat 16, Rotterdam.  
 F. W. M. Seesing, Meyhorst 63-68, Nijmegen.  
 J. A. Siepert, Hoflaan 54, Leiden.  
 M. H. Stijntjes, Nijhoffstraat 7, Nijmegen.  
 H. L. E. M. van Veghel, Waterleidingsingel 71, Venlo.  
 J. B. Verhoeff, Bilderdijklaan 26, Waddinxveen.  
 J. M. G. van Vugt, Hatertseweg 136, Nijmegen.  
 G. H. Wills, Dalveen 56, 's-Gravenhage.  
 J. A. van Wijngaarden, Rochussenstraat 333 B, Rotterdam.

#### Overleden

W. A. de Boer, Ruiterssteeg 14, Haren.  
 P. C. Büchler, Cath. van Cleveaan 11, Nieuwer Amstel.  
 Dr. J. W. Eerkens, Egginkskamp 4, Eefde.  
 Mw. C. G. Gastkemper-Slaap, Weerdestein 182, Amsterdam.  
 Dr. E. E. M. Geelen, N. Bovenweg 32, Oosterbeek.  
 J. M. F. Gerards, J. W. Frisostraat 34, Utrecht.  
 G. Th. M. van Hellemond, Kamphoefweg 8, Overloon.  
 D. H. Kranendonk, Batavierenweg 74, Nijmegen.  
 B. J. Leydesdorff, Loolaan 28, Apeldoorn.  
 B. H. Meijboom, Bluisterplein 5, Ruurlo.  
 C. Postma, Gr. Wichmanlaan 34, Bussum.  
 Prof. Dr. J. J. G. Prick, Oranjesingel 45, Nijmegen.  
 W. Roesdi, V. v. Goghlaan 25, Rosmalen.  
 J. Romeyn, Rondelaan 9, Bergen.

KNMG

#### van het hoofdbestuur

### Kort verslag HB-vergadering dd. 3-10-1978

#### Experiment

In het kader van een experiment waartoe in het dit jaar gehouden studieweekend werd besloten, begon deze HB-vergadering eerst te 19.30 uur in plaats van de gebruikelijke aanvangstijd van 17.30 uur. Reden hiervan was dat aan deze HB-vergadering een DB-vergadering voorafging, met de bedoeling in de DB-vergadering een aantal praktische zaken af te kunnen handelen opdat het hoofdbestuur zich tot de grotere vraagstukken zou kunnen beperken. Het experiment zal drie vergaderingen duren waarna over de eventuele voorzetting zal worden beslist.

#### Positie verpleeghuisartsen

Het rapport van de werkgroep 'positie verpleeghuisarts', waarin met name ook over de opleiding en erkenning en registratie van de verpleeghuisartsen wordt gesproken, vergde een korte discussie, aangezien, gelet op het belang van het vraagstuk, het hoofdbestuur er behoefte aan had eerst de adviezen van de maatschappelijke verenigingen in te winnen.

#### Vestigingsbeleid

Van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd enige tijd geleden een nota inzake algemene aspecten van een vestigingsbeleid ontvangen. Mede op basis van adviezen van de maatschappelijke verenigingen en van een werkgroep ad hoc van de studiecommissie vestigingsbeleid vond een discussie plaats die in een standpunt uitmondde dat ter kennis van de staatssecretaris zal worden gebracht.

#### Postacademisch Onderwijs Geneeskunde

Van het overlegorgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde werd een tweede interimrapport ontvangen. Op basis van adviezen van de maatschappelijke verenigingen, de stichting nascholing huisartsen en de drie colleges vond een bespreking in het hoofdbestuur plaats. Het hoofdbestuur kon zich uiteindelijk in grote lijnen met de inhoud van het rapport verenigen.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.

#### INHOUD OFFICIEEL

Nr. 44 - 3 november 1978

#### SNH:

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van november 1978 t/m januari 1979 ... 1394

#### KNMG:

Personalia ..... 1395

#### KNMG, van het hoofdbestuur:

Kort verslag HB-vergadering dd. 3 oktober 1978 ..... 1396