medisch contact

Nr. 46 – 12 november 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **Van de gelegenheid van een verblijf in Californië maakte de sociaal-geneeskundige F. E. Reitsma, verbonden aan de afdeling Onderwijsontwikkeling van de faculteit der Geneeskunde te Utrecht, gebruik om enige medewerkers te ontmoeten van het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco. Wat hij daar leerde kennen leek hem van zodanige betekenis voor de geneeskundige praktijk en de medische opleiding, dat hij een paar hoofdpunten eruit voor wijdere verspreiding vastlegde.**
- **Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft twee belangrijke wetsontwerpen ingediend bij de Tweede Kamer, waarmee hij heeft beoogd bouwstenen aan te dragen voor de verwerkelijking van zijn structuurnota. Het betreft het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg en het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg. Vooralsnog de samenvattingen.**
- **De oktober-ledenvergadering van de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad was voor een groot deel gewijd aan het thema: 'Het welbevinden van de patiënt'. Hierover een verslag van een bijzondere medewerker, aansluitend een samenvatting van een bij die gelegenheid gehouden voordracht door de psycholoog Drs. J. J. Luijten, die daarmee een aanzet heeft willen geven nog eens wat kritischer naar het verpleeghuismilieu te laten kijken.**
- **De voordracht van staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne als bijdrage aan het wetenschappelijk gedeelte van het K.N.M.G.-ledencongres in Breda 'Zo gezond mogelijk', voorlopig de laatste aflevering van de congreshandelingen.**



Uit de boekerij der K.N.M.G.

G. Blasius 'Miscellanea anatomica hominis . . .' Amsterdam 1673. G. Blaes (Oostvliet 1626 – Amsterdam 1682), anatoom, medicus en bibliothecaris te Amsterdam, gaf ook werken van vele andere schrijvers uit.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 1442
Inzenders: H. J. Dirksen, A. W. Kreps, B. J. Kam

Het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco. Een reisverslag, door *F. E. Reitsma* 1445

Uit de E.E.G.: E.U.M.O. over huisartsopleiding en E.G.-congres over samenwerking hart- en vaatziekten ... 1449

Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen van het G.A.K. 1450

Twee wetsontwerpen bij Tweede Kamer ingediend. Voorzieningen en tarieven gezondheidszorg 1451

Het welbevinden van de patiënt. Ledenvergadering van de Sectie Verpleeghuizen van de N.Z.R. 1454

Het welbevinden van de patiënt, een relatief en complex begrip, door *Drs. J. J. Luijten* 1456

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (v) – Preventieve geneeskunde in het toekomstbeeld van de arts gezien vanuit de overheid, door *J. P. M. Hendriks* 1459

Van de Geneeskundig Hoofdinspectie: Inwerkingtreding nieuwe opiumwet 1463

Programma L.S.V.-symposion 'Kostenbeheersing van het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit' 1464

OFFICIEEL 1465

Inhoudsopgave officieel 1468

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

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

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

HONORERING COLLEGIALE BEHANDELING (I)

in Medisch Contact nr. 38/1976, blz. 1199, wordt door collega Roelink een pleidooi gehouden tegen de gewoonte om collegae en hun naaste relaties pro deo te behandelen. Een goede behandeling van de zieke arts zou gediend zijn met een zo zakelijk mogelijke relatie en het ware onjuist deze uit te hollen door geen rekening te sturen.

Collega Roelink, in zijn bezorgdheid om een perfecte behandeling van de arts als patiënt, gaat hierbij geheel voorbij aan een ander aspect van de oude regel, dat Latijn niet betaalt aan Latijn, namelijk als uitdrukking van verbondenheid tussen de leden van een beperkte groep individuen.
Toegegeven, de numerieke uitbreiding van deze groep verwaterde de regel al zover, dat zij tot voor kort alleen nog binnen de groep van de artsen werd toegepast; maar juist van een lid van het bestuur van het artsengilde zou men mogen verwachten, dat er wat meer omzichtig werd omgesprongen met de toch al steeds schaarser wordende tradities binnen dit gilde.
Tradities toch vormen een kit-substantie tussen de individuele leden.

Wanneer aanpassing aan de moderne tijd nodig is, zou bijvoorbeeld de regel als volgt kunnen worden gesteld:

Artsen sturen artsen géén rekening, tenzij de arts-patiënt hierom uitdrukkelijk verzoekt, en anderszins dient het geven van geschenken tot het uiterste te worden beperkt.

Haarlem, 22 oktober 1976

H. J. Dirksen (51), dermatoloog

HONORERING COLLEGIALE BEHANDELING (II)

Graag wil ik collega Rijpperda Wiersdma (M.C. 42, pag. 1314) bijvallen als hij een lans breekt voor de ongehonoreerde behandeling van artsen onderling. Ik zou daaraan willen toevoegen hetzelfde standpunt in te nemen bij de behandeling van de clerus, en wie daarbij in een stad als Nijmegen bezorgd denkt aan de relatieve grootte van deze potentiële patiëntenkring moge bedenken: 'Ieder huisje heeft zijn kruisje!'

Nijmegen, 22 oktober 1976

A. W. Kreps

BAHASA LATINICA?

Het is mij als huisarts met verzekeringsgeneeskundige nevenfunctie (helaas niet via Maatschappij, M.C., L.A.D., L.H.V., of Vereniging voor Sociale Geneeskunde) gebleken dat artikel 104 van de beroepswet in juli j.l. dusdanig is gewijzigd, dat in beroepszaken *alle* stukken, waaronder het volledige medische dossier en de rapportage aan de bedrijfsvereniging, aan klager worden toegezonden. Voordien lag het dossier op de griffie ter inzage: van deze inzagemogelijkheid werd door klager vrijwel nimmer, door zijn pleitbezorger wel eens gebruik gemaakt.

Consequentie van deze wetswijziging is dat voortaan in medisch bargoens en medische palaeografie ongeschoolden soi insu worden geconfronteerd met waardebeoordelingen van hun arbeidsongeschiktheid, juist terwijl in dit stadium deze beoordeling al zó moeilijk is geworden dat de beroepsrechter om een uitspraak wordt gevraagd. Hieruit kunnen allerlei emoties voortkomen, die een voortgezet contact tussen cliënt en vg, ag, en zelfs tot behandelend huisarts en specialist toe (men denke aan de tegenwoordig toegestane informatie vooraf, zonder dat patiënt 'gezien' is) zullen bemoeilijken, en die zelfs kunnen voeren tot ondermijnen van het vertrouwen in de medische stand.

Het komt mij voor dat de wetgever zijn eigen glazen heeft ingegooid (zou er te voren advies zijn gevraagd aan de beroepsorganisaties?). Indien de dialoog tussen medici (bg., ag., vg.) op deze wijze vrijwel onmogelijk wordt gemaakt (want wie wil nu nog een waardeoordeel op papier zetten?) kan straks uit nietszeggende rapporten waaruit geen achtergrondinformatie meer geput kan worden alleen maar een slechte en inadaequate oordeelsvorming tot stand komen. Of gaan wij al onze brieven weer in latijn schrijven?

Zwolle, 1 november 1976

B. J. Kam

'HUMANISTIC MEDICINE'

In mei van dit jaar kwam een commissie uit de Amerikaanse Senaat met voorstellen tot wijziging van de Wet op de openbare gezondheidszorg. Een van die voorstellen betrof de subsidiëring van studiecentra voor wat werd genoemd de 'humanistic medicine'. Het komt ons voor dat daarmee een eerste stap is gezet naar wijdere erkenning van een in aanleg vérstrekkende ontwikkeling.

In eigen land neemt de belangstelling voor 'humanistic medicine' toe. In 1972 maakte Verbrugh er melding van in zijn 'Geneeskunde op dood spoor'. Gedurende het vorige studiejaar werd er aan de Erasmus Universiteit een studium-generalecursus aan gewijd. In oktober jongstleden publiceerde het maandblad Huisarts en Wetenschap er een artikel over van de hand van de Ommoordse huisarts Bakker. In dit nummer van Medisch Contact treft de lezer een verslag aan van Reitsma over een bezoek dat hij deze zomer bracht aan het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco.
Intrigerende vraag: wat is eigenlijk 'humanistic medicine'? Met de veelal gehanteerde vertaling 'humanistische geneeskunde' komen wij Nederlanders, althans zonder nadere uitleg, niet uit. Laten wij de vertaling voorlopig voor wat zij is en bepalen wij ons tot de uitleg die aan het begrip wordt gegeven.

Al zegt Reitsma niet precies wat hij onder 'humanistic medicine' verstaat, één ding maakt hij wel duidelijk: de bedoelde vorm van uitoefening van de geneeskunde ontstond in de Verenigde Staten uit onbehagen met de bestaande gezondheidszorg. Niettemin zijn de Amerikanen medisch nooit zo goed verzorgd geweest als nu. Waarin faalt dan die zorg? Binnen het Institute for the Study of Humanistic Medicine, dat de vruchten van zoëven genoemde wet zal mogen plukken, signaleert men vooral het optreden van dehumaniserende tendensen in de bestaande medische voorzieningen. 'Humanistic medicine' wil – aldus de schrijver – het tegendeel zijn van een geneeskunde die de horizon heeft vernauwd tot het somatisch aspect van het ziek zijn.
Terecht verwijst Reitsma hier naar Querido (Inleiding tot een integrale geneeskunde; 1955). Leggen we diens: 'De mens is een eenheid; de patiënt is een persoon', naast het: 'The patient cannot be seen simply as his disease', dat dient als uitgangspunt voor de aan het instituut in San Francisco gegeven trainingen, dan nemen we een identiek gerichte aandacht waar. Nieuw aan het Amerikaanse denkexperiment is

. . . een eerste stap op weg naar een gezondheidszorg en geneeskunde van de gehele mens . . .

evenwel, dat er een aspect bij is gekomen. Uitzonderlijk in de 'humanistic medicine' is niet zozeer het feit dat zij de mens-achter-de-patiënt naar voren haalt maar haar speciale accentuering van de mens-in-de-arts. Zij grijpt daarbij terug op de 'humanistic psychology', de psychologie van het bewustzijn. Deze combineert een holistische (de gehele mens – lichaam, gevoelens, geest, strevingen, biografie en sociale context – betreffende) benadering met een nadruk op de subjectieve beleving.
De kernvraag in de therapie wordt dan, hoe de patiënt zo kan worden geholpen dat hij (meer) naar zichzelf kan worden terugverwezen. Dat vereist een hele omschakeling. Rolopvattingen en rolverwachtingen van patiënt én arts zouden in deze visie grondig moeten veranderen. Daarvoor zouden ze eerst zichtbaar moeten worden gemaakt. Oók aan de arts. Vandaar het belang dat in San Francisco wordt gehecht aan de training van hulpverleners. Een training in meegroeien, met als opmerkelijk onderdeel de dialoog met het symptoom.

Hoe voortreffelijk onze gezondheidszorg in medisch-technisch opzicht ook mag zijn geregeld, in menselijk opzicht schort er hier en daar nog wel wat aan. Een keus uit recente uitspraken, merendeels van collegae, zo uit de krant: 'Opgenomen . . . opgegeven?' (Schudel); 'Het wordt tijd, dat de zorg voor de opgenomen kinderen vanuit een ruimer perspectief wordt bezien' (Boelen & Boelen-van der Loo): 'Bejaarden zijn niet interessant voor een arts' (Hollander); idem voor reumapatiënten (Ter Bals). Bij ons roepen dergelijke uitspraken de vraag op of wij, die zéggen het belang van de patiënt centraal te stellen, weten hoe het vóélt centraal te staan tussen wal (ziekte) en schip (zorg).
'Medicine is at the interface (scheidingsvlak) between humanity and technology, but the former has been . . . relatively disregarded in recent decades', schrijft de Senaatscommissie in de toelichting op haar wetsontwerp. Naomi Remen, bij Reitsma geciteerd, associeert die overheersing van het technisch denken met de in onze cultuur zo lustig draaiende gehouden mannenmolen: het 'mannelijk' denken gericht op (in)grijpen, het 'vrouwelijk' denken op (in)voelen. Op de vermeerdering van het invoelend vermogen richt zich de 'humanistic medicine', die ons – in de woorden van haar Nederlandse wegbereider Prof. Dr. M. J. de Vries uit Rotterdam – op weg wil helpen naar een gezondheidszorg en geneeskunde van de gehele mens.

B.

Varia

Rookverbod op scholen – In het kader van de bescherming van de gezondheid van leerlingen en leerkrachten hebben burgemeester en wethouders van Amsterdam aan het personeel en de oudercommissies van het openbare kleuter- en lager onderwijs, de openbare scholen voor voortgezet onderwijs en de desbetreffende rijksinspecteurs meegedeeld dat in de schoollokalen tijdens de lessen niet mag worden gerookt. Op basis van vooral vrijwillige medewerking moet men trachten het roken zoveel mogelijk tegen te gaan en in ieder geval het roken tijdens de lessen uit te sluiten. In herinnering wordt gebracht, dat tijdens de vergaderingen van de gemeenteraad de eerste twee uren niet wordt gerookt, terwijl voor vergaderingen en soortgelijke bijeenkomsten van gemeentewege geen rookartikelen ter beschikking worden gesteld.

Financiële steun – De Stichting 'De Drie Lichten' nodigt gegadigden uit vóór *1 december* 1976 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris Prof. Dr. A. Schaberg. Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betreffe 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 voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. Aanvragen, vergezeld van een nauwkeurige omschrijving van de doelstellingen en aanbevelingen kunnen worden gericht aan: Prof. Dr. A. Schaberg, Pathologisch Laboratorium R.U., Wassenaarseweg 62, Leiden.

Heelkunde-symposion – De Afdeling Heelkunde van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam organiseert van 22-26 november 1976 een symposion, dat uit de volgende onderdelen bestaat: 1. voordrachten en discussies op vele gebieden van de angiologie en de vaatchirurgie; 2. prakticum; 3. operatiedemonstraties; 4. bespreking van vasculaire problemen.

Kinderloosheid – Vrijwillige kinderloosheid is nog een omstreden zaak. Dit blijkt uit een onderzoek dat de Nederlandse Stichting voor Statistiek in de periode van 1974-1976 heeft ingesteld bij ruim 7.000 Nederlandse huisvrouwen. Van hen vindt 68% dat Nederland een overbevolkt land is en 61% meent dat een verdere groei daarom niet wenselijk is. Toch kan een pasgetrouwd paar dat met het oog hierop bewust van kinderen afziet slechts bij een kwart (27%) van de ondervraagden op begrip rekenen, 16% wijst dit duidelijk af en 43% neemt een genuanceerd standpunt in; begrip brengt 22% op, maar zij vinden desondanks dat de bewust kinderlozen ongelijk hebben. Tenslotte vindt 21% het standpunt onbegrijpelijk, hoewel het echtpaar in hun ogen misschien wel ergens gelijk heeft. Uit het onderzoek blijkt verder dat van de kinderloze gehuwde vrouwen onder de 30 jaar 14% en daarboven 52% onvrijwillig kinderloos is, terwijl 64% van de beneden 30-jarigen en 40% van de vrouwen boven de 30 vrijwillig kinderloos is.

Nascholing huisartsen Teleac-N.H.I.

In het kader van de serie Nascholing Huisartsen verzorgt de Stichting Teleac in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Instituut in het najaar weer vier televisieuitzendingen. De programma's worden in november en december uitgezonden en behandelen twee hoofdonderwerpen: 'Geslachtsziekten' en 'Slaap en Slaapmiddelen'.

Korte inhoud

1. *Geslachtsziekte I*
In deze uitzending wordt aandacht besteed aan de verfijning van de diagnostiek en de therapie bij genorroe. Getracht zal worden praktische richtlijnen te geven, die een compromis zijn tussen wat een specialist wenselijk acht en wat voor een huisarts haalbaar is. Daarbij komen onder meer de volgende problemen aan de orde:
- zijn kweek en gevoeligheidsbepaling bij écoulement nodig?
- hoe stelt men de diagnose bij een vrouwelijke patiënt?
- de waarde van een methyleenblauw- of grampreparaatje
- moeten luesreacties worden bepaald?
- de voor- en nadelen van verschillende antibiotica; met welke dosering treft men ook de luesverwekker?
- na welke therapie ziet men vaker urethritis nonspecifica?

2. *Geslachtsziekte II*
In dit programma komen lues en enkele wat zeldzamer geslachtsziekten aan de orde. De nadruk wordt gelegd op het herkennen van lues I (het primair affect) uit laesies die hierop lijken (een banale infectie, herpes ulcus molle, en een carcinoom). Ook wordt het herkennen van lues II beoefent.

3. *Slaap en Slaapmiddelen I*
In deze uitzending wordt ingegaan op de vraag wat de mens eigenlijk doet als hij slaapt. De aaneengesloten periode van slapen is maar schijn. Ongeveer vijfmaal per nacht voltrekt zich een cyclus; elke cyclus is weer onderverdeeld in vier stadia en de R.E.M.-slaap. Tevens komen aan de orde: te veel slapen, pavor nocturnus, slaapwandelen en te weinig slapen. Geprobeerd zal worden de laatstgenoemde klacht te objectiveren.

4. *Slaap en Slaapmiddelen II*
In dit programma wordt aandacht besteed aan de behandeling en vergelijking van de verschillende soorten slaapmiddelen; met name de barbituraten en de benzodiazepinen. Gewezen wordt op de paradox, dat slaapmiddelen de fysiologie van de normale slaap juist grondig verstoren. Daarnaast blijkt de halfwaardetijd van veel middelen langer dan 24 uur te zijn, waardoor bij geregeld gebruik cumulatie optreedt. Dit chronisch gebruik komt aan de orde. Hoe doorbreekt men dit? Tenslotte wordt het gebruik van slaapmiddelen door depressieve patiënten behandeld. Hoe voorkomt men suicide?

Uitzendschema via Nederland 1

	Eerste uitzending op dinsdag van 18.15-18.45 uur	Herhaling op zaterdag van 10.30-11.00 uur
1. Geslachtsziekte I	16 november	20 november
2. Geslachtsziekte II	23 november	27 november
3. Slaap en Slaapmiddelen I	30 november	4 december
4. Slaap en Slaapmiddelen II ...	7december	11 december

Het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco

Een reisverslag door *F. E. Reitsma,* sociaal-geneeskundige

Samenvatting

Van de gelegenheid van een verblijf in Californië maakte de auteur, die verbonden is aan de afdeling Onderwijsontwikkeling van de faculteit der Geneeskunde te Utrecht, gebruik om enige medewerkers te ontmoeten van het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco. Wat hij daar leerde kennen leek hem van zodanige betekenis voor de geneeskundige praktijk en de medische opleiding, dat hij een paar hoofdpunten eruit voor wijdere verspreiding vastlegde in bijgaand artikel.

Achtergrond

De aanhef van een tijdschriftartikel (1974)* van de directeur van het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco, Stuart Miller, luidt: 'Among American health professionals and patients there is a widespread malaise. Despite enormous successes, a feeling of uneasiness pervades many of the men and women who work to provide care for the health of Americans and despite better medical treatment then ever before patients too are dissatisfied'. Dit onbehagen komt op veel verschillende wijzen tot uitdrukking:

– veel artsen, juist ook degenen die met een zeker idealisme hun beroep waren begonnen, raken in de loop der jaren steeds meer onbevredigd door hun werk;
– jonge artsen en studenten dringen in toenemende mate aan op een 'relevante geneeskunde', wat dat dan ook moge zijn;
– de belangstelling voor volksgeneeswijzen en voor vormen van geneeskunde die niet stoelen op universitaire wetenschappelijke disciplines neemt hand over hand toe, zowel onder de consumenten alsook onder de verleners van de gezondheidszorg;
– een nog steeds niet afgenomen golf van 'malpractice suits' geeft op harde wijze uitdrukking aan de ontevredenheid, die in brede lagen van de Amerikaanse bevolking leeft omtrent hun verstandhouding met de hen behandelende artsen. Dat ook andere factoren (bijvoorbeeld actieve aquisitie door juristen) deze golf mede veroorzaakt heeft, neemt niets weg van het feit dat iedere aanklacht duidelijke taal spreekt omtrent de kwaliteit van de relatie die tijdens de behandeling tussen een bepaalde arts en de aanklagende patiënt is ontstaan;
– de kosten van geneeskundige zorg rijzen ook in de Verenigde Staten de pan uit, hetgeen zowel op individueel niveau als ook op het vlak van de nationale economie tot bezorgdheid aanleiding geeft. Deze kostenstijging wordt mede toegeschreven aan een inadequaat gebruik van de geneeskundige voorzieningen.

De medewerkers van het Instituut voor 'Humanistic Medicine' zijn van mening dat deze malaise wortelt in een sterke tendens in de moderne wetenschappelijke geneeskunde tot *dehumanisering van de verleende medische zorg.*

In de Verenigde Staten is in de laatste jaren echter een sterke en brede tegenstroom ontstaan tegen deze dehumaniseringstendens. Zoals te verwachten heeft deze tegenstroom op vele verschillende wijzen gestalte gekregen. Er zijn bewegingen voor de rechten van de patiënt, voor het beter benutten van 'self-help' en voor onderlinge bijstand van patiënten. Er wordt gezocht naar nieuwe wegen in de therapeutische benadering, bijvoorbeeld de 'bio-feedback'. Op vele plaatsen wordt gewerkt aan herziening en verbetering van de medische benadering van 'critical life events' (seksualiteit, invalidering, veroudering, sterven). Er zijn groeperingen die ijveren voor een hernieuwde ethische bezinning in de geneeskunde (bijvoorbeeld het Kennedy Institute for Bio-Ethics te Washington).
Anderen zien heil in de herintroductie van de 'humanities' (letterkunde, filosofie) als basiswetenschappen in de medische opleiding (bijvoorbeeld de Society for Health and Human Values, Philadelphia). De sociale en gedragswetenschappen bieden zich aan – en worden hier en daar ook toegelaten – om de natuurwetenschappelijke eenzijdigheden van de geneeskundige opleiding en praktijkuitoefening te compenseren. En tenslotte wordt er op verschillende niveaus en op verschillende wijze gewerkt aan interdisciplinaire teamvorming in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld het Institute for Health Team Development, Kensington).
De meeste van deze verschillende stromingen hebben vorm gekregen als verenigingen die zich beijveren voor het betreffende doel of van instituten die zich met professionele staven inzetten voor de verwerkelijking van deze doeleinden.
Te midden van dit veelvormige koor heeft zich sinds 1972 het instituut voor de studie van een 'humanistic medicine' geplaatst. *Met 'humanistic medicine' wordt in dit verband het tegendeel bedoeld van een geneeskunde die de horizon vernauwd heeft tot het somatische aspect van ziek zijn.* 'An effective medicine is responsive to and involves the whole human dimension of the person who is a patient' (General Information Institute for the Study of Huma-

* Synthesis 1 (1974) 63.

nistic Medicine, January 1976, pag. 1). Het instituut tracht invloed uit te oefenen op alle niveaus van het gezondheidszorgsysteem en werkt daarbij op *vier sporen:*
- trainingen voor artsen en verpleegkundigen;
- 'health team development' vooral op enige experimentele objecten, waaronder het Marshall Hale Memorial Hospital;
- publikaties. Tot nu toe zijn een reeks tijdschriftartikelen en drie boekjes met essays verschenen (zie literatuurlijst);
- 'health policy development'.

Overheidssteun

Een groot succes was het aannemen door de Senaat op 14 mei 1976 van een amendement op de Public Health Service Act dat het oprichten en in stand houden van onderzoek en de ontwikkeling van 'humanistic medicine' met overheidssteun mogelijk maakt.
Vooral de Memorie van Toelichting is mijns inziens zeer opmerkelijk. Er wordt daarin gesteld dat, ondanks toegewijd en oprecht werk van velen die hun professie in de gezondheidszorg hebben, de dehumanisering ieder gebied en ieder niveau van de gezondheidszorg heeft aangetast. En dat derhalve de betreffende senaatscommissie, die onder voorzitterschap staat van Edward Kennedy, ervan overtuigd is dat thans het gehele systeem omvattende benaderingen van deze ernstige problematiek moeten worden ontwikkeld. Enige citaten:

'Medicine is at the interface between humanity and technology, but the former has been so relatively disregarded in recent decades that medicine is in danger of losing a great deal of its relevance.'

'The Committee believes the following are critical aspects of humanistic medicine in health care:

1. The provider should, according to his or her level of expertise, view the patient in his essential humanity. The patient must be seen as more than his disease. The provider should pay attention to the patient's unique combination of physical, emotional and cognitive aspects, and such other peculiarly human qualities as values, the need for meaning, essential dignity as a person and others to be further identified.

2. Providers should consider all these human aspects and qualities together with their unique inter-relationships in each case when determining appropriate treatment for the individual patient.

3. Health personnel should be able to interact with the patient with full respect for the human dignity and sensitivities of the patient. They should be able to meet the patient as a person. They should provide caring behavior to patients in distress, taking into account that distress is frequently an interconnected mix op physical, emotional, mental and spiritual factors.

4. Health personnel should be able to encourage, motivate and equip patients to take increasing responsibility for their own health.

5. The health professional, as part of his attention to patient education, should take every opportunity and means to help the patient use the experience of illness as a positive experience. The health professional should, wherever possible, offer assistance to patients to use the experience of disease to creatively re-evaluate life goals and values, provide clarity in setting priorities and mobilize previously untapped strenghts. The health professional should help the patient find positive meaning in physical diseases or emotional suffering, with the result that the patient's sense of dignity, self-worth and personal strenght is increased.
'Undertaking to address the critical aspects of humanistic medicine will, it is expected by the committee, have important salutary effects on two of the issues of great public concern in health care: quality and costs.'

'Intent of legislation. It is the intent of the Committee by authorizing the awarding of contracts and grants on a national basis to encourage and assist the planning, study, development, diffusion and demonstration of humanistic medicine by Centers of Humanistic Medicine.'*

Het Institute for the Study of Humanistic Medicine te San Francisco werkte tot nu toe vooral aan de toepassing in de geneeskundige beroepsuitoefening van moderne trainings- en scholingsmethoden zoals deze in 'encounter', 'Gestalt', 'psychosynthese' en 'confluent education' tot ontwikkeling zijn gekomen. In de voor dit werk fundamenteel geachte literatuur spelen onder andere de volgende schrijvers een grote rol: C. G. Jung, Erich Fromm, Carl Rogers, Frederic Perls, Abraham Maslow, Viktor Frankl, Roberto Assagioli, Joel Latner, Rollo May, Virginia Satir, J. H. Schultz.
De personen die ten dele full-time, ten dele part-time aan het werk van het instituut deelnemen vormen een bont palet. Men treft er internisten (waaronder een hoogleraar van Stanford University School of Medicine), chirurgen, pediaters, huisartsen, een K.N.O.-arts, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, pedagogen en gezondheidsvoorlichters aan. Elf van de vijftien echter komen uit de medische hoek. De directeur, Stuart Miller, was voorheen 'assistant professor' en 'associate professor' in de vergelijkende Engelse literatuurwetenschappen.

Essentie

Men doet het veelzijdig werk van een veelvormige groep mensen geen recht door hun genuanceerde opvattingen in enkele zinnen te willen weergeven. Om toch iets van de essentie, zoals die bij mij is overgekomen, in dit artikel een plaats te geven is het wellicht dienstig een helder geschreven essay van de internist Barbour** samen te vatten.

Artsen hebben, zegt Barbour, geleerd de problemen van hun patiënten te interpreteren in het kader van het ziektekundige denken, kortheidshalve het ziektemodel genoemd. Voor zover dit model toepasbaar is, is het bijzonder succesvol gebleken. Mensen blijken echter meer en veelzijdiger problemen te hebben dan in het ziektemodel passen. Wat de patiënt aan problemen aan de arts voorlegt, wordt georganiseerd in ziektekundige begrippen en als 'huidige ziekte' in de status te boek gesteld. Door echter a priori ieder mogelijk patiëntenprobleem te reduceren tot een ziektekundig probleem, raken zowel patiënt als behandelend arts bij wijze

---

* (Lit.: Report no. 94-887; May 14, 1976; Senate, 94th Congress, 2d Session; Mr. Kennedy from the Committee on Labor and Public Welfare, pag. 245-247).

** Humanistic Patient Care, a Comparison of the Disease Model and the Growth Model; Allen B. Barbour M.D., hoogleraar interne geneeskunde Stanford University Medical School, *in* Dimensions of Humanistic Medicine page 34-50, Uitg. Inst. Study Hum. Med. 1975.

van spreken gevangen in het systeem van het ziektemodel.

Aan enige voorbeelden maakt Barbour vervolgens duidelijk dat de klachten van de patiënt, waarvoor hij hulp inroept, ontstaan zijn in de context van de biografie en van de actuele levensomstandigheden van deze patiënt. En dat veel symptomen gesomatiseerde reflecties zijn van een gefrustreerde of geblokkeerde persoonlijke ontwikkeling. Hij komt tot de conclusie, dat. . . 'in summary, the application of the disease model made without an appreciation of the human condition of the patient may result in the wrong diagnosis, inappropriate diagnostic procedures, ineffective therapy, unnecessary hospitalization, extension of disability, iatrogenic disease and increased cost'. Dit is kostbaar, zowel in termen van geld als van tijd en lijden.
Een geneeskundig denken dat de existentiële vraagstukken die aan ieder ziek zijn verbonden zijn in de benadering van de patiënt betrekt, noemt Barbour het *'growth-model'*, omdat daarin de uitdaging tot heroriëntatie en persoonlijke ontwikkeling zijn opgenomen. Het is de taak van de behandelende arts de patiënt hierin te begeleiden om de eenvoudige reden dat niemand anders dit in de praktijk kan doen.

Voor Nederlandse verhoudingen is dit betoog van Barbour geen nieuw geluid. In de vijftiger jaren publiceerde Querido al een boek over integrale geneeskunde en sindsdien is er veel over geschreven en gepraat. *Nieuw* in de 'humanistic medicine' is mijns inziens de concreetheid van de praktische werkvormen, waarmee de artsen deze benadering waar kunnen maken. *Nieuw* lijkt mij ook de methodische training, die artsen en verpleegkundigen in staat moeten stellen om deze werkvormen te hanteren. En *nieuw* lijkt mij het feit dat deze benadering gedragen wordt door praktiserende artsen uit verschillende disciplines.
Nieuw is tenslotte vooral dat de aandacht welbewust geconcentreerd wordt op het geheel waarbinnen zich de relatie van patiënt en arts afspeelt. En dat derhalve de hulpverlenende arts zelf, mét zijn instelling ten opzichte van eigen leven en eigen gezondheid, in de benadering wordt betrokken.

---

* Ontleend aan: Professional Education for Humanistic Medicine: Sarah Miller, M. A. *in* Dimensions of Humanistic Medicine, pag. 66-79.

Aspecten

Zowel de werkvormen als de training richten zich op een vijftal aspecten*:

– Uitbreiding van het begrip voor de persoonlijkheidsstructuur van het individu. Het gaat daarbij om de ontwikkeling van een integraal mensbeeld, waarin de samenhang tussen lichaam, emoties, voorstellingsleven, waarden, creativiteit en wil tot zijn recht komen.
– Uitbreiding van de tijdsdimensie. Het probleem van de patiënt moet worden gezien als een verschijnsel in het biografische proces van de patiënt. Ziekte kan, wanneer het in dit ruimere perspectief wordt geplaatst, een positieve invloed krijgen op de kwaliteit van het leven van de patiënt.
– Een verdieping van het inzicht in de samenhang tussen ziekte en ziek-zijn, tussen pathologie en de persoonlijke doorleving van ziek-zijn en genezing. Er is zoiets als 'a healthy way to have a disease'.
– Een verdiept inzicht in het vraagstuk pijn. Ofschoon in eerste instantie een volstrekt negatieve ervaring, kan pijn toch tot informatiebron worden omtrent eigen zelf en de wereld. En zij kan een licht werpen op aard, betekenis en waarde van onze menselijke relaties en onze interdependentie.
– Uitbreiding van het zicht op de rol van de geneeskundige beroepsbeoefenaar volgt tot op zekere hoogte reeds uit de voorafgaande vier punten. Gezondheid en genezing te kunnen zien als een persoonlijk proces, en de rol van de beroepsbeoefenaar als begeleider, die meer heeft te doen dan hier en daar actief te interveniëren, hoe belangrijk dit laatste onder omstandigheden ook is.

Experimenteerziekenhuis

Een van de praktijkvelden waarin de uitgangspunten van de 'humanistic medicine' enerzijds gegenereerd, anderzijds beproefd worden, is het Marshall Hale Memorial Hospital te San Fransisco. Het is een relatief klein algemeen ziekenhuis (± 180 bedden) met een groot aantal (± 50) artsen die, op basis van een particuliere praktijk, daar hun patiënten behandelen. Een half jaar geleden besloot de 'Hospital Board' om de 'humanistic medicine' als grondslag te aanvaarden voor zijn beleid. Sindsdien is het ziekenhuis formeel een experimenteerveld voor de 'humanistic medicine'.

Daar is het een en ander aan vooraf gegaan. Ongeveer vijf jaar geleden werd, mede op voorspraak van een van de belangrijkste 'leveranciers' van patiënten, en orthopaedisch chirurg, een verpleegkundig directrice Marguerite Nakles in dienst genomen, die toen reeds nauwe banden met de toekomstige staf van het Instituut voor 'Humanistic Medicine' onderhield. In de daarop volgende 4½ jaar werkte zij systematisch en voorzichtig aan het in praktijk brengen van beginselen en methoden van de 'humanistic medicine' in de verpleging en in de organisatie van het ziekenhuis. Aanvankelijk werkte zij aan het tot stand komen van 'readiness', wat mijns inziens het best omschreven kan worden als besef van de wenselijkheid of van het belang van de toepassing van enige kernpunten van de 'humanistic medicine.' Vervolgens startte zij met gerichte trainingen van de verpleegkundige staf, op basis van vrijwillige deelname, om de nodige vaardigheden voor het in praktijk brengen van de principes te ontwikkelen. Tegelijkertijd werkte zij met de staf aan een herziening van de organisatie om de organisatorische voorwaarden voor deze praktijk tot stand te brengen. Desgevraagd noemde Marguerite Nakles twee *organisatorische aspecten:*

– De zorg voor iedere patiënt wordt gebaseerd op een 'nursing care plan' dat door het verpleegkundig team voor de betreffende patiënt wordt opgemaakt op basis van een verpleegkundige status die bij opname opgemaakt is;
– De hiërarchische gezagsstructuur in de verpleegkundige staf is herzien op basis van het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorg van de patiënt in eerste instantie bij die verpleegkundigen ligt, die deze zorg concreet aan de patiënt verlenen. Deze verantwoordelijkheid strekt zich onder meer ook uit tot het bewaken van een goede opvang thuis bij ontslag van de patiënt. De vroeger hiërarchisch hoger geplaatsten hebben een ondersteunende, hulpverlenende en coördinerende taak ten opzichte van uitvoerende verpleegkundigen gekregen. Een praktische consequentie is bijvoorbeeld dat de behandelende arts de patiënt bezoekt in gezelschap van de 'behandelende' verpleegkundige en niet meer met de hoofdverpleegkundige van de afdeling.

Aangezien een van de kernpunten van de 'humanistic medicine' is gelegen in de benadering van de patiënt als een

'geheel' van lichaam, emoties en geest, stelden wij de vraag of deze benadering niet veel meer tijd per patiënt van de verpleegkundigen opeist. Het antwoord van Marguerite Nakles: 'It is not the amount of time, spent on a patient, that counts, but the *quality* of time'. De tijd die aan een bepaalde patiënt gegeven wordt kan veelal op praktische gronden niet worden uitgebreid. Wat wél kan worden veranderd is de aandacht voor de 'persoon' of 'het geheel' van de patiënt, zoals dat impliciet gegeven is in het geneeskundige probleem in engere zin van de patiënt. Dat is een kwestie van oog krijgen voor deze aspecten en de vaardigheid ontwikkelen om deze aspecten te betrekken in de concrete hulpverlening. Gewaakt moet daarbij worden voor een verschuiven van de aandacht van de somatische naar de psychosociale aspecten; het gaat om een *verruiming van het aandachtsveld,* niet om een omkering van de eenzijdigheid. Daarom is het ook van veel belang dat de training in deze richting in handen is van ervaren 'professionals' in de gezondheidszorg.

De veranderingen in de werkwijze en vooral de resultaten daarvan in de waardering van de patiënten, begonnen geleidelijk de aandacht te trekken van de behandelende artsen. Dit resulteerde tenslotte in bovenvermelde beleidsbepaling van de 'Hospital Board' en in een trainingsprogramma voor een groep van deze artsen, voorjaar 1976. Uiteraard is daarmee een belangrijke stap gezet in de richting van de vorming van 'health teams'.

De plaats die de patiënt wordt toegekend in het 'health team' komt tot uitdrukking in de lijst van rechten van de patiënt die iedere patiënt bij opname ontvangt. Een handboek voor patiënten is in voorbereiding.

De *evaluatie* van dit omvangrijke veranderingsgebeuren is geheel geïntegreerd in het ontwikkelingsproces zelf. Voortdurend vragen alle deelnemers zich af of zij tevreden zijn met de voortgang, of deze wezenlijk tot de doelbereiking bijdraagt en of men de doeleinden soms anders moet omschrijven. Op basis daarvan wordt dan ook steeds bijgestuurd. Een evaluatie 'van buitenaf' door een onafhankelijke waarnemer vond in dit project niet plaats. In andere projecten met een kortere looptijd, bijvoorbeeld een training voor medische studenten, is wel in deze richting gewerkt.

Training

Wij hadden de gelegenheid uitvoerig te spreken met een van de deelnemers van bovenvermelde training voor artsen, de orthopaedisch chirurg Sanford H. Lazar, M.D., sinds zestien jaar als zodanig werkzaam in het Marshall Hale Memorial Hospital. De groep deelnemende artsen omvatte 12 personen. Na een weekend in een conferentieoord werd de training voortgezet gedurende 11 weken, 1 avond van 3-4 uur per week. Er komt in het najaar nog een follow-up waarbij ieder van de deelnemers een 'case-study' van een van zijn patiënten zal inbrengen.

Uitgangspunt van de training was de stelling: 'The patiënt cannot be seen simply as his disease nor can the health professional limit his expertise to medical technology. The full healing potential of their relationship often depends on their interaction as whole human beings and far exceeds the treatment of disease'. De training was dan ook gericht op twee hoofddoeleinden:

- de deelnemende artsen te helpen zich meer bewust te worden van het 'healing potential' dat zij als 'whole human being' in zich dragen en in de geneeskundige relatie kunnen inbrengen, afgezien van de medische competentie in de gebruikelijke zin;
- de deelnemers bekend te maken met ongeveer dertig praktische werkvormen om bedoeld 'healing potential' tot zijn recht te laten komen en die werkvormen toepasbaar te maken.

Bijzondere indruk op ons maakte de concreetheid van deze training en de doortastendheid (als tegendeel van vrijblijvendheid) ervan. Geen enkel niveau van de deelnemende persoon bleef buiten schot. Tot aan de persoonlijke levensdoelen en persoonlijke levensovertuiging werden aangeroerd. Echter niet op een indoctrinerende wijze, maar veeleer op een bewustmakende manier met het volste respect voor de individuele keuze daarin. Het respect voor het individueel eigene en het accepteren van anders-zijn-dan-anderen viel ons trouwens sterk op als een typerend element in het Westamerikaanse cultuurklimaat.

Bovengenoemde concreetheid komt tot uitdrukking in het grote aantal praktische werkvormen, waarin welhaast ieder aspect van de arts-patiëntrelatie in de zin van de 'humanistic medicine' in de dagelijkse beroepsuitoefening hanteerbaar is gemaakt. De sterke pragmatische oriëntatie van de Amerikaanse cultuur komt hierin weer tot uitdrukking: humane beginselen zijn van belang – maar alleen voor zover ze in feitelijk handelen worden omgezet.

Wij vroegen tenslotte of Lazar kon beschrijven hoe deze training zijn werk als chirurg had beïnvloed. Als antwoord liet hij ons twee brieven lezen die een patiënt had geschreven die enkele dagen tevoren door hem geopereerd was wegens een hernia nucleipulposi. De brieven waren op zijn verzoek geschreven en ze waren gericht aan . . . de eigen rug van de patiënt. Deze op het eerste gezicht nogal bevreemdende werkwijze lichtte Lazar op de volgende manier toe: in uitspreken en nog sterker in neerschrijven objectiveert men dingen die anders makkelijk als vage gevoelens blijven hangen en vervolgens weer verdwijnen. Lichamelijke sensaties als uitdrukkingsvorm van het emotioneel doorleefde persoonlijke bestaan, worden zó bewust, worden bespreekbaar, kunnen op hun betekenis worden onderzocht en kunnen zo in het verdere leven worden geïntegreerd. Voor deze patiënt betekende zijn hernia iets bepaalds en het verder leven met deze geopereerde rug zal ook een heel bepaalde rol spelen. De beide

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

brieven – de eerste meer vanuit een rationeel gezichtspunt geschreven, de tweede meer een emotionele uiting – vormden het uitgangspunt om een gesprek hierover met de patiënt te voeren. Bij ons vertrek pakte Lazar de brieven en een model van de lumbale wervelkolom bij elkaar om dit gesprek aan te gaan. Op mijn laatste vraag of deze werkwijze veel extra tijd vergde, antwoordde hij met een lach: 'Ja, dit kost meer tijd. Maar het maakt de praktijk enorm veel interessanter!'

Literatuur

Monografieën

Dimensions of Humanistic Medicine, by Naomi Remen, M.D., Marguerite Abell Nakles, R.N., Sara Miller, M.A., Dale Garell, M.D., Allen Barbour, M.D., Stuart Miller, Ph.D.,

Case Studies and Methods in Humanistic Medical Care: Some Preliminary Findings, by Robert A. Blau, M.D., Mary Morgan Belknap, M.P.H., Rosalind Nagin Grossman, M.A.

The Masculine Principle, The Feminine Principle and Humanistic Medicine, by Naomi Remen, M.D., Anita Astrom Blau, S.M.S., Raymond Hiverly, M.D.

Humanistische Geneeskunde. Op weg naar een geneeskunde en gezondheidszorg van de gehele mens; M. J. de Vries, Pathologische Anatomie II Rotterdam 1976 (nog niet gepubliceerde monografie).

Artikelen

'Humane or Humanistic?' by Naomi Remen, M.D., *The New Physician,* February 1976.

'A new Humanism in Medicine' by Stuart Miller, Ph.D., *Synthesis,* Spring 1974.

'Fat Self, Thin Self' bij Naomi Remen, M.D., *Synthesis,* Spring 1974

'A Dying Patiënt' by Robert Belknap, M.D., *Synthesis,* Spring 1974.

'Dr. B. and Mr. S. F. Collaborate on Death' by Robert Belknap, M.D., *Harper's Weekly,* June, 1975.

'The New Medicine' by Dale Garell, M.D., in preparation for *The New England Journal of Medicine.*

Uit de E.E.G.

U.E.M.O. over huisartsopleiding

De Europese Huisartsen Vereniging (U.E.M.O.), die de huisartsen in de Europese Gemeenschap vertegenwoordigt, vergaderde in Amsterdam. Het belangrijkste doel van de U.E.M.O. is de invoering van een specifieke beroepsopleiding tot huisarts, na het artsexamen, in alle lidstaten van de E.G.
Hierbij moeten bijzondere moeilijkheden worden overwonnen vanwege het feit dat een deel van die opleiding, behalve in ziekenhuizen en universiteiten, moet plaatsvinden in de huisartspraktijk. Er zijn reeds enige landen die een dergelijke opleiding hebben georganiseerd.
Deze specifieke beroepsopleiding tot huisarts moet zo spoedig mogelijk op Europees niveau worden erkend analoog aan de opleiding van specialisten. Intussen bestaat het gevaar dat een der bepalingen van de richtlijnen der E.G. voor de vrije circulatie van artsen een hinderpaal wordt voor de verdere ontwikkeling van de beroepsopleiding tot huisarts. Deze richtlijnen worden eind 1976 van kracht.
Niettemin gaat het werk om de specifieke beroepsopleiding tot huisarts in te voeren voort, zowel in de lid-staten als bij de officiële instanties van de E.G. De U.E.M.O. is van oordeel dat iedere lid-staat het recht heeft om met zijn eigen opleidingsprogramma door te gaan en dat migrerende artsen, afkomstig uit landen die een dergelijke opleiding nog niet bezitten, aan dezelfde voorwaarden moeten voldoen als de artsen in het gastland waar zo een opleiding reeds bestaat.
Tenzij de Europese Commissie er in slaagt om tijdig een oplossing te vinden voor het gesignaleerde probleem, zal de U.E.M.O. verdere stappen ondernemen.
Aldus een perscommuniqué, verstrekt na afloop van de U.E.M.O.-vergadering in Amsterdam.

E.G.-congres over samenwerking hart- en vaatziekten

De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer J. P. M. Hendriks heeft dezer dagen in Amsterdam een medisch-wetenschappelijke conferentie van de Europese Gemeenschappen geopend. De titel van de conferentie luidde: 'Trends in Computer-processed Electrocardiograms'.
Samenwerking op medisch-wetenschappelijk gebied begint binnen de Europese Gemeenschappen eindelijk van de grond te komen. Reeds enkele jaren fungeert onder de Commissie voor Medische Research (C.M.R.) in Brussel een internationale Adviesraad met de bedoeling op bepaalde gebieden suggesties te doen voor nauwere samenwerking binnen de Gemeenschap. En waar ergens, dan zijn zeker de geneeskunde en de volksgezondheid terreinen bij uitstek voor uitwisseling van wetenschappelijke kennis.
Een van de eerste gebieden waarop de E.G. stimulerend wil werken is het belangrijke terrein van hart- en vaatziekten. Gezien het feit dat ten behoeve van preventieve zorg, klinisch onderzoek en therapie alsmede voor de verzorging van de patiënt na een hartinfarct, medisch-technisch zo langzamerhand veel gedaan kan worden, is dit reden geweest om vooral de toepassingen van informatieverwerking met computers op dit gebied centraal te stellen.
Een van de groeperingen die binnen de Europese Gemeenschap een belangrijke bijdrage heeft geleverd bevindt zich in ons land en bestaat uit het samenwerkingsverband van de Afdeling Medische Informatica van de Vrije Universiteit te Amsterdam en het Medisch-Fysisch Instituut te Utrecht met de Cardiologische Klinieken van het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht, van de Rijksuniversiteit te Groningen en van de Vrije Universiteit.
De organisatie van deze belangrijke conferentie was in handen van de afdelingen Medische Informatica van de V.U. te Amsterdam en van de Katholieke Universiteit te Leuven (organisatie-comité Prof. J. H. van Bemmel en Prof. J. L. Willems).
Alle experts op dit gebied – vanuit de Europese Gemeenschappen, de U.S.A., Canada, de Skandinavische landen, Japan en Israël – namen deel aan de conferentie welke drie volle dagen duurde. De onderwerpen waren: Intensieve Bewaking, Analyse van het Electrocardiogram, Bevolkingsonderzoek en Onderzoek tijdens Fysieke Inspanning.

Gemeenschappelijk Administratiekantoor

Hoofdkantoor – Medische Dienst

D. de Pater	medisch adviseur	Telefoon 020-872140
W. P. J. Woittiez	plv. medisch adviseur	Telefoon 020-872141
Dr. J. Th. H. Grond	adviserend chirurg	Telefoon 020-872142
K. K. Lie	ovg. speciale dienst	Telefoon 020-872139

Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen
ingaande per 1 november 1976

Rayon		*Telefoon*	*Adv. geneeskundige*	*O.V.G.*
Leeuwarden,	Tesselschadestraat 5	05100- 47123	A. Berghuis	
Zwolle,	Zamenhofsingel 25	05200- 30955		M. J. Kamermans
Groningen,	Dierenriemstraat 100	050 -720720	H. L. Balk	Dr. Th. R. de Bruin
Assen,	Stationsstraat 30-32	05920- 22222	K. Sants, adj.ag	
Winschoten,	Scheldestraat 40	05970- 6822		
Hengelo,	Pr. Beatrixstraat 15	05400- 57575	J. v.d. Liet	Dr. J. B. Mullers
Nijmegen,	Koninginnelaan 164	080 -778400	T. W. J. Derksen	M. Menschaar
Arnhem,	Utrechtsestraat 46	085 -712712	D. Schotanus	
Hilversum,	's-Gravenlandseweg 76	02150- 42761	A. H. v.d. Werff	J. P. Vermeer
Apeldoorn,	Sophiaplein 15	055 -215056		Dr. J. B. Mullers
Amsterdam,	Prof. E. M. Meyerslaan 10	020 -435901	H. F. Croes	D. Willebrand
Amsterdamse Haven, en Vervoerbedrijven	De Ruyterkade 7	020 - 63543	H. A. J. Kuiper	
Alkmaar,	Oude Hoeverweg 10	072 - 42550	A. C. F. Blomme	H. Kollis
Haarlem,	Surinameweg 8	023 -339050	Mw. C. J. Staal-	H. Kollis
Leiden,	Stationsplein 212	071 -145555	Engelkamp	J. P. Vermeer
's-Gravenhage,	Scheveningseweg 255	070 -572001	D. B. Kagenaar	G. A. M. Hunfeld
Utrecht,	Rachmaninoffplantsoen 61	030 -912114	R. K. Beems	K. S. Oey
Rotterdam,	Statenweg 206-214	010 -653333	W. Vos	J. J. Spierenburg
Dordrecht,	Van Godewijckstraat 17	078 - 38844	E. Stapper	A. J. C. M. Brandenburg
Vlaardingen,	Nijverheidstraat 28	010 -348800		
Eindhoven,	P. C. Hooftlaan 8	040 -116944	H. S. Zwarenstein	B. v. 't Hullenaar
Venlo,	Kaldenkerkerweg 20	077 - 91888	A. C. Wetters	
Tilburg,	Reitseplein 15	013 -678522		H. S. D. Bartlema
Breda,	Markendaalseweg 78a	076 -122461	I. de Jongh	H. L. W. v. Noort
Goes,	L. P. v.d. Spiegelstraat 6	01100- 21000		
Maastricht,	Artsenijstraat 5	043 -841555	J. J. H. Lammerts	W. Lammerts van
Heerlen,	Heldevierlaan 11	045 -715747	van Bueren	Bueren

Dr. R. Vermeer	ag algemene dienst	
W. Koppenol	ag algemene dienst	

Twee wetsontwerpen bij Tweede Kamer ingediend

Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg

Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft twee belangrijke wetsontwerpen ingediend bij de Tweede Kamer, waarmee hij heeft beoogd bouwstenen aan te dragen voor de verwerkelijking van zijn Structuurnota. Het betreft het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg en het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg. Deze ontwerpen lieten zich als volgt samenvatten:

Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg

Het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg geeft een uitwerking van de gedachten over de organisatie van de gezondheidszorg, zoals deze al eerder in de Structuurnota Volksgezondheid van staatssecretaris Hendriks uit 1974 waren ontwikkeld. Het gaat daarbij om het tot stand brengen van een doelmatig en overzichtelijk stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, waarin de voorzieningen een samenhangend geheel vormen.
Bij het in werking treden van de wet zal de al enige jaren bestaande Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden ingetrokken. De regeling van deze wet is in het nu ingediende wetsontwerp opgenomen. De Wet Ambulancevervoer zal voorlopig nog blijven bestaan.

Regionalisatie

Als één van de middelen om de doeleinden van de wet te bereiken, kent deze de regionalisatie van de gezondheidszorg. Per regio zal een sluitend stelsel van voorzieningen tot stand moeten komen. De vorming van deze regio's wordt bevorderd door richtlijnen van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over de gebiedsindeling. Bij de indeling in gebieden zal in aanmerking kunnen worden genomen de regionalisatie op met de gezondheidszorg verwante terreinen en de toekomstige bestuurlijke indeling van ons land. Het wetsontwerp is zo opgezet, dat in afwachting van de bestuurlijke organisatie, kan worden aangesloten bij de bestaande bestuurlijke organisatie. De uitvoering van de wet berust voor een belangrijk deel bij de provincies en de gemeenten, die daarbij te werk gaan volgens landelijke richtlijnen en normen.

Plannen

Voor elke provincie of een deel van een provincie worden door provinciale staten plannen voor voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg vastgesteld, zoals voor ziekenhuizen en voor vormen van extra-murale gezondheidszorg. Wanneer de samenhang met voorzieningen in de aangrenzende provincies dat wenselijk maakt, zal bij de opstelling van de plannen overleg worden gevoerd met de desbetreffende provinciale autoriteiten.
In door het provinciaal bestuur aan te wijzen gemeenten stellen de gemeenteraden gemeentelijke plannen vast die vooral betrekking hebben op de gezondheidszorg in de eerste lijn. De provinciale besturen kunnen voorwaarden stellen met het oog op de samenhang met de provinciale en met andere gemeentelijke plannen. De provinciale besturen hebben bovendien tot taak uit de verschillende plannen een totaalbeeld voor de provincie samen te stellen.
Voor bijzondere voorzieningen, die van meer dan provinciaal belang zijn, stelt de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne regels vast. Deze bijzondere voorzieningen worden aangewezen bij algemene maatregel van bestuur. De uitgangspunten voor al deze plannen worden landelijk vastgesteld. Bij die vaststelling zijn naast de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne andere ministers betrokken, waar het gaat om de samenhang met andere voorzieningen dan die voor gezondheidszorg, bijvoorbeeld die op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening.
In dit laatste geval is dat de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk.

Commissies

Een belangrijk gegeven in het wetsontwerp is verder de inschakeling van de betrokkenen bij de beleidsvorming op het terrein van de gezondheidszorg. Voor het gebied van de provincie – of een deel van de provincie – en voor het gebied van een of meer gemeenten worden daarvoor breed samengestelde commissies gevormd. Deze commissies zullen zich voornamelijk bezig houden met de beleidsvoorbereiding en de uitvoering van het beleid, eventueel met inbegrip van beherende taken. Tot de beleidsvoorbereiding kan met name het voorbereidende werk voor de opstelling van de plannen behoren. Ook kunnen zij dienen als platform van overleg tussen degenen die bij de gezondheidszorg zijn betrokken. Het vaststellen van de plannen zelf berust volgens het wetsontwerp bij de gekozen bestuursorganen van provincies en gemeenten.
In de commissies zullen in elk geval zitting hebben personen uit de kringen van het provinciaal of gemeentelijk bestuur, van instellingen voor gezondheidszorg, van zelfstandige beroepsbeoefenaars en van verzekeringsinstellingen op het gebied van de gezondheidszorg, waaronder de ziekenfondsen. De

patiënten zullen in de opzet van het wetsontwerp uitdrukkelijk bij de beleidsvorming worden betrokken, doordat in de commissie een plaats is ingeruimd voor vertegenwoordigers uit de sfeer van de gebruikers van de diensten van gezondheidszorg. Daarnaast kunnen ook andere personen worden benoemd, bijvoorbeeld uit sectoren die raakvlakken hebben met de gezondheidszorg, zoals de maatschappelijke dienstverlening.
Als provinciale commissie in de zin van de wet kan ook worden aangewezen de bestaande Provinciale Raad voor de Volksgezondheid of een commissie van deze raad. Met het oog daarop wordt een wijziging voorgesteld in de Gezondheidswet, waardoor de Provinciale Raad een bredere samenstelling en taakomschrijving krijgt.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid

Op landelijk niveau vindt de inschakeling van de betrokkenen onder meer plaats in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Dit adviescollege van de regering wordt gevormd uit een samenvoeging van de bestaande Centrale Raad voor de Volksgezondheid en het bij de Wet Ziekenhuisvoorzieningen ingestelde College voor Ziekenhuisvoorzieningen. In de Nationale raad zullen met name ook de consumentenorganisaties vertegenwoordigd zijn. Het wetsontwerp bevat een in dit opzicht nodige wijziging van de Gezondheidswet.

Kwaliteit

De kwaliteit van de voorzieningen voor gezondheidszorg vindt tot dusverre voor een belangrijk deel regeling op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze wetten kennen daarvoor een erkenningensysteem voor inrichtingen van gezondheidszorg. Een erkenning is nodig voor de vergoeding van kosten ingevolge deze wetten. Kwaliteitseisen zullen voortaan hun grondslag vinden in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Met het oog daarop wordt de basis voor de erkenningsregeling overgebracht naar deze wet. De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten worden op dit punt aangepast. De erkenning ingevolge de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zal worden verleend wanneer de voorziening past in het desbetreffende plan en voldoet aan de kwaliteitseisen.

Openbare gezondheidsdiensten

Het wetsontwerp voorziet verder in het tot stand brengen van een landelijk netwerk van openbare gezondheidsdiensten. Deze hebben onder meer een taak op het terrein van de bestrijding van infectieziekten, het verrichten van sanitaire controle en andere technisch-hygiënische zorg, alsmede het verzamelen en bewerken van epidemiologische gegevens. Daaraan kunnen nog andere taken worden toegevoegd. Het wetsontwerp stelt de provinciale besturen verantwoordelijk voor een sluitend geheel van deze diensten. Zij moeten de organisatie en het beheer ervan regelen. De uitvoering van de provinciale regelingen – dit betreft dus de instandhouding van openbare gezondheidsdiensten – wordt zoveel mogelijk aan de gemeentebesturen opgedragen.

Zelfstandige beroepsuitoefening

Het wetsontwerp bevat een afzonderlijk hoofdstuk met een gedifferentieerde regeling over personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg. Het gaat daarbij om de zelfstandige beroepsuitoefening door medici, para-medici, farmaceuten, verpleegkundigen enz. Er zijn voor zelfstandige beroepsuitoefenaars al verschillende regelingen getroffen in bijzondere wetten, zoals de Wet Uitoefening Geneeskunst, de Wet Paramedische Beroepen, de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Indien het nodig blijkt om verdergaande regelingen te treffen biedt dit hoofdstuk daartoe gelegenheid.

Op grond van de wet zullen allereerst aanvullende kwaliteitseisen kunnen worden gesteld aan de beroepsuitoefening. Een andere mogelijkheid wordt geboden door de planningsregeling voor instellingen van gezondheidszorg van overeenkomstige toepassing te verklaren op nader bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën van beroepsuitoefenaars. Zo'n plan zal alleen globaal kunnen zijn en in grote lijnen de behoefte aan en de spreiding van de beroepsuitoefening kunnen aangeven.
Verdergaande maatregelen kunnen nodig zijn, wanneer er in een bepaalde categorie een zeer duidelijk overschot ontstaat of de spreiding ernstig te wensen overlaat. Het kan dan mogelijkerwijs niet langer redelijk worden geacht een zeer slecht patroon van voorzieningen zonder meer te financieren. In dat geval kan voor het gehele land of een gedeelte van het land een erkenning worden geëist en moeten met het oog daarop plannen worden vastgesteld. Het wetsontwerp eist daarvoor een algemene maatregel van bestuur, na overleg met de betrokken organisatie van beroepsuitoefenaars. In deze situatie blijft de betrokken zelfstandige beroepsuitoefening weliswaar in beginsel vrij, maar zij komt niet voor financiering in aanmerking zonder uitdrukkelijke erkenning.
Er zijn dan nog situaties denkbaar waarin een erkenningsregeling niet afdoende werkt, omdat het mogelijk is een praktijk te vestigen zonder van een bepaalde financiering gebruik te maken.
Dan zouden er in delen van het land noodgebieden kunnen bestaan, terwijl elders een groot aantal personen van dezelfde categorie werkzaam is. Het wetsontwerp voorziet in een dergelijk uitzonderlijk geval door de mogelijkheid een vergunning te eisen zonder welke het beroep niet mag worden uitgeoefend. Ook hiervoor is weer een algemene maatregel van bestuur nodig met voorafgaand overleg met de betrokken organisatie.

Tenslotte zal het op grond van de wet mogelijk zijn beperkende bepalingen vast te stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van de praktijkgrootte, voor bestaande vestigingen, in de gevallen waarin nieuwe vestigingen aan het vereiste van een erkenning of een vergunning zijn gebonden.

Sluiting en sanering

In navolging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die thans nog bij de Tweede Kamer in behandeling is, bevat het wetsontwerp bepalingen omtrent de sluiting van inrichtingen voor gezondheidszorg, na de intrekking van een erkenning. Het voorziet eveneens in het verlenen van financiële hulp bij sanering van voorzieningen voor gezondheidszorg.

Verzameling en verwerking van gegevens

Belangrijk is het wetsontwerp tenslotte

omdat het de grondslag biedt voor het opzetten van een sluitend stelsel voor het verzamelen en verwerken van gegevens ten dienste van de gezondheidszorg. De behoefte daaraan is ook in de Structuurnota Volksgezondheid uiteengezet. Bij de verzameling en verwerking van gegevens is in overeenstemming met de regionalisatie-gedachte het zwaartepunt gelegd bij de regio.
De gegevens zijn o.m. nodig voor de planvorming en de beleidsvoering op provinciaal en lokaal niveau. Tevens moeten zij worden verstrekt aan de minister en aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid voor de vorming van het nationale beleid.

Wetsontwerp tarieven gezondheidszorg

Het wetsontwerp Wet Tarieven Gezondheidszorg van de staatssecretaris van Volksgezondheid en milieuhygiëne, J. P. M. Hendriks, en van de minister van Economische Zaken, Drs. R. F. M. Lubbers, heeft tot doel een evenwichtig en inzichtelijk stelsel van tarieven voor de individuele beroepsbeoefenaren, de inrichtingen en instellingen in de gezondheidszorg te bevorderen. Er bestaan thans diverse procedures voor de totstandkoming van de tarieven in de gezondheidszorg. Bij de uiteindelijke beslissingen over de hoogte van de tarieven zijn bovendien meer instanties betrokken.
Aangezien coördinatie op dit terrein moeilijk te bewerkstelligen is, wordt in het wetsontwerp voorgesteld dat één orgaan – het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg – de tarieven en honoraria gaat beoordelen. Daardoor zal het mogelijk worden een evenwichtig systeem voor de tarieven en honoraria te ontwikkelen, dat bij gaat dragen aan het doelmatig functioneren van het totale bestel dat betrokken is bij het verlenen van gezondheidszorg.
Teneinde de nodige richting te kunnen geven aan de totstandkoming van een zodanig tariefs- en honoreringssysteem is in het ontwerp van wet opgenomen dat de centrale overheid richtlijnen kan stellen aan het Centraal orgaan. In het wetsvoorstel blijft zoveel mogelijk gehandhaafd de huidige grondslag dat tarieven en honoraria op basis van overeenkomsten tussen de medewerkers en verzekeraars tot stand komen. Deze overeenkomsten zullen door de medewerkers bij de gezondheidszorg en de organisaties van de ziektekostenverzekeraars gezamenlijk bij het Centraal orgaan ter goedkeuring worden voorgelegd.
Het wetsontwerp is van groot belang voor het realiseren van een duidelijk beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Ook immers de consumenten, met name de patiënten en verzekerden zijn gediend met een meer doorzichtig tarieven-systeem. Op dit wetsontwerp steunt een belangrijk deel van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.
De inhoud van het wetsontwerp kan als volgt kort worden samengevat:

1. De Wet Tarieven Gezondheidszorg regelt de totstandkoming van de tarieven in de gezondheidszorg (de organen voor gezondheidszorg).

2. Tot de tarieven worden alle prijzen gerekend, die in enigerlei vorm (honorarium, vergoeding, verpleegtarief, budget) voor verleende diensten in de gezondheidszorg in rekening worden gebracht in het kader van de Ziekenfondswet en de A.W.B.Z., of van de particuliere ziektekostenverzekering.

3. Voorshands wordt er van uitgegaan dat het onderscheid tussen particuliere-, ziekenfonds- en A.W.B.Z.-tarieven blijft bestaan.

4. De tarieven komen tot stand in onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en de organen voor gezondheidszorg. Deze tarieven behoeven de goedkeuring van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

5. Aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg kunnen richtlijnen worden gegeven, waarmede het Centraal orgaan rekening moet houden.

6. De richtlijnen hebben betrekking op de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van de tarieven. De richtlijnen worden vastgesteld door de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister van Economische Zaken en in overeenstemming met de minister van Sociale Zaken en de overige betrokken ministers. Zij worden over de richtlijnen geadviseerd door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

7. In de gevallen dat een tarief niet door middel van onderhandelingen tot stand komt of een tarief niet wordt goedgekeurd kan het Centraal orgaan zelf een tarief vaststellen. Daarbij worden alle betrokkenen gehoord.

8. Het is verboden een tarief in rekening te brengen dat niet door het Centraal orgaan is goedgekeurd of vastgesteld.

9. Het Centraal orgaan is een publiekrechtelijk orgaan dat bestaat uit onafhankelijke door de Kroon benoemde leden.

10. Gegevens kunnen worden verzameld die voor het opstellen van de richtlijnen en de beoordeling van de tarieven noodzakelijk zijn.

11. De betrokkene kan tegen een beslissing van het Centraal orgaan over een tarief beroep instellen bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven.

12. Een beslissing van het Centraal orgaan over een tarief kan door de Kroon worden geschorst en vernietigd wegens strijd met de wet of het algemeen belang.

Het welbevinden van de patiënt

Ledenvergadering van de Sectie Verpleeghuizen van de N.Z.R.

(Van een bijzondere medewerker)
De ledenvergadering van de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad, in oktober j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, was – naast de behandeling van een aantal huishoudelijke zaken – grotendeels gewijd aan het thema 'Het welbevinden van de patiënt'. Dit thema werd in drie fasen aan de orde gesteld: 1e een in dit kader ontspannend en relativerend cabaret, dat onder de aanduiding 'Subjectief' een aantal acts inhield en waaraan enkele ziekenverzorgsters, sociotherapeuten, een bezigheidstherapeute en een arts medewerking verleenden; 2e een tweetal interviews met een patiënt en een familielid van een patiënt; 3e een voordracht getiteld 'Het welbevinden van de patiënt – een complex en relatief begrip', gehouden door Drs. J. J. Luijten, psycholoog, verbonden aan het verpleeghuis 'Mariahoeve' te 's-Gravenhage (zie blz. 1456).

Inleiding

Het sectiebestuurslid Dr. J. A. Stoop, die dit gedeelte van de ledenvergadering coördineerde, leidde de onderhavige problematiek als volgt in:

In de jaarvergaderingen die achter ons liggen is gesproken over 'dagbehandeling' en over de 'kwaliteit in het verpleeghuis'. Onderwerpen waarmee – vanuit de mogelijkheden van de zorgverlening rond de patiënt – gezocht werd naar een situatie die de zorgverlener in staat zou kunnen stellen de zorgbehoevende zo goed mogelijk te helpen. En wij, die zorgverleners, denken en hopen dat dit zal aanslaan of – in modern taalgebruik – goed zal overkomen.
Komt het inderdaad goed over? Dat moet je dan maar afwachten. Je bedoelt het goed, maar je weet niet zeker of die ander dat ook als goed ervaart. Om toch iets meer van dit ervaren naar voren te brengen – zonder dat de wetenschappelijke benadering op de voorgrond zou moeten treden – is door het sectiebestuur het onderwerp 'Het welbevinden van de patiënt' aan de orde gesteld. En zoals gebruikelijk is een werkgroep of begeleidingscommissie opgedragen deze vergadering voor te bereiden en het thema in begrijpelijk Nederlands uit te werken. Ik kan u rustig zeggen dat wij er goed mee in hebben gezeten.

Wat is welbevinden? Wel, daar begon de eerste moeilijkheid al: het woord staat niet in Van Dale, dus het bestaat niet! Over begrijpelijk verstaanbaar Nederlands gesproken! Bevinden betekent zoveel als 'in een zekere toestand zijn' en 'iemands bevinden' wordt vertaald als 'zijn gezondheid op een zeker moment'.
Welbevinden zou dan misschien als volgt omschreven kunnen worden: de bijzondere gezondheidstoestand, in dit geval niet van een iemand, maar van een patiënt, 'iemand die lijden te verduren heeft of een niet al te aangename behandeling moet ondergaan'.
Een contradictio in terminis. Maar misschien is het toch wel zeer wezenlijk wat er met deze titel gesteld wordt. Zo'n tegenstelling in één ademtocht uit te spreken is al een heel oude wijze van uitdrukken. Het geschreven woord van 2500 jaar geleden volgens het boek van de profeet Jesaja luidt: 'Verbijdt o gij onvruchtbare, die geen barensnood gekend heeft; weest vrolijk en juicht, want de kinderen der eenzame zijn meer dan de kinderen der getrouwde, zegt de Heer'.
De werkgroep had het er nog steeds moeilijk mee. Voor ons gold het motto 'wat gaan we er mee doen'. We hebben enkele punten die het 'welbevinden' naar ons idee bepalen opgesomd: privacy, eenzaamheid, leefbaarheid, hospitalisatie, uithoudingsvermogen – en deze rij zou nog lang kunnen worden voortgezet. Het voorstel om door middel van beschouwingen, overwegingen en conclusies in een monoloog één of enkele onderwerpen (of het totaal) te behandelen, werd afgewezen.
We zouden een patiëntenraad of familieraad ten tonele kunnen voeren om daarin het 'welbevinden van de patiënt' aan de orde te stellen. Het leek ons organisatorisch voor een bijeenkomst als deze niet goed in te passen, te meer daar wij niet alleen somatische patiënten in onze verpleeghuizen verplegen, verzorgen en reactiveren, maar ook oudere mensen met een geestelijke handicap behandelen.
Ook zou men kunnen denken aan een bespreking van de preventie van de problemen die het welbevinden in de weg staan. Het welbevinden van de patiënt zou daarbij wel eens in de verdrukking kunnen komen door de aandacht die aan de organisatie zou moeten worden besteed.
De werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de verpleegkundige, ziekenverzorgende, pastorale, sociale, culturele, medische, psychologische en administratief-secretariële professie kwam tot de overtuiging dat we er zo niet uit zouden kunnen komen. Wij realiseerden ons dat wij spraken over iets, wat eigenlijk heel specifiek en individueel wordt beleefd en ervaren door diegenen die zich aan onze deskundige zorg hebben over gelaten.
Hiermee werd ons eigenlijk de sleutel in handen gegeven die op het slot van de deur van dit onderwerp past: Laat de patiënt aan het woord en laat hem of haar vertellen, hoe hij of zij het wel of niet goed vindt.
Zou echter het openen van deze deur betekenen, dat het bespreekbaar stellen van dit onderwerp ons voor onoverkomenlijke, onverwachte moeilijkheden zou plaatsen? Om de kans om onder een lawine van alle mogelijke onderdelen van het welbevinden bedolven te raken zo gering mogelijk te doen zijn is de werkgroep aan de slag gegaan en heeft contact opgenomen met een patiënt en een familielid van een patiënt. Bovendien waren wij van mening, dat de patiënt – centraal gesteld – een stem in het kapittel zou moeten hebben. Uiteraard hebben wij een keuze moeten maken en ons beperkingen moeten opleggen. Het resultaat is als volgt geworden:
Als centraal onderdeel van deze bijeenkomst vindt een gesprek plaats met een patiënte, in dit geval een patiënte van een somatische afdeling van een verpleeghuis. Direct aansluitend vindt een gesprek plaats met een familielid van een patiënte. Deze patiënte is opgenomen op een psycho-geriatrische afdeling van een verpleeghuis. De gesprekken worden gevoerd door een ziekenverzorgster, uitgaande van de gedachte, dat zij het is die dagelijks het meest intensief met het al of niet welbevinden van de patiënt en ook met de familie in aanraking komt. Het zijn voorbeelden en uiteraard mag men naar hetgeen hier zonder opsmuk en als reactie van dit moment op de gestelde vragen naar voren wordt gebracht, niet zonder meer generaliseren.
Om dit complex en relatief verschijnsel in een breder kader te stellen zal hierna de psycholoog, Drs. Luyten, het onderwerp via een analyse van dit complexe gebeuren weer tot één geheel trachten samen te voegen.
Welbevinden, of hoe men het maar noemen wil, is een uitermate subjectieve zaak. Op hetzelfde moment voelt de één zich wel en de ander zich minder wel. U kunt zich voorstellen dat wij, medewerkers, patiënte en familielid van patiënte in spanning zijn hoe de bijeenkomst zal verlopen. Als je met de klacht 'zo gespannen te zijn' bij de dokter komt, dan zou je een ontspanner, een 'valiumpje' of iets dergelijks kunnen krijgen. Om uw aandacht tijdens deze middag niet te zeer onder hoogspanning te laten staan, zouden wij bijvoorbeeld bij de ingang van de zaal aan alle deelnemers van deze bijeenkomst zo'n valiumpje kunnen uitreiken.
U begrijpt dat wij pertinent niet voelen voor dit kunstmatig ontspannen. Een beter mid-

del om te ontspannen leek ons het subjectief beleven van het welbevinden van ons en van u door middel van een lach en een traan te kunnen uiten, via emotionele ontspanning op een natuurlijke wijze. Minder kunstmatig, maar des te kunstiger hebben mensen uit het eigen veld van het verpleeghuiswezen met gebruikmaking van puntige en geestige taal een programma samengesteld, dat na het enerverende huishoudelijke gedeelte en om de spanning wat af te leiden voor het nog komende gedeelte, ons allen enige ontspanning zal bezorgen. Daarom wil ik graag bij u aankondigen het cabaret 'Subjectief', uitgaande van de medewerkers van de Stichting K.V.V. te Den Haag.

Aldus tenslotte Dr. Stoop, die later kon terugblikken op een zeer geslaagde cabaretvoorstelling, welke onmiskenbaar was aangeslagen bij de aanwezigen.

Sectie Verpleeghuizen van de N.Z.R. wenst meer voorlichting over C.A.O.

In de ledenvergadering van de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad, 13 oktober j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, is een motie aangenomen, waarmee tot uitdrukking wordt gebracht dat de betrokkenen in deze sector van de gezondheidszorg meer informatie wensen over de C.A.O.-gezondheidszorg. De motie luidt:

De leden van de sectie Verpleeghuizen van de Vereniging Nationale Ziekenhuisraad in vergadering bijeen op 13 oktober 1976;

gehoord de discussie inzake de invoering van de C.A.O.-gezondheidszorg per 1 januari 1977;

constateren dat in de praktische uitvoering van de C.A.O. tot dusver onvoldoende voorlichting is gegeven van de zijde van de N.Z.R., rekening houdende met de belangrijke consequenties die bij de invoering van de bovengenoemde C.A.O. voortvloeien in de dagelijkse uitvoering;

zijn van mening, dat het sectiebestuur met de grootst mogelijke spoed bij de N.Z.R. dient aan te dringen op adequate voorlichting ten aanzien van de methodieken die aangevoerd dienen te worden voor de juiste uitvoering van de C.A.O. in de ledeninstellingen,

en gaan over tot de orde van de dag.

Interviews

Na de pauze werd eerst een patiënte in een rolstoel ten overstaan van de zaal door een ziekenverzorgster geïnterviewd. Deze patiënte bracht als kernpunten naar voren: het gemis aan privacy; de opvatting dat de patiëntenraad wel mogelijk iets zou kunnen oplossen, maar dat zij er zelf niets voor voelde om in zo'n raad te gaan zitten; de problemen die de leeftijd waarop je ziek bent en blijft met zich meebrengt, zeker wanneer je al een heel leven achter de rug hebt en niet zo gemakkelijk meer kunt veranderen.

Ook bracht zij de onmogelijkheid naar voren om als patiënt daadwerkelijk invloed te kunnen uitoefenen op de plaatsing in een door de patiënt gewenste inrichting of verpleeghuis. Deze patiënte gaf duidelijk uitdrukking aan haar onvrede om altijd te moeten vechten tegen de nivellerende druk op de eigen persoonlijkheid door de omgeving.

Patiënte in kwestie leed (zo zei deze in de vergadering) aan multiple sclerose. Tijdens het interview werden vragen gesteld als: of zij het niet eng vond en hoe lang zij ziek was. Voorts werd ingegaan op de afhankelijkheidsproblematiek, haar verhouding als zieke tot haar (gezonde) familie, vrienden en kennissen. Haar eigen gedrag (accepteren zonder een willoos instrument van zorg te worden) speelde daarbij een belangrijke rol. Voor betrokkene bleek het bewaren van hobby's en het aangepast beleven (uitleven) van belang, evenals een positief toekomstperspectief met betrekking tot de levenshouding. De instelling van het verpleegtehuis ten aanzien hiervan zou niet bevorderend werken voor een chronische patiënt. Wellicht zou een protesthouding tegen het lot dat je opgedrongen hebt gekregen je staande kunnen houden. Patiënte verzekerde tenslotte, dat als zij geen toekomstperspectief meer zou hebben zij zich zeker in iets fataals zou kunnen verliezen.

Al hetgeen patiënte in dit interview naar voren bracht kwam zeer menselijk en levendig over.

Aansluitend werd een tweede interview gehouden, in dit geval een vraaggesprek met een familielid van een patiënte die op een psycho-geriatrische afdeling van een verpleeghuis was opgenomen. Heel duidelijk werd onder woorden gebracht de overgangsproblematiek van de ene situatie naar de andere, met name die met betrekking tot de overgang van thuis naar een bejaardentehuis en van het bejaardentehuis naar een verpleeghuis. In dit interview werd voorts nader ingegaan op de behoefte van familieleden van patiënten aan meer voorlichting en een betere voorbereiding. Waar deze veelal onvoldoende zou zijn is de aanpassingsproblematiek zowel voor de patiënte zelf als voor de familie in het algemeen groter. Benadrukt werd ook de verstandhouding van familieleden met het verplegend personeel dat in feite de schakel vormt tussen familie en patiënt.

Intussen kwamen ook concrete vragen aan de orde zoals: Wat is mijn rol als bezoeker? Is het wenselijk om elke dag op bezoek te komen? Kun je jezelf daarbij overeind houden?

Beide interviews bleken diepe indruk op de aanwezigen te maken, onder wie zich menig belangstellende vanuit de verpleeghuiswereld bevond.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

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

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

Het welbevinden van de patiënt een relatief en complex begrip

Samenvatting van een voordracht, gehouden in de ledenvergadering van de sectie Verpleeghuizen van de N.Z.R. door *Drs. J. J. Luijten,* psycholoog

Samenvatting

De rode draad die in dit betoog heen loopt is een pleidooi voor het denken in samenhangen, denken in termen van relaties tussen organische, psychische en sociale factoren in plaats van het toch nog wijd verspreid moleculair denken, waarbij het symptoom nog tezeer los wordt gezien van de achtergrond waartegen het verschijnt. Oo de tweede plaats heb ik het belang van de omgeving erg onderstreept; ik hoop dat het een aanzet is om nog kritischer naar ons verpleeghuismilieu te gaan kijken.
Voor degenen die zich verder willen verdiepen in het bovengeneomde onderwerp, is een literatuurlijst als bijlage gevoegd.

Probleemstelling

Het welbevinden van de patiënt is een onmogelijke titel voor een toespraak: immers, hoe kan iemand zich welbevinden tegen de achtergrond van ziekte, lijden, hulpbehoevendheid? Daar komt dan nog bij dat het welbevinden van de één, niet het welbevinden van de ander is, zodat het een uiterst persoonlijke beleving vormt. En tenslotte: iemands welbevinden is afhankelijk van een ingewikkeld samenspel van organische, psychische en sociale factoren. Met recht is 'welbevinden' een relatief en complex begrip.
Ik beperk mij tot één aspect: de wijze waarop de omgeving, het verpleeghuis als organisatie, het welbevinden van de patiënt beïnvloedt. Daarbij pretendeer ik noch zuiver wetenschappelijk te werk te gaan, noch volledig te zijn.

Men kan het verpleeghuis definiëren in termen van een systeem: een systeem bestaat uit onderdelen die elkaar wederzijds beïnvloeden, wederzijds van elkaar afhankelijk zijn. Binnen het systeem van het verpleeghuis kun je globaal drie subgroepen onderscheiden: 1) de patiënten, 2) het personeel en 3) de familie. Alle drie hebben zij een ingewikkeld samenspel met talloze onuitgesproken gedragsregels.

Het systeem van het verpleeghuis: het begrip 'totale institutie'

Erving Goffman presenteert in zijn boek 'Totale instituties' een nogal ontnuchterende kijk op die hulpverleningsinstellingen, waaronder de verpleeghuizen, die zich 24 uur met de patiënt bezighouden. Eén van de kenmerken van zo'n totale institutie is, dat er een fundamentele kloof is tussen personeel en patiënten; beiden bezien elkaar door een bril van negatieve vooroordelen. De patiënten bezien het personeel als machtig, dominant, neerbuigend; het personeel beziet de patiëntengroep als hulpbehoevend, afhankelijk en onmachtig. De sociale afstand tussen de beide subgroepen is groot, wordt vaak formeel ook zodanig voorgeschreven.
Een ander kenmerk is dat bij opname in zo'n totale institutie het 'ik' van de patiënt te niet wordt gedaan: de patiënt wordt letterlijk en figuurlijk uitgekleed, er wordt in zijn verleden gedolven (zoiets heet een hetero-anamnese), zijn persoonlijke eigendommen worden tot het minimale gereduceerd, en hem wordt onmiskenbaar te verstaan gegeven, dat hij zich aan de huisregels dient te houden op straffe van sancties.
Voor het eerst komt de patiënt in aanraking met de machtsstructuur: hij ervaart dat ieder van de personeelsgroep hem regels kan voorschrijven en hij ervaart het eenrichtingsverkeer in de communicatie: ieder vraagt hem het hemd van het lijf, zonder informatie terug te krijgen.
Na deze opnameprocedure komt de patiënt in aanraking met het zogenaamde privilegesysteem: het zich houden aan de huisregels, het spelen van de rol van de 'goede en dankbare patiënt' levert beloningen op (een borrel, meer bezoek, uitstapjes e.d.); indien hij zich niet houdt aan de huisregels, wordt hij bestraft (geen bezoek, overplaatsing, medicatie e.d.). De patiënt reageert op deze gedwongen aanpassing met het zich terugtrekken in zichzelf (hospitalisatie-syndroom), of soms met rebellie, of hij bekeert zich en wordt een soort hulp-personeelslid.

Relatie tussen patiënten en personeel

Zo even is melding gemaakt van de kloof tussen patiënt en personeel, terwijl wij toch aan de andere kant weten hoe belangrijk meeleven, meevoelen met de patiënt van wezenlijk belang is voor het welbevinden van die patiënt, een feit dat door diverse onderzoekingen ondersteund wordt. Isabel Menzies geeft in één van haar artikelen een verklaring ervoor. Zij stelt dat met name de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden zo nauw in aanraking komen met ziekte, lijden, naaktheid, onttakeling, dat het personeel angst krijgt (invoelbaar wanneer men rekening houdt met het taboe dat op ziekte, ouderdom en dood in onze samenleving rust). Om toch niet emotioneel verstrengeld te raken met die patiënt, ontstaan er een paar afstandscheppende gedragingen:
1. de patiënt wordt tot object gemaakt: het symptoom wordt belangrijker dan de persoon die de drager is van dat symptoom;
2. opsplitsing van taken: de ziekenverzorgenden zijn er voor de 'instrumentele taken', de bezigheidstherapeuten voor het contact; de patiënt wordt opgesplitst in een psychische en een lichamelijke kant;
3. uiten van emoties bij personeel wordt onderdrukt; je moet je tanden op elkaar houden en je kop omhoog;
4. de bijna rituele waarde die verpleegkundige handelingen krijgen; de (emo-

tionele) aandacht gaat zo naar de handelingen en niet naar de patiënt.
Die 'vluchtreacties' ziet men echter op verschillende personeelsniveaus: de verpleging vlucht in het verzorgend en huishoudelijk werk, de bezigheidstherapeuten in hun technieken, de afdelingshoofden in hun administratie en management, en ten slotte artsen en psychologen naar de N.Z.R.
Het personeelsbestand in verpleeghuizen bestaat voor het merendeel uit verpleegkundigen, en nog meer uit ziekenverzorgenden en leerlingen. Zij zijn het die in het creëren van het therapeutisch klimaat de belangrijkste rol vervullen. Toch wordt hun taak in dit opzicht onderschat en dreigen zij zelf al te snel een groep in verdrukking te worden. Enerzijds hebben zij 24 uur contact met de patiënten, hetgeen zeker de nodige spanningen oplevert, anderzijds staan zij onder druk van stafleden, die hen door hun betere theoretische scholing en hogere status kunnen overtroeven.
Op grond daarvan wil ik komen tot de navolgende stelling:
Het welbevinden van de patiënt hangt ten nauwste samen met het welbevinden van het personeel, en met name van diè personeelsleden die ten nauwste met de patiënten zijn verbonden.

Sociotherapie: een antwoord op genoemde problemen?

Het begrip sociotherapie begint – zij het nog wat aarzelend en onwennig – ook in de verpleeghuiswereld meer bekendheid te krijgen. Het psychogeriatrisch verpleeghuis Nieuw Toutenburg begon – naar mijn weten – als eerste met sociotherapeutische medewerkers, en ook het psychogeriatrisch verpleeghuis Mariahoeve in Den Haag heeft de sociotherapie in haar behandelingspakket opgenomen.
Om misverstanden te voorkomen: sociotherapie moet zeker niet beperkt blijven tot de psychiatrie en psychogeriatrie. Gelukkig zijn er algemene ziekenhuizen en ook somatische verpleeghuizen die daadwerkelijk hun milieu waarin de patiënten verkeren, kritisch gaan bekijken.
Nu eerst de vraag wat sociotherapie is, vooral omdat het begrip nog wel eens te pas en te onpas wordt gebruikt en misbruikt.
De definitie is eenvoudig: sociotherapie is het methodisch en doelmatig gebruiken van de omgeving van de patiënt en wel zodanig dat zij een therapeutisch effect heeft op het gedrag en de stoornis van de patiënt.
Behalve een methode is sociotherapie ook een houding, een mentaliteit die de bereidheid weerspiegelt om patiënten als volwaardige mensen te behandelen, en hen niet als onmachtig, afhankelijk, dom en onverantwoordelijk te beschouwen. Sociotherapie impliceert een reorganisatie van klinisch milieu en wel op verschillende manieren:
1. Streven naar wederzijdse communicatie of tweerichtingscommunicatie (in plaats van de traditionele eenrichtingscommunicatie). Dit betekent dat patiënt meer op de hoogte wordt gebracht van het hoe en waarom van bepaalde handelingen, dat het (lager) personeel meer informatie krijgt van de stafleden over (behandelings)beslissingen. De methoden hiervoor zijn regelmatige teambesprekingen tussen staf en afdelingspersoneel; patiëntenbesprekingen in aanwezigheid van de patiënt (uiteraard indien hij dit psychisch/lichamelijk kan opbrengen).
2. Streven naar besluitvorming op alle niveaus. Dat wil zeggen de patiënt mee laten beslissen, het afdelingspersoneel betrekken bij bepaalde behandelings- en beleidsbeslissingen. Op deze wijze ondervangt men het soms aanwezige lijdzaam verzet bij beslissingen vanuit de top van de organisatie.
3. Streven naar het delen van de verantwoordelijkheid. Op afdelingsniveau betekent dit teamwork, op stafniveau impliceert dit de bereidheid om multidisciplinair te werken en eigen professionele verantwoordelijkheden daar ter discussie te stellen.
4. Creëren van situaties waarin 'leren door ervaring' mogelijk wordt; een teamvergadering kan echt wel eens de mist ingaan, maar kan toch een nuttige leerervaring worden als men het hoe en waarom van het mislukken met de deelnemers doorspreekt.
Ziekenhuis-sociologische onderzoekingen tonen aan dat teamwork en een open communicatie in het afdelingsteam gerelateerd is aan therapeutisch gedrag van de verpleegkundigen naar de patiënt toe. En ook onze eigen ervaring is, dat wanneer er op een afdeling een goede teamsfeer heerst, dit zijn weerslag vindt op het welbevinden van de patiënt. Bij conflicten in het team merkt men onmiddellijk een toename van het aantal lichamelijke klachten van de patiënt.
Sociotherapie als methode stuit echter toch nog bij sommigen op weerstanden; ik noem er enkele, in willekeurige volgorde:
– teamwork en open communicatie vinden sommigen griezelig; met uitspraken als 'we hebben geen tijd' of 'er wordt al zoveel gepraat', laten we maar gaan werken' probeert men deze zaken op een afstand te houden;
– in gezondheidszorginstellingen en soms ook nog in de opleidingen tot verpleegkundigen en ziekenverzorgenden ligt het accent nog teveel op het instrumenteel handelen: verzorging wordt dan belangrijker dan de omgang met de patiënt; soms wordt zelfs het contact met de patiënt ervaren als 'niet-werken'. (Ik hoop dat met name de omgangskunde als vak een grotere waarde krijgt in de ziekenverzorgsters-opleiding);
– directie en stafleden hebben soms ook moeite met deze wijze van werken; enerzijds moeten zij een stukje van hun macht afstaan, anderzijds krijgen zij bij de term teamwork e.d. plotseling verschrikkelijke fantasieën: stel je nou 'ns voor dat het misloopt etc. etc.;
– last but not least: ook de patiënten zelf zullen niet juichend van enthousiasme zijn: geen verantwoordelijkheid dragen heeft ook zijn voordelen!
Tenslotte zal het ieder duidelijk zijn dat het toepassen van sociotherapeutische methodieken een zekere mate van deskundigheid vergt. Helaas moeten wij constateren dat die deskundigheid in vele gevallen nog ontbreekt in onze verpleeghuizen.
In dit verhaal heeft het accent gelegen op de relatie patiënt-personeel en op welke wijze die relatie het welbevinden van de patiënt beïnvloedt. Er zijn echter meer factoren die invloed hebben op dit welbevinden, namelijk de relatie die de patiënt heeft met zijn familieleden, alsmede de relatie die de familieleden op hun beurt met het personeel hebben.

De relatie patiënt-familieleden

Ook al zijn wij er allen van overtuigd dat een goede relatie tussen patiënt en zijn familieleden van invloed is op het welbevinden van die patiënt, toch vermoed ik dat – ingeval van gestoorde relaties – de patiënt nog te eenzijdig in het middelpunt staat in plaats van de relatie tussen hem en de familieleden.
Uit de gezinstherapie komt het begrip 'the identified patient', de als zodanig gebrandmerkte patiënt. Dit is veelal het kind die bij gestoorde gezinsrelaties de symptoomdrager wordt van de gezinsproblematiek en die door alle overige gezinsleden als 'patiënt' wordt aangewezen: hij is ziek, wij niet. Ik vermoed

dat ditzelfde verschijnsel in sommige gevallen ook een rol kan spelen bij bejaarden die in verpleeghuizen worden opgenomen.
Daarmee bedoel ik dat de bejaarde (in menig opzicht kwetsbaarder dan de overige, jongere familieleden) decompenseert als gevolg van gestoorde familierelaties. Misschien is het ook uw ervaring dat wanneer men die relaties bij de andere familieleden ter sprake wil brengen, men protesteert met de woorden: moeder is toch ziek, wij niet! Dit onderwerp verdient zeker een nader onderzoek.
Opname van een patiënt betekent veelal voor de familieleden – en met name die familieleden die emotioneel nauw bij de patiënt zijn betrokken – een ingrijpend emotioneel proces. Wij weten dat er gevoelens van verdriet, van schuld en soms ook gevoelens van agressie ontstaan.
Gaat men ervan uit dat een goede relatie tussen de patiënt en zijn familieleden uiteindelijk het wel bevinden van de patiënt bevordert, dan geloof ik dat men er niet om heen kan om als verpleeghuis de familieleden in dit emotionele proces bij te staan. Een mogelijkheid hiervoor is bijvoorbeeld de familiepraatgroepen, waarbij onder leiding van een gespreksleider familieleden onderling hun ervaringen rond opname en verblijf met anderen delen.

De relatie familie-personeel

Bij een niet goede relatie tussen personeelsleden enerzijds en de familieleden anderzijds, dreigt de patiënt het 'slagveld' te worden waarop de onderlinge conflicten worden uitgevochten. Men kan nauwelijks stellen dat dit zijn welbevinden bevordert.
Ik denk dat men deze problemen voor een deel kan vermijden indien men de contactmogelijkheden tussen personeel en familie vergroot. Directie en stafleden moeten voor de familie gemakkelijk bereikbaar blijven opdat zij op deze wijze voldoende informatie kunnen krijgen over het wel en wee van de patiënt. Ik wil hierbij nog opmerken dat achter kleine klachten vaak een geweldige emotionele problematiek schuilgaat; schuldgevoelens bij de familieleden worden soms in kritiek op de verzorging omgezet.

Een andere mogelijkheid vormt de zogenaamde familie-contact-commissie, een soort overlegorgaan, waarbij een aantal gekozen familieleden van een bepaalde afdeling regelmatig overleg heeft met sommige personeelsleden van die afdeling.
In Mariahoeve doen wij dit experiment nu een half jaar en voor zover ik kan nagaan werpt het zijn vruchten af in een betere verstandhouding tussen familieleden en personeel. Wel zal men in zulk soort experiment voor de principiële vraag gesteld worden, welke mate van invloed wij de familieleden op ons beleid gunnen.

Den Haag, oktober 1976

J. J. Luijten, psycholoog,
psychogeriatrisch verpleeghuis
Mariahoeve.

Literatuur

1. Bierenbroodspot P., De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrisch ziekenhuis, Boom & Zoon, Meppel, 1969.
2. Comming J & E. Cumming, Ego and Milieu, Atherton Press, New York, 1962.
3. Goffman E., Totale Instituties, Universitaire Pers, Rotterdam, 1975.
4. Jansen L. C. O. & W. G. Verhoeven, Grootte, machtsstruktuur en leefbaarheid van verpleegafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen. Doktoraal skriptie Sociologisch Instituut RU Leiden 1970.
5. Jones, Maxwell; Beyond the therapeutic community, Yale University Press, 1968.
6. Jongerius P. J., Sociotherapie in de psychiatrische kliniek, Assen 1963.
7. Lammers C. J. & E. Th. Cassee; Mensen in het ziekenhuis, Wolters-Noordhoff n.v. Groningen, 1971.
8. Menzies I.E.P., A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of nursing service of a general hospital, Human Relation, 13 (1960) blz. 95-121.
9. Pride L. F., An adrenal stress index as a criterion measure for nursing, Nursing Research, 17 (1968) blz. 292-303.
10 Rapoport, R. N., Community as a doctor, Tavistock Publ., London 1960.
11. Spark G. M. & E. M. Brody, The aged are family members, Family process 9 (1970), blz. 195-210.
12. Spark G. M. & E. M. Brody, Institutionalization of the Aged: a family crisis, Family Process 5 (1966) blz. 76-90.
13. Stanton A. H. & M. S. Schwartz, The mental hospital, Basic Books New York 1954.
14. Watzlawick P., J. H. Beavin & D. D. Jackson, De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1970.
15. Welten, J. B. V., Bejaarden in ziekenhuizen, Dekker en v. d. Vegt Nijmegen, 1968.
16. Zomers M. J., De rol van aktivering bij geïnstitutionaliseerde bejaarden, doktoraal skriptie, Ontwikkelingspsychologie RU Nijmegen, 1972.

Naald- en stempelbanden

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

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

Stempelbanden Medisch Contact 1975

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

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

Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (V)

Preventieve geneeskunde in het toekomstbeeld van de arts gezien vanuit de overheid

door *J. P. M. Hendriks,* staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Het is altijd bijzonder moeilijk om te pogen in de toekomst te kijken, voorspellingen te doen en ontwikkelingen aan te geven die pas op langere termijn beoordeeld kunnen worden. Dat geldt voor ieder gebied, voor ieder onderwerp en zeker ook voor de gezondheidszorg waar zó veel – in zó korte tijd – verandert en waar de keuze van gisteren de vergissing van morgen kan zijn.

Nog maar korte tijd geleden was ieder nieuw ziekenhuis een glorie, hield ieder nieuw medicament een belofte in en ieder nieuw specialisme een stuk vooruitgang. Nu gaat de stemming omslaan: we hebben teveel ziekenhuizen, ze worden onbetaalbaar en het aantal bedden moet omlaag. We consumeren veel te veel medicamenten, dat is schadelijk en moet verminderen. Ieder nieuw specialisme leidt tot verdere fragmentatie van de geneeskunde, dat is nadelig en moet tegengegaan worden. Soms worden de theses van vroeger, met hun optimistisch geloof in steeds verdere verbetering van de gezondheidstoestand, nog radicaler uitgehold en omgedraaid. Ik zal mij niet in dergelijke filosofieën begeven maar we kunnen niet ontkennen dat we voor grote veranderingen staan, dat onze kennis onvolledig is, dat nieuwe prioriteiten gesteld moeten worden, dat accenten verlegd moeten worden en dat keuzen



– soms pijnlijke – gemaakt zullen moeten worden.

U permitteert mij hopelijk dat ik deze problematiek plaats in het kader van het algemeen beleid voor de gezondheidszorg, waarvoor ik nu, sinds enige jaren, verantwoordelijk ben. Welnu, de grote lijnen zijn bekend. In het beleid zoals ik dat in de Structuurnota uiteenzette, is dat het terugdringen van het te zware accent op de intramurale klinische zorg en veel meer nadruk op het eerste echelon en op de preventie, dat alles in het kader van een geregionaliseerde en doorzichtig gestructureerde gezondheidszorg.

Ik noemde de noodzakelijke nadruk op de preventie. Belangrijk thema van uw congres: preventie is het toekomstbeeld van de arts. Ik teken hierbij aan

dat het curatieve werk natuurlijk door zal gaan en zich verder ontwikkelen zal, maar wel binnen de grenzen van de beschikbare middelen. En veel meer dan vroeger zal naar de balans van kosten en baten van iedere nieuwe therapie gekeken moeten worden.
Maar terug naar de preventie, en dan in de toekomst.
En nu wordt het moeilijk, nu wordt het beeld onduidelijk, de formulering onzekerder, het betoog meer tastend, voorzichtig pogend enige grote lijnen te schetsen. Ik durf dat zo te zeggen, omdat ik ook bij de vorige inleiders meende op te merken dat nog zo weinig op dit gebied vast staat, dat nog zoveel denkwerk verricht zal moeten worden voordat er – hopelijk – nieuwe zekerheden naar voren komen.
Het verschil met de situatie van vroeger – bijvoorbeeld bijna een eeuw geleden – is enorm, vanuit elk gezichtspunt van gezondheidszorg, ook wat betreft de aangrijpingspunten van preventie. *Toen* leefde men in een *natuurlijk* milieu vol met infectieuze agentia, en waren er miserabele sociale en hygiënische toestanden. Het gevolg was: hoge sterfte, ik denk aan de zuigelingensterfte, en lage levensverwachting, ondervoeding en een hoge frequentie van infectieziekten.
Thans leven we in de westerse wereld onder sterk verbeterde sociale en hygiënische omstandigheden, de infectieuze agentia zijn in belangrijkheid sterk teruggelopen, maar het milieu is onnatuurlijk geworden, beladen met chemisch en fysisch schadelijke invloeden. Het individuele gedrag en de individuele levensstijl zijn sterk ziektebevorderend geworden.
Bovendien is er – als gevolg van het succes van de vroegere preventie en therapie – een sterke vergrijzing van de bevolking opgetreden die een sterk verhoogde frequentie van veelsoortige pathologie met zich meebrengt. Daarnaast dan nog de onmiskenbare invloed van een veelvoud van psycho-sociale factoren als oorzaak – of mede-oorzaak – van ziekte of ziektegedrag. Dit alles resulteert dan – al dan niet in een direct oorzakelijk verband – in een hoge frequentie van chronisch-degeneratieve ziekten, psycho-sociale stoornissen en een hoog ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.
In een dergelijke situatie moeten wij dan proberen aan te geven op wat preventie invloed kan hebben, waar en hoe aangegrepen moet worden en wie dat moet doen.
De oorzaak van chronisch-degeneratieve ziekten als kanker, hart-vaatziekten, reuma, de neurologische aandoeningen etc, – U als vaklieden zegt de *aetiologie* – is meestal onduidelijk, zo niet onbekend, de therapie daardoor te dikwijls alleen maar symptomatisch en met onzeker resultaat.
Is op dit enorme gebied niet in de eerste plaats meer onderzoek – research – noodzakelijk om de oorzaken op te sporen en daardoor hopelijk te komen tot een causale therapie, maar ook tot een gerichte preventie?

Meer epidemiologisch onderzoek nodig

Dat onderzoek zal natuurlijk op de fundamentele en toegepaste research in laboratorium en kliniek blijven stoelen. Maar is daarnaast niet veel meer *epidemiologisch* onderzoek nodig, teneinde te pogen alle factoren te inventariseren en te kwantificeren die op het vóórkomen van deze ziekten betrokken kunnen worden? Is er, naast de overweldigende hoeveelheid werk op het klinische en laboratorium vlak, werkelijk in voldoende mate aandacht geschonken aan alle factoren en variabelen die ziekte in de gemeenschap, dus niet alleen in het individu, bepalen. Herinneren wij ons duidelijk genoeg hoe de aanpak was van de epidemiologen die vroeger de grote infectieziekten bestudeerden?
Hebben wij hun methodieken voldoende aangepast om, ook vanuit die invalshoek, het complex van chronische degeneratieve ziekten te benaderen? Werd er voldoende aandacht besteed aan de invloed van leeftijd, geslacht, beroep, woonsituatie, regionale karakteristieken, sociale klasse, erfelijke factoren, ettelijke milieu-factoren: chemisch, fysisch, psychologisch, sociaal, etc. op het patroon van vóórkomen van al deze ziekten?
Ik meen dat dat in onvoldoende mate gebeurd is en dat ook hier een accent-verlegging noodzakelijk is en dat epidemiologisch onderzoek sterk gestimuleerd zal moeten worden op ieder gebied waar kliniek en laboratorium nog niet gekomen zijn tot het ontdekken van de oorzaak of oorzaken van belangrijke ziekten en stoornissen. Dat betekent wel zeer kostbaar, jarenlang durend onderzoek van grote bevolkingsgroepen en controlegroepen met herhaalde metingen van grote aantallen variabelen. Het zal nog moeilijker worden door de noodzaak ook psychologische en sociale factoren hierbij te betrekken, dat wil zeggen te meten, te kwantificeren. Dat hierbij vele disciplines ingeschakeld zullen moeten worden is evident.
Sprekend vanuit de overheid, constateer ik dat de infrastructuur voor een dergelijk zwaar accent op het epidemiologisch onderzoek, ondanks onze acht medische faculteiten, zeer duidelijk onvoldoende is. Zo beschikken wij ook nog niet over een School of Public Health.
Hier ligt een belangrijke opdracht voor overheid en professie. Voor de overheid om de noodzakelijke voorwaarden te scheppen, voor de professie om inhoudelijk aan dit alles gestalte te geven.
Dit zijn dus belangrijke taken op het gebied van het *onderzoek*. Daarnaast zie ik een belangrijk veld van daadwerkelijke *uitvoerende* gezondheidszorg, die zich op epidemiologische inzichten en werkwijzen baseert. Ik doel hiermee op de sector die in de Structuurnota aangeduid wordt als openbare gezondheidszorg, oftewel het basis-echelon. Deze sector van de gezondheidszorg legt de nadruk op de epidemiologisch statistisch gefundeerde collectieve preventie. De situatie dat hier wel, maar elders geen gezondheidsdienst bestaat is natuurlijk niet acceptabel meer. Indien het ons ernst is met de nadruk op een preventie, die ook – en mogelijk: vooral – gericht is op de collectiviteit, dan dienen de lacunes op het gebied van de openbare gezondheidszorg snel opgevuld te worden.
In het op korte termijn te publiceren ontwerp van wet op de gezondheidszorgvoorzieningen heb ik dan ook de daarvoor noodzakelijke artikelen doen opnemen. De nadruk valt daarbij in de eerste plaats op het vergaren, bewerken en analyseren van de benodigde epidemiologische gegevens uit de regio. In een latere fase dienen dan nadere preciseringen te worden aangegeven betreffende het verdere takenpakket van deze regionale gezondheidsdiensten, dus hun zorgverlening op het vlak van de collectieve preventie. Hierbij dient dan uiteraard rekening gehouden te worden met datgene wat door de particuliere organisaties reeds op dit gebied verricht wordt. Ik stel mij voor dat een landelijk netwerk van gezondheidsdiensten, belast met de epidemiologische analyse, daardoor een zeer belangrijke *signalerende* functie zal vervullen ten behoeve van het reeds eerder genoemde epidemiologische onderzoek.
Er zijn zeer grote velden van gezondheidsproblematiek waar dat niet ge-

beurt. We beschikken over een zeer gedetailleerde statistiek van doods-oorzaken, hetgeen tot tevredenheid stemt (waarbij ik in het midden laat of die gegevens optimaal geëxploiteerd worden). Maar de registratie van morbiditeit loopt sterk achter, wat betreft volledigheid en omvang, bij de sterftestatistiek. Signaleren, registreren en analyseren zijn hier vitaal, en de gezondheidsdiensten daarvoor onmisbaar.

Maar houdt dat registreren op bij de gezondheidsdiensten? Natuurlijk niet en we zien dan ook dat, op het gebied van de ziekenhuizen, de Stichting Medische Registratie belangrijk werk verricht, dat op niet al te lange termijn het totale bestand aan ziekenhuizen zal moeten omvatten.

Maar er is meer. Een belangrijke taak bij het signaleren ligt in het 1e echelon. De ontwikkeling van de eerste echelonshulp, met de huisarts als kernfiguur, maakt het mogelijk dat ook vanuit die sector systematisch zal worden gekomen tot het registreren van de relevante signalen, uitgaande van de patiënt en diens eigen leefmilieu. Het peilstationproject, beheerd door het N.H.I., verricht al baanbrekend werk op dit gebied.

Ik heb in dit verband gezegd, de *patiënt,* want ik sprak over het 1e echelon, en daar heeft men te maken met patiënten. Maar ik neem dat woord patiënt toch meteen weer terug. Een patiënt is namelijk iemand die hulp zoekt voor een gezondheidsprobleem. En die dan naar de hulpverlener gaat, die bereikbaar is, waar hij dus terecht kan. Een immens belangrijke functie. Zonder deze bereikbaarheid van het 1e echelon is in een land als het onze een adequate gezondheidszorg eigenlijk niet mogelijk.

Toch meen ik dat het niet *genoeg* is. Indien het mogelijk zal zijn het 1e echelon te versterken, dat is: de aantallen werkers te vergroten, hun faciliteiten te verbeteren, en hun verbindingen met de andere echelons te stroomlijnen, dan zal een extra dimensie aan hun werk moeten worden toegevoegd: het *bewaken* van de gezondheid van de zich aan hen toevertrouwende *cliënten* en hun gezinnen (dat zijn dus geen patiënten). Een het *bevorderen* van de gezondheid van deze cliënten.

Dat impliceert wel het één en ander, het zal allemaal niet zo gemakkelijk zijn. Maar ik zie al vele tekenen van werkers in het 1e echelon, die *actief, anticiperend,* 'hun' mensen tegemoet treden. Dus niet wachtend totdat hun hulp gevraagd wordt, maar uit eigen initiatief naar de patiënt *cliënt* toegaan, zoekend naar relevant te achten problematiek, vooral bij diegenen die in enig opzicht een verhoogd risico representeren. Ik stel mij voor dat dit op den duur gesystematiseerd zal moeten worden.

Actieve opstelling van de huisarts

In dit verband zou ik ook – juist voor dit forum – een ander facet willen belichten n.l. de taak die naar mijn mening de huisarts heeft daar waar zijn patiënten bloot zijn gesteld of bloot kunnen zijn gesteld aan massale gezondheid bedreigende invloeden vanuit het milieu. Naar mijn mening dient in deze omstandigheden – ik denk hierbij aan situaties als vliegtuigkapingen of acute milieu-verontreinigende emissies vanuit de industrie – de huisarts zich niet passief op te stellen ten aanzien van de patiënten in zijn praktijk en af te wachten of de patiënt met klachten bij hem komt. Ik zie hier gezien de agressiviteit van het huidige milieu zowel in chemisch-fysische als psychische zin, wel degelijk plaats voor een actieve opstelling van de huisarts ten aanzien van zijn patiënten.

Hier is een afwachtende houding mijns inziens niet op zijn plaats. Hier dient actief gezocht te worden naar eventuele aangerichte schade, ter voorkoming van nog groter leed. Individuele geneeskunde en openbare gezondheidszorg gaan hier dan ook hand aan hand, en de huisarts staat hierbij in de frontlijn.

Bevolkingsonderzoek vereist voorzichtige benadering

Dit alles, de anticiperende benadering, raakt een ander belangrijk veld van preventieve gezondheidszorg, het *bevolkingsonderzoek.* Het komt mij voor dat het gewenst is dat dit onderwerp met de nodige behoedzaamheid en vooral objectiviteit benaderd wordt. Er is een risico van een al te voortvarende aanpak, die meer gebaseerd op subjectieve desiderata dan op feiten, de mogelijkheden van het bevolkingsonderzoek overschattend, tot onjuiste beslissingen leidt en daardoor tot verspilling van middelen en uiteindelijk tot deceptie. En daardoor deze mogelijkheid tot preventieve actie in discrediet brengt.

Het is duidelijk dat bevolkingsonderzoek, om tot resultaat te kunnen leiden, aan zéér stringente voorwaarden zal moeten voldoen. Het zou gevaarlijk zijn op illusies gebaseerde verwachtingen te verwekken, vooral op het gebied van ziekten die, door hun dikwijls sombere prognose, sterk op de verbeelding en gevoelens van de bevolking werken. Voorzichtigheid is dus hier geboden en een zo objectief mogelijke, wetenschappelijke evaluatie van alle aspecten van bevolkingsonderzoek – screeningsprogramma's – is een eerste vereiste.

Het meest bekend, is het röntgenologisch onderzoek in het kader van de tuberculosebestrijding. Recentelijk werd screening op een andere ziekte op landelijke schaal ingevoerd, nl. voor de phenylketonurie, waarbij een uitzonderlijk hoog bereik – 98% van de doelgroep: alle pasgeborenen – werd bereikt. Tevens werd een aanvang gemaakt, eerst in een aantal proefregio's, met het onder onderzoek op cervix-carcinoom, waarbij een gestage uitbreiding tot een landelijk programma in de bedoeling ligt.

Dit betekent zeker niet dat ik een uitgebreid programme van screening op een wijd gamma van ziekten voorzie voor de nabije toekomst. Zoals ik hiervóór reeds opmerkte zijn voor een dergelijke verwachting geen objectieve gronden aanwezig. Binnenkort zal ik de volksvertegenwoordigers een wetsontwerp aanbieden ter regeling van het bevolkingsonderzoek, teneinde dit veld van preventieve gezondheidszorg op optimale wijze tot ontwikkeling te kunnen laten komen en in juiste banen te leiden.

Sprekend over preventie in de toekomst heb ik tot nu toe een aantal accenten gelegd die in zeker opzicht wijzen naar een andere aanpak of naar een nieuwe prioriteitsstelling. Dit mag echter niet betekenen dat bestaande gezondheidsvoorzieningen die van groot preventief belang zijn daardoor veronachtzaamd mogen worden. *Integendeel.* Juist in het kader van de toekomstige preventie dient aan datgene wat reeds van oudsher zoveel bijdroeg aan het voorkomen van ziekten en stoornissen van gezondheid een extra nadruk gelegd te worden om daardoor, indien mogelijk, de resultaten nog verder te verbeteren.

Verloskundige zorg: goede resultaten

Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de verloskundige zorg, waarbij systematische bewaking van zwangerschap en baring reeds tot zulke goede resultaten

heeft geleid. Indien we de perinatale en maternale sterftecijfers in ons land vergelijken met die van andere landen blijkt nog steeds dat Nederland – mondiaal gezien – tot de topgroep behoort.
Opvallend is verder dat ook op dit gebied, van de verloskundige zorg, veel meer inzicht bestaat in oorzaken van kinderlijke sterfte dan van kinderlijke morbiditeit na de geboorte, dus de morbiditeit die terug te voeren is op de pre-natale en natale periode.
Ik breng dit naar voren als adstructie van mijn eerder gemaakte algemene opmerking dat ons inzicht in de *morbiditeit* nog te wensen overlaat.
Hier gaat het om het begin van de levenscyclus, waar elke vermijdbare aandoening betekenis heeft voor de gehele levensduur van de geborene. Als ergens een dankbaar aangrijpingspunt voor preventie ligt, dan toch wel aan het begin van het leven.
Ik ben mij ervan bewust dat op een gebied waar reeds zoveel bereikt werd, de wet van de verminderende meeropbrengsten zich kan doen gelden. Met andere woorden dat steeds meer middelen beschikbaar moeten worden gesteld voor steeds kleiner resultaat. Daartegenover wordt echter vanuit de verloskundige wereld zelf met nadruk gesteld dat optimale benutting en toepassing van de klassieke, zeker niet onbetaalbare, middelen duidelijk tot verdere verbetering van de resultaten van de verloskundige zorg kan leiden.

Gedragsziekten

Ik heb tot nu toe gesproken over zaken waarbij de medische professie ten nauwste betrokken is. En laten we niet vergeten dat hetzelfde geldt voor de andere categorieën van werkers in de gezondheidszorg. Zaken dus, waar de professie uitvoerend dan wel onderzoek bedrijvend de verantwoordelijkheid draagt. Zoals het curatieve werk bij *uitstek* een professionele verantwoordelijkheid is, zo geldt dit ook voor de meeste door mij naar voren gebrachte gezichtspunten betreffende preventie.
Er ligt echter ook een groot veld van preventieve mogelijkheden waar de mensen zelf, de bevolking dus, primair verantwoordelijk is. Ik bedoel het steeds belangrijker worden als oorzaak van ziekten van menselijk *gedrag*. Ziekten die òf veroorzaakt òf bevorderd worden door riskant gedrag wat betreft roken, drinken, drugs, voeding, seksualiteit, snoepen, snelverkeer, gebrek aan lichaamsbeweging etc.
Hier raken we aan de ongerijmdheden, de paradoxen van onze vorm van menselijke samenleving, van onze cultuur. Een steeds luider roep, van alle kanten, om steeds meer, steeds duurder wordende gezondheidsvoorzieningen tegenover een constant stijgende invloed van tabak, van alcohol, van snoep, van bromfietsen etc., samengevat: van gezondheidsbedreigingen.
Ik vermeldde, niet zonder trots, het succes van de screening op P.K.U.: we bereikten 98% van de pasgeborenen in 1975 en hopen zodoende 12 kinderen per jaarklasse te kunnen behoeden voor een ernstige ziekte.
Maar de verkeersdoden, honderden en nog eens honderden per jaar, om niet te spreken van de veel grotere aantallen door het verkeer gemutileerden en ge-invalideerden zijn tot een routine-aspect van onze cultuur geworden, in de nieuwsmedia vallend onder de gemengde berichten. De tegenstelling die uit deze zaken spreekt, stemt toch wel tot nadenken over onze samenleving.
Ik sprak – weer niet zonder trots – over de infectieziekten die grotendeels verdwenen zijn. Maar de geslachtsziekten nemen onrustbarend toe. Terwijl het daarbij gaat om ziekten die – medisch gezien – eigenlijk geen enkel probleem meer opleveren: gemakkelijke, trefzekere diagnostiek en volkomen afdoende, adequate behandeling. Menselijk gedrag vormt hier het probleem. En de gezondheidszorg kan niet veel meer doen dan achter de door dit gedrag veroorzaakte feiten aanhollen, pogen te redden wat gered kan worden.
In een dergelijke situatie vestigen wij dan onze hoop op de G.V.O.: gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Hopende daardoor begrip te wekken, inzicht te verschaffen, de noodzaak van andere, gezondere leefwijzen en gedragspatronen te doen inzien.
Een duidelijke taak ligt hierbij voor de overheid, vooral waar het gaat, om via het onderwijs de opgroeiende generatie bij te brengen wat gezond gedrag is, waar de risico's liggen, hoe die vermeden kunnen worden en hoe eenmaal toegebrachte schade beperkt kan worden. Daarnaast is er dezelfde taak ten aanzien van de rest van de bevolking, die, eenmaal van school af, de maatschappij is binnengegaan. Ook hier heeft de overheid een taak, regelend optreden op velerlei gebieden, zoveel mogelijk bedreigingen elimineren, maar vooral door voorwaarden te scheppen voor een zo effectief mogelijke gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.
Maar daarnaast ligt dan een grote taak voor alle werkers in de gezondheidszorg, op dit gebied van voorlichting. G.V.O. is geen taak van een meer of minder beperkt aantal G.V.O.'s experts, maar het is een taak van iedereen die, in de gezondheidszorg een bepaalde verantwoordelijkheid draagt.

Preventie in de Geestelijke Volksgezondheid

Het leggen van een aethiologische relatie tussen gedrag en ziekte (ik sprak van riskant gedrag), brengt mij op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Over de 'preventie in de geestelijke volksgezondheid in het toekomstbeeld van de arts gezien vanuit de overheid', zou op zichzelf een fundamenteel betoog te houden zijn.
Ik moet mij echter beperkingen opleggen, gezien de beschikbare tijd; ik zal daarom slechts schematisch de probleemvelden aanwijzen, hetgeen niet betekent dat ik aan dit veld minder belang toeken. Integendeel. Ik signaleer dat allerwegen het inzicht groeit, dat socio-economische en psycho-sociale factoren van groot belang kunnen zijn bij het ontstaan, zowel als het bestrijden van lichamelijke en geestelijke aandoeningen. Bij de geneeskundige fundamentele research naar de oorzaken van ziekten, oorzaken van het uitblijven van herstel van ziekten of naar factoren die herstel bevorderen, of de gezondheidstoestand versterken of beschermen, zal hiermede terdege rekening gehouden dienen te worden.
Men hoort wel eens de stelling verkondigen dat er in wezen zo weinig bekend is over de aethiologie van geesteszieken en welzijnsstoringen, dat een gerichte preventie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg onmogelijk zou zijn. Deze stelling is onjuist en leidt tot machteloosheid, of althans tot een attitude om daaraan maar niet veel te doen.
Ik wijs echter op de volgende concrete onderzoeksmogelijkheden, die in ons land, maar vooral ook in Amerika en Engeland reeds zijn beproefd:

1. de psychiatrische 'survey' onderzoekingen: klassieke bevolkingsonderzoeken naar het voorkomen van psychiatrische aandoeningen onder de populatie;
2. gerichte onderzoekingen op basis

van toetsing van hypothesis naar de relaties tussen bepaalde factoren en het voorkomen van geestesziekten;
3. het aanleggen van zogenaamde psychiatrische registers, waardoor betrouwbaar vergelijkingsmateriaal kan ontstaan voor wetenschappelijk onderzoek;
4. vergelijkend literatuuronderzoek naar algemene tendenties, die uit de verschillende onderzoekingen eventueel af te leiden zouden zijn.

Voor wat dit laatste betreft: Professor Romme heeft er onlangs in het Tijdschrift voor de Ziekenverpleging op gewezen dat er een algemene tendentie is; dat er een zekere relatie bestaat tussen de mate van samenhang in een gemeenschap en het voorkomen van geestesziekten in die gemeenschap, zeker voor wat betreft de neurotische en psycho-sociale aandoeningen. Hoe groter de structuurloosheid, hoe meer de storingen in de psycho-sociale sector.

Verschillende onderzoekers hebben getracht indices te vinden voor het begrip structuurloosheid. Dit soort onderzoek lijkt van belang om in de toekomst te komen tot het formuleren van 'gezondheidsindicatoren'. Indien ergens, dan is toch wel hier het verband tussen aspecten van het milieu en de beleving van de individuele gezondheid duidelijk. Met het begrip desorganisatie als uitgangspunt komt Romme in bovengenoemd artikel tot de constructie van haalbare en weinig kostbare mogelijkheden tot preventie in de geestelijke gezondheidszorg.
Behalve op het epidemiologische en humaan-ecologische onderzoek, behalve ook op de G.V.O., wil ik in dit verband wijzen op andere belangrijke preventie-mogelijkheden, zoals het identificeren en opsporen van risico-groepen (denk aan de transculturele samenlevingsvormen), crisisgebeurtenissen, waarvan een bedreigende invloed kan uitgaan, (zoals werkeloosheid) op de gezondheid, biologisch fundamenteel onderzoek naar het ontstaan van psychosen en onderzoek naar oorzaken van zwakzinnigheid; op aandacht vóór en onderzoek náár ziekteverwekkende gevolgen van het ingrijpen van de arts, van het verzorgd worden in ziekenhuizen, verpleeginrichtingen en revalidatie-inrichtingen en psychiatrische inrichtingen.

Weliswaar is mijn betoog steeds toegespitst op het toekomstbeeld van de arts maar ik behoef u eigenlijk niet expliciet mede te delen dat het hier voortdurend gaat om de arts, naast anderen, en te midden van anderen, werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg, zelfs politici.

Milieuhygiëne

Na deze opmerkingen wil ik nog een laatste doch zeer belangrijk aspect van de preventieve zorg voor de gezondheid aanduiden, namelijk dat van de milieuhygiëne.
Dit is een tak van gezondheidsbescherming die natuurlijk al lang bestaat, doch vroeger een veel beperktere omvang had. In de moderne wereld van de hoog geïndustrialiseerde landen zijn de bedreigingen uit het milieu enorm toegenomen en dit vraagt om een zeer uitgebreid systeem van veiligheidsmaatregelen en wettelijke regelingen. Ik kan dit onderwerp vandaag niet in al zijn gecompliceerdheid naar voren brengen. Ik vermeld het echter omdat het directe repercussies kan hebben voor de gezondheidszorg en tot nieuwe problematiek aanleiding kan geven.

★ ★
★

Ik heb gepoogd vanuit de overheid gezien, enige lijnen te schetsen, waarlangs de preventieve gezondheidszorg zich in de toekomst zou kunnen ontwikkelen. Een beeld dat zeker niet compleet is en dat, vele onzekerheden vertonend, zeker geen definitieve stellingname pretendeert. Ik hoop echter hiermee aan de zo noodzakelijke gedachtenwisseling op dit belangrijke gebied te hebben bijgedragen.
Als ik nu mijn eigen woorden naga, valt mij op dat ik – tegen mijn gewoonte in – weinig heb gezegd over kostenbeheersing of noodzakelijke bezuinigingen. Mij wordt wel eens het verwijt gemaakt dat ik daar te veel nadruk op leg. Ik zal daar echter mee doorgaan, omdat ik het beschouw als een essentieel deel van mijn taak en verantwoordelijkheid. En om aan die opstelling trouw te blijven wil ik mijn pleidooi voor preventie – want een pleidooi heb ik vandaag getracht te houden – tenslotte samenvatten in *economische* termen:

Curatieve zorg betekent altijd weer terugkomende, steeds stijgende kosten, preventie daarentegen is een kapitaalinvestering, waarvan men jarenlang een hoge rente kan trekken.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE

Inwerkingtreding nieuwe Opiumwet

In verband met het op 1 november 1976 van kracht worden van de Wet van 23 juni 1976 tot wijziging van de Opiumwet en enige daarmede verband houdende bepalingen in andere wetten (Stb. 1976, 424) breng ik u mede namens de hoofdinspecteurs van de Volksgezondheid belast met geneeskundige en veterinaire aangelegenheden het volgende onder uw aandacht:

De belangrijkste wijzigingen in de Opiumwet hebben betrekking op de verschillen in strafbedreigingen ten aanzien van de illegale handel in verdovende middelen, amfetaminen en andere bewustzijnsbeïnvloedende middelen. De illegale handel in bewustzijnsbeïnvloedende middelen met een onaanvaardbaar risico wordt aan een strenger strafrechtelijk regime onderworpen.

Voorts worden de bestaande uitvoeringsbesluiten van de tot 1 november 1976 geldende Opiumwet met ingang van dezelfde datum vervangen door nieuwe besluiten. Deze verschillen, voorzover het de thans op u rustende verplichtingen betreft, slechts op ondergeschikte punten van de bestaande besluiten. In de praktijk blijft de situatie derhalve voorshands ongewijzigd.

De Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen,

Dr. C. A. Teijgeler

U komt toch ook naar het L.S.V.-symposion 'Kostenbeheersing van het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit'?

Vrijdag 10 december 1976,
aanvang 9.30 uur
Jaarbeurs Congreszaal — Utrecht

Het vraagstuk van de kostenbeheersing van het medisch functioneren onder handhaving van de kwaliteit is uiterst complex en dient alleen al om die reden multi-disciplinair te worden aangepakt. Dat de deskundige inbreng van de medische professie daarbij een grote rol zal dienen te spelen is evident. Deze uitgangspunten hebben ook heel duidelijk hun weerklank gevonden in de opzet van het L.S.V.-symposion de dato 10 december a.s.
Het ochtendprogramma is ondanks de beperkte tijdsruimte multi-disciplinair opgezet, terwijl 's middags verschillende medici het woord voeren.

★
★ ★

Ook uit een oogpunt van kostenbeheersing is het ondoenlijk iedere mogelijke belangstellende voor dit belangrijke symposion persoonlijk een aanmeldingsformulier toe te zenden. Indien u géén aanmeldingsformulier hebt ontvangen, gelieve u contact op te nemen met mej. G. A. C. Enzerink van het bureau der L.S.V., Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411 toestel 249.

De kosten voor deelname aan het symposion bedragen *f* 100,— per persoon, inclusief koffie, lunch, thee, apéritief en koud buffet.
Praktizerende specialisten en artsen in opleiding tot specialist die lid zijn van de K.N.M.G. betalen slechts *f* 65,—.

Programma:

9.30 uur: Ontvangst der deelnemers.

10.00 uur: Opening door Dr. A. M. Gründeman, voorzitter van de L.S.V.

10.15 uur: *Dr. R. M. Lapré,* econoom, secretaris voor planningaangelegenheden van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Rijswijk (Z.H.): 'Kostenontwikkeling en kostenbeteugeling in de gezondheidszorg'.
Drs. S. J. M. Belleman, socioloog, stafmedewerker sectie planning van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht: 'Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp'.
Prof. Dr. A. Heertje, econoom, hoogleraar in de economie aan de Gemeente Universiteit, Amsterdam: 'Een economische analytische beschouwing'.

11.00 uur: Koffiepauze.

11.30 uur: *Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen,* cardioloog, hoofd sectie Medische Ziekenhuiskunde van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht; bijzonder hoogleraar in de internationale aspecten van de beoefening der geneeskunst aan de Rijks Universiteit, Utrecht: 'De kwaliteit van het medisch functioneren en de financiële consequenties'.

Als co-referenten op de inleiding van Prof. Van Nieuwenhuizen spreken achtereenvolgens:

Dr. D. Dolman, econoom, lid van de Tweede Kamerfractie van de Partij van de Arbeid, Den Haag.
Mw. Mr. E. Veder-Smit, lid van de Tweede Kamerfractie van de Volkspartij voor Vrijheid en Democratie, Den Haag.
Prof. Dr. L. M. J. Groot, econoom, hoogleraar in de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg aan de Medische Faculteit, Maastricht.

12.30 uur: Lunch.

13.30 uur: Panel-discussie met de inleiders van het ochtendprogramma.

14.30 uur: *Dr. P. J. van Elk,* chirurg, Diepenveen: 'De eigen bijdrage van de specialist in de kostenbeheersing onder handhaving van de kwaliteit'.
Dr. R. A. de Melker, huisarts, lector in de huisartsgeneeskunde aan de Rijks Universiteit, Utrecht: 'De samenwerking huisarts-specialist'.
Dr. M. F. Korver, internist, Meppel: 'De samenwerking huisarts-specialist'.

15.15 uur: Theepauze.

15.45 uur: *Dr. F. J. G. Oostvogel,* geriater, geneesheer-directeur van het Verpleeghuis en Reactiveringscentrum Antonius-IJsselmonde, Rotterdam: 'De samenwerking verpleeghuisarts-specialist'.
De heer M. G. M. van Oss, arts, medisch adviseur voor ziekenhuisfondsen, Tilburg: 'De relatie kliniek-polikliniek'.
Prof. Dr. A. J. Ch. Haex, gastro-enteroloog, voorzitter van de Gezondheidsraad, Rijswijk (Z.H.): 'De relatie kliniek-polikliniek'.
Prof. Dr. G. den Otter, chirurg, hoogleraar in de algemene heelkunde aan de Vrije Universiteit, Amsterdam: 'De relatie opleiding tot arts respectievelijk tot specialist en kostenbewaking'.

17.15 uur: Panel-discussie met de inleiders van het middagprogramma.

18.15 uur: Apéritief en koud buffet.

medisch contact

Nr. 46 – 12 november 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; bureau (tst. 242) van 8.30-12.30 uur, Mevr. A. van Zwol, H. Ciuráns, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van de S.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 juli 1976 tot en met 30 september 1976 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anesthesie
A. G. van den Bogert, Tolhuis 34-07, Nijmegen, per 1 augustus 1976.
G. J. Bóza, Excelsalaan 11, Apeldoorn, per 1 mei 1976.
R. van Ee, Soesterbergsestraatweg 168, Soest, per 1 mei 1976.
Mw. A. C. Goedhart-Hiddinga, Kouwenoord 512, Amsterdam, per 19 april 1974.
J. H. Nauta, Pr. Irenelaan 18, Oegstgeest, per 1 juli 1976.
T. Porcelijn, Corn. Schuytstraat 4 hs, Amsterdam, per 13 maart 1976.
A. C. M. de Sain, Otselaan 22, Werkhoven, per 15 juni 1976.
C. N. Wimmers, Patijnweg 26, Goes, per 15 juli 1976.

Cardiologie
Mw. L. Relik-van Wely, van Weerden Poelmanlaan 124, Utrecht, per 1 april 1976.
Mw. J. Timmers-den Hertog, Hilversumstraat 74, Amsterdam, per 1 juni 1976.

Cardio-pulmonale chirurgie
Dr. Th. Dirksen, Vincent van Goghlaan 36, Oegstgeest, per 23 juli 1976.
Hiermede komt zijn inschrijving als chirurg per 1.5.1963 te vervallen.

Chirurgie
F. R. S. van Asperen de Boer, Poelwaardreef 3, Lisse, per 1 december 1975.
J. Bos, Ranonkelstraat 36, Groningen, per 1 oktober 1976.
A. M. L. E. L. Bijnens, Meijerijlaan 8, Son, per 29 juni 1976.
H. H. Cotino, Weezenhof 25-33, Nijmegen, per 1 augustus 1976.
P. K. de Haan, Malvert 60-67, Nijmegen, per 1 juli 1976.
A. Nieman, Zuiderparklaan 4, Winsum, per 1 september 1976.
Mej. R. F. van der Sluis, Rentmeesterlaan 28, Nijmegen, per 1 mei 1976.
B. C. de Vries, Anatole Franceplaats 712, Rotterdam, per 1 september 1976.

Dermatologie
M. Erlings, Adriaan Mijnlieffstraat 52, Rotterdam, per 1 augustus 1976.
Mw. H. Wiersema-van Gog, Lekstraat 26, Alphen a/d Rijn, per 1 juli 1976.

Inwendige geneeskunde
A. M. Baars, Mozartlaan 373, Tilburg, per 1 april 1976.
H. J. Blomberg, Graan voor Visch 14706, Hoofddorp, per 1 juni 1976.
A. Blussé van Oud Alblas, Fagelstraat 46, Leiden, per 1 juli 1976.
Dr. C. J. van Boxtel, Floris van Alkemadelaan 18, Amstelveen, per 1 juni 1975.
J. I. M. Braam, Praagplantsoen 75, Haarlem, per 17 mei 1976.
Mej. Th. M. Dekkers, Vrijheer van Eslaan 351, Papendrecht, per 1 juli 1976.
P. P.N. M. Diderich, Hondsroos 6, Berkel en Rodenrijs, per 15 september 1976.
Mej. C. F. van der Giessen, Flevolaan 19, Amstelveen, per 15 december 1975.
B. L. Hogewind, Klikspaanweg 1, Leiden, per 1 juni 1976.
P. J. J. Leeuwerik, Helmbloem 8, Rotterdam, per 17 mei 1976.
C. J. M. Lips, Achthoven 26, Lexmond, per 1 juni 1976.
J. R. van der Meij, Stadhouderskade 54 boven, Amsterdam, per 1 augustus 1976.
W. W. Meijer, Galjoenstraat 16, Den Helder, per 1 juni 1976.
P. C. M. Rosekrans, Debussystraat 16, Leiden, per 16 mei 1976.
S. J. Smith, Merellaan 377, Capelle a/d IJssel, per 1 juli 1976.
P. Stokkers, Parnassusweg 5'', Amsterdam, per 1 februari 1976.
L. L. M. Thomas, Merelstraat 23, Leiderdorp, per 1 oktober 1975.
C. P. J. Vendrik, Nijenheim 22-25, Zeist, per 1 februari 1976.
E. H. Verstraaten, Rozentuin 242, Voorburg, per 1 augustus 1976.

Keel, neus, en oorheelkunde
A. G. I. H. M. van Baar, Ds. M. L. Kingweg 132, Purmerend, per 1 augustus 1976.

Kindergeneeskunde
R. J. Bakker, Rijperahemstraat 33, Sneek, per 1 september 1976.
B. E. M. van de Boezem, Keizerskroon 134, Leeuwarden, per 1 april 1976.
Mevr. J. Dajani-Wielaard, Lokhorst 165, Leiderdorp, per 1 maart 1976.
Mej. I. Dominicus, Bergstraat 50, Deventer, per 1 januari 1976.
A. M. Hemmes, Oostinglaan 2, Wageningen-Hoog, per 1 mei 1976.
P. W. Hendriks, Noordeinde 28, Grave, per 1 mei 1976.
Mevr. H. L. E. Kamann, Neptunusstraat 50, Groningen, per 1 februari 1976.
Mevr. P. Roetering, Pomonaplein 82, Den Haag, per 1 januari 1976.
J. J. Romeijn, Ridderhoflaan 21, Koudekerk a/d Rijn, per 1 april 1976.
Mevr. S. P. Verloove-Vanhorick, Schoutenburgstraat 23, Oegstgeest, per 1 juli 1976.

Laboratorium onderzoek
Mw. Dr. J. A. A. Hoogkamp-Korstanje, Ravenswaayse Steeg 19, Ravenswaay, per 1 juli 1976.
Hoofdvak: bacteriologie.
Mw. M. Th. M. Sindram, Bosweg 8, Apeldoorn, per 1 juli 1976.
Hoofdvak: pathologische anatomie.
G. W. Verdonk, 's Landswerf 229, Rotterdam, per 17 juli 1975.
Hoofdvak: pathologische anatomie.

Neurochirurgie
Dr. G. Broere, Kennedylaan 70, Goirle, per 1 augustus 1976.
R. Singh, Tournooi 105, Krimpen a/d IJssel, per 1 juli 1976.
J. A. N. van der Spek, Weezenhof 82-07, Nijmegen, per 1 juli 1976.

Oogheelkunde
J. A. ten Napel, Schepenlaan 49, Zaandam, per 1 augustus 1976.
E. J. A. van Odijk, Boerhaavelaan 206, Leiden, per 15 augustus 1976.
J. E. C. M. van Wezer, Cath. van Rennesstraat 147, Den Haag, per 16 augustus 1976.

Orthopedie
F. H. K. Mulder, Schubertstraat 42, Almelo, per 1 juni 1976.
C. M. T. J. M. Plasmans, De Wieken 25, Malden, per 1 juli 1976.
H. J. P. Schormans, Ceciliastraat 17, Sittard, per 1 mei 1976.

Plastische chirurgie
M. Brinkerink, Molenstraat 23, Loon op Zand, per 1 augustus 1976.
H. Gorter, 's-Gravenlandseweg 930, Schiedam, per 1 maart 1976.

Radiodiagnostiek
F. M. Boon, Bosplaat 69, Amsterdam, per 1 juni 1976.
J. G. C. M. Fooij, Warder 21, Zeevang, per 1 juni 1976.
G. H. Hardy, Proost Abrahamstraat 5, Meerssen, per 1 juli 1976.
H. Hora Adema, Buiten Bantammerstraat 13, Amsterdam, per 15 juli 1976.
W. F. H. Müller, Lombar Petrilaan 14, Overveen, per 1 september 1975.
J. J. Zalar, Elandhof 26, Winschoten, per 1 juli 1976.

Radiologie
W. R. O. Goslings, Ridderstraat 80, Oosterhout, per 1 mei 1974.
Hiermede komt zijn inschrijving als radiodiagnost per 1 mei 1974 te vervallen.

Revalidatie
W. Hospers, Roemer Visscherstraat 12, Hengelo, per 1 augustus 1976.
H. W. C. M. Vos, Bakenbergseweg 199, Arnhem, per 15 april 1976.

Reumatologie
Mevr. G. L. Hengeveld-Kwik, Hofbrouckerlaan 11, Oegstgeest, per 20 mei 1976.

Urologie
P. J. R. O. van Helsdingen, Prinsenweg 14, Wassenaar, per 1 januari 1976.

Verloskunde en gynaecologie
J. G. Aalders, Rijksstraatweg 380, Haren, per 1 juli 1976.
R. Barentsen, Roerlaan 16, Son, per 1 juli 1976.
J. P. Hebly, Weezenhof 21-51, Nijmegen, per 5 mei 1976.
Mej. A. H. Miedema, Distelkade 22, Amsterdam, per 15 juli 1976.
H. Prins, 1e Helmersstraat 177'', Amsterdam, per 1 mei 1976.
Mw. G. J. M. Ras-Zeijlmans, Rochussenstraat 79b, Rotterdam, per 1 mei 1976.
M. F. Schutte, J. J. Viottastraat 14, Amsterdam, per 1 mei 1976.
Mw. D. J. Voorhoeve-den Hartog, Juweelstraat 61, Alphen a/d Rijn, per 1 augustus 1976.

Zenuw- en zielsziekten
J. G. de Bruijn, Baljuwstraat 5, Leiderdorp, per 1 juli 1976.
Hoofdvak: neurologie

Zenuw- en zielsziekten (nieuwe stijl)
J. J. L. Brocken, Antillenweg 1a, Mill, per 21 juni 1976.
L. T. Oei, Heezerweg 1a, Sterksel, per 1 juni 1976.

Neurologie
J. J. M. Hagemans, Weezenhof 84-08, Nijmegen, per 1 mei 1976.
E. F. J. Poels, Groesbeekseweg 28, Mook, per 1 augustus 1976.
H. A. W. Sinnige, Akkerwinde 91, Capelle a/d IJssel, per 1 juli 1976.

F. W. Vreeling, Meidoornlaan 34, Rotterdam, per 1 augustus 1976.
H. K. van Walbeek, Benedenlangs 55, Amsterdam, per 1 juli 1976.

Psychiatrie
R. J. M. Adank, Burg. de Bekkerlaan 28, Gemert, per 1 juli 1976.
C. R. P. Barneveld, Anna Paulownalaan 9, Amersfoort, per 1 juni 1976.
F. Boer, J. M. Coenenstraat 22'', Amsterdam, per 1 mei 1976.
R. J. van den Bosch, De Kommert 23, Heerlen, per 1 augustus 1976.
J. W. J. Brands, Witte Singel 48, Leiden, per 15 juni 1976.
E. L. Denijs, Brink 4, Noordwijkerhout, per 29 juni 1976.
B. P. R. Gersons, Oosterpark 45, Amsterdam, per 1 september 1976.
J. H. L. M. Goud, Gerrit v. d. Veenstraat 46, Amsterdam, per 15 maart 1976.
A. Ladan, Pr. Hendriklaan 15, Zeist, per 1 april 1976.
S. G. Lange, Grotiuslaan 63, Leiderdorp, per 1 mei 1976.
J. H. Nauta, Tobias Asserlaan 403, Diemen, per 1 april 1976.
R. P. Regensburg, Rapenburgerplein 41, Amsterdam, per 1 juni 1976.
Mej. M. Tornij, Zonnebloemstraat 171, Den Haag, per 1 juni 1976.
L. H. Vervoorn, Hertenlaan 3, Maarn, per 1 juli 1976.
M. J. van Weers, Aan de Dril 11, Venray, per 1 mei 1976.
A. Wesseling, Zonnelaan 291, Groningen, per 1 september 1976.

Aantekening klinische neurofysiologie
H. J. van den Brand, Christoffelkruid 47, Rotterdam, per 1 juli 1976.
L. T. Oei, Heezerweg 1a, Sterksel, per 1 juni 1976.
P. G. W. M. Wuisman, St. Rochusstraat 51, Nederweert, per 1 augustus 1976.
R. S. H. M. Beijersbergen, Ravellaan 161, Utrecht, per 1 augustus 1976.

van de S.P.H.

Overeenkomstig artikel 15, vijfde lid van de statuten van de Stichting, delen wij u mede, dat de vergadering van de deelnemersraad van het pensioenfonds waarin het jaarverslag 1975 wordt besproken wordt gehouden op donderdag 9 december 1976 in restaurant 'Hoog Brabant' te Utrecht (nabij het Centraal Station). De vergadering vangt aan om 19.15 uur en is toegankelijk voor deelnemers en pensioengerechtigden, die als toehoorder aanwezig kunnen zijn.
De tekst van het jaarverslag 1975 wordt aan iedere deelnemer, gewezen deelnemer en pensioengerechtigde op aanvraag toegezonden (Postbus 3047, Utrecht).

Namens het bestuur, W. J. Waal, secretaris.

van het hoofdbestuur

Bespreking wetsontwerpen gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgtarieven

Het hoofdbestuur der K.N.M.G. heeft in zijn vergadering van 2 november j.l. besloten de afdelingsbesturen, de afgevaardigden en de leden intensief te betrekken bij de discussie en standpuntbepaling ten aanzien van de wetsontwerpen gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgtarieven, die door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer zijn aangeboden en via de door de staatssecretaris belegde persconferentie op 26 oktober 1976 openbaar zijn gemaakt.
Tijdens de bijeenkomst d.d. 7 december a.s. van het dagelijks bestuur der Maatschappij met vertegenwoordigers van afdelingsbesturen, waarvoor thans ook de afgevaardigden zijn uitgenodigd, zal een eerste bespreking over de hoofdlijnen van deze ingediende wetsontwerpen plaatsvinden.
Tevens zal de mogelijkheid worden overwogen aan deze stukken een extra Algemene Vergadering – bijvoorbeeld half januari/begin februari – te wijden.
Voorts zal nader worden bezien of begin 1977 op een aantal plaatsen in het land besprekingen kunnen worden georganiseerd tussen een delegatie van het hoofdbestuur en de afdelingsbesturen en belangstellende leden.

inhoud officieel

Nr. 46 – 12 november 1976

Van de S.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **1466**

Van de S.P.H.:
Vergadering deelnemersraad **1468**

Van het hoofdbestuur:
Bespreking wetsontwerpen gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgtarieven **1468**