



redactioneel

In dit nummer:

- Steeds weer hoort men verluiden, dat de 'prevalence of mental disorders' in ons land 25-30% zou bedragen. Ondanks twijfels over dit percentage zijn harde gegevens nodig over het vóórkomen van behandeling behoevende psychische stoornissen en over de trends die zich in die frequentie voordoen. Wellicht dat de huidige huisartsenregistraties daarbij nuttige diensten kunnen bewijzen, aldus Drs. M. Mootz, als sociologe verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau te Rijswijk, in haar beschouwing 'Registratie van probleemgedrag.'
- Enkele maanden geleden is er in de publiciteit enige deining geweest naar aanleiding van de tentoonstelling 'Seksualiteit '76'. Met name de openingstoespraak van de heer F. Wafelbakker, hoofd Afdeling Jeugdgezondheidszorg van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die daarbij enkele 'gewaagdheden' zou hebben gedebiteerd, oogstte menig krante-artikel met aandachttrekkende kop en voorspelbare Kamervragen bleven natuurlijk niet uit. Voor de goede orde: wat heeft de heer Wafelbakker nu precies gezegd?
- De coördinator van de huisartsopleiding aan de Rotterdamse Erasmus Universiteit, de heer J. Ridderikhoff beschrijft achtergronden en huidige werkwijze(n) van de beroepsopleiding tot huisarts. Een gedetailleerd overzicht voor beroepsgenoten/huisartsen, maar zeker ook voor medische specialisten en sociaal-geneeskundigen.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie	1590
<i>Inzenders: C. Spreeuwenberg, J. C. Huysman, F. A. C. M. Mol, Hoofdbestuur K.N.M.G., Dr. H. G. M. van der Velden, Prof. Dr. J. Slooff</i>	
Registratie van probleemgedrag, door Drs. M. Mootz	1595
Prepaid comprehensive group practice door S. Tillema, M. D.	1600
'Seksualiteit 1976', emancipatie en hulpverlening	1601
Universitaire berichten – Benoemingen	1602
De beroepsopleiding tot huisarts, wat is dat?, door J. Ridderikhoff	1603
OFFICIEEL	1613
Inhoudsopgave officieel	1616



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

Regnerus de Graaf: 'Tractatus anatomico-medicus de succi pancreatici natura et usu'. Leiden 1671
– De Graaf (Schoonhoven 1641 – Delft 1673) schreef deze beroemde verhandeling als student te Leiden onder Joh. van Horne in 1664.



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk 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.

PENSIOENPREMIE HUISARTSEN

In aansluiting op de brief van de directeur van de Stichting Pensioenfondsen voor Huisartsen betreffende de aanpassingscoëfficiënt per 1 januari 1977 zou ik graag het volgende willen opmerken.

'Het bestuur van de Stichting Pensioenfondsen voor huisartsen heeft besloten om de aanspraken en premies voor 1977 met 12,455% te verhogen. Deze verhoging is gebaseerd op het door het C.B.S. berekende indexcijfer 'Bruto week- en maandlonen mannelijke beambten overheid'. Zoals bekend tracht de regering de inkomens van de hogere ambtenaren te beperken door het gedeeltelijk niet meer volgen van het trendbeleid en door weddestijgingen 'niet in procenten maar in centen' te doen plaatsvinden. Bovendien is het mogelijk dat in genoemd index-cijfer ook rekening wordt gehouden met de stijgingen door promoties etc.

Mijns inziens is het dan ook onjuist om het index-cijfer voor de pensioenpremies en aanspraken te gebruiken. Ik dring er dan ook sterk op aan om in plaats van genoemde index het percentage van de weddestijging van schaal 151 maximaal als index te gebruiken. Dit lijkt mij een rechtvaardige zaak voor degenen die de zwaarste lasten hebben en dat zijn de jongeren onder ons. Als dit namelijk niet gebeurt zal een groot deel van de inflatoire inkomensstijging al aan de pensioenpremie verloren gaan. Het netto-bestedbaar inkomen zal daardoor relatief nog harder dalen. Indien het bestuur niet tot een andere indexering bereid is, zullen de jongeren zich weerbaarder moeten gaan opstellen.'

Emmen, 10 november 1976

C. Spreeuwenberg

Naschrift redactie

De stijging van premie- en pensioenafspraken is tot nu toe in overeenstemming geweest met de ontwikkeling van de honoraria der huisartsen. Bij deze verhogingen volgt het bestuur de door het Centraal Bureau voor de Statistiek berekende index-cijfers 'Bruto week- en maandlonen mannelijke beambten overheid'. De berekende stij-

gingspercentages hebben betrekking op het tijdvak januari 1975/1976. Licht men hieruit het netto-honorarium en berekent men de stijging van dit netto met als peildata juni 1975/1976 — dezelfde data als door het pensioenfondsen gehanteerd bij de vaststelling van de aanpassingscoëfficiënt — dan bedraagt deze stijging 13.07%. Zou in de toekomst een afwijking in ongunstige zin ontstaan tussen deze index-cijfers en de honoraria dan is het bestuur overeenkomstig het daartoe bepaalde in het pensioenreglement gehouden om advies aan de deelnemersraad te vragen over de maatregelen die dan door het bestuur moeten worden genomen.

GEEN WEDUWENPENSIOEN

Met belangstelling las ik in Medisch Contact van 1 oktober jl. het artikel 'De vestiging van huisartsen, een kwestie van vraag en aanbod'. Op blz. 1256, tweede kolom, zesde en zevende regel van boven, is er sprake van een weduwenpensioen. Dit weduwenpensioen bestaat voor mijn geval niet.

Ik ben in maart van dit jaar voor de derde maal gehuwd. Mijn eerste en tweede vrouw zijn respectievelijk in 1956 en 1975 overleden. Ik krijg nu een uitkering uit het huisartsenpensioenfondsen van f 2.105,38 per drie maanden. Van deze uitkering krijgt mijn vrouw als ik ben overleden niets meer, omdat ik trouwde na mijn vijftenzestigste jaar. Ik heb een lijfrente bij de Maatschappij Utrecht; deze was gesloten op twee levens, mijn tweede vrouw is overleden, dus ook deze houdt op. Ik heb tenslotte een burgerpensioen; dit houdt ook op. Mijn vrouw zal dus moeten leven van haar A.O.W. plus het vruchtgebruik van mijn kapitaal. Ik heb dit besproken met het Burgelijke Pensioenfondsen, met het militair pensioenfondsen en met het huisartsenpensioenfondsen. Antwoord: Uw vrouw krijgt niets.

Ik geloof, dat er met mij meerdere collega's zijn die met dit probleem kampen. Mogelijk willen zij zich met mij in verbinding stellen.

Schalkhaar, 11 november 1976

J. C. Huysman

Naschrift

De berekening van premie voor het weduwenpensioen is gebaseerd op de huwelijkskans van deelnemers in de pensioenregeling. Bij het beëindigen van de deelnemerschap op 65-jarige leeftijd van een mannelijke deelnemer blijft het recht op weduwenpensioen bestaan behalve wanneer de gepensioneerde arts bij het bereiken van die leeftijd huwt of opnieuw huwt. Zou hiervoor een voorziening in de pensioenregeling worden getroffen dan zou de premie moeten stijgen. Een dergelijke regeling is in pensioenrege-

Doorlezen naar blz. 1592

KOSTENBEHEERSING

Als iemand een paar jaar geleden zou hebben voorspeld dat de L.S.V. nog eens een symposium zou gaan organiseren over het onderwerp: 'Specialist en kostenbeheersing', dan zou hij op een meewarig lachje hebben kunnen rekenen. Als hij dan bovendien had beweerd dat zo'n symposium meer dan zeshonderd deelnemers zou trekken, dan zou iedereen hem voor niet wijs hebben versleten. Maar dat symposium met meer dan zeshonderd deelnemers en met zo'n zestien sprekers is er op 10 december j.l. wel geweest.

Hoe kan dat eigenlijk? Van de dokter wordt verwacht dat hij zal zoeken naar de beste behandelingsmethode ongeacht de kosten; dat heeft hij geleerd en dat vindt hij ook juist. Zou de staatssecretaris van Volksgezondheid dan toch succes hebben door steeds weer de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en de beheersing daarvan centraal te stellen? Is het werkelijk zo dat – zoals een der sprekers opmerkte – de staatssecretaris als orkaan 'Jo' de medische professie heeft verontrust? Belangstelling was er wel, maar van verontrusting was niet veel te merken. Toch is daar wel reden voor. Misschien niet zo zeer vanwege de stijgende kosten. Dat valt nog wel mee. De ombuiging naar beneden in de uitgavenstijging die zich aftekent is geen gevolg van een gericht volksgezondheidsbeleid – zoals een andere spreker opmerkte – maar doordat de loonstijging als gevolg van een algemeen anti-inflatiebeleid in 1976 aanmerkelijk lager was dan in 1975. Voorts zijn er minder verkeersongelukken en de bezettingsgraad van algemene ziekenhuizen daalt.

De verontrusting ligt er veeleer in dat aanmerkelijke kostenverlagingen in de gezondheidszorg mogelijk zouden zijn bij behoud van de kwaliteit. Kostenverlagingen die niet door externe factoren worden veroorzaakt. Slogans – zoals dat iedereen moet meewerken aan het verschaffen van de best mogelijke zorg tegen de laagst mogelijke kosten – gaan

van de veronderstelling uit dat er blijkbaar heel wat wordt verspild in de gezondheidszorg. Dat laatste zal eerst nog moeten worden bewezen. Zolang we gezondheid boven alles waarderen lijkt het onwaarschijnlijk dat de burger in Nederland bereid is nieuwe mogelijkheden in de geneeskunde af te wijzen om kosten te besparen. Het is uiterst twijfelachtig of de belastingbetaler betere zorg afwijst, indien – en dat is bijna altijd het geval – hiervoor meer personeel nodig zou zijn en daardoor de kosten zouden stijgen. Er bestaat een numerus fixus voor de medische studie, niet omdat het parlement bevreesd is dat er te veel artsen komen, maar omdat de capaciteit aan de universiteit te gering is. Er zijn ook maatschappelijke ontwikkelingen die kostenstijgingen in de hand werken. Door de veroude-

*... beperking uitgaven
gezondheidszorg ...
slechts mogelijk door
veranderingen op andere
terreinen ...*

ring van de bevolking stijgt de vraag naar voorzieningen. In 1965 waren er nog slechts 10.000 verpleeghuisbedden, nu 41.000. Dit betekent natuurlijk ook een grote uitbreiding van het personeel.

De beperking van de uitgaven in de geneeskunde wordt waarschijnlijk meer bepaald door het feit dat de vooruitgang van de wetenschap niet altijd op de voet kan worden gevolgd. Onder meer door het gebrek aan gespecialiseerde mankracht. Stijging van de kosten in de gezondheidszorg kan er overigens toe leiden dat in andere sectoren van de maatschappij aanmerkelijke kostenbesparingen mogelijk zijn. Dit geldt in het bijzonder in de preventieve geneeskunde. Hier gaat inderdaad de kost voor de baat uit.

Een van de sprekers wees op het 'na

U'-effect, dat in de betrekkingen tussen overheid en volksgezondheidssector kan optreden. De overheid wil namelijk graag normen en criteria opleggen voor het beheer van de middelen; de betrokken medische sector vraagt erom zodat men er rekening mee kan houden; de overheid blijft in gebreke omdat de technische kennis ontbreekt deze normen te presenteren. Bovendien kan men bijna altijd wel beweren dat de normen vertaald kunnen worden in extra doden – het zogenaamde chantage-effect – en dan gebeurt er niets of er komen uiterst ondoorzichtige beslissingen.

Zo distantiëren de bewindslieden van Volksgezondheid en Onderwijs zich van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad betreffende de hartchirurgie, waarin onder meer wordt gesteld dat voor 1980 in Nederland 4500 tot 5000 coronaire operaties mogelijk moeten zijn. Anderzijds kan een ziekenfondsverzekerde f 25.000 krijgen indien hij een dergelijke operatie in Amerika laat verrichten.

Of gezondheidszorg te duur is of niet, hangt af vanuit welk standpunt deze kosten worden bekeken: individueel of collectief. In het eerste geval is niet gauw iets te duur, vooral als het te verzekeren is: in het tweede geval zal men de baten van verschillende voorzieningen tegen elkaar afwegen.

De gezondheid van de burger – voor zover die al te omschrijven valt – wordt niet primair bepaald door aard en omvang van de medische voorzieningen en de daarmee gepaard gaande kosten. Het aantal ongevallen wordt voor een groot deel bepaald door het verkeer en het verkeersbeleid. Vele ziekten ontstaan door ons gedrags- en leefpatroon. De financiële gevolgen daarvan vinden we terug in de gezondheidszorg. Beperking van de uitgaven in de gezondheidszorg zal slechts mogelijk zijn door veranderingen op andere terreinen in de samenleving, terreinen die buiten de sector van de volksgezondheid liggen.

B.

lingen niet gebruikelijk; hierop wijzen reeds de door de heer Huysman vermelde pensioenregelingen (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds en militair pensioenfonds).

Utrecht, 1 december 1976

J. M. G. Hoes,
directeur Stichting Pensioenfonds voor
Huisartsen

HONORERING INTERCOLLEGIALE BEHANDELING

De intercollegiale hulp en de honorering daarvan staan weer eens in de belangstelling. Stringente afspraken omtrent deze verwaterende traditie blijken op grond van min of meer invoelbare motieven steeds moeilijker te maken. Sommige hulpverleners willen nooit een honorarium ontvangen, andere hulpverleners willen altijd betalen; daaromheen een scala van variaties. Feit is dat artsen in het algemeen behoren tot de bevolkingsgroep die het honorarium (al of niet via een verzekering) wél kan opbrengen.

Een suggestie die het 'probleem' in alle gevallen waar geen klaarheid heerst naar ieders wens kan oplossen en die uitstekend zou kunnen uitgroeien tot een 'nieuwe traditie' – een moderne versie van een goed gebruik, zo u wilt – is de volgende:

Nog steeds wordt via diverse organisaties van verschillende denominaties geld ingezameld om artsen te kunnen uitzenden naar ontwikkelingslanden. Een minimaal honorarium (in de werkelijke zin van 'ereloon') is noodzakelijk voor deze collegae, die daar mede namens ons werken. Een gedachtenkortsluiting lijkt voor de hand te liggen! Stuur de door u behandelde collega vlot een gepaste rekening met het verzoek deze (al of niet via de verzekering!) te laten voldoen aan:

S.A.N.O. (giro 1975494 te Amsterdam), de in 1970 door de K.N.M.G. samen met de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde opgerichte 'Stichting artsen naar ontwikkelingslanden', of aan een u goed bekende individuele organisatie ten behoeve van dezelfde doelstelling. Dan wordt er iets zinnigs gedaan met het honorarium dat de hulpverlener niet wenst te verwerven en de hulpontvanger toch wenst te betalen; namelijk collegiale hulp aan méér dan één collega! Alle 'pro's' van de om-niet behandeling blijven behouden, alle contra's van de honorering aan collegae worden gesublimeerd. Een beter cadeau is nauwelijks denkbaar! Op kleine schaal werkt dit systeem al lang en voortreffelijk.
Iteretur, iterum que iteretur!

Breda, 22 november 1976

F. A. C. M. Mol

GENEESMIDDEL EN DISTRIBUTIE

Onder deze titel heeft de hoofdredacteur van Medisch Contact in dit blad van 15 oktober j.l. een hoofdartikel geschreven, geheel gewijd aan de op 1 oktober 1976 te Utrecht gehouden extra ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Naar aanleiding van dit artikel heeft het Hoofdbestuur der K.N.M.P. een commentaar gepubliceerd in het Pharmaceutisch Weekblad van 5 november j.l., welk commentaar ook ter plaatsing in Medisch Contact is aangeboden. De hoofdredacteur van Medisch Contact heeft geweigerd aan dit verzoek gevolg te geven met de volgende argumentatie: 'Afgezien van het feit dat wij bij voorkeur originele artikelen opnemen, bevat het artikel zoveel aanhalingen uit Medisch Contact (voor uw lezers noodzakelijk) dat dit voor onze lezers zinloos is'. De heer Bol wilde ons wel in de gelegenheid stellen onze opvattingen over de grondslagen van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, de distributie van geneesmiddelen ten plattelande, de kosten, de voorlichting c.q. begeleiding van de patiënt en de taak van de apotheker op beknopte wijze in Medisch Contact weer te geven. Aan de heer Bol hebben wij laten weten, dat zijn argumentatie voor de weigering ons artikel te plaatsen, ons niet heeft overtuigd en dat zijn weigering ons artikel op te nemen bij ons de indruk heeft gevestigd, dat er bij hem weinig bereidheid bestaat ons de gelegenheid te geven in Medisch Contact op adequate wijze te reageren.

Omdat wij er geen behoefte aan hebben onze beschouwing over geneesmiddel en distributie te gaan herschrijven, maar aan de andere kant de lezers van Medisch Contact willen attenderen op de publikatie in het Pharmaceutisch Weekblad, hebben wij aan de heer Bol verzocht in ieder geval deze mededeling in zijn blad op te nemen, opdat op deze wijze althans het hoor en wederhoor kan worden toegepast.

's-Gravenhage, 30 november 1976

Hoofdbestuur Kon. Ned. Mij. t.b.d. Pharmacie

ZWARTE LIJST

In het praktijkperikel van dezelfde naam in M.C. nr. 47 van 19 november 1976, pag. 1482, spreekt een behandelend specialist zijn verontwaardiging uit over hetgeen een controlerend geneesheer zoal tegen een van zijn patiënten zou hebben gezegd. Volgens deze patiënte zou de controlerend geneesheer het hebben bestaan om aan patiënte mede te delen dat zij (ook) volgens haar specialist niets mankeert. Nu vraagt de inzender zich af of deze controlerend geneesheer zich niet ontzettend ondeugend heeft gedragen. Hij wil hem zelfs straffen door hem op een 'zwarte lijst' te plaatsen.

Hij vraagt zich waarschijnlijk niet af, of hij zonder medeweten van de patiënte vertrouwelijke mededelingen aan de controlerend geneesheer mag doen. Intussen wordt de desbetreffende patiënte gekweld door de gedachte dat zelfs 'haar' specialist wel eens van mening zou kunnen zijn dat zij, althans wat haar rug betreft, best zou kunnen werken. En dat terwijl deze laatste haar op alle hem bekende manieren van het klagen over haar rug tracht af te brengen. Gezien het feit dat hij geen afwijkingen op zijn gebied kan vinden, die haar klagen verklaren, lijkt dat waarlijk een niet geringe opgave. Irritatie dus, bij de behandelend specialist. Zo hij deze ergernis niet kan uiten tegenover de patiënte, een belangrijk gegeven bij een integrale hulpverlening, kan hij althans zijn gramschap tegenover de controlerend geneesheer te berde brengen.

Alhoewel de bij ons gebruikelijke scheiding van behandeling en controle haar voordelen heeft, moet het nadeel in een niet gering aantal gevallen niet worden onderschat. Bij nerveus-functionele klagers is het een prachtige vluchtweg voor de arts als hulpverlener. Het lijkt mij geen te gewaagde veronderstelling dat het in het beschreven geval gaat om een nerveus-functioneel klaagpatroon, bij een vrouw met vooralsnog onduidelijke problemen in haar leefsituatie. Elke arts, niet in de laatste plaats de huisarts, dient zich in een dergelijke situatie af te vragen of en in hoeverre zijn voortdurende medische bemoeienis zonder aandacht voor misschien méér wezenlijke problemen, de patiënte in haar klagen fixeert. Ongewild stelt de inzender zijn eigen handelen ter discussie. Waarom zegt hij niet ronduit tegen de patiënte dat hij haar niet kan helpen en dat het zinloos is om terug te komen?

Tenslotte ware het misschien te overwegen de controlerend geneesheer niet slechts te beschouwen als 'de boodschapper van slecht of goed nieuws' maar als een partner in het team van huisarts, specialist en eventuele andere hulpverleners, die tezamen met de patiënte pogen een zo goed mogelijke oplossing voor haar problemen te vinden. Het aanleggen van 'zwarte lijsten' is een gebruik dat mijns inziens weinig compatibel is met wat onder geneeskunde of geneeskunst is te verstaan.

Nijmegen, 30 november 1976

Dr. H. G. M. van der Velden, huisarts

VRIJE ABORTUS EN ZEDENVERWILDERING

Graag wil ik collega Roelink van antwoord dienen op zijn vermanend protest (M.C. 44 blz. 1374) tegen mijn betoog (M.C. 39 blz. 1216), vooral omdat hij mij meningen toedicht, die ik niet bezit. Het opschrift boven mijn artikel is niet van mijn hand, ik zocht geen verband tussen abortus en nog niet bestaande wetgeving.

Ik heb geschreven dat de eis van vrije

abortus een deel is van de algemene zedenverwildering. Collega Roelink zal met mij eens zijn dat dit toeneemt en algemeen, dat wil zeggen alle leeftijdsgroepen en maatschappelijke kringen heeft aangetast. Het is overbodig symptomen te noemen die iedereen kent. Ik gaf een enkel voorbeeld ervan, ook voorkomende bij jeugdige mensen namelijk de toename van buitenechtelijk geslachtsverkeer als onverantwoordelijke genieting. Verder noemde ik geen verschijnselen in die groep. Mij cultuurpessimisme toedichtend, schrijft collega Roelink: 'De zedenverwildering onder de jeugd is beslist niet zo algemeen als hij (Slooff) beweert. Dat heb ik niet speciaal van de jeugd beweerd. Collega Roelink doet dat zelf wel. Hij schrijft dat cultuurpessimisme van alle tijden is, zijn opvatting stavend met citaten van beroemde antieke schrijvers die het gedrag van de jeugd fel gispden (is dat cultuurpessimisme?) en vervolgt: 'Er is dus niets nieuws onder de zon'. Hij vermeldt niet dat deze culturen dan ook ten gronde zijn gegaan.

Collega Roelink moge van mij aannemen dat als overtuigd R.K.-christen pessimisme mij vreemd is. Evenwel als doorgewinterd realist waarschuw ik dat onze Westeuropese beschaving verwildert, dat adstruerend door de eis van toenemend vrij geslachtsverkeer en van vrije abortus. Min of meer ter zake sluit collega Roelink een beschouwing aan over zijn eigen ervaring onder en met de jeugd en voegt er aan toe: 'Wat ik u (Slooff) vragen wilde is, oordeel niet te hard en vooral niet te gauw'. Dit vaderlijk advies komt bij mij paradoxaal en als onbillijk over. Collega Roelink en ik kennen elkaar niet. Mag ik hem daarom mededelen dat ik gedurende 45 jaren of langer heb gepionierd en jeugdigen van alle leeftijdsklassen met

hun ouders heb mogen begeleiden; op bescheiden schaal doe ik dit nog. Tot vóór enkele jaren hadden de kinderartsen (en velen hebben dit nog) een belangrijke allesomvattende opvoedkundige taak; realiseert collega Roelink zich dat misschien niet?

Collega Roelink lanceert nog een gedragslijn: 'Alles wat de jeugd vraagt van ons is aanwezig te zijn wanneer ze hulp nodig hebben en voorts hen te laten proberen hun eigen weg te vinden'. Behalve dat dit zoals hij opmerkt 'moeilijk en vaak triest is' kunnen mijns inziens in die gedragslijn factoren liggen die de zedenverwildering begunstigen. Ik veronderstel dat collega Roelink met de 'jeugd' vooral bedoelt die groep jonge mensen van 15 tot 25 jaar, met wie hij, evenals ik, graag te doen heeft. Het is hier niet de plaats een karakteristiek van 'de jeugd' te pogen te geven. Ik heb waardering voor haar idealisme, haar eerlijkheid en voor de algemene, door gebrek aan ervaring en zelfkennis minder genuanceerde doch vaak frisse kijk op problemen, die bij ons, volwassenen, op schuldige wijze in het slop zijn geraakt. Daartegenover staat het ontbreken van zelfkritiek, onderontwikkeling, zelfoverschatting, het doelloos uitleven van primitieve driften; in feite is de jeugd vol eigendunk en daardoor geneigd tot geweld en pressie. Men kan ook daarvoor wel enig begrip opbrengen, gezien de onmacht van verantwoordelijke leiders, van vakbonden en van de vele ouders die zich op analoog-onrijpe wijze gedragen, zich in alle opzichten conformerend aan het gedrag van jeugdgroeperingen.

Ik meen, collega Roelink, dat wij volwassenen 'de jeugd' in de kou hebben laten staan. Want de jonge mensen, hoe goed en hoogmoedig ook, voelen zich vaak in feite

innerlijk eenzaam en onzeker (de verklaring van hun gedrag?) Ze willen graag praten, overleggen met hen die zij als ervarenen onderkennen, die belangstelling voor jongeren hebben, mits men hen erkent als evenwaardige lotgenoten. Daarom, collega Roelink, wordt afwachten tot de jeugdige om hulp vraagt ervaren als hooghartige miskenning van hun streven en van hun eigenwaardegevoel. Hoogmoedig gaan ze dan, zich onbegrepen voelend dóór, of mismoedig ten onder. Collega Roelink zegt dan ook over wat ik zijn gedragslijn noem, het is 'moeilijk en vaak triest'. 'Evenwel ook de jeugdige heeft zijn evenmens te geven wat hij voor zich opeist, en daarom moet, veel strenger dan nu geschiedt worden opgetreden tegen excessen en ordeverstoring. Dit is geen hardheid, de jeugd accepteert geen slappe houding.

Overigens, de oplossing van vele, zo niet alle problemen is te bereiken door overleg van jong en oud. Het élan en de onvertroebelde blik naast de gerijpte ervaring met open oog voor wederzijdse miskende noden, met eerlijk vertrouwen gevraagd en gevend alle gespreksgenoten. Dan kunnen we samen een nieuwe, moderne, naar ik hoop christelijke samenleving opbouwen. Doen we dat niet, dan volgt de ondergang en niet alleen die van West-Europa.

Vandaar, collega Roelink, dat ik meende te moeten waarschuwen voor glijdend verval der zeden.

Nijmegen, 23 november 1976

Prof. Dr. J. Slooff

Zullen we de dubbele generatiekloof maar verder laten rusten? (Red.)

Varia

Artsen/dienstweigeraars — Onlangs werd in Utrecht door een aantal artsen, die allen bezig zijn met een weigeringsprocedure inzake militaire dienst, een werkgroep opgericht. Deze werkgroep heeft de volgende doelstellingen opgesteld: a) Artsen, die bezig zijn met dienstweigeren of dit van plan zijn, met elkaar in contact te brengen; b) De plaatsingsmogelijkheden om vervangende dienst te doen, die er nu en in de toekomst zijn, te inventariseren; c) informatie te verzamelen over deze procedure. De leden van de werkgroep willen hiertoe graag in contact komen enerzijds met artsen die nu of in de toekomst in dezelfde (weigerings)situatie zitten of komen, anderzijds met artsen die deze procedure achter de rug hebben

en met hun vervangende dienst bezig zijn of deze hebben vervuld. Contactadres: Harry Jaspers, Fred. Hendrikstraat 25, Utrecht; tel. 030-513682.

'Alternatieve Kommunikatie' — De afdeling logo-akoepedie van de Johannastichting te Arnhem heeft onder deze titel een boekje uitgebracht. Het boekje bevat 185 foto's van een eenvoudige gebarencode die in gebruik is bij meervoudig complex gehandicapte kinderen. Het is verkrijgbaar bij de afdeling logo-akoepedie van de Johannastichting door overmaking van f 5,— op giro 860825 onder vermelding van: Publikatie 'Alternatieve Kommunikatie'.

Rutgers Stichting — De Rutgers Stichting heeft een verslag gepubliceerd van de jongerencampagne die is gestart op 1 mei van dit jaar en waarmee de Stichting zich richtte op het jonge publiek tot 18 jaar, waarvoor een speciaal tarief van f 5,— werd ingesteld (was f 17,50). Tegelijkertijd ging een campagne van start met de vraag: 'Hoe doen

twee egeltjes het?', waaraan wijdverbreid bekendheid is gegeven. Deze oproep resulteerde in een snel oplopend bezoekersaantal van jongeren tot 18 jaar: in april (vóór de campagne) was dit 380; in mei 923, in juni 994, in juli 691 (de egeltjes hadden vakantie), dat prompt weer opliep tot 1043 voor augustus en 1029 voor september. Bovendien is het aantal verzoeken om informatie en inlichtingen enorm gestegen, ± 4.300 per maand, meer dan 50.000 per jaar. De Rutgers Stichting wil in 1977 doorgaan met de jongerenkorting. Vorig jaar heeft staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid geweigerd subsidie te verlenen. Als de Stichting voor 1977 weer geen extra subsidie krijgt moeten de Rutgershuizen op 1 juli 1977 stoppen met de korting. Slotzin van het verslag: De medewerkers van de Rutgershuizen voelen er niets voor om de verantwoordelijkheid van de honderdduizenden jongeren per jaar die hulp nodig hebben daardoor weer te moeten terugschuiven. Inlichtingen: H. F. Brandenburg, 070-323890 (kantoor) en 070-249481 (privé) en W. van Breemen, hetzelfde kantoor en 01828-3070 (privé).

Seksualiteit voor gehandicapten – Op 25 en 26 maart 1977 zal in Nijmegen een symposium worden gehouden gewijd aan de socio-seksuele ontwikkeling van jongere gehandicapten (Werkgroep S.S.O.G.). Op dit symposium zullen de resultaten worden gepresenteerd van een omvangrijk en intensief onderzoek naar deze problematiek, dat is opgezet onder auspiciën van het BIO-revalidatiecentrum en de Johanna Stichting, beide te Arnhem, de Universiteit van Nijmegen en het N.I.S.S.O. te Zeist. De organisatoren willen met dit symposium een proces op gang brengen waardoor allerwegen in het land de discussie op gang komt en activiteiten worden opgezet gericht op een meer adequate begeleiding van de socio-seksuele ontwikkeling van deze groep jongeren. Men wil al vóór het symposium regionaal kern-groepjes opzetten die in eigen regio zich gaan bezighouden met deze materie met steun van een centrale stuurgroep. Nadere informatie is te verkrijgen bij: het Secretariaat Werkgroep S.S.O.G., Wilhelminasingel 36, Nijmegen, tel. 080-231941.

Vóórintekening H.O.Z.-gids – In april 1977 verschijnt de H.O.Z. (Stichting ter voorkoming van en de bevordering Hulpverlening bij Ongewenste Zwangerschap)-gids over alle aspecten van gewenste en ongewenste zwangerschap, seksualiteit en kinderopvoeding. De gids is bedoeld voor iedereen die met zaken als kinderen krijgen en opvoeden, het ongewenste kind, zwangerschap voorkomen, uitgedragen ongewenste zwangerschap, abortus, wettelijke aspecten, seksualiteit en seksuele voorlichting te maken heeft of kan krijgen en die er belangstelling voor heeft zonder nu direct deskundig te zijn: onderwijzers vormingswerkers, bestuursleden of kaderleden van verenigingen, groepsleiders kinderscherming en gezinsverzorgers. Bij vóórintekening is de gids (100 blz. in pocketvorm) verkrijgbaar voor de gereduceerde prijs van f 6,—. Dit bedrag dient men dan vóór 1 januari 1977 (daarna f 10,—) over te maken op gironummer 2304410 t.n.v. Stichting H.O.Z. te Rotterdam.

Stipendium – De Dr. Saal van Zwanenbergstichting brengt ter kennis van belanghebbers dat tot 1 april 1977 gelegenheid bestaat mee te dingen naar een stipendium ter bevordering van onderzoek dat gericht is óp of van waarde is voor de farmacotherapie in de breedste zin. Hieronder kan ook worden verstaan een bijdrage tot de kosten van een verblijf in een ander instituut, of tot het financieren van een 'workshop' in Nederland. Bezoek aan congressen en symposia in het algemeen komt niet in aanmerking voor steun. Om voor een stipendium in aanmerking te komen, moet de gegadigde een aanvraag indienen bij Prof. Dr. D. de Wied, Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie, Vondellaan 6, Utrecht, waarin: a. Zijn/haar persoonlijke gegevens worden vermeld en een overzicht wordt gegeven van

T.V.-TIPS

Woensdag 22 december 1976:

(Ned. I) N.O.S., 20.00-21.20 uur:

'Toestanden'. Situaties in de psychiatrie.

Donderdag 23 december 1976:

(Ned. II) K.R.O., 22.45-23.20 uur:

'Heel de mens'. Gesprek met twee verzorgers van zwakzinnige kinderen.

de aard van de door hem/haar verrichte werkzaamheden; b. het onderzoek, dat hij/zij wil verrichten en de methodes die hij/zij daarbij wil toepassen, duidelijk worden omschreven; c. wordt aangegeven in hoeverre het onderzoek, c.q. het bezoek aan een laboratorium of het organiseren van een bijeenkomst als bovengenoemd, direct of indirect zal kunnen leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie; d. wordt opgegeven hoe hij/zij het stipendium wenst te besteden. Het hoofd van de afdeling waar gegadigde werkzaam is, dient de aanvraag voor gezien te tekenen.

Nutritionist – De meeste hedendaagse praktiserende artsen zijn niet alleen door hun opleiding onvoldoende gekwalificeerd om antwoord te geven op de vele vragen over voeding en voedingsstoornissen, maar ook door hun onverschilligheid voor de voeding in het algemeen. Aldus een uitspraak van Prof. Dr. J. F. de Wijn van het Centraal Instituut voor voedingsonderzoek T.N.O. in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde d.d. 23 oktober 1976. Prof. Dr. Wijn vindt, dat de voedingsleer een essentieel basisvak zou moeten zijn voor alle vormen van geneeskunde; integratie en coördinatie zou hij in handen willen geven van een specialist, de 'medisch nutritionist'. Als onderwerpen voor een minimumpakket Voedingsleer noemt hij onder meer: kennis van de behoefte aan calorieën en voedingsstoffen van de gezonde en zieke mens, voedingsstoornissen die van belang zijn voor de algemene volksgezondheid, methoden voor het beoordelen van de voedings-toestand en methoden om over- en ondervoeding te voorkomen.

Studiedagen ziekenhuiswetenschappen 1977

– Onder het thema 'Maatregelen ter verlichting van de taak van het klinisch systeem' worden in 1977 op 28 januari, 25 februari en 25 maart in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag de voorjaarsserie studiedagen gehouden, georganiseerd door de Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen. Op het programma staat voor 28 januari 'Verbeteringen van het poliklinisch systeem' door Ir. A. J. Weeber, wetenschappelijk medewerker bedrijfskunde;

voor 25 februari 'Ambulatorium als zelfzorg-afdeling' door Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure, hoogleraar ziekenhuiswetenschappen en 'Substitutie van ziekenhuisbedden door verpleeghuisbedden' door Dr. J. N. Landsman, chirurg; voor 25 maart 'Beperking van het aantal verpleegdagen langs medisch-organisatorische weg' door Dr. A. G. P. Cremers, medisch directeur van het ziekenhuis 'De Weezenlanden' te Zwolle en Ing. R. Mercx, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de T.H. te Eindhoven. Inschrijving af f 280,— per persoon voor drie dagen (deelname is niet aan een persoon gebonden, ingeschreven kan worden voor een of meer plaatsen, zodat wisseling van personen mogelijk is) wordt genoteerd in volgorde van binnenkomst en kan geschieden bij het secretariaat (Dr. W. Nolen), Nic. Maesstraat 69 huis te Amsterdam.

Oogkasafwijkingen – Op 5, 6 en 7 september 1977 organiseert het Orbita Centrum van de Oogheelkundige Kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam haar derde internationale symposium over oogkasafwijkingen. Hoofdt thema's zullen zijn: anatomie, endocrinologie, immunologie, pathologie en onderzoeksmethoden met de orbita. De voertaal zal Engels zijn. Voor inlichtingen en aanmeldingen kan men zich wenden tot de algemeen secretaris Dr. J. P. A. Gillissen, p.a. Oogheelkundige Kliniek, Wilhelmina Gasthuis, 1e Helmerstraat 104, Amsterdam 1013, tel. 020-782233, toestel 2865.

Benoeming – De nieuwe Directeur-Generaal van de Volksgezondheid wordt de heer J. van Londen, zenuwarts. De heer van Londen is thans hoofddirecteur gezondheidszorg, tevens geneeskundig hoofdinspecteur van de geestelijke volksgezondheid. In de nieuwe functie die hij per 1 januari 1977 zal aanvaarden volgt de heer van Londen de arts W. B. Gerritsen op.

Medische sportkeuring – In 1974 hebben in Nederland 294.586 mensen een medische sportkeuring ondergaan tegen 321.813 in 1972, een daling van 8½%. Zuid-Holland stond aan de top met 59.380 personen, de Zeeuwen vertoonden de minste behoefte aan zo'n keuring met 5.720 personen. Van de 218 bureaus (in 1972 waren dat er 209) werden van 202 bureaus de financiële gegevens ontvangen. De kosten zijn in 1974 ondanks het minder aantal keurlingen gestegen met 13.3% ten opzichte van 1972. De bureaus werken met subsidie van de Nederlandse Sportfederatie, provincie en gemeente; het rijk heeft de subsidie per 1 januari 1973 ingetrokken. Deze gegevens zijn ontleend aan het jaarverslag van de Medische Federatie van Bureaus voor Medische Sportkeuring. De publikatie over 1972 verscheen in juli 1974 (pag. 239) in de 'Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid'.

Registratie van probleemgedrag

door Drs. M. Mootz, sociologe*

Steeds weer hoort men verluiden, dat de 'prevalence of mental disorders' in ons land 25-30% zou bedragen. Maar dat cijfer is zeer aanvechtbaar, betoogde Dr. Meindert J. W. de Groot in 1971 in deze kolommen (zie foto hiernaast): nodig zijn harde gegevens over het vóórkomen van behandeling behoevende psychische stoornissen en over de trends die zich in die frequentie voordoen. Dr. De Groot bepleitte een frequentie-onderzoek uit de sociaal-psychiatrische en de epidemiologische hoek. Wellicht kunnen ook de huidige huisartsenregistraties nuttige diensten bewijzen, is de suggestie die Drs. M. Mootz in bijgaand artikel naar voren brengt en uitwerkt.

De „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk:

Door Dr. Meindert J. W. de Groot
epidemiologisch adviseur

Bij de bespreking van de nota van Dr. Kruisinga over de geestelijke gezondheid op 8 maart [1] is er door de heer Lamberts weer een herinnering — hij sprak van „het zal u bekend zijn” — dat ongeveer een eeuw tot tien decen van de Nederlandse bevolking zich lichamelijk en geestelijk ongezond zou voelen. Is het hier niet, als de heer Lamberts op de vermeende oorzaken van deze — als zij juist is! — toch wel onstellige situatie (ingen Mij bezetting is slechts het uitgangspunt aan de orde te stellen, de bewering van de enorme geestelijke verzieking van ons volk. Waar komen de genoemde cijfers toch vandaan? Wat stellen zij voor? En welke waarde mag men eraan hechten?

Voor een evaluatie van deze uitspraak lijkt thans meer dan ooit aanleiding te zijn nu de cijfers gehandeld zijn te worden door de parlementaire overzorgers voor een bredere geestelijke gezondheidszorg. Het is de hoogste tijd dat de geneeskundigen bij de discussies over het betreffende regeeringsbeleid weten wat de werkelijke omvang is van het probleem waarover zij praten. Mij vaak genoeg herhaald kunnen kraak uitpakken gemakkelijk een bijna magische overtuigingskracht verkrijgen. Nodig daarvoor is alleen dat de formulering kort en bondig is en met „geest” omkleed. Daarbij is het in de regel volkomen overbodig van welke aard dat geest is.

In de eerder genoemde vergadering van de Vaste Commissie voerde de heer Tilanus aan deze voorwaarde door er aan te herinneren dat het een „behandelingspsychiater” was die heeft gezegd dat ongeveer 25% van de bevolking geestelijk gestoord is of het dringt te worden. Gezien de hiervan uitgaande suggestieve kracht kan het nauwelijks verwondering wekken dat in de reagerende zelf nog eens alomtegenwoordig aan hetzelfde over deze kraak uitpakten. De vraag naar de oorsprong van het probleem en naar de mate van verzieking komt daarin trouwens niet aan de orde.

Mevrouw Vred-Sticht maakt hierover op dat de nota uiteraard geen beeld geeft van de toestand van de psychische gezondheid of ongezondheid van ons volk. Bij dit „uiteraard” zou eigenlijk een vraagstuk moeten worden gesteld: het 1911 (het 1911) is de huidige situatie in de nota als deze een zo exact mogelijke beschrijving van de omvang van het probleem is, in dit geval dan een breedtestelbare informatie over de toestand en ontwikkeling van de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk.

Slogan of realiteit?

In pers en media veelvuldig, evenals in medische en parlementaire discussies wordt de „prevalence of mental disorders” bij het Nederlandse volk steeds weer met 25 tot 30 procent aangegeven. Dr. De Groot heeft op grond van een literatuuroverzicht aan dat dit cijfer nimmer zeer aanvaardbare cijfers zijn en betoogt dat er momenteel geen enkele wetenschappelijke aanwijzing is voor de achterligging van de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk. Hij dringt er op aan te stoppen met het zinnen van paniek, daarnaast erkennen de dat er voor de programmering van de toekomstige voorzieningen behoeft te bestaan een harde, reproduceerbare gegevens over het voorkomen van behandeling behoevende psychische stoornissen en over de zich in die frequenties voordoe trends. Daarom pleit hij voor het betrekken in de sector volksgezondheid voor een studie die onderzocht wordt de bestrijding van de meest voorkomende psychische stoornissen en de samenwerking van sociaalpsychiater en epidemioloog.

like volksgezondheid in ons land. Mevrouw Vred-Sticht voerde in de Vaste Commissie aan dat deze voorwaarde door er aan te herinneren dat het een „behandelingspsychiater” was die heeft gezegd dat ongeveer 25% van de bevolking geestelijk gestoord is of het dringt te worden. Gezien de hiervan uitgaande suggestieve kracht kan het nauwelijks verwondering wekken dat in de reagerende zelf nog eens alomtegenwoordig aan hetzelfde over deze kraak uitpakten. De vraag naar de oorsprong van het probleem en naar de mate van verzieking komt daarin trouwens niet aan de orde.

Mevrouw Vred-Sticht maakt hierover op dat de nota uiteraard geen beeld geeft van de toestand van de psychische gezondheid of ongezondheid van ons volk. Bij dit „uiteraard” zou eigenlijk een vraagstuk moeten worden gesteld: het 1911 (het 1911) is de huidige situatie in de nota als deze een zo exact mogelijke beschrijving van de omvang van het probleem is, in dit geval dan een breedtestelbare informatie over de toestand en ontwikkeling van de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk.

... werkelijke omvang onbekend ...

1. Inleiding

Het is gebruikelijk om bij bespreking van onderwerpen op het gebied van de medische sociologie onderscheid te maken tussen ziekte (medisch-biologische ziekte), ziektegevoel (ervaren ziekte), ervaren dreiging door mogelijke ziekte) en ziektegedrag (gedrag dat met gezondheid en ziekte verband houdt) (Mechanic, 1968, Philipsen 1969, Van der Maas en Vrijlandt, 1974 e.a.). Deze drie aspecten van het ziekteproces (Philipsen, 1969) overlappen elkaar voor een groot gedeelte maar niet geheel: ziekte kan bijvoorbeeld aanwezig zijn zonder dat men deze opmerkt, men kan zich ziek voelen zonder dat daarvoor medisch-biologische oorzaken blijken te zijn en ook zonder dat men in verband ermee acties onderneemt. Deze acties — het ziektegedrag — kunnen zeer verschillend van aard zijn (Philipsen, 1969, Cassee, 1973, Jessen e.a., 1974). Een belangrijke vorm van ziek-

tegedrag is het raadplegen van een arts, in Nederland voor het merendeel de huisarts.

In de (huisartsen)praktijk blijkt evenwel, dat mensen hun arts niet alleen raadplegen ten gevolge van ervaren of dreigende ziekte, maar soms ook omdat zij bepaalde problemen met hem willen bespreken. Dit verschijnsel wordt ook wel „probleemgedrag” genoemd. Van de Maas (1974) definieert het als volgt: „We spreken van probleemgedrag, wanneer iemand problemen, die hijzelf ook niet als ziekte ervaart, toch aan een medische instantie, met name de arts, voorlegt”, (p. 14). Wanneer men probleemgedrag op deze wijze definieert, moet men zich afvragen waarom juist de huisarts wordt gekozen om het leefprobleem te bespreken. Met de toevoeging „die hijzelf ook niet als ziekte ervaart” is daarvoor immers geen duidelijke reden aan te geven. In de praktijk komt probleemgedrag echter meestal in combinatie met ziektegedrag voor, dat wil zeggen „De patiënt gaat pas naar de dokter als hij om zo te zeggen de worsteling met zijn probleem heeft omgezet in een ziekte” (Balint, 1964, p. 287).

Dit wordt uiteraard meestal door de patiënt niet opgemerkt en niet bewust zo ervaren. Hij voelt zich niet gezond en raadpleegt zijn arts dan meestal met vage psychosomatische klachten. Hierdoor lijkt het verschil tussen probleem- en ziektegedrag haast volledig te verdwijnen. Het huisartsconsult is legitiem in die zin dat de medicus in verband met veronderstelde medische ziekte wordt geraadpleegd. Dat daarbij andere problemen ter sprake (kunnen) komen, kan vaak als bijzaak worden gezien. Lamberts (1974) zegt hierover: „de reden voor deze onduidelijkheid (met betrekking tot het verschil tussen ziekte- en probleemgedrag, M.M.) is mede daarin gelegen dat in beginsel bijna elk contact tussen patiënten en huisarts dat in de huidige omstandigheden in Nederland plaatsvindt, als ziektegedrag ervaren wordt” (p. 462).

2. De „geestelijke verzieking”

Aan probleemgedrag en daarmee samenhangende onderwerpen wordt in toenemende mate aandacht besteed. Dit komt onder meer voort uit de nadruk die wordt gelegd op het feit dat gezondheid lichamelijke, psychische en sociale aspecten omvat. Herhaaldelijk werd en wordt artsen verweten, dat zij de patiënt te veel vanuit een medisch gezichtspunt benaderen en daardoor te weinig aandacht hebben voor zijn psychische en sociale problematiek. Voorts werd en wordt erop gewezen, dat er vele mensen zijn die met leefproblemen worden geconfronteerd zonder deze adequaat te kunnen oplossen, maar die daarvoor géén professionele hulp inroepen. Met andere woorden: *probleemgedrag waarmee de (huis)arts wordt geconfronteerd geeft slechts inzicht in een gedeelte van een zeer omvangrijk verschijnsel*. Een verschijnsel dat bovendien volgens sommigen in omvang toeneemt en alle reden tot bezorgdheid geeft.

Dat men inderdaad het gevoel heeft met meer problemen geconfronteerd te zijn dan vroeger moge blijken uit de volgende bevindingen (Sociaal en Cultureel Planbureau 1976). Over het algemeen maken mensen zich meer zorgen over

* Medewerkster van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.

allerlei zaken dan vroeger. Daarnaast zeggen in 1975 meer mensen en vooral meer jongeren het leven zinloos en doelloos te vinden dan in 1958 (zie tabel 1).

Deze gegevens mogen echter niet direct tot de conclusie leiden, dat toename van ervaren (c.q. gerapporteerde) problemen tegelijk een toename van probleemgedrag tot gevolg zou hebben.

Aan het einde der jaren zestig werd bij herhaling 20-30% van de Nederlanders geacht psychosociale stoornissen te hebben. Ook in het buitenland werden soortgelijke schattingen gepubliceerd (Langner and Michael, 1963). In een opmerkelijk artikel heeft De Groot (1971) aangetoond, dat deze gegevens op zijn minst aanvechtbaar zijn en *dat er geen reden is te veronderstellen dat de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk achteruit zou zijn gegaan*. De gegevens met betrekking tot het voorkomen van psychische stoornissen uit 17 studies lopen zo sterk uiteen (0,8-81,5%) dat het trekken van conclusies hierover, volgens De Groot, niet verantwoord zou zijn. Er is slechts één conclusie mogelijk: de onderzoeken zijn niet vergelijkbaar.

De Groot geeft hiervoor verschillende oorzaken aan. Een van de belangrijkste is de *cultuurbepaaldheid van het gezondheidsbegrip*. Hij stelt (p. 816) dat het nog in 1957 als schande werd ervaren neurotisch te zijn (volgens Barnhoorn, 1957) terwijl 'De weegschaal sindsdien naar de andere kant is doorgeslagen', getuige bijvoorbeeld uitspraken van Trimbos twaalf jaar later: deze wijst op een onrustbarende toename van psychische stoornissen. Volgens De Groot waren deze uitspraken onvoldoende gefundeerd. Volgens hem is veeleer het begrip psychische ziekte aan begripsinflatie onderhevig. Hij schrijft:

'Als men vroeger slechts de keien telde, maar nu ook alle kleine kiezen, zal het niemand verbazen dat het aantal stenen is toegenomen' (p. 818). Hij zegt verder, dat de vraag welke cijfers dan wel betrouwbaar zijn voorlopig niet te beantwoorden is. In de samenvatting van zijn artikel pleit De Groot derhalve voor 'een spoedig te ondernemen wetenschappelijk verantwoord frequentie-onderzoek' (p. 815).

3. Registraties in de huisartsenpraktijk

Recentelijk zijn verschillende huisartsen – al dan niet in samenwerkingsver-

Tabel 1. 'Ervaren problemen' in 1958 en 1975.

	1958	1975
maakt zich wel eens zorgen over		
– gezin of kinderen	32	40
– politieke toestanden	21	42
– geldzaken	26	29
– gezondheid	20	28
– eigen toekomst	19	23
vindt leven zinloos en doelloos	8	13

(N = 1.132) (N = 1.688)

Bron: Onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland, Sociaal en Cultureel Rapport 1976, hoofdstuk 14.

band – ertoe overgegaan, de morbiditeit in hun praktijken te registreren (Oliemans, 1969 en Oliemans en Van de Ven, 1975; Continue morbiditeitsregistratie peilstations, vanaf 1970; Lamberts, 1974; Continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1975). Het is niet onwaarschijnlijk, dat De Groot bij zijn pleidooi voor wetenschappelijk verantwoord frequentie-onderzoek dergelijke registraties op het oog heeft gehad. *Men kan zich daarom afvragen, of deze registraties wél antwoord geven op de vraag naar de omvang van probleemgedrag c.q. psychosociale klachten. Zou dit het geval zijn, dan zou men immers de beschikking hebben over een voor de hand liggend instrument om de omvang en de ontwikkeling van een zo belangrijk verschijnsel als probleemgedrag te bepalen.*

Voor een inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking zijn deze registraties zeer waardevol. Lange tijd was men voor dit inzicht aangewezen op gegevens betreffende ziekenhuisopnamen en de daarbij vastgestelde diagnosen. Wanneer men bedenkt, dat slechts ongeveer 10% van de Nederlanders in een jaar in een ziekenhuis komt te liggen, blijkt al de onvolkomenheid van deze informatie. Over het algemeen is het in Nederland nog steeds zo, dat de huisarts de eerste poort is waardoor men het gezondheidssysteem binnentreedt. Informatie over hetgeen zich binnen die poort afspeelt is daarom van belang wanneer men geïnteresseerd is in het functioneren van de eerstelijns zorg en in de gezondheidstoestand van mensen die gezondheidszorgvoorzieningen raadplegen. Uiteraard zijn deze gegevens slechts resultaten van 'loket-onderzoek' (Philipsen, 1969). Zij hebben geen betrekking op het voorkomen van ziekte bij de gehele bevolking. Uitkomsten van interview-onderzoek

onder de bevolking wijken hier dan ook meestal van af, in die zin dat de laatste hogere prevalentiecijfers opleveren.

Nu zijn er voor de huisartsen in kwestie verschillende *redenen* voor het opzetten van een registratiesysteem; deze kunnen gevolgen hebben voor de inhoud van zo'n systeem. In zijn boekje 'registratie van hulpverlening' noemt Hoekstra (1975) twee optieken van waaruit men registratiegegevens zou kunnen verzamelen, te weten de administratie-optiek en de research-optiek. Men kan stellen, dat de meeste morbiditeitsregistraties voornamelijk vanuit researchoogpunt zijn opgezet; men wil bijvoorbeeld achterhalen met welke persoonskenmerken bepaalde ziekten gepaard gaan, of zich daarin een bepaald patroon voordoet etc.

Voorts geldt dat inhoud en wijze van registratie bepaald worden – of idealiter bepaald zouden moeten worden – door hetgeen men met het registratiesysteem voorheeft (Hoekstra, 1975, p. 15-16). Hoekstra toont met behulp van voorbeelden aan, dat niet elke registratie aan de aanvankelijk gestelde doelstellingen blijkt te voldoen, omdat men zich bij de opzet ervan de consequenties onvoldoende had gerealiseerd. Over de doelstellingen van enkele registraties kan bijvoorbeeld het volgende worden gezegd. De groepspraktijk in Ommoord heeft tot doel met behulp van de registratie 'een brug te slaan naar de gehele eerstelijns zorg' door 'gedegen onderzoek te doen naar in beginsel alles wat zich . . . afspeelt' (p. 455). Oliemans (1969) spreekt in zijn dissertatie in dit verband van 'het verlangen naar meer exacte gegevens over de morbiditeit, zoals die door de huisarts gezien wordt'. In een recentelijk verschenen artikel van zijn hand onderzoekt Oliemans (1975) de samenhang tussen ziekten enerzijds en een aantal

persoonskenmerken anderzijds, waaronder als voornaamste de huisvestings-situatie van de patiënt. Van der Velden (Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1975) tenslotte gebruikt de morbiditeitsregistratie voor informatie betreffende het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnamen. Hij doet dit overigens terloops in een artikel waarin de registratie als zodanig niet centraal staat.

De genoemde doeleinden van de registraties ontlopen elkaar dus niet erg. Gezien de ruime formulering van de doeleinden is dat overigens ook niet zo verwonderlijk. Samenvattend zou men kunnen concluderen, dat aan de in Nederland op gang gebrachte morbiditeitsregistraties in huisartsenpraktijken niet die bezwaren kleven die vele van de door De Groot genoemde onderzoeken voor onderlinge vergelijkbaarheid ongeschikt maakten. Zij worden immers in alle gevallen door huisartsen gevoerd (geen 'discipline-bias'), het gaat in alle gevallen om 'loket-onderzoek' (zie boven), registratie-optiek en -doelstellingen ontlopen elkaar niet wezenlijk, zij zijn allen opgesteld in ongeveer dezelfde periode (namelijk tussen 1970 en 1975) en hebben op Nederland betrekking. Hierdoor zou de invloed van cultuurbepaaldheden en begripsinflatie gering moeten zijn.

4. Probleemgedrag in recente registraties

Ook in de huisartsenregistraties blijken zich evenwel nog behoorlijke verschillen voor te doen tussen het voorkomen van probleemgedrag: 'prevalence' bij Oliemans (1969) 83, idem (1972) 110, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1975) 184, Lamberts (1974) 366. In tegenstelling tot de vergelijkingen in het artikel van De Groot, is het hier en nu beter mogelijk de oorzaken van deze verschillen op te sporen. Het is onwaarschijnlijk dat deze alléén zouden zijn toe te schrijven aan een toename van het verschijnsel. Uit tabel 1 is wel af te leiden dat 'ervaren problemen' en daarmee de kans op probleemgedrag toeneemt, maar niet in die mate waarin het in deze 'prevalence'-cijfers tot uitdrukking komt. De gegevens uit tabel 1 hebben immers betrekking op een periode van 17 jaar, terwijl het bij de registraties om een periode van maximaal 6 jaar gaat. Voorts kan worden opgemerkt dat de Nijmeegse registratie in dezelfde periode is ontstaan als die in

Ommoord, terwijl de 'prevalence' in Ommoord twee maal zo hoog is.

Oliemans (1975) noemt enkele bezwaren van zijn werkwijze: 'Niet representatief, subjectief gekleurd en door vooroordelen beïnvloed' (p. 438). Deze bezwaren gelden echter evenzeer voor de andere genoemde registraties; zij zullen nooit volledig te voorkomen zijn. Zelfs bij een registratie van alle landelijke gegevens (patiëntenregistratie psychiatrische instituten, zie Hoekstra, 1975, p. 34-40) op één centraal punt deden zich nog problemen voor die invloed op de betrouwbaarheid hadden. In zijn proefschrift noemt Oliemans nog enkele belangrijke bronnen voor verschillen in registratieresultaten. Men moet bijvoorbeeld rekening houden met de samenstelling van het patiëntenbestand en de plaats van de praktijk. Uit de literatuur is bekend, dat vrouwen meer probleemgedrag vertonen dan mannen (o.a. Lamberts, 1974). Ook de leeftijdsopbouw van de praktijk speelt een rol.

Om de prevalenties onderling vergelijkbaar te maken, kan men proberen de praktijkopbouw waarop de registraties gebaseerd zijn voor deze factoren te corrigeren. Hievoor zou men de belangrijkste patiëntencategorieën een verschillend gewicht moeten geven. Dit gewicht zou men kunnen baseren op het landelijk voorkomen van psychosociale klachten bij precies dezelfde categorieën mensen. Dat klinkt in eerste instantie vreemd, omdat het er nu juist om gaat dit moeilijk achterhaalbare gegevens te vinden. De hier bedoelde wegingsfactoren behoeven echter slechts een zeer globale, indirecte aanwijzing te geven. Het gaat er vooral om dat de wegingsfactoren zijn afgeleid uit landelijk representatieve gegevens, waarvan de sub-populaties met die in de registratie vergelijkbaar zijn. Voor

een dergelijke weging kan de score op *Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand (V.O.E.G., Dirken, 1969)* worden gebruikt. Deze werd in 1974 door een a-selecte steekproef (C.B.S., Leefsituatieonderzoek 1974, landelijk, 4806 personen van 18 jaar en ouder) ingevuld en deze gegevens zijn bruikbaar voor de opstelling van wegingsfactoren.

Met nadruk zij erop gewezen, dat hier niet wordt gepretendeerd, dat de V.O.E.G.-score het voorkomen van probleemgedrag aangeeft. Wel is het aannemelijk, dat een hoge V.O.E.G.-score bij die sub-populaties optreedt, die ook veel probleemgedrag vertonen, ofwel: de determinanten van beide gegevens komen vermoedelijk overeen (Van de Maas, 1974). De gedachtengang is als volgt: Er is uitgegaan van vier sub-populaties: zij die jonger zijn dan 65 jaar, zij die 65 jaar en ouder zijn, vrouwen en mannen, alsmede de combinaties van deze kenmerken. De fracties van het voorkomen van een V.O.E.G.-score (stress) van meer dan twee punten op het totaal aantal personen per sub-populatie leverde 'wegingsfactoren' op. Met behulp van deze wegingsfactoren werd vervolgens per betrokken praktijk het theoretische voorkomen van stress berekend. Dit leverde uiteraard – afhankelijk van de samenstelling van het patiëntenbestand – voor iedere praktijk een ander cijfer op.

Verondersteld werd, dat de verhouding tussen deze theoretische frequenties per registratie ongeveer gelijk zou moeten zijn aan de verhouding tussen de door de auteurs gerapporteerde 'prevalence'-gegevens van probleemgedrag. Bijgaand resultaat (gestandaardiseerd: Oliemans 1969 = 100) laat zien dat dit niet het geval is, noch voor de leeftijds-categorieën noch voor mannen en vrouwen en ook niet voor de combinatie van

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.

deze kenmerken. Integendeel: de resultaten wijzen juist in de andere richting (zie Tabel 2).

Hieruit kan men concluderen, dat de verschillen tussen 'prevalence'-gegevens met grote waarschijnlijkheid niet zijn toe te schrijven aan verschillen in leeftijd en geslacht die zich in de afzonderlijke praktijken voordoen.

Waaruit zijn die verschillen dan wél te verklaren?

In de eerste plaats ontstaan verschillen door een andere interpretatie van morbiditeit (Oliemans, 1969, p. 56). Dit is hetzelfde argument, dat De Groot in 1970 gebruikte. Vooral met betrekking tot psychische klachten, probleemgedrag en dergelijke is eenduidige klassificatie erg moeilijk. Dit blijkt alleen al uit de onduidelijkheid van een aantal begrippen zoals bij ziekte- en probleemgedrag (zie boven). Zelfs de wat duidelijker diagnoses die door psychiaters worden gesteld, komen veelal niet overeen; Rooymans rapporteert een onderlinge overeenstemming van 60 à 70 % bij hoofdgroepen van ziekten en 40 à 55% als het om grotere detaillering gaat (uit: Hoekstra, 1975, p. 36).

In de tweede plaats kunnen verschillen veroorzaakt zijn door de individuele interesses van de artsen (Oliemans, 1969, p. 55). Dit punt is van belang wanneer men bedenkt, dat bijvoorbeeld in de groepspraktijk in Ommoord met opzet extra aandacht wordt besteed aan probleemgedrag. Voor de selectie van probleemgedrag golden de criteria dat het probleem 'belangrijk' en dat het een 'uitgesproken probleem' moest zijn (p. 461). Wanneer hieraan echter expliciet grote aandacht wordt gegeven, is de kans op het 'voorkomen' van probleemgedrag vergroot. Dit blijkt duidelijk uit de analyse van de Ommoord-gegevens zoals Lamberts die in zijn derde artikel geeft. Deze geeft aanleiding tot de 'conclusie dat er sprake is van een mechanisme dat inhoudt dat er relatief veel verrichtingen en vooral bepaalde diagnoses 'nodig' zijn, voordat de huisarts en de patiënt tot explicitering van probleemgedrag komen; anderzijds lijdt probleemgedrag weer tot een hogere consumptie' (p. 66). Lamberts zegt zelf in zijn conclusies, dat 'diagnosen meer kunnen zeggen over de huisarts dan over de patiënt' (p. 71).

Dit hangt samen met een derde oorzaak voor het verschil bij registratie van

Tabel 2: Vergelijking van theoretische 'prevalence'-cijfers¹

	Oliemans 1969	Oliemans 1972	Lamberts
'prevalence' probleemgedrag	83	110	366
gestandaardiseerd	100	133	441
correctie m.b.t. leeftijd	100	97	97
idem m.b.t. geslacht	100	97	96
idem m.b.t. leeft. × gesl.	100	89	87

¹ De praktijkopbouw van de Nijmeegse registratie was niet bekend. Aangezien de 'prevalence' van probleemgedrag daar niet extreem hoog of laag was (184) werd van vergelijking met gegevens van deze registratie afgezien.

probleemgedrag. Het is niet uitgesloten dat artsen die extra aandacht aan probleemgedrag schenken en dat kenbaar maken (door publikaties, of indirect doordat patiënten het aan hun kennissen vertellen) juist patiënten met probleemgedrag aantrekken. Er vindt als het ware een a-priori zelfselectie plaats van patiënten die sterk geneigd zijn hun leefproblemen met de huisarts te bespreken. Dit kan zelfs zover gaan, dat mensen die liever niet over persoonlijke zaken met de huisarts praten zich bij deze artsen ook niet als patiënt laten inschrijven.

Een vierde oorzaak, die hiermee verband houdt, wordt vanuit een ander gezichtspunt door Hoekstra (1975) aangedragen. Hij komt namelijk tot de conclusie, dat nieuw opgezette registraties vooral bij die instellingen goed functioneren, die 'wat betreft teamfunctioneren en wat betreft werkbegeleiding modern georganiseerd zijn' (p. 32). De omkering van deze redenering is mogelijk mede oorzaak van het 'vele voorkomen van probleemgedrag in de huisartsenpraktijk'.

Wij doelen op de mogelijkheid dat modern ingestelde huisartsen, die niet uitsluitend vasthouden aan puur medische uitgangspunten maar openstaan voor de totale leefproblematiek van hun patiënten, ook eerder geneigd zouden kunnen zijn tot het opzetten van moderne registraties. Dit betekent, dat niet alleen de individuele interesses van huisartsen in probleemgedrag maar ook de interesse van juist deze artsen als groep in het uitvoeren van registraties, bijdraagt tot een (dan ten onrechte veronderstelde) 'toename' van probleemgedrag.

Tenslotte moet aan deze reeks van mogelijke bronnen voor het verschil in

registratieresultaten worden toegevoegd, dat uiteraard ook de a-priori klassificatie van diagnoses van invloed is op de uitkomsten. Het systeem in Ommoord leidt er bijvoorbeeld toe, dat daar vooral wat probleemgedrag betreft ook de 'kleine kiezels' worden geteld. Hier wordt niets ten ongunste van het systeem gezegd, integendeel, maar dit feit heeft wel invloed op het 'voorkomen van probleemgedrag' en het vermindert de vergelijkbaarheid met minder gedetailleerde systemen.

5. Conclusies

Aan huisartsenregistraties kleven minder bezwaren met betrekking tot de mogelijkheid gegevens over het voorkomen van probleemgedrag c.q. psychosociale klachten op te sporen, dan aan vele van de door De Groot genoemde onderzoeken. Niettemin zijn ook de verschillen tussen deze registraties zo groot, dat zij wat dit betreft geen eenduidig beeld opleveren. Hiervoor werden verschillende mogelijke oorzaken genoemd. Nog steeds geldt daarom de uitspraak van De Groot, dat de vraag naar de precieze omvang van het voorkomen van psychische stoornissen en daarmee samenhangend probleemgedrag voorlopig niet te beantwoorden is*. Anderzijds geldt dat genoemde

* Voor de consequenties van deze uitspraak voor het beleid ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg zij verwezen naar het artikel van De Groot zelf, en voor het beleid ten aanzien van sociale voorzieningen naar Van der Maas (1975). De laatste toont onder meer aan dat de diagnose 'psychische afwijkingen' een soort sluitpost vormt, waarmee aan 'ziekteverzuim' en 'arbeidsongeschiktheid' ten onrechte een medisch etiket wordt gegeven.

huisartsen deze vraag ook niet expliciet zouden willen beantwoorden. Uit eerder geciteerde registratiedoeleinden zijn dergelijke pretenties ook niet af te leiden.

Het belang van morbiditeitsregistraties staat natuurlijk buiten kijf, maar wij willen er wel op wijzen dat bestaande registraties – hoe waardevol ook in ander opzicht – bepaalde vragen onbeantwoord moeten laten. Gezien de ruime doelstellingen die deze werkzaamheden moeten en voor een groot gedeelte ook kunnen dienen, is het noodzakelijk tevens de beperkingen ervan te benadrukken. Gebeurt dat niet, dan is het niet uitgesloten dat de registratiegegevens 'een eigen leven gaan leiden' en gebruikt worden voor doeleinden waarvoor zij niet geschikt zijn.

Literatuur

Balint, M., De dokter, de patiënt, de ziekte, London 1964, Aula-editie, tweede druk, 1975.

Cassee, E. Th., Naar de dokter, Meppel 1973.

C.B.S., Leefsituatieonderzoek 1974, Den Haag, 1975.

Dirken, J. M., Arbeid en stress, Groningen, 1969.

De Groot, De 'geestelijke verzieking' van het Nederlandse volk: Slogan of realiteit? In: Medisch Contact, 26 (1971), p. 815-822. Hoekstra, M., Registratie van hulpverlening. Uitgave van het N.C.G.V., Utrecht, 1975.

Jessen, J. L. e.a., Medische consumptie, Groningen, 1974.

Lamberts, H., De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde. In: Huisarts en Wetenschap, I: (1974) 17, p. 455-473, II: (1975) 18, p. 7-39, III: (1975) 18, p. 61-73.

Langner, T. S. en S. T. Michael, Life, Stress and Mental Health, London 1963.

Maas, P. J. van der en A. J. W. Vrijlandt, Geïntegreerd Milieuonderzoek Rijnmond, bijlage met betrekking tot gezondheidsbe-

ving, ziekte-ervaring en milieu, Openbaar Lichaam Rijnmond, maart 1974.

Maas, P. J. van der, Arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid in verband met psychische afwijkingen. In: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 53 (1975), p. 440-451. Mechanic, D., Medical Sociology, A selective view, New York, 1968.

Oliemans, A. P., Morbiditeit in huisartspraktijk, huisartspraktijk, Leiden, 1969.

Oliemans, A. P. en W. van de Ven, Morbiditeitsanalyse in een solo-huisartspraktijk. In: Huisarts en Wetenschap 18 (1975) p. 437-448.

Philipsen, H., Afwezigheid wegens ziekte, Groningen, 1969.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Sociaal en Cultureel Rapport 1976, hoofdstuk 14, Den Haag, 1976.

Velden, H. G. M. van der, Huisartsgeneeskunde en medische opleiding, Beschouwend verslag naar aanleiding van een studiebezoek aan de Medische Faculteit van McMaster, Ontario. In: Medisch Contact 31 (1976) p. 1055-1060.

Het grote zwijgen

Bezorgd over de hartwerking van mijn patiënt en vaderlijke vriend de heer X, loop ik naar beneden. De telefoonnummers van het academisch ziekenhuis liggen al klaar. 'Wilt u mij verbinden met de afdeling Cardiologie, opname?' 'Ik zal u de polikliniek geven.' 'Wat heb ik daar nou aan?', schiet de wrevel door me heen. Een vriendelijke vrouwenstem: 'Poli cardiologie.' Ik meld mijn naam en het feit dat ik de huisarts ben van de heer X, die nog slechts vier dagen geleden op de poli voor zijn 'pacemaker' is gecontroleerd en goed bevonden. Zijn pols schommelt tussen de 34 en 40 slagen p.m. 'Ik verbind u door met toestel 2268.' Gekraak, daarna zakelijk: 'toestel 2268'. Ik meld wie ik ben en dat ik vrees dat bij de heer X een nieuwe 'pacemaker' geïmplanteerd moet worden. Groot zwijgen. 'Is daar eigenlijk iemand?' Nul op het rekest. Toestel 2268', zegt opeens een stem. 'Leuk, zo'n toestel. Maar is daar ook iemand?' Meer dan twee minuten zwijgen, dan een veelbelovend gekraak: 'Toestel 2268' (onbewogen). 'Zit daar ook een mens?', roep ik dringend. 'Ja, wat wilt u dan eigenlijk?' 'Ik wil opname voor een patiënt die een nieuwe 'pacemaker' moet hebben. Verbindt u me dan s.v.p. met de opname-afdeling!' Ik denk: verrekken jullie met je hartrenwagen, de 'doctor's delay' en dergelijke kreten – help liever een opname realiseren, wanneer dat nodig is. Geen geluid. Eindelijk: 'Toestel 2268'. Je zou bijna lachen, maar ik ben vertwijfeld en roep, 'Kan ik die patiënt nu opnemen, of vinden jullie een pols van 36 geen indicatie meer?!' En waarachtig nog aan toe: géén antwoord. Tenslotte, terwijl om me heen in de kamer de familie van de patiënt steeds nerveuzer wordt, een stem: 'Bent u in gesprek met toestel 2268?' Nog net niet vloekend deel ik deze stem mee, al een kwartier tevergeefs doende te zijn de mens achter dit nummer te pakken te krijgen. Nou ja, opeens komt dan een collega te voorschijn die de patiënt nog controleerde. Hij blijft aan de lijn, vindt het ook noodzakelijk dat patiënt verschijnt en zegt: 'Laat hem maar even op de poli langs komen. 'Laat hem maar even op de poli langs komen!'. . . De heer X is 83 jaar, ligt nu al twee dagen in bed in slechte conditie, benauwd, duizelig, slap. Kort en goed: ambulancevervoer geregeld. Patiënt wordt via de poli opgenomen. Nummer 2268 heeft tenslotte gehandeld.

(Er blijkt een draadbreek in de 'pacemaker' te zijn. De patiënt wordt – kundig – geopereerd. Twee weken later zit hij weer op zijn vertrouwde plaats in de kamer.)

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

Prepaid comprehensive group practice

door S. Tillema, M.D.

In zijn pleidooi voor een goede opbouw van de gezondheidszorg (M.C. 1976: blz. 1105.) heeft Prof. H. J. J. Leenen enkele criteria genoemd waaraan een systeem zou moeten voldoen. Zeer in het kort zijn dit: samenhang, coördinatie, gelijktijdigheid van te nemen maatregelen en open communicatiekanalen. Hij stelt zeer terecht dat het streven niet in de eerste plaats moet zijn een bezuiniging, maar het met de aanwezige middelen beschikbaar stellen van de best mogelijke geneeskundige verzorging, dat verder het zwaartepunt van die verzorging moet liggen in de eerste lijn en dat het systeem moet worden opgebouwd vanuit de basis en niet vanaf de top. Dit vraagstuk is niet typisch Nederlands. Ook in andere landen wordt aan dit probleem gewerkt, vaak met een eigen aanpak. In de U.S.A. bijvoorbeeld is in sommige staten gedurende de laatste veertig jaar een systeem zich aan het ontwikkelen dat meer verticaal gestructureerd is, in tegenstelling tot de meer horizontaal gestructureerde traditionele gezondheidszorg. De ruggegraat van deze structurering is Prepaid Comprehensive Group Practice, een in Nederland onbekende opstelling. Dit systeem heeft getoond te voldoen in de praktijk en is daarom een vermelding waard. Om dit systeem te begrijpen dient men zich de draagwijdte van het begrip comprehensive in zijn volle omvang te realiseren. Comprehensive betekent in dit verband dat het gehele spectrum van de geneeskundige behandeling is samengebundeld in één medisch centrum en – bijvoorbeeld bij het Kaiser-Permanente Medical Care Plan – dat het

regionale ziekenhuis is aangebouwd aan het centrum, dus opbouw vanuit de basis.

Door samenbundeling van het geneeskundig spectrum wordt ongedwongen specialistische hulp beschikbaar tot in de eerste lijn, maar worden ook de huisartsen, maatschappelijk werkers en de nurse-clinicians ingeschakeld in de intramurale zorg, wat de continuïteit van de behandeling bevordert en de communicatielijnen openhoudt. Tevens komt de vaak kostbare uitrusting van het ziekenhuis meer dan tot nu toe het geval is, ten goede aan de gemeenschap in het algemeen.

Decentralisatie en regionalisatie volgen uit de structuur: door de open communicatielijnen kunnen veranderingen in één sector tijdig worden opgevangen in een andere, zonder dat het evenwicht wordt verstoord.

Budgettering blijkt mogelijk te zijn zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de behandeling. Voor de artsen betekent het een ietwat geringer inkomen, maar met een pensioensregeling.

Publieke belangstelling

Aanvankelijk zijn de comprehensive medical care groups door de medische wereld, op ideologische gronden, krachtig tegengewerkt, maar sinds een kleine tien jaar heeft de A.M.A. zijn stellingname gewijzigd, Blue Cross is begonnen op grote schaal onder zijn consumenten de oprichting van deze groepspraktijken te bevorderen, de Federale regering subsidieert P.C.C.G.'s die voldoen aan de, bij de wet vastge-

legde criteria van Health Maintenance Organizations en in alle in behandeling zijnde wetsvoorstellen, die het instellen van een National Health Insurance beogen, zijn P.C.C.G.'s en/of H.M.O.'s geïntegreerd.

De mogelijkheid zich tegen ziektekosten te verzekeren is in de U.S.A. gebonden aan de categorie waartoe men behoort, dat wil zeggen werkkring (vakbondsziekenfondsen), armoede (medicaid), of leeftijd (medicare), waarbij sommigen tussen de wal en het schip vallen.

Medicaid, de ziektekostenverzekering voor minvermogenenden, is chaotisch, inefficiënt, buitensporig duur en het doelwit van misbruiken van de kant van consumenten zowel als van artsen. Deze organisaties zoeken nu contact met de P.C.C.G.'s om uit de moeilijkheden te raken.

De P.C.C.G.'s omvatten nog slechts 7% van de bevolking (ongeveer 14 miljoen ingeschrevenen in 1975), geconcentreerd in enkele staten, en 16,7% van de artsen. De verschillen tussen P.C.C.G.'s en H.M.O.'s zijn van juridische en verzekeringstechnische aard en kunnen in dit verband worden verwaarloosd. Een beschrijving van H.M.O.'s gaf ik in een bijdrage in M.C. nr 27/1975, blz. 829.

Literatuur

1. *Prepaid Group Practice: a Manual*, published by the Blue Cross Association, Chicago, Illinois.
2. *Health Maintenance Organizations: a Guide to Planning and Development*, by Roger W. Birnbaum, Spectrum Publications.

Extra Algemene ledenvergadering der K.N.M.G. ter behandeling van de wetsontwerpen gezondheidszorgvoorzieningen en -tarieven

Op vrijdag 28 januari 1977 zal een extra Algemene Vergadering worden belegd ter behandeling van de twee wetsontwerpen inzake gezondheidszorgvoorzieningen en gezondheidszorgtarieven die door staatssecretaris J. P. M. Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de leden van de Tweede Kamer zijn voorgelegd. Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. bereidt zich thans voor op de samenstelling van een memorandum over genoemde wetsontwerpen, hetwelk nog voor de extra Algemene Vergadering zal worden toegezonden aan de afgevaardigden.

Op basis van de besluitvorming in deze extra A.V. wordt het definitieve memorandum opgesteld dat aan de leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer wordt aangeboden en uiterlijk 11 februari 1977 in Medisch Contact zal worden gepubliceerd.

Deze extra Algemene Vergadering wordt gehouden in het:

Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht – aanvang: 17.30 uur.

‘Seksualiteit ’76’ emancipatie en hulpverlening

Enkele maanden geleden is er in de publiciteit enige deining geweest naar aanleiding van de tentoonstelling ‘Seksualiteit ’76’, in september 1976 gehouden in de Ahoyhallen te Rotterdam. Met name de openingstoespraak van de heer F. Wafelbakker, hoofd Afdeling Jeugdgezondheidszorg van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die daarbij enkele ‘gewaagdheden’ zou hebben gedeputeerd, oogstte menig krante-artikel met aandachttrekkende kop. Het was dan ook onvermijdelijk dat politici uit de bekende rechtzinnige kring aan de desbetreffende bewindsman enkele voorspelbare vragen zouden voorleggen. Zo wendde het G.P.V.-Kamerlid Jongeling zich tot de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met een serie schriftelijke vragen, waaronder deze:

Onderschrijft de staatssecretaris de door de bedoelde ambtenaar geuite stelling, dat op een tentoonstelling over seksualiteit ook aandacht dient te worden gegeven aan seksuele relaties tussen mens en dier en aan pedofilie?

Is de staatssecretaris eveneens de mening toegedaan dat aan de in de vorige vraag genoemde, zeer verwerpelijke vormen van seksualiteit tot nu toe in ons land te weinig aandacht wordt besteed en dat dit moet worden toegeschreven aan een op dit punt nog nauwelijks op gang gebrachte emancipatie? Acht de staatssecretaris een zodanige emancipatie wenselijk?

Voor de goede orde, wat heeft de heer Wafelbakker nu precies gezegd? Na een wat luchtiger inleiding, waarin werd beschreven hoe moeilijk het is om een ‘opener’ voor een tentoonstelling over seksualiteit te vinden, vervolgde de spreker aldus:

Het openen wordt dan toch een dokterszaak. Maar misschien is dat toch niet zo gek om de zaak gezond te houden. Maar nu wil ik niet verder badineren en heel ernstig worden. Dat *gezonde* heeft ons nogal beziggehouden. Dat heeft ook de G.G.G.D. beziggehouden, die verantwoordelijk werd gesteld voor de begeleiding van de tentoonstelling. De G.G.G.D. liet zich weer adviseren door een stuurgroep en in die stuurgroep is natuurlijk flink nagedacht over de inhoud van een tentoonstelling als deze. De beide hoofddoelen – ik ga daarbij maar niet in op de commerciële motieven en voorwaarden die steeds meespelen – kun je omschrijven als *emancipatie en hulpverlening*.

Zo had de titel voor mij ook mogen zijn: ‘Seksualiteit ’76, emancipatie en hulpverlening’. Iedere organisatie die met hulpverlening begint loopt op een zeker ogenblik op tegen de noodzaak om ook emancipatoir te

gaan werken. Maar iedere emancipatiebeweging krijgt ook te maken met directe hulpverlening.

De N.S.V.H., waarschijnlijk de oudste hulpverlener in seksuele zaken heeft op een zeker ogenblik de hulpverlening overboord gezet – dat is de Rutgersstichting geworden – en heeft zich toen overwegend geworpen op emancipatie. Maar nu is de N.V.S.H. al weer terug bij de hulpverlening. De Bond voor Vrijheidsrechten, sterk emancipatoir, heeft als een directe hulpverleningsinstantie Release gecreëerd, maar die is hier en daar ook al weer opgeheven.

Er is een soort golfbeweging – een afstoten van de hulpverlening alsof het een wat ‘mindere’ een meer alledaalse bezigheid is, die de bestaande slechte samenlevingsvormen bevestigt, dan later toch weer worden bewogen door grote groepen die rondstoeten in het land van de seksualiteit – en dan weer veel aandacht geven aan de hulpverlening.

Hulpverleners zijn op deze manifestatie in ruime mate aanwezig: Rutgersstichting, F.I.O.M., Dr. W. F. Stormkliniek (Stimezo), Stichting Bijzonder Pastoraat homofielen, Instituut voor Sexuologische Therapie, Stichting Center, een huwelijksbemiddelingsbureau en diverse andere.

Emancipatie is er ook, al is die niet zo breed uitgevallen als ik had gehoopt. Wat er wel is:

– Binnen de N.V.S.H. veel aandacht voor *pedofilie*. Er zijn de laatste maanden in Nederland minstens drie publikaties over pedofilie uitgekomen en het *rapport Sengers*, waarvoor vanuit het Nationaal Centrum voor geestelijke volksgezondheid initiatieven uitgingen, zal spoedig verschijnen. Opvallend genoeg vindt u nauwelijks iets van pedofilie in de Kronhausen-collectie.

– Binnen de N.V.S.H.-stand ook een aparte hoek voor *gehandicapten*. Nederland neemt een vooraanstaande plaats in met de bezinning op seksualiteit voor gehandicapten. Niet alleen van bovenaf via arts of hulpverlener – maar ook vanuit de gehandi-

capte zelf. Het boekje ‘Wij zijn niet van steen’ van Heslinga e.a. vindt ook buiten Nederland grote waardering. Belangrijk is ook een opmerking – ik meen uit Israël – van een arts die beschrijft hoe na ernstige ongevallen er twee vragen komen: de eerste ‘blijf ik leven?’, de tweede ‘hoe zal ik seksueel zijn?’

– Binnen de Bond voor Vrijheidsrechten is er veel aandacht voor het recht op *seksualiteit van gevangenen*.

Wat ik mis op deze tentoonstelling:

– Het C.O.C. heeft niet aanwezig willen zijn en daarmee ontbreekt een van de allerbelangrijkste emancipatoire bewegingen. Ik vind het jammer.

– Eveneens ontbreekt de *werkgroep Orpheus voor huwelijk en homofilie*. We weten dat er in ons land zeker zo’n honderdduizend mensen zowel gehuwd als homofiel zijn. Voor zulke mensen kan een stand op een tentoonstelling een erg gemakkelijk benaderbare bron zijn. Anders gezegd: een tentoonstelling als deze kan drempelverlagend zijn voor mensen die seksuele gevoelens hebben waarvan ze vermoeden dat anderen daar moeilijkheden mee hebben.

Wat onzeker ben ik over het aspect van *seksualiteit tussen mens en dier*. Een moeilijk onderwerp dat reusachtig veel emoties oproept. Vragenrubrieken in tijdschriften gaan er niet op in om geen lezers te verliezen. Alleen Sekstant heeft in de Wij-willen-weten-rubriek het probleem ooit aangesneden. Ook een V.P.R.O.-vrijdag op drie-radio-programma gaat er niet op in onder het motto: ‘dan vinden ze ons weer vies.’ Wel komt u het onderwerp ruimschoots tegen in de Kronhausen-collectie. Ik heb echter te doen met al die mensen die problemen hebben over hun relaties met dieren en die daarvoor eigenlijk nergens terecht kunnen.

Tenslotte *seksualiteit en de oudere mens*. Een onderwerp met tragische kanten, dat op de tentoonstelling geen aandacht krijgt. Ik wil daarom graag wijzen op de resultaten van een onderzoek van Sten Hegeler van de Universiteit van Kopenhagen, waarvan de eerste resultaten juist zijn meegedeeld op een congres in Stockholm. Een anoniem vragenlijst-onderzoek bij duizenden mannen tussen 51 en 95 jaar leverde een aantal onverwachte gegevens op. Van de oudste groep, 91-95-jarigen die hun antwoord instuurden – en daarin zit natuurlijk een bepaalde selectie – van die oudste groep

blijkt het volgende: 3% heeft geslachtsverkeer; 23% masturbeert nog; 31% heeft een ochtendrectie; 35% heeft interesse voor seks. Er is dus alle reden om seksualiteit niet te beperken tot de jonge mens. Op een tentoonstelling als deze zou dat ook duidelijk naar voren moeten komen.

Aldus de heer Wafelbakker, die zich vervolgens met een speciaal woord richtte tot het echtpaar Kronhausen:

Uw grote collectie, bekend over de gehele wereld, komt nu voor het eerst in Nederland en in de persconferentie heeft u al uiteengezet hoe de collectie tot stand is gekomen. U heeft een aantal wereldreizen gemaakt om erotische kunst uit alle werelddelen te verzamelen. Toen is ook duidelijk geworden dat er verschillende culture-circles zijn (Kulturkreisen) met verschillend gedoseerde aandacht voor erotiek.

In Japan en China wijdt iedere artiest 10 tot 50% van zijn aandacht aan erotiek. Een deel van de schilderijen op zijde functioneert daar ook als praktijkvoorbeeld en gaat van moeder op dochter over. In West-Europa is de aandacht van de artiest voor minder dan 5% op erotiek gericht. Onder de Nederlandse artiesten hebben alleen Melle, Veldhoen, Elsie en Appel meer aandacht aan erotiek gegeven. Vermoed mag worden dat er aanmerkelijk meer is geproduceerd dat echter nooit op de gewone manier in de circulatie komt.

Er zijn eigenlijk twee redenen, dunkt me, om een collectie erotische kunst aan te leggen. De een is werkelijke belangstelling en behoefte om door het verzamelen een

Regionale bijeenkomsten voor K.N.M.G.-leden

In de periode van 17 februari t/m 3 maart 1977 zal de Maatschappij een vijftal regionale ledenbijeenkomsten beleggen, waarin van gedachten wordt gewisseld over de wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg.

Belangstellende leden die geïnteresseerd zijn in deze wetteksten kunnen deze, zolang de voorraad strekt, bestellen bij het secretariaat der Maatschappij, t.a.v. Mevr. M. van der Weijden.

stuk emancipatie te bewerkstelligen. Dat is uw reden geweest. De andere reden kan zijn dat men meent zulke kunst te moeten oppotten om het daarmee voor andere ogen te kunnen verbergen. Vele musea in Pompeï en Griekenland kennen zulke schatkamers die alleen maar voor 'deskundigen' – wie zijn dat eigenlijk? – te bezichtigen zijn. Men zegt dat om die reden het Vaticaan de grootste collectie erotische kunst heeft, maar u, Dr. Kronhausen kunt dat niet bevestigen, althans u heeft er nooit entree toe gekregen. En ook anderen menen dat het slechts geruchten zijn.

Uw collectie – hoe breed opgezet ook – met aandacht voor hetero- en homo-erotiek, sadomasochisme, groepsgebeuren, dieren, humor en andere aspecten, geeft betrekkelijk weinig aandacht aan pedofilie. Er is wel een enkel uitdagend Lolita-tafereel, maar het manlijk equivalent ontbreekt – naar u

meent omdat het niet geïnspireerd heeft tot artistieke uitingen. Het zou de moeite waard zijn om na te gaan of dit reëel is of dat er sociologische redenen zijn, ik denk aan sterke onderdrukking of juist sterke acceptatie van deze gevoelens, waardoor het niet leidde tot een artistieke verbeelding.

Phyllis en Eberhard Kronhausen, uw boeken over erotische kunst en over 'pornografie' hebben reeds jarenlang in ons land een bekende klank. Ik ben verheugd dat het nu mogelijk is om uw collectie van nabij te bezichtigen.

De heer Wafelbakker tenslotte: Ik open graag deze tentoonstelling door het weg nemen van de bedekking van een erg zonnigen boeiend tafereel (Volgde onthulling van een schilderij van de collectie Kronhausen, dat een paring weergeeft in een zonovergoten setting, zonder evenwel enig detail aan te geven).

Universitaire berichten

Benoemingen

Dr. J. W. Barents is benoemd tot gewoon lector aan de Rijksuniversiteit Utrecht om onderwijs te geven in de gynaecologie en obstetrie en in het bijzonder de gynaecologie en oncologie.

Dr. J. V. L. van den Brande is benoemd tot gewoon lector aan de Erasmusuniversiteit Rotterdam om onderwijs te geven in de kindergeneeskunde, in het bijzonder de endocrinologie van de kinderteeltijd.

Prof. Dr. G. W. Bruyn is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden om onderwijs te geven in de geneeskundige neurologie.

Prof. Dr. C. F. Hollander is benoemd tot bijzonder hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Utrecht om onderwijs te geven in de medische gerontologie.

Dr. A. A. Holscher is benoemd tot gewoon lector aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de algemene heelkunde, in het bijzonder de traumatologie.

Dr. H. J. Huisjes is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen om onderwijs te geven in de verloskunde en gynaecologie, in het bijzonder de verloskunde.

Dr. J. Janssens is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen om onderwijs te geven in de verloskunde en gynaecologie, in het bijzonder de gynaecologie.

P. J. Kuik is benoemd tot gewoon lector aan de Erasmus Universiteit Rotterdam om onderwijs te geven in de röntgendiagnostiek.

Dr. J. C. Molenaar is benoemd tot bijzonder hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam om onderwijs te geven in de kinderchirurgie.

Dr. A. J. Munro is benoemd tot buitengewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden om onderwijs te geven in de haematologie, in het bijzonder voor de immunologie.

Dr. H. K. L. Nielsen is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Groningen om onderwijs te geven in de orthopaedie.

Dr. W. den Otter is benoemd tot gewoon lector aan de Rijksuniversiteit Utrecht om onderwijs te geven in de experimentele pathologie, in het bijzonder de experimentele cancerologie.

Dr. G. J. E. Rosenbuch is benoemd tot gewoon lector aan de Katholieke Universiteit Nijmegen om onderwijs te geven in de röntgendiagnostiek.

De beroepsopleiding tot huisarts, wat is dat?

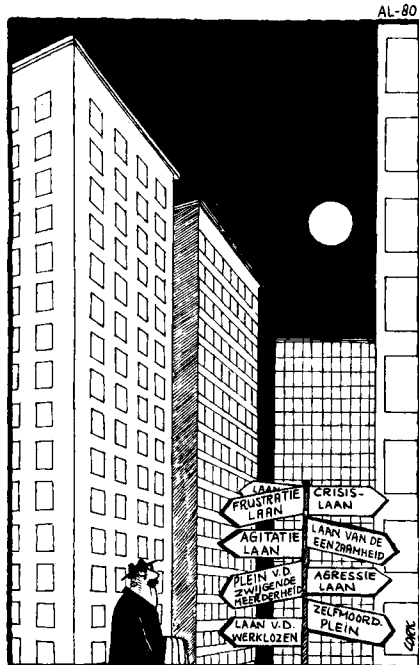
door J. Ridderikhoff, coördinator huisartsopleiding Erasmus Universiteit

Het voornaamste doel van onderwijs is mensen te vormen die in staat zijn nieuwe dingen te doen, die niet domweg herhalen wat andere generaties ook al deden.
(Jean Piaget)

Toen in 1973 het Academisch Statuut werd gewijzigd, waarbij het woord 'zelfstandig' weggelaten werd in de formulering: bevoegdheid tot het uitoefenen der geneeskunst, was het sein op groen gezet voor een door velen gewenste specifieke opleiding voor aanstaande huisartsen. Inmiddels werden curricula van de faculteiten der Geneeskunde aangepast en verkort tot 6 jaar; het begrip 'basisarts' werd een veel gebruikte term voor diegenen die het artsexamen hadden afgelegd, maar nog geen bevoegdheid hadden tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst.

Na 1 mei 1973 konden de toenmaals functionerende huisartsen zich laten inschrijven in het huisartsenregister. Nadien konden alleen nog ingeschreven worden:

1. afstuderende of afgestudeerde artsen volgens het 'oude, nog niet aangepaste en verkorte curriculum'; en
2. artsen, die volgens het 'nieuwe' curriculum waren afgestudeerd en daarna de opleiding tot huisarts hadden gevolgd.



Achtergronden en huidige werkwijze(n) van de beroepsopleiding tot huisarts worden hiernaast voor beroepsgenoten – huisartsen, maar zeker ook specialisten en sociaal-geneeskundigen – toegelicht. De samensteller van het artikel, de heer J. Ridderikhoff, is als wetenschappelijk medewerker en coördinator van de beroepsopleiding verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. De behoefte aan een dergelijk overzicht ontstond, toen bleek dat buiten direct betrokkenen nauwelijks iemand weet had van de manier waarop de huisartsenopleiding is opgezet.

De auteur behandelt eerst de voorgeschiedenis en het ontstaan van de verschillende huisartseninstituten. Volgt een overzicht van wat er per instituut gebeurt. En passant worden enige termen verklaard met betrekking tot mensen die bij de opleiding betrokken zijn, de opleiding als zodanig en haar organisatie. Tegen die achtergrond wordt de inhoud van de opleiding geschetst. In eerste instantie wordt daarbij het probleem van de afgrenzing van het huisartsenvak aan de orde gesteld, in tweede instantie het probleem van het formuleren van een opleidingsdoel. In het cursusdeel dat daarna de revue passeert – het gaat om een lang artikel – wordt nauwkeurig aangegeven wat de arts-assistent ('a.a.') van de huisartsopleider ('h.a.o.') kan opsteken. Wanneer tot slot enige aantallen worden genoemd, wordt daarbij de kanttekening geplaatst dat het dan wel om een beroepsopleiding mag heten te gaan, maar dat niettemin nog niet valt te voorzien wie van de cursisten daadwerkelijk huisarts worden.

De sanctie die op het niet nakomen van deze inschrijving (de inschrijving van een arts 'nieuwe stijl', die zich toch als huisarts wilde vestigen) stond, was een wat merkwaardig aandoende bepaling, die echter al heel lang gehanteerd werd voor de specialisten, namelijk: niet-geregistreerde huisartsen kunnen geen medewerkerschap met het ziekenfonds aangaan. Met andere woorden: er bestaan geen sancties ten aanzien van de arts (huisarts, specialist) die uitsluitend een 'particuliere praktijk' voert. De registratie werd en wordt verricht door de Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.) als uitvoerend orgaan van het College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.), het richtinggevende, inhoudsbepalende en bewakende orgaan. Het college en de commissie worden gevormd door vertegenwoordigers van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, de faculteiten der Geneeskunde, het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.). Deze vorm van organisatie werd vrijwel letterlijk overgenomen van reeds eerder bestaande instellingen ter registratie, namelijk die der specialisten en der sociaal-geneeskundigen.

Historische ontwikkeling

Na deze korte uitweiding over een

stukje organisatie wil ik komen tot de opleiding tot huisarts, al snel in de wandeling genoemd: de *beroepsopleiding* (hoewel specialisatie eveneens een beroepsopleiding is, wordt deze term daar zelden of niet voor gebruikt). Men was het er van begin af aan over eens dat deze opleiding, ongelijk aan die van de specialisten, niet gedecentraliseerd kon worden gegeven. Niet alleen kon de Huisarts Registratie Commissie niet overzien wie men als opleiders moest aanmerken en welke vormen van opleiding noodzakelijk waren, ook de eisen en de kwaliteiten van de opleiding waren – en zijn (nog) – niet omschreven en gedefinieerd.

Het is een goede gedachte geweest de beroepsopleiding toe te wijzen aan die instellingen die zich al jaren diepgaand met de opleiding van artsen hadden bezig gehouden: de faculteiten der Geneeskunde. Mede door de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de bezinning op taak en functie van de huisarts (zie onder andere het Woudschoten-rapport 1966) en de aandrang van de medische faculteiten werd het 'vak' Huisartsgeneeskunde in de curricula der diverse faculteiten ingevoerd. Op instigatie van het Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde werd om samenwerking tussen faculteit en huisartsen te institutionaliseren de oprichting van huisartseninstituten bepleit. Gedacht werd aan een universitair in-

stituut beheerd door de hoogleraar huisartsgeneeskunde, samenvallend met de gelijknamige faculteitsafdeling. Zo werden de Universitaire Huisartsen Instituten geboren. Van meet af aan heeft men zich in deze instituten beraden op voorzieningen om te zijner tijd een beroepsopleiding tot uitvoer te kunnen brengen.

De noodzaak daartoe werd mede gezien door de *World Health Organisation*, die in een tweetal rapporten ('Training of the physician for family practice' 1963 en 'General Practice' 1964) onder meer constateerde: 'In order to raise the standards of family medicine all graduates who choose family practice as their future work should undergo a period of post-graduate study and preparation specially designed to meet their needs in this field of medicine. Details must of necessity be left to the countries concerned. A substantial amount of this training should be given in the actual setting of general practice, although hospital experience, public health and preventive medicine and psychological aspects of medicine should all be represented in this phase of training'.

In Nederland was reeds voordien door commissies van de K.N.M.G. (Sociaal-Hygiënische Commissie 1937 en commissie-Colenbrander) een analyse gemaakt van de taak van de huisarts en van de lacunes in de opleiding. In het laatst genoemde rapport wordt als mening te kennen gegeven, dat een nadere opleiding tot huisarts uit de volgende elementen zou kunnen bestaan:

1. een assistentschap in de huisartspraktijk;
2. een assistentschap in een ziekenhuis;
3. een cursus voor huisartsen.

Uitgaande van de toenmalige situatie zou de aanstaande huisarts minstens één jaar werkzaam moeten zijn, alvorens hij zich als huisarts zou mogen vestigen.

Een door de toenmalige minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen en de staatsecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingestelde *Commissie Huisartsen* onder voorzitterschap van Prof. Dr. P. Muntendam (1964) bracht in september 1967 rapport

uit onder andere over de opleiding en nascholing van de huisarts, daarbij als belangrijkste klachten constaterend:

a. Het ontbreken van een periode van praktijkopleiding waarin de huisarts in opleiding met een grote mate van zelfstandigheid, doch niet zonder leiding en supervisie, functioneert. Deze fase in de opleiding, die vergelijkbaar is met het assistentschap in de specialistopleiding, is niet alleen van belang voor de verdere uitbouw van beroepskennis en vaardigheden, doch ook voor het ontwikkelen van een genuanceerde professionele houding. Vooral de confrontatie met de grenzen van eigen kennis en kunnen is hierbij van betekenis.

b. Het vrijwel ontbreken van de mogelijkheid tijdens de opleiding kennis te maken met de specifieke aspecten van het werk van de huisarts. De medische student wordt slechts geconfronteerd met een beperkt deel van het totale morbiditeitspatroon van de bevolking door de selectie die de ziekenhuispopulatie vormt ten opzichte van het totale bestand aan zieken. Bovendien komt hij nauwelijks of niet in aanraking met een aantal problemen die een belangrijk deel van het werk van de huisarts uitmaken, zoals de gewone infectieziekten, de psychologische en sociale problemen van de patiënt, de zorg voor de chronisch zieke patiënt en de ongeheelbare ziekte, de preventie, de gezondheidsvoorlichting in het gezin, enz. Ook leert de aanstaande huisarts niet te werken in de omstandigheden waarin hij in de huisartspraktijk zal moeten functioneren, omstandigheden die wezenlijk verschillen van de ziekenhuissituatie.

De commissie stelde tot opheffing van deze tekorten een tweetal maatregelen voor:

1. een assistentschap voor aanstaande huisartsen in ziekenhuizen;
2. een opleiding in de huisartspraktijk, geleid vanuit een instituut.

In het Interimadvies betreffende de opleiding tot huisarts (1966) beveelt de commissie in de overgangsfase een experimentele opleiding in de huisartspraktijk aan onder verantwoordelijkheid van het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nederlands Huisartsen Instituut, een opleiding als in het 'Ontwerp van een post-universitaire beroepsopleiding tot huisarts' omschreven. Het aanbevolen gezamenlijk

overleg tussen de medische faculteiten, die via haar rapport 'Huisartsgeneeskunde en de artsopleiding nieuwe stijl' (1968)* eveneens hun inbreng kenbaar hadden gemaakt, de K.N.M.G. en het N.H.G. maakten het dragen van een *breder verantwoordelijkheid* en een betere evaluatie mogelijk.

Na uitvoerige besprekingen tussen Interfacultair Huisartsen Overleg K.N.M.G. en N.H.G. met vertegenwoordigers van het ministerie van Volksgezondheid onder leiding van minister Stuyt werd 5 mei 1972 het Koninklijk Besluit getekend, waarbij met ingang van 1 mei 1973 de volgende wijziging van de wet 1878 van kracht werd: 'Art. 1.1. Hij die blijken een door de voorzitter van een faculteit der geneeskunde afgegeven verklaring de kennis en vaardigheden, noodzakelijk voor het uitoefenen van de geneeskunst heeft verworven en in diens handen de in art. 21 van de wet van 25 december 1878 (Stb. 222), houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende bedoelde eed of belofte met betrekking tot de genees-, heel- en verloskunst heeft afgelegd, zonder de hoedanigheid te bezitten bedoeld in art. 1 van voorgenomde wet, is bevoegd onder de titel van assistent-arts de geneeskunst uit te oefenen onder toezicht van een der geneeskunst uitoefenende arts in een voor hem door de voorzitter van die faculteit aangewezen ziekenhuis of instelling dan wel praktijk van een arts.' Aldus startte in 1971 in *Utrecht* – toen nog op vrijwillige basis – de specifieke beroepsopleiding voor huisartsen.

Verschillen per faculteit

We zijn nu vijf jaren verder. De zeven faculteiten zijn er inmiddels acht geworden. Aan acht universitaire huisartseninstituten wordt nu een beroepsopleiding voor huisartsen gegeven (Maastricht nog met arts-assistenten die zijn afgestudeerd aan andere faculteiten). Hoe ziet die beroepsopleiding er heden ten dage uit? Dat laat zich niet zo eenvoudig beschrijven. Ondanks het aanbevolen (en in eerste instantie ook uitgevoerde) schema: een opleiding in de huisartspraktijk / een opleiding in een ziekenhuis / een theoretische opleiding / met soms een stage in laboratorium of bij een sociaal-geneeskundige instelling (Werkgroep Scholing van het N.H.G. 1968) is er een duidelijke diffe-

* In 1970 door alle partners goedgekeurd. Op de grondslag van dit rapport wordt door alle faculteiten gewerkt.

rentiatie opgetreden tussen de verschillende instituten. Dit was te voorspellen geweest.

In een opleiding die in een zo nieuw en onzeker vaarwater haar koers moet vinden dienen experimenten plaats te vinden. Het doel: een goede startpositie te verschaffen aan de aanstaande huisarts, is bekend, de weg waarlangs dit doel kan worden bereikt nauwelijks. Daarnaast zullen tevens verschillen per faculteit bestaan, daar de beroepsopleidingen in principe aan moeten sluiten op de universitaire opleidingen (tegenwoordig meestal genoemd: basisopleidingen). Door de verkorting van de studieduur in de geneeskunde tot 6 jaar tekent zich vanuit die universiteiten de tendens af om lacunes, ontstaan door genoemde verkorting der studie, af te wentelen op de – daarvoor niet bestemde – beroepsopleiding. Bijgaand een staat van bezetting van instituten en hun onderwijsmiddelen (tabel 1),

globale indeling der stages (tabel 2 op pag. 1606) en inhouden der zogenaamde terugkomdagen/terugkeerdagen (tabel 3 op pag. 1606). Uiteraard kunnen aan zo'n overzicht geen geldende waarden worden ontleend. Het geeft een beeld waarmee de instituten globaal werken. Het plotseling ontstaan van tekorten in het bestand van huisartsopleiders, het gedwongen regionaliseren, moeilijkheden met opleiden uit andere disciplines, ongunstige ervaringen, enz. passen uiteraard nog geheel in het beeld van een nieuwe, zo snel tot wasdom gekomen opleiding. Bij tabel 2 enkele verklaringen:

- stage acute hulpverlening: arts-assistenten, die in een grote stad bij enkele der grote ziekenhuizen werkzaam zijn op de E.H.B.O. en poliklinieken voor acute ziekten/ongevallen;
- additioneel programma: tijdens een stage bij een opleider (meest h.a.o.)

worden aanvullende werkzaamheden verricht: leerervaringen opdoen bij 'kleine vakken' (K.N.O., Dermatologie enz.), scripties maken, kleine wetenschappelijke onderzoekjes opzetten, enz.;

- sociale stage: deze omvat werkzaamheden bij sociaal-geneeskundigen (met name bedrijfsartsen), sociaal-psychiatrische diensten, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, medisch-opvoedkundige bureaus, sociaal-pedagogische zorg, maatschappelijk werk, enz.

Hiermee kom ik meteen bij een aantal begrippen, die voor de buitenstaander onduidelijk en/of onbegrijpelijk kunnen zijn. Allereerst een aantal namen:

- arts-assistent (a.a.): degene die in opleiding is voor huisarts;
- huisartsopleider (h.a.o.): die huisarts, die zich bereid heeft verklaard

Tabel 1. Bezetting der universitaire huisartseninstituten en per instituut voorhanden hulpmiddelen

instituut	H.I.V.U. (Amsterdam) (V.U.)	L.I.H. (Leiden)	H.G.R.G. (Groningen)	I.H.U.A. (Amsterdam) (G.U.)	R.U.H.I. (Rotterdam)	N.U.H.I. (Nijmegen)	R.U. Lg. (Maastricht)	U.H.I. (Utrecht)
begeleiders/coördinatoren	H. v.d. Voort	M. Henink	W. Verdenius	G. van Geldrop	J. Ridderikhoff	H. L. A. Vlamings	H. K. Müller	J. C. van Es
aantal begeleiders (h.a.b.'s)	7	2	8	5	6	3	2	9
aantal nog aan te trekken h.a.b.'s	2	4	3	2	—	4	—	—
aantal gedragswetenschappers	4	3	3	2	2	2	1	1 3/10
aantal nog aan te trekken gedragswetenschappers	—	—	—	?	—	—	—	?
aantal a.a.'s per groep	11	10-12	10	5-11	11	11	10	12
ruimten voor de groepen	genoeg	voor 3 jaar	3 + 1	2	2	4 (+1)	voldoende	8
ruimten voor de staf	genoeg	genoeg	8 + 2	8	9	?	voldoende	10

band-/cassett recorder	7	div.	10	aantal	8	6	2	11
filmprojector	—	1	1	1	1	—	—	1
diaprojector	—	1	4	enkele	1	—	1	2
videorecorder	1	2	1 (+1)	2	2	2	1	5*
monitor	5	2	1 (+4)	enkele	3	2	?	5*
overheadprojector	—	—	1	1	1	—	—	1
'one way screen'	1	—	—	—	—	—	—	—
'caramate' (leermachine)	—	3	—	enkele	—	—	—	1 in best.
andere apparatuur	—	—	—	—	—	dicteer-apparaat	—	oefenzaal met bijbehorende apparatuur

* + portable opname- en weergave-outfit

Tabel 2. Programma per jaar, ingedeeld in weken.

H.I.V.U.	L.I.H.	H.G.R.G.	I.H.U.A.	R.U.H.I.	N.U.H.I.	R.U. Lg.	U.H.I.
wk. 1 gespreksvoering	wk. 1 2 dagen kennismaking	wk. 1 introductie	wk. 1 6-10 dagen introductie- cursus	wk. 1 3 dagen introductie- cursus	wk. 1 voor cursus 5 dagen groepsvorming in instituut	wk. 1 voor cursus in instituut	wk. 1 3 + 5 dagen introductiecursus residentieel 3 dagen
wk. 2 teamtraining	wk. 2 t/m 8 acute hulpverlening	wk. 2 t/m 52 stage bij h.a.o. (waarvan de laatste vier weken zelfstandig zonder terugkomdag)	wk. 2 t/m 52 stage bij h.a.o.	wk. 2 t/m 26 stage I bij h.a.o.	wk. 2 t/m 26 stage bij h.a.o.	wk. 2 t/m 39 stage bij h.a.o.	wk. 2 t/m 52 stage bij h.a.o.
wk. 3 t/m 12 stage I bij h.a.o.	wk. 9, 10 1½ wk. introductiecursus			wk. 27 t/m 44 stage II in ziekenhuis, verpleeghuis, 2e h.a.o.	wk. 26 2 dagen mid-denevaluatie	wk. 40 t/m 42 stage A: ziekenhuisafdeling E.H.B.O.-dienst	<i>vakantie:</i> 17 dagen gedurende hele opleiding in overleg met h.a.o. en groep(sbegeleider) op te nemen
wk. 13 persoonlijkheidstraining	wk. 11 t/m 36 stage bij h.a.o.			wk. 45 t/m 52 sociale stage	wk. 27 t/m 52 h.a.o. (evt. + addition. programma)	wk. 43 t/m 52 stage B: naar keuze a.a. opvullen kennislacunes	<i>terugkomdag:</i> 22 gedurende 1e halfjaar en 22 gedurende tweede halfjaar
wk. 14 t/m 26 vervolg stage I bij h.a.o.	wk. 37 t/m 42 additioneel programma				wk. 52 eindevaluatie	wk. 52 evaluatie 1 dag	<i>evaluatie:</i> wordt door de groep onderling geregeld (ook van de terugkomdag)
wk. 27 en 28 vakantie	wk. 43 t/m 50 stage in verpleeghuis						
wk. 29 t/m 51 stage II bij h.a.o.	wk. 51 en 52 evaluatie						
wk. 52 evaluatie week							

Tabel 3. Indeling terugkomdagen

H.I.V.U.	L.I.H.	H.G.R.G.	I.H.U.A.	R.U.H.I.	N.U.H.I.	R.U. Lg.	U.H.I.
9.30-10.30 uur spuien	10.00-11.00 uur spuien	10.00-11.00 uur spuien	9.00-10.00 uur introductie	9.00-12.00 uur spuien, casuïstiek, capita selecta	9.00-10.30 uur groepsgebesprek	9.00-12.00 uur spuien, casuïstiek	
10.30-12.30 uur programma van de groep	11.00-12.00 uur groepsgebesprek	11.00-12.00 uur groepsgebesprek	10.00-12.00 uur spuien, casuïstiek, programma van instituut	12.00-14.00 uur ?	10.30-12.00 uur gesprekstraining	12.00 uur casusbespreking	
12.30-13.30 uur lunch	12.00-14.00 uur ?	12.00-14.00 uur gesprekstraining	12.00-14.00 uur ?	14.00-16.00 uur gedragswetenschappelijke aspecten	13.00-14.30 uur casusbespreking	14.00 uur capita selecta, psychosociale problematiek, gespreksvoering	
13.30-16.30 uur programma van de groep	14.00-16.00 uur capita selecta	14.00-16.00 uur medisch-technische kennis	14.00-16.00 uur gesprekstraining	16.00 uur evaluatie	14.30-16.00 uur huisarts-geneeskunde (medisch-technisch)	17.00 uur evaluatie	
16.30-17.00 uur evaluatie	16.00 uur evaluatie	16.00 uur evaluatie	16.00 uur evaluatie		17.00 uur evaluatie	<i>evaluatie:</i> halfwegevaluatie: 1 dag eindevaluatie: 1 dag	
<i>evaluatie:</i> checklist schriftelijk	<i>evaluatie:</i> schriftelijk	<i>evaluatie:</i> geen	<i>evaluatie:</i> geen	<i>evaluatie:</i> halfjaarlijkse rapportage door de huisartsbegeleiders	<i>evaluatie:</i> halfwegevaluatie: 1 dag eindevaluatie: 1 week in instituut	3× per jaar: stagelijst, vaardigheidslijst, receptuurlijst	

mee te werken aan de opleiding voor huisartsen en tenminste 5 jaar huisarts is. Hij is daartoe op een aantal omschreven punten gevisiteerd;

– *specialist-opleider (s.o.)*: die specialist/geriater, die zich bereid heeft verklaard om in zijn (niet-geaffilieerd) ziekenhuis of verpleeghuis opleiding te verschaffen aan arts-assistenten. Daar deze inrichtingen dienen te voldoen aan daartoe wettelijk bepaalde normen, is hier een aparte visitatie niet nodig geacht;

– *huisartsbegeleider*: een huisarts die part-time, verbonden aan de universiteit, een groep van arts-assistenten in de opleiding begeleidt en het theoretisch cursorisch deel aan het instituut voor zijn rekening neemt;

– *coördinator beroepsopleiding*: het hoofd van de beroepsopleiding, (meestal), een part-time of full-time aan de universiteit verbonden huisarts.

In de opleiding komen we eveneens een aantal begrippen tegen:

– *introductie-, voorcursus*: een cursus variërend van 3 tot 10 dagen, die geheel of gedeeltelijke voorafgaat aan de eigenlijke opleiding en bedoeld is ter kennismaking van de groepsleden onderling en met de specifieke kenmerken van de huisartspraktijk;

– *terugkom(keer)dag (t.k.d.)*: de dag waarop één maal per week het cursorische gedeelte aan het instituut wordt gegeven door de eerder genoemde huisartsbegeleider (h.a.b.). Deze laat zich hierin bijstaan door een gedragswetenschapper (psycholoog, socialoog of agoog);

– *werkwinkel, workshop, parallelgroep*: namen voor één en hetzelfde begrip, namelijk de onderwijskundige begeleiding van de opleiders.

Bij de organisatie vinden we de volgende instellingen:

– *College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)*: college dat zich bezighoudt met de eisen te stellen aan opleiding, opleiders, opleidingspraktijken, opleidingsinrichtingen en huisartsinstituut voor zover noodzakelijk voor erkenning en registratie;

– *Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)*: het uitvoerend orgaan van het College voor Huisartsgeneeskunde ter erkenning en registratie van huisartsen. De H.R.C. heeft de administratieve begeleiding van de arts in opleiding. Zij houdt toezicht op de uitvoering van de eisen van het C.H.G. Hiertoe maakt

ze onder andere gebruik van de diensten van:

– *Visitatiecommissies*: commissies, rechtstreeks onder verantwoordelijkheid van de H.R.C. fungerend, per regio overeenkomend met de regio die het huisartsinstituut bestrijkt, ingesteld ter visitering van de zich voor het onderwijs aanmeldende huisartsen. De h.a.o. wordt één maal per vijf jaar gevisiteerd.

Daarnaast zijn nog op het administratieve vlak werkzaam:

– *Commissies van Advies*: een commissie, bestaande uit een lid van de H.R.C., een lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap en een arts in opleiding, die optreedt bij meningsverschillen tussen een arts in opleiding en zijn opleider;

– *Commissie van Beroep Huisartsgeneeskunde*: een commissie, bestaande uit 3 leden benoemd door de medische faculteiten, 3 leden benoemd door K.N.M.G. in overleg met N.H.G. en L.H.V., en 2 leden benoemd door de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid, die beroepszaken behandelt inzake beslissingen van de H.R.C. aangaande: 1. personen: registratie van arts tot huisarts of erkenning van opleider, 2. instelling en erkenning van praktijk of inrichting;

– *Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (I.O.H.)*: het gezamenlijk overleg van de acht huisartsinstituten, zoals dat vele malen per jaar plaatsvindt. In vele gevallen kan het I.O.H. naar buiten het gezamenlijk standpunt van de instituten kenbaar maken;

– *Universitaire huisartseninstituten (U.H.I.'s)*: geïnstitutionaliseerde inrichtingen waar de huisartsen uit de regio en de universitaire werkers in de huisartsgeneeskunde elkaar ontmoeten. De afdeling Huisartsgeneeskunde van de faculteit der Geneeskunde is belast met het ontwikkelen van de wetenschappelijke fundering van de huisartsgeneeskunde en met het geven van onderwijs daarin, zowel in basis- als beroepscurriculum, gericht op integratie met specialistische geneeskunde enerzijds en maatschappelijke gezondheidszorg anderzijds. Mede zal hiertoe het U.H.I. wetenschappelijk onderzoek opzetten en stimuleren. De totale verantwoordelijkheid voor onderwijs, zowel van basis- als beroepsopleiding, onderzoek en beheer ligt bij de hoogleeraar huisartsgeneeskunde. De namen der instituten, zoals bovenaan de tabel

len 2 en 3 lijst in afgekorte vorm afgedrukt, betekenen:

H.I.V.U.: Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit;

L.I.H.: Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde;

H.I.R.G.: Huisarts Instituut Rijksuniversiteit Groningen;

I.H.U.A.: Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam;

R.U.H.I.: Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut;

N.U.H.I.: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut;

R.U.Lg.: Rijks Universiteit Limburg afdeling Huisartsgeneeskunde;

U.U.H.I.: Utrechts Universitair Huisartsen Instituut.

De inhoud van de opleiding

Tot nu toe heb ik de lezers van dit artikel, vrij noodgedwongen, een historisch en organisatorisch overzicht moeten geven. Zonder deze achtergronden leek mij een globale beschouwing over het functioneren en de problematiek van de beroepsopleiding niet mogelijk. Immers, de noodzaak om te komen tot een opleiding voor huisartsen werd voornamelijk gebaseerd op negatieve punten zoals:

– het ontbreken van enigerlei vorm van huisartsgeneeskunde in de basisopleiding, waardoor een onjuiste 'imagevorming' ontstaat. De universitaire opleiding speelt zich immers voor het overgrote deel af in het ziekenhuismilieus. Het I.O.G. bepleit daartoe in zijn nota Huisartsgeneeskunde en de arts-opleiding nieuwe stijl (1970), dat 'op basis van gelijkwaardigheid extra aandacht dient te worden geschonken aan de huisartsgeneeskunde en wel via geïntegreerde onderwijsprogramma's' (onderwijs waarbij aan de hand van een praktijkgeval diverse facetten en benaderingswijzen worden getoond);

– het ontbreken van een duidelijk co-assistentenschap Huisartsgeneeskunde of het alleen voorkomen daarvan in een alternatief keuzepakket. Het I.O.G. stelde de faculteiten dan ook dringend voor, gezien de huidige ontwikkelingstendensen een verplicht co-assistentenschap Huisartsgeneeskunde van tenminste 14 dagen in te voeren;

– het ontbreken van een periode van praktijkscholing, waarin de huisarts in opleiding met een grote mate van zelf-

standigheid doch niet zonder leiding en supervisie functioneert;

- het ontbreken van een aantal specifieke aspecten van de huisartsgeneeskunde tijdens de opleiding, door confrontatie met slechts een beperkt deel van het totale morbiditeitspatroon van de bevolking vanwege de selectie die de ziekenhuispopulatie vormt;
- het beperken van de studie in de geneeskunde tot 6 jaar.

Het enige *positieve* punt dat men eventueel zou kunnen noemen is de erkenning door de overheid, dat een versterking van het eerste echelon een kostenbesparend effect heeft op de uitgaven voor Volksgezondheid (Structuurnota Gezondheidszorg). Echter ook deze reden kan men gemakkelijk negatief interpreteren.

De beroepsopleiding moest met andere woorden aanvangen in een vaag, nauwelijks omschreven *niemandsland*. Noch het begin noch het einde van de éénjarige opleiding waren duidelijk gemarkeerd. Immers:

- mede door het terugdringen van de universitaire studie tot 6 jaar konden de faculteiten niet direkt een duidelijk en helder beeld geven van de kennis, inzichten en vaardigheden van de basisarts;
- ingangscriteria (toelating tot de beroepsopleiding) kent de beroepsopleiding niet; ze mag ze ook niet hebben. Dit laatste roept het door mij reeds eerder gesignaleerde omineuze beeld op, dat lacunes in de basisopleiding gemakkelijk toegeschoven zouden kunnen worden naar de beroepsopleiding, waarmee het specifieke karakter van deze opleiding verloren zou gaan;
- het eindpunt: 'huisarts', kon en kan aanstonds evenmin duidelijk worden omschreven. Men heeft vele pogingen ondernomen om het begrip 'huisarts' of 'huisartsgeneeskunde' in een definitie te vangen. Ik geef er u hier drie:

1. De arts die zijn beroepsuitoefening gewoonlijk noch tot bepaalde ziektegebieden noch tot bepaalde leeftijdsgroepen beperkt, die rechtstreeks toegankelijk is voor zijn patiënten en die de verantwoordelijkheid op zich neemt voor het verlenen of doen verlenen van continue en integrale medische zorg, zowel preventief als curatief (World Health Organisation);
2. Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid van de zich aan hem

toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheidszorg (Nederlands Huisartsen Genootschap);

3. a. de patiënt heeft directe en ongekwalificeerde toegang tot de huisarts, dat wil zeggen de patiënt kan zich met iedere klacht of ziekte tot hem wenden;
- b. de patiënt heeft continue toegang tot een dokter, die hem persoonlijk kent, dat wil zeggen er is een continuïteit van persoonlijke medische zorg (R. Scott, Huisartsgeneeskunde Edinburgh).

Bovenstaande drie 'definities' dekken elkaar al niet, omdat ze van verschillende benaderingswijzen uitgaan. De eerste gaat uit van de *persoon*, de tweede van zijn *functie* en de derde van zijn *praktijkvoering*. Alle bevatten elementen, die zonder enige twijfel tot de huisarts en de huisartsgeneeskunde behoren, echter die door hun accentverschillen een unanimitieit in de weg staan. (Schrijver dezes wil niet verhehlen, dat hem de eerste definitie het meest aanspreekt wegens de vrijwel sluitende benadering vanuit het persoonlijke werken van de arts en niet vanuit zijn ideaal gedachte functies of vanuit een hem toestormende problematiek. De arts die elementen uit de tweede en derde definitie mist, kan toch huisarts zijn. Die arts die niet voldoet aan de normen van de eerste definitie is – kan men zeggen – geen huisarts).

Mocht er dan geen eenstemmigheid bestaan over het doelbegrip, zij is er wel ten aanzien van een aantal taken, functies en kenmerken. *De huisarts onderscheidt zich van zijn collegae uit andere vakgebieden* door:

- de *directe toegankelijkheid* voor zijn patiënten waar hij de klachten opvangt, voor een belangrijk deel zelfstandig kan afdoen en deels kan helpen bij het verwijzen naar andere disciplines of specialisten;
- de *continuïteit van de zorg*. Het kennen van achtergronden, levens- en ziektegeschiedenis van de patiënt, waardoor beoordeling van ziekten of klachten, verdiepen van inzicht in vitaliteit en afweerkrachten in karakterstructuur en persoonlijke eigenschappen beter mogelijk wordt;

- het *integrale karakter*. De huisarts kan zich in zijn arbeid niet beperken tot één ziekte of groep van ziekten, tot één orgaansysteem. De huisarts tracht alle informatie over de patiënt tot een totaalbeeld te verwerken, waarbij hij ook waar nodig de psychologische en sociale facetten betreft;

- de *huisarts als gezinsarts*: hij beperkt zich niet tot een leeftijdsgroep of sexe en kan invloed van ziekte of problemen op het gezinsmilieu en vice versa signaleren, mede omdat hij vrijwel de enige arts is die de patiënt aan huis bezoekt;

- de *persoonlijke relatie* tussen huisarts en patiënt, zoals die uit bovenstaande voortvloeit. Vooral voor de patiënt is deze persoonlijke en vertrouwensrelatie van de allergrootste betekenis;

- het *zorgzame karakter*: juist in zijn bijzondere werk zal het accent in het werk van de huisarts vaker meer op de zorg dan op de behandeling liggen. Deze zorg beperkt zich niet tot de aandoening waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen, maar strekt zich uit over de gehele gezondheidstoestand van al zijn patiënten.

Hieruit vloeit een twaalfstal deeltaken voort (Woudschotenrapport), te weten:

1. eerste hulp, ook voor psychische traumata;
2. somatisch onderzoek;
3. psychisch en sociaal onderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek essentieel is;
4. registratie en beheer van alle medische gegevens;
5. differentiatie van de patiënten in twee groepen, namelijk in een groep waarvan de behandeling binnen de dagelijkse routine valt (morbiditeitspatroon van de huisarts) en een groep die afzonderlijke behandeling vraagt door het gecompliceerde van haar bijzondere problematiek;
6. behandelen wat door hem behandelbaar is;
7. ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan;
8. in overleg met behandelende en adviserende specialisten en andere deskundigen opstellen van een nazorgplan en zorg voor de uitvoering daarvan;
9. integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede sa-

menwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband;

10. bijdragen tot preventie;

11. bijdragen tot gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

12. blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming, met een open oog voor eigen mogelijkheden en grenzen.

Van Es vat het als volgt samen:

1. De huisarts kan de patiënt leren zien en beleven als een persoon met een geschiedenis.

2. De huisarts heeft de gelegenheid de patiënt als een totaliteit te zien.

3. De huisarts kent de patiënt als een mens in zijn milieu, en wel vooral in zijn gezinsmilieu.

Het doel van de opleiding

Met bovenstaande handvaten is het wel of niet afgrensbaar zijn van geringe importantie tot het doel van de opleiding. Bovendien kan men nog stellen dat de grenzen van nu niet dezelfde zijn van die van morgen. Enerzijds de stormachtige technische ontwikkeling der geneeskunde, anderzijds zich uitbreidende en zich verdiepende kennis der maatschappijleer en gedragswetenschappen. De opleiding zal er dus op gericht dienen te zijn, dat de aanstaande huisarts naar beide zijden contacten moet kunnen opnemen en onderhouden. Iedere huisarts moet in staat geacht worden om zijn eigen grenzen te bepalen; dit kan hij door zichzelf in staat te stellen aan beide kanten van een grens te kunnen kijken. *Een opleiding dient er derhalve op gericht te zijn de arts-assistent in dit zoeken naar eigen mogelijkheden, bekwaamheden, grenzen de helpende hand te bieden.* Dit dient te geschieden door hem een zodanige attitude bij te brengen, dat het toetsen van eigen vermogens aan die van andere vakgebieden of disciplines een wezenlijk element in zijn beroepsuitoefening zal zijn.

Hoe formuleert men nu bij de instituten het doel van de opleiding? Hoe moeilijk het is om alle eerder genoemde en nog niet genoemde taken en functies, gedrag, mentaliteit, enz. onder een sluitende formulering van een allesomvattende doelstelling te brengen, blijkt onder meer uit de *verschillende doelstellingen* die de instituten hanteren, afhankelijk van de accenten die men wil leggen. Om daarvan een beeld te

geven laten we hier een vijftal doelstellingen volgen:

Maastricht: 'De huisarts moet vaardigheden leren om ongeselecteerde patiënten in sterk wisselende omstandigheden te onderzoeken, te behandelen en te helpen. Dit zal niet altijd gebeuren in termen van diagnose en therapie, maar dikwijls het formuleren van probleemstellingen.'

Utrecht: 'De hoofddoelstelling voor de opleiding tot huisarts is hem of haar te leren beschikken over die kennis, vaardigheden en attitude, die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van het beroep van huisarts en hem ertoe te brengen voortdurend op een creatieve wijze deel te nemen aan het veranderingsproces in de geneeskunde en de maatschappij, opdat hij of zij op een professionele wijze kan bijdragen tot het welzijn van zijn patiënten.'

Rotterdam: 'Aan de arts-assistent zodanige vaardigheid, kennis en attitude bij te brengen, dat hij na de opleiding een goed startpunt heeft om zelfstandig als huisarts te kunnen functioneren'.

College voor Huisartsgeneeskunde: 'Het algemene doel van de beroepsopleiding is het ontwikkelen en leren toepassen van zoveel kennis en vaardigheden en het verwerven van een zodanige attitude, dat het beroep van huisarts zelfstandig en op verantwoorde wijze uitgeoefend kan worden.'

Groningen: 'Het doel van de beroepsopleiding tot huisarts is, dat de arts-assistent een zodanig startpunt bereikt dat hij in staat is zelfstandig als huisarts te functioneren.'

Uitgaande van de formulering van het Academisch Statuut is het duidelijk, dat iedere beroepsopleiding gericht dient te zijn op het *leren en hanteren van zelfstandige praktijkuitoefening*. Immers het begrip 'zelfstandigheid' is in de formulering van het statuut, ten opzichte van het oude, verdwenen.

Daarnaast dient in de doelstellingen tot uiting te komen het *continuüm van het leerproces*, het reeds hierboven genoemde verkennen van de schuivende grenzen, de wetenschap dat de afsluiting van de opleiding slechts een begin kan zijn tot verdere ontplooiing ('*éducation permanente*'). Dokter schrijft in zijn artikel 'De opleiding tot huisarts': 'Gezondheid dient begrepen te worden als een proces van ontplooiing van de mens in relatie tot zijn naaste omgeving en tot de hele samenleving'. Indien men het woord 'gezondheid' vervangt door het woord 'onderwijs', kunnen we ons

terugvinden bij het ideaal van de 'gezonde, zelfstandig functionerende huisarts.'

Dit laatste brengt met zich mee een *attitudeverandering*. Zo gemakkelijk de term 'attitude' tegenwoordig wordt gebruikt, zo moeilijk is het hem te definiëren, mede omdat deze term uit verschillende vakgebieden stamt. De meest gebruikte en voor ons doel meest bruikbare definitie, die van Gordon Allport, luidt: 'Een attitude is een mentale en neurale starthouding, ontstaan door ervaring, die een richting gevende of dynamische invloed uitoefent op iemands reactie op alle dingen en situaties die er mee samenhangen'. Hoezeer deze mentale en neurale starthouding samenhangt met de reactie van de huisarts op hem omringende dingen en situaties, blijkt in de beroepsopleiding onder meer in de ombuiging van: opleiding, met het accent op de zorg voor de *ziekte*; naar functioneren als huisarts, met het accent op de zorg voor de *zieke*. Of, zo men anders wil: de *ombuiging van 'cure' naar 'care'*, van *geneeskunde naar gezondheidszorg* en gezondheidsbegrip.

Wat de student leert is een aantal normen en criteria van de klinische specialistische geneeskunde, die in de huisartsenpraktijk niet zonder meer blijken op te gaan. Tal van huisartsen maken (en maakten) hierdoor een ongewenste crisis door. Zij moeten de geleerde normen loslaten en zonder leiding nieuwe normen zien te vinden. Metend met de maatstaven die zij in hun opleiding leerden kennen, schieten zij in hun eigen ogen voortdurend tekort en lijkt het medisch werk dat zij doen onbelangrijk. Dit brengt een gevaarlijke periode met zich mede, die een afglijden in medisch opzicht in de hand werkt.

Het zal duidelijk zijn, dat de inhoud van de beroepsopleiding zich niet laat bepalen noch afmeten in termen van kennisoverdracht. Dit laatste is slechts een middel om het doel: inzicht in de toepassing en het leren verwerven van kennis, te bereiken. *Het zelfstandig leren kennen, herkennen en formuleren van gebleken lacunes dient één van de belangrijkste uitgangspunten voor de opleiding te zijn.* Het is tevens een van de moeilijkste uitgangspunten. Het vraagt een bezinning op onderwijsvormen, die de opleiders (nog) niet of nauwelijks kennen, waar nog weinig ervaring mee is opgedaan en die als belangrijk facet de reflectie vraagt: reflectie op eigen kennen en kunnen, in

termen van kennis, vaardigheden en gedrag.

Hierbij wordt de *opleider meer een begeleider*. De arts-assistent vraagt zijn opleider/begeleider/mede-arts-assistent om open informatie met betrekking tot zijn handelen en gedrag. Hij wil zich gereflecteerd zien, wil weten in hoeverre hij inzicht verworven heeft in het probleem en/of inzicht in het oplossen van het probleem. Daarbij is het niet essentieel wat de 'deskundige' begeleider zelf zou doen, maar hij moet via wedervragen (gereflecteerde vragen) de arts-assistent zelf in staat stellen zijn probleem te formuleren en op te lossen. Hoe moeilijk dit soort onderwijs is, heeft ieder, die wel eens een stukje opleiding heeft moeten geven, kunnen ervaren. Hoe snel is men niet geneigd met pasklare antwoorden, die uitsluitend geldig zijn binnen eigen denk- en werkkader, de met problemen worstelende arts-assistent uit de brand te helpen. Dat men hem daarmee ook in de sloot helpt, door hem een stuk zelfstandig functioneren te onthouden, bezint men op dat moment niet.

De cursus

Hiermee ben ik terecht gekomen bij het beschrijven van het cursorisch deel van de opleiding. Dit deel omvat in het algemeen:

a. *Een inleidende cursus (voor cursus, introductiecursus, trainingcursus)*. De groep van – meestal 11 – arts-assistenten komt voor gemiddeld 3-5 dagen bijeen. Vooraf zijn er enkele besprekingen ter regeling van stages, financiële aspecten, verzekeringen, enz. geweest. In deze inleidende cursus komt een aantal zaken aan de orde die als het ware reeds inspelen op het verdere verloop van het cursorisch deel. Uiteraard zullen zich, mede door de diverse visies, verschillen aftekenen in opzet in uitwerking van deze cursus, al naar gelang van het huisartseninstituut en van de groepen. Immers, er komen elf verschillende individuen in een groep, die er zowel energie in willen stoppen als er op persoonlijk belang gerichte zaken uit halen. Het is derhalve zeer belangrijk een groep te vormen, waarbij beide genoemde aspecten evenwichtig aan de orde kunnen komen: een groep, die elkaar iets kan en wil leren, een *leergroep*. Daarnaast zal gestart worden met het doen kennis maken met enkele begrippen uit de huisartsgeneeskunde:

- het acute geneeskundige handelen en de hantering (vooral emotioneel) daarvan;
- het leren formuleren van informatie in termen van problemen en het oplossen daarvan;
- de aanzet tot training in gespreksvoering en techniek.

Bij dit laatste onderdeel maakt de arts-assistent kennis met de mede-begeleider van de groep, de gedragswetenschapper (psycholoog, socioloog, agoog). Deze heeft een belangrijke taak in het leerproces met name waar het gaat om:

- het begeleiden van groepen;
- het inzicht doen verwerven naar de vorderingen van de individuele arts-assistent in zijn attitude ten aanzien van het hulpverleningsproces en het van hieruit parallel door trekken naar de arts-patiënt verhouding;
- het geven van training in gespreksvoering;
- het bevorderen van de productiviteit van de groep.

Balint heeft reeds in zijn boek 'The doctor, his patient and the illness' aangegeven hoe belangrijk de persoonlijkheid van de dokter is in de arts-patiëntrelatie. Hoe moeilijk dat is weet iedere arts uit zijn begintijd: de ruzie met patiënten, het bij nacht en ontij laten komen voor kleinigheden, het niet opvolgen van adviezen, het wantrouwen en de achterdocht, het dreigen met maatregelen, enz. In het toenemende spanningsveld van de intermenselijke relaties moet de huisarts, om zich in deze maalstroom staande te houden, inzicht kunnen verwerven in zijn *persoonlijke functioneren* in de eerste lijn. Dit geldt a fortiori als wij denken aan de huisarts in samenwerkingsverband, waar naast de problemen in de arts-patiëntrelatie ook nog de problemen van het interdisciplinair samenwerken komen. Het begrip verwerven dat men, wil men de ander, met zijn afwijkende denk- en leefwijze, leren kennen, moet beginnen met zichzelf redelijkerwijze te kennen. Hij moet in staat zijn om zich voor te stellen hoe de ander vanuit zijn situatie waarneemt. Hij moet kunnen onderkennen hoe zijn gedrag is en welke gedragsmogelijkheden hem in het hulpverlenings- en samenwerkingsproces ter beschikking staan en kunnen vaststellen of het door hem vertoonde gedrag juist is. Het is juist vanuit deze problematiek –

met name wordt hier gedacht aan de samenwerking – dat de arts-assistent zich in de eigen groep kan spiegelen, leerervaringen opdoen. Hierbij wordt meestal aangeknoopt bij de eigen ervaringen tijdens de praktijkstage.

b. Hiermee ben ik reeds vooruitgelopen naar de *terugkomdag (t.k.d.)*, zoals die eens per week aan het huisartseninstituut wordt gegeven. De terugkomdag moet worden gezien als een voortzetting van de introductiedagen, maar hij kan nu gekoppeld worden aan het daadwerkelijk functioneren in de praktijk. Hier ook ontdekt de arts-assistent de lacunes in zijn kennis en de manco's in zijn vaardigheden. Voor zover deze niet zijn of worden opgelost door de huisartsopleider, kunnen zij ingebracht worden in de groep en daar worden doorgenomen met elf lotgenoten. Duidelijk is, dat hiertoe de groep aan een aantal *voorwaarden* dient te voldoen:

- er moet voldoende diversiteit van ervaringen en inzichten in de groep zijn;
- de groep moet voldoende veiligheid bieden;
- er moet een grote participatie van de deelnemers zijn en een open communicatienetwerk;
- er moet voldoende cohesie in de groep zijn en voldoende ruimte voor ieder groepslid;
- de groep moet – zie voorafgaande punten – niet te klein en niet te groot zijn.

Tijdens het cursorisch gedeelte wordt bovendien een aantal medisch-technische zaken, die reeds vanuit de kliniek aangeboden waren, in een algemeen, meer integraal, op de huisartsgeneeskunde gericht kader gebracht. Het zal een ieder duidelijk zijn, dat de behandeling van bijvoorbeeld een hartinfarctpatiënt in de kliniek een andere is dan in de huisartspraktijk. Men denke aan het verwerken van de emoties van het achterblijvende gezin, de eigen emoties, de nazorg en begeleiding van de patiënt, zijn weg terug naar het arbeidsproces, de preventie voor reinfarcten, enz. Vele, vele onderwerpen blijken – het werd eerder reeds vermeld – in de huisartspraktijk een andere aanpak te vereisen dan in de kliniek. Het zelf leren onderkennen daarvan – en ieder van de elf a.a.'s heeft deze ervaring – heeft, gespiegeld tegen de ervaring van de reeds vele jaren praktiserende huisartsbegeleider, een zeer groot leereffect. Hoevelen van ons

kennen immers niet uit eigen ervaring het grote nut van het open communiceren met vakgenoten op vergaderingen, cursussen, symposia, enz.?

Deze uitwisseling van informatie geldt nog in versterkte mate indien de arts-assistenten kunnen kijken vanuit diverse opleidingssituaties en disciplines. Het kunnen kijken in andermans keuken en daarover kunnen en willen vertellen aan anderen heeft in een groep het voordeel dat één ervaring elfvoudig wordt vergroot.

De opleiders

Het past mij een *eresaluut* te brengen aan al die opleiders, die voor een gering bedrag (h.a.o.) of belangeloos (specialist-opleider, verpleeghuisartsen, maatschappelijk werk, sociaal-geneeskundigen) hun keukens hebben opengesteld voor rondsnuffelende, aandacht vragende en problemen makende arts-assistenten. Zonder hun enthousiasme, zonder de tijd en energie die zij in de opleiding van hun aankomende collegae stoppen zou een beroepsopleiding voor huisartsen ondenkbaar zijn. Het dient dan ook een van de grootste zorgen van een huisartseninstituut te zijn juist deze 'werkers in het veld' ter zijde te staan en hulp te bieden in de moeilijke materie die onderwijs heet.

Het zijn de huisartsopleiders, die de arts-assistent dat stuk geneeskunde leren, dat de kliniek niet kan bieden (men denke aan acute infectieziekten, waaronder kinderziekten, psychosociale problemen/ziekten, enz.) en hem bovendien de gelegenheid geven het stuk klinische geneeskunde toepasbaar te maken in de huisartspraktijk en vaardigheden te ontwikkelen. Zij zijn het ook vooral die zicht hebben op het functioneren van de arts-assistent in zijn omgang met patiënten, het signaleren van zijn emoties, het hanteren ervan en toepasbaar maken. Zij gunnen hem een blik in hun medische en financiële registratie en administratie, in hun praktijkvoering, in hun samenwerking met de doktersassistente. Ook kunnen in vele gevallen alleen zij de arts-assistent *aan den lijve* laten ervaren wat samenwerken met anderen betekent. Het is vaak onmogelijk de ander op grond van theoretische argumenten te motiveren tot samenwerken. Motivatie ontstaat meestal vanuit eigen ervaring. Men kan dan ook beter trachten de ander te motiveren tot het experimenteren met ervaringen.

Doch evenzeer denk ik aan de andere

(tot nu toe) belangeloos meewerkende opleiders:

De specialisten in de perifere ziekenhuizen die het de arts-assistent mogelijk maken, kennis te krijgen van samenwerking in en met het tweede echelon, van het verwijsgedrag van huisartsen, van de consequenties van verwijzen en opname van patiënten, van nazorg en begeleiding binnen en buiten het ziekenhuis en het functioneren van andere disciplines in het ziekenhuis. Doch daarnaast en vooral ook het diagnosticeren van acute levensbedreigende ziekten en het omgaan daarmee, de follow-up van de klinische behandeling van patiënten, waarbij de opleider zijn handelen ter discussie moet kunnen stellen, zich toetsbaar moet kunnen opstellen.

De verpleeghuisartsen die hun geriatrische kliniek open hebben gesteld voor de aankomende huisartsen, met wie zij nu en in de toekomst voor een evenwichtig geneeskundig beleid zulke goede en nauwe banden willen onderhouden. De arts-assistent, wetend dat de huisarts tenminste 25% van zijn tijd moet besteden aan ouden van dagen en invaliden, kan zijn diagnostiek van de multipale pathologie leren toepassen, zich verdiepen in de chronisch invaliderende ziekten, de verbluffende therapeutische mogelijkheden leren kennen en hanteren en alle mogelijke vormen van fysiotherapie, maatschappelijk werk en verpleegkundige zorg vanuit het verpleeghuis assumeren. Dit alles vraagt een moeilijke coördinerende taak van de verpleeghuisarts, waar slechts weinig effectieve hulp tegenover staat.

De sociaal-geneeskundigen (voornamelijk bedrijfsartsen), die mee willen werken en denken in de opbouw van een goed en efficiënt functionerende eerstelijnsgezondheidszorg. Hiertoe hebben zij hun diensten en organisaties opengesteld voor de opleiding voor huisartsen om kennis te verkrijgen van elkaars werkwijze en probleemoplossingen. Het leren kennen van elkaar kan hier worden gezien als een eerste stap naar een gezonde samenwerking in de primaire gezondheidszorg.

Het maatschappelijk werk in diverse opleidingen, de sociaal-psychiatrische diensten, revalidatiecentra, enz. die – het belang ziende van het gemeenschappelijk werken in de frontlijn van de welzijnszorg – hun bureaus en hun vaak delicate contacten met cliënten hebben opengesteld voor de aanstaande huisarts.

Juist van deze opleiders vragen de

universitaire huisartsinstituten meedoen, meewerken, meedenken voor een optimale huisartsopleiding in ruil waarvoor zij (de universitaire huisartseninstituten) met een schandelijk tekort aan mankracht proberen hulp te bieden in begeleiding en onderwijs. Teveel is de overheid uitgegaan van de veronderstelling dat iedere gemotiveerde huisarts, specialist, sociaal-geneeskundige, maatschappelijk werker enz. van nature zou zijn begiftigd met een aangeboren talent voor onderwijs. *Het ware te hopen, dat de overheid op korte termijn gaat inzien voor welke ontzaglijke problemen en taken de universitaire huisartseninstituten en de opleiders zich gesteld weten bij een zo in stormachtige ontwikkeling zijnde opleiding.*

Aantallen

Tenslotte zal men mij nu vragen: 'Om hoevelen gaat het nu eigenlijk? Hoevele kiezen het huisartsenberoep?' Hier liggen eigenlijk twee vragen. Want hoezeer deze opleiding in de eerste plaats ook moet worden gezien als een specifieke opleiding voor huisartsen, toch zijn vele artsen die later van plan zijn een specialistenopleiding te volgen tot het inzicht gekomen, dat de patiënt meer is dan alleen een optelsom van ziekten en kwalen; dat de klinische geneeskunde een stuk mist, dat de huisartsgeneeskunde wel kan aanbieden: de integrale benadering – de mens met zijn lijden, zijn angsten, zijn problemen, in zijn totale milieu.

De specialist in spe kiest, – mede doordat er voor de huisartsopleiding geen of korte wachttijden zijn – steeds vaker voor een jaar huisartsopleiding. Om een indruk te geven volgen in tabel 4 (zie volg. blz.) enkele cijfers, verstrekt door de H.R.C. Uiteraard geven deze cijfers geen informatie over diegenen, die daadwerkelijk huisarts zijn geworden. Hoewel het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dat arts-assistenten een lening verstrekt – hun *inkomen* bedraagt f 6000,— + f 12.000,— renteloze lening – een zekere druk meent te moeten uitoefenen, door de bepaling dat genoemde lening bij vestiging als huisarts in 4 jaar kan worden 'inverdiend' (per jaar wordt dan een kwart kwijtgescholden), hoop ik dat een dergelijke claim niet de motivatie zal vormen om huisarts te worden. Inmiddels zijn nog vele geregistreerde huisartsen in militaire dienst, in opleiding voor of reeds onderweg naar de tropen, op

zoek naar huisartspraktijk, enz. enz. Er valt derhalve voorlopig niets te zeggen over het effect van de huisartsopleiding op het totale bestand van huisartsen (per 1 januari 1976: 5195), aangenomen dat zij effect heeft.

Overigens ligt het in de verwachting, dat het totaal aantal op te leiden arts-assistenten met ingang van september 1978 zal gaan dalen als gevolg van het op 6 juli 1972 aangenomen ministeriële besluit tot invoering van een numerus fixus. Het aantal van circa 500 arts-assistenten per jaar in opleiding tot huisarts kan na 1978 dalen door twee oorzaken:

- vermindering van het totaal aantal afstuderenden;
- vermindering van de druk op specialisten- of sociaal-geneeskundige opleidingen, waardoor een gerichter keuze wordt gemaakt.

Conclusie

Concluderend kan gezegd worden, dat de beroepsopleiding voor huisartsen zich in een *uiterst moeilijke fase* bevindt, een fase waarin een stroom artsen door nauwelijks voldoende toegeruste huisartseninstituten moet worden opgevangen.

Ontevreden artsen die moesten opgevangen worden door goedwillende maar op het gebied van het onderwijs nauwelijks ervaring bezittende huisartsen. Huisartsbegeleiders die óf enigermate (Utrecht, Rotterdam) óf nauwelijks ervaring hadden in het leiden van groepen en hanteren van groepsprocessen. Gedragswetenschappers, die – enthousiast vanuit hun achtergronden – met verbazing tegen een muur van onbegrip opbotsten. Organisaties binnen de instituten die, plotseling belast met een overmaatse lading aan problemen, dreigden te bezwijken.

De vreemdsoortigste en uiteenlopendste zaken moesten worden geregeld: telefoonkosten, wel of niet met abonnement en/of aanleggen; autokosten, hoeveel per kilometer, hoeveel kilometer, met of zonder weekend; verhuizingen, problemen rond achterblijvende gezinnen van arts-assistenten; praktijkkostenvergoedingen door de h.a.o.; maar ook verzekeringskwesties (aansprakelijkheidsverzekering, arbeidsongeschiktheidsverzekering, risikoverzekering ter dekking terugbetaling van de lening enz.); regels voor waarnemen (bijvoorbeeld in weekeinden, avond/nachtdiensten (voor zover niet tot het directe praktijkgebeuren behorend),

Tabel 4. Aantallen arts-assistenten die de opleiding aan een universitair huisartseninstituut volgen

	geregistreerd				in opleiding			
	1976	1975	1974	totaal	1976	1975	1974	totaal
Amsterdam (G.U.)	9	1	—	10	33	33	6	72
Amsterdam (V.U.)	31	32	—	63	22	66	44	132
Groningen	20	20	—	40	29	70	20	119
Leiden	1	—	—	1	11	—	—	11
Nijmegen	5	6	—	11	20	17	6	43
Maastricht	1	3	—	4	11	18	—	29
Rotterdam	23	—	—	23	22	50	13	85
Utrecht	27	95	—	122	34	88	84*)	206
totaal	117	157	—	274	182	342	173	697

* + 30 in 1973

Bron: H.R.C.

Dit schema is bijgewerkt tot 1 mei 1976.

maar ook tijdens volledige afwezigheid van de huisartsopleider); regels voor de inschrijving – belangrijk, nu bij enkele instituten wachttijden dreigen te ontstaan of bestaan – contracten met andere dan huisartsopleiders; afbakening van de werkgebieden van de diverse instituten, enz. enz.

Inmiddels is de kolkende beek in een trager stromende rivier terecht gekomen, van waaruit rustiger kan worden gestuurd naar een beroepsopleiding die haar weg weet tussen academisch en post-academisch onderwijs, naar een opleiding voor huisartsen die vanuit brokstukken geneeskunde en geringe kennis der maatschappelijke problemen een synthese moet leren vinden ter betere functionering in de eerstelijns gezondheidszorg. Anders gezegd: de beroepsopleiding 'has to decide what the general practitioner should be doing, and then – whatever it is – enable him to do it properly'.

Literatuur

1. Balint, M. 'The doctor, his patient and the illness'. Pitman Medical Publishing Co London 1957.
2. Byrne, P. S. en Long, B. E. L. 'Learning to care, person to person'. Churchill Livingstone, 1973.
3. Commissie Huisartsen: rapport aan ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid 1967.
4. Commissie opleiding van de huisarts (Colenbrander). Rapport K.N.M.G., 1963.
5. Commissie Wetenschappelijk Onderzoek N.H.G. Woudschoten-rapport, 1965. Ibidem Huisarts en Wetenschap (1966) 9, 372.
6. Dokter, H. J. en Milikowski H. Ph.: 'De opleiding tot huisarts'. M.C. (1973) 28, 185.

7. Dijkhuis, H. J. P. M. 'De doelstellingen van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.' M.C. (1973) 28, 190.

8. Es, J. C. van, Ontwerp van een postuniversitaire beroepsopleiding tot huisarts. juli 1965, brochure.

9. Es J. C. van, 'Het moderne gewaad van de huisarts'. Gorcum en Comp. Assen 1967.

10. Es J. C. van, 'De beroepsopleiding van de huisarts'. M.C. (1973) 28, 219.

11. Huisarts en Universiteit: Werkgroep Scholing van K.N.M.G., rapport 1966.

12. Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde: Raamplan huisartsopleiding, 1966.

13. Interfacultair Overleg der Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde: 'Huisartsgeneeskunde en de artsopleiding nieuwe stijl', 1968.

14. Lidt de Jeude A. H. van, 'De huisarts in de maalstroom der emoties'. Scheltema en Holkema, 1971.

15. Rapport Werkgroep Opleiding N.H.G. 74-25 (1974).

16. Royal College of General Practitioners, The future General Practitioner, 1972.

17. Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1974.

18. Vakgroep Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut: 'Enkele opmerkingen over de relatie tussen de opleiding tot arts en huisarts en de gezondheidszorg'. Erasmedica (1976) 4, bijlage.

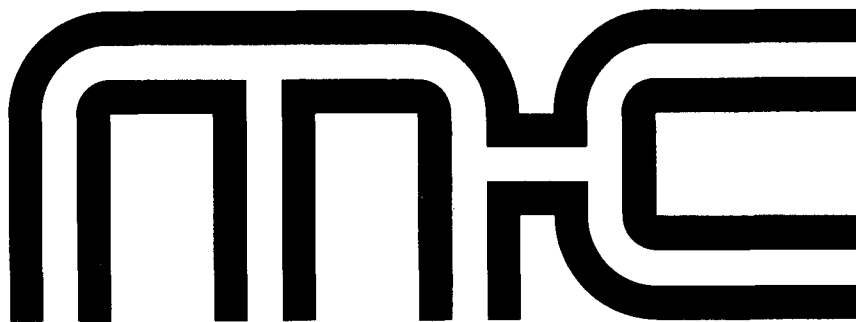
19. Werkgroep Onderwijs Doelstellingen van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht: 'Kenmerken van de huisarts', mei 1975.

20. Werkgroep Takenpakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap: 'Hoe helpt de dokter?', juli 1975.

21. World Health Organization: Public Health Paper Nr. 20: Preparation of the Physician for General Practitioner, 1963.

22. W.H.O. Technical Report Series Nr. 257: Training of the Physician for Family Practice General Practitioners, 1963.

23. W.H.O. Technical Report Series Nr. 267: General Practice, 1964.



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. Schultz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Commissie Geneeskundige Verklaringen	Mej. L. Beljaars, secretaresse.
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. Schultz; 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. Schultz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneskundigen 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 het centraal bestuur L.H.V.

Herziene lijst van laboratoriumonderzoeken

Na 3 jaar onderhandelen tussen de L.H.V. en het G.O.Z. is onlangs in de vergadering van de Ziekenfondsraad goedgekeurd de per 1 januari 1976 herziene lijst van laboratoriumonderzoeken, welke door huisartsen binnen het kader van een door de Ziekenfondsraad goedgekeurde plaatselijke of regionale regeling voor rekening van de ziekenfondsen aan laboratoria kunnen worden opgedragen. De herziening van de inleiding betreffende deze regeling vormt nog onderwerp van onderhandeling tussen partijen. Voorts is overeengekomen, dat indien een huisarts op medische indicatie een zwangerschapstest of een onderzoek naar bacteriurie met voedingsbodems voor een snelle kweek (zoals uricult, uriglox e.d.) zelf verricht, de kosten (d.w.z. de factuurprijs) daarvan bij het ziekenfonds kunnen worden gedeclareerd. Hierbij zij erop gewezen dat een zwangerschapstest op sociale indicatie, dus een zogenaamde nieuwsgierigheidsreactie, als zijnde geen medische indicatie, niet voor vergoeding volgens deze regeling in aanmerking komt en dus door patiënte zelf dient te worden betaald.

Hieronder gelieve u de nieuwe lijst van laboratoriumonderzoeken aan te treffen.

A. Zonder machtiging

Klinisch Chemische Diagnostiek

Urine:		425	cholesterol
106	bilirubine	426	calcium
113	suiker kwantitatief	433	eiwitspectrum
117	diastase	437	serumijzer
2101	onderzoek op vrij maagzuur met Diagnex B.	439	totale lipoiden
Ontlasting:		442	natrium (vlam fotometrisch)
205	wormeieren	443	kalium (vlam fotometrisch)
206	vertering kwalitatief	445	ijzerbindingscapaciteit
207	onderzoek op amoeben en/of cysten	460	triglyceriden
Maaginhoud:		473	lithium
304	functioneel maagonderzoek (Ewald/Boas)	488	transaminase (S.G.O.T.) colorimetrisch
Bloed:		488a	transaminase (S.G.P.T.) colorimetrisch
401	bilirubine	489	transaminase (S.G.O.T.) U.V. spectrofotometrisch
402	nuchter bloedsuiker (per patiënt: maximaal 3 x per halfjaar)	489a	transaminase (S.G.P.T.) U.V. spectrofotometrisch
403	ureum	489b	L.D.H. enzym
405	glucose-belastingscurve (inclusief urine-porties): eerste maal vrij, volgende malen aanvragen	489e	creatine-fosfokinase
405e	bloedsuiker dagcurve (per patiënt: maximaal 3 x per halfjaar)	704	bloedingstijd
413	thymoltroebeling	820a	T3
415	diastase	820b	T4
416	urinezuur	2414	pH, pCO ₂ en bicarbonaat
419	kreatinine	2417	gamma-glutamyltranspeptidase
422	fosfatase (zuur)		
423	fosfatase (alkalisch)		

Voor de nummers 488, 488a, 489 en 489a wordt het *onderzoek* aangevraagd en is de *uitvoering* afhankelijk van de beschikbare apparatuur.

Bacteriologische Diagnostiek

Algemeen

Methoden van onderzoek, toe te passen ongeacht de aard van het materiaal. Opdrachten van bacteriologisch onderzoek zullen alleen worden aanvaard als zij adequaat kunnen worden uitgevoerd, dus onder deskundige leiding en met deskundig personeel.

- 501 bacterioscopisch onderzoek (incl. eventueel kleuring); ook onderzoek op schimmels van uitstrijkjes uit de vagina (zonder identificatie)
- 505 resistentiebepaling: ponsmethode
- 506 resistentiebepaling (niet tbc) tweede reeks
- 507 combinatie resistentiereksen (niet tbc) tweede reeks
- 508 combinatie resistentiereksen (niet tbc) derde reeks en elke volgende reeks

Serologische Diagnostiek

Bloed

- | | | | |
|-----|---|---------|----------------------------------|
| 607 | 2 luesreacties C (complement) B (bindings) R (reactie) + VI (vlok-kings) R (reactie) Voor zover niet op 's Rijks kosten | 618 | Antistreptolysine reactie |
| | | 619 | Rose-test |
| | | 640 | complementbindingsreactie) voor |
| 608 | Reactie van Paul en Bunnell | 645 | Sabin - Feldman) toxo- |
| | | 690/691 | Australië - Autigeen) plasma |

Haematologische Diagnostiek

Bloed

702 Haemoglobine (foto-elektrisch)
706 Prothrombinetijd (bedside)
707 Prothrombinetijd (Quick of modificatie)
709 Tellen plasmacellen
711 Haematocriet
712 Tellen leucocyten
713 Tellen erythrocyten
714 Tellen eosinophilen
715 Tellen thrombocyten
716 Tellen reticulocyten
717 Differentiële telling
718 Malariaparasieten (dikke druppel)
Voor zover niet op 's Rijkskosten.

Volledige morfologisch bloedonderzoek waaronder wordt verstaan: 701 of 702, 703, 711, 712, 713, 717.

Diversen

804a serologische zwangerschapsreactie (Pregnosticon, Gravindex, e.d.), wanneer de huisarts op medische indicatie deze test zelf verricht, kunnen de kosten (d.w.z. de factuurprijs) daarvan bij het ziekenfonds worden gedeclareerd.

B. Na machtiging door de controlerend geneesheer

N.B. Indien de huisarts binnen een week na de datum van de aanvraag van een onderzoek geen bericht van afwijzing heeft ontvangen wordt de machtiging geacht te zijn verleend.

Klinisch Chemische Diagnostiek

Bloed

433b eiwitspectrum door middel van elektroforese in diverse media, inclusief totaal eiwitbepaling en kwantitatieve bepaling der fracties¹⁾.
488b melkzuur-dehydrogenase (L.D.H.) colorimetrisch. Het bepalen van enkele fracties, overeenkomende met nummer 433e van het laboratoriumtarief voor specialisten, kan, mede met het oog op de kostbaarheid, slechts in uitzonderingsgevallen op voldoende gemotiveerde aanvraag worden toegestaan.

Diversen

803 bereiden autovaccin (uitsluitend door laboratoria onder leiding van een bacterioloog)

Lijst van laboratoriumonderzoeken, waarvan de honorering en kostenvergoedingen worden geacht begrepen te zijn in het abonnementshonorarium en die, indien een huisarts deze opdraagt aan een laboratorium, door de huisarts moeten worden betaald.

1. Gelet op de kostbaarheid en het karakter van dit onderzoek is het gewenst, dat de huisarts, die dit onderzoek aan een laboratorium wil opdragen, de desbetreffende aanvraag voldoende motiveert.

Klinisch Chemische Diagnostiek

Urine:

101 bepaling van het s.g.
102 bepaling van de reactie
103 kwalitatief eiwit
104 kwalitatief suiker
105 urobiline
107 aceton
108 diaceetzuur
111 sediment
112 eiwit kwantitatief (Esbach)

Ontlasting:

201 bloed (benzidine)

Bloed:

701 haemoglobine (Sicca, Sahli)
703 bezinkingssnelheid.

Per schrijven van 24 november 1976 zijn de ziekenfondsen door de Ziekenfondsraad in kennis gesteld van deze nieuwe lijst (SV/OVK/36129).

W. Derksen, arts,
voorzitter Ziekenfondstarievencommissie – medische sectie.



van de O.L.M.A.

Indien u contact wenst te hebben met een buitendienstmedewerker van de O.L.M.A. kunt u hem, hetzij rechtstreeks, hetzij via het bureau van de O.L.M.A. bereiken:

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij, voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.

Medewerkers buitendienst

Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Burg. Visserstraat 13, Tilburg, tel. 013-68 21 34; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.



van het hoofdbestuur

Publikatie op grond van artikel 607 H.R.

Wijzigingen c.q. aanvullingen in de **samenstelling districtsraden** (stand per 14 november 1975) gepubliceerd in Medisch Contact no 1975/48 dd. 28 november 1975.

Districtsraad voor district III

F. Th. van Gelderen, Wognum, voorheen vice-voorzitter, thans *lid*;
P. Schoorl, Den Helder, voorheen lid, thans *vice-voorzitter*.

Districtsraad voor district XVIII

Na gehouden verkiezingen is de samenstelling thans als volgt:

Dr. J. M. Vrolijk, Emmen, *voorzitter*; A. J. Tjeenk Willink, Dwingeloo, *vice-voorzitter*. **J. H. M. van Buchem, Nicolaas Beetslaan 22, Assen, secretaris**; K. A. Huisman, Erica, *lid*; F. J. A. Idema, De Wijk, *lid*; J. F. Janssen, Hoogeveen, *lid*; J. Koppe, Emmen, *lid*; J. H. Magendans, Nieuw Buinen, *lid*; P. Roeland, Beilen, *lid*; Mr. H. Huizinga, Groningen, *adjunct-secretaris*.



personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

C. B. van Ommeren, Rustenburgerstraat 394 hs, Amsterdam.
Ph. Oosterhout, Obrechtstraat 114^l, Den Haag.
A. B. van Overmeeren, Newtonstraat 26^l, Amsterdam.
W. F. Panman, Nassaulaan 1, Den Haag.
R. P. Philbert, Marowijnendreef 9, Utrecht.
H. Poerbo di poero, Lokhorst 63, Leiderdorp.
Mej. H. A. Prins, Achter Clarenburg 2, Utrecht.
K. A. Ramkhelawan, 2e Binnenvestgracht 13, Leiden.
C. G. M. de Rooy, Rijnsburgerweg 34, Leiden.
M. L. Rutgers, Utrechtseweg 54, Oosterbeek.
F. A. J. Smeetz, v. Slichtenhorststraat 42, Nijmegen.
H. J. M. Slegers, Molenstraat 15, Sevenum.
Mevr. J. Stoppelman-de Jong, Kromme Horn 21, Graft-De Rijp.

A. E. Straat, Onderduikersstraat 72, Groningen.
Mevr. H. L. Tan-Tjong, Sibeliusplein 57, Schiedam.
C. F. M. Tonino, Beukenlaan 31, Ochten (Gld.).
F. A. M. H. de Vocht, Aalscholversingel 482, Velp (Gld.).
J. H. D. Wagener, Hoefstraat 50 A, Leiden.
C. A. van der Wal, v. Swietenlaan 69 C, Rotterdam.
H. Walinga, van Riebeeckweg 13, Hilversum.
D. G. H. van der Werf, Langewijk 109, Elim (Dr.).
B. T. M. van der Werf, van Goorstraat 90, Nijmegen.
L. Wigersma, Marnixkade 81^{III}, Amsterdam.
F. E. Willems, Transvaalstraat 25^{III}, Amsterdam.
M. Witsenburg, St. Walburgstraat 3, Groningen.
D. Wouters, Rijksstraatweg 376, Haren.
P. J. van Wijk, Papenvaart 5, Nuenen.
S. M. van Wijk, Claudiagaarde 84, Bussum.



inhoud officieel

Nr. 51 – 17 december 1976

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:

Herziene lijst van laboratoriumonderzoeken 1614

Van de O.L.M.A.:

Medewerkers buitendienst 1615

Van het Hoofdbestuur:

Publikatie op grond van artikel 607 H.R. 1616

Personalia K.N.M.G. 1616