



redactioneel

- 'Van probleem tot psychiatrie' is af. Tijd voor een terugblik en een blik vooruit. Prof. Dr. J. C. van Es zet de psycholoog terug op de eerste lijn. De heer W. Th. van de Ven probeert (meer) interesse te wekken voor het opnemen van chronische psychiatrische patiënten in pleeggezinnen.
- De huisartsen voelen er niets voor structuren opgedrongen te krijgen die zij als een belemmering beschouwen in hun werk. Het zal leiden tot polarisatie met de overheid en een positieve ontwikkeling van het vak huisartsgeneeskunde in de weg staan. Aldus LHV-voorzitter J. W. Jacobze in zijn openingswoord van de laatst gehouden ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging.
- In de openbare hoorzitting van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer, gewijd aan de gang van zaken met betrekking tot de kankerbestrijding in Nederland, heeft ook een KNMG-delegatie haar inbreng geleverd.
- De drie benaderingswijzen in de psychiatrie – de biologische, de psychodynamische en de sociale – zijn niet controversieel maar complementair. Prof. Dr. N. A. J. Romme over een opleiding in de psychiatrie die is aangepast aan de eisen des tijds.
- Poliobestrijding in de praktijk: GG&GD-directeur Alb. J. Smulders uit Breda over een recente inentingscampagne.
- De Algemene chirurg Dr. J. de Boer pleit voor een Landelijke Organisatie van Trauma Teams (LOTT). Hij zet uiteen hoe dergelijke teams zouden kunnen werken en geeft een schematisch overzicht van het totale gebeuren.



'Pointe du Raz-Bretagne', olieverf op doek (68x58 cm) van de Dordrechtse huisarts D. A. H. Kolschoten, wiens voorkeur uitgaat naar olieverf op doek, board of karton en modeltekenen. Hij hield in 1969 een eenmaalsexpositie te Dordrecht, Leprooshuis, en dit werk was te bewonderen op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Alkmaarse Centrale Ziekenhuis.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1430
---------------	------

*Inzenders: C. A. Wertheim-Elink Schuurman,
F. P. C. Prud'homme van Riens*

Van psychiatrie tot probleem, door Prof. Dr. J. C. van Es	1433
--	------

Chronische patiënt en gezinsverpleging. Een poging tot integratie, door W. Th. van der Ven	1436
---	------

Ledenvergadering der LHV	1439
--------------------------------	------

Openbare hoorzitting vaste Kamer- commissie voor de Volksgezondheid. KNMG-delegatie over kankerbestrij- ding	1443
---	------

Opleiding psychiatrie aanpassen aan de eisen van deze tijd, door Prof. Dr. M. A. J. Romme	1445
---	------

Uitspraak CAO-ziekenhuiswezen: Uitvoeringsregeling onregelmatige dienst	1448
---	------

Poliobestrijding in de praktijk. Poliomyelitis in het land van Heus- den en Altena, onderdeel van het Stadsgewest Breda, door Alb. J. M. Smulders	1149
---	------

Traumateams bij rampen. Nut, Sa- menstelling en werkwijze, door Dr. J. de Boer	1451
--	------

OFFICIEEL	1455
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel	1460
-------------------------------	------



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgave

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Koninklijke Tijl, Zwolle.



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

OPENBAAR MINISTERIE EN EUTHANASIE

De Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie heeft thans vijf jaar op de bres gestaan in het belang van allen die te eniger tijd om euthanasie zouden willen vragen. Het wordt tijd, dat zij ook de belangen van hen die te eniger tijd deze vraag zullen beantwoorden ter harte neemt. Dit klemmt te meer, nu op een desbetreffende vraag van een der Kamerleden (D'66) bij gelegenheid van het begrotingsdebat van Justitie door minister De Ruiter de mening is uitgesproken dat het ogenblik voor wettelijke regeling dezer materie nog niet is aangebroken.

Naar aanleiding van vorengemelde omstandigheden heb ik tijdens het verenigingscongres (zie MC nr. 45/1978, blz. 1414, Red.) het forum een schriftelijke vraag voorgelegd inzake de juridische beveiliging dergenen die krachtens hun beroep of anderszins geroepen en bereid zijn zieken, bejaarden en anderen die daarom vragen euthanasie te verlenen. Deze vraag is intussen aangekomen waar zij thuishoort: bij het bestuur van de in de aanhef genoemde vereniging zelf. Bij een peiling vanwege het Nederlandse Huisartsen Instituut is gebleken dat wekelijks zevenentwintig Nederlanders hun arts om euthanasie vragen. Dit getal zal bij volgende peilingen blijken te zijn gestegen. Alleen al de publiciteit om dit congres heen zal daartoe hebben bijgedragen. Mijn vraag regardeert niet het belang van de toekomstige vrageden, maar het belang dergenen tot wie dezen zich zullen wenden, in hoofdzaak dus artsen. Dezen

zijn krachtens ons Wetboek van Strafrecht strafbaar. Wij weten, dat het uitoefenen van gevraagde, vrijwillige, euthanasie kan worden gerekend tot de daden die vallen onder de categorie 'materieel niet wederrechtelijk', daden dus die eventueel niet worden vervolgd. Wij weten, dat het het Openbaar Ministerie is dat bepaalt of een persoon die een strafbare daad begaat zal worden vervolgd. Wij weten, dat in het algemeen van de honderd bij het OM aangebrachte strafbare daden er 52,6 niet voor de strafrechter komen maar bij het OM door de zeef vallen. Wij weten, voor zover het de vrijwillige euthanasie betreft, dat het OM enige jaren geleden richtlijnen heeft gegeven inzake het optreden tegen artsen en anderen – ik herhaal: anderen – die euthanasie hebben uitgeoefend. Wij vermoeden, dat tot de richtlijnen behoort: de overweging dat de betrokken arts of ander te goeder naam en faam bekend staat.

In de NRC van 2 oktober van dit jaar stond te lezen, dat de opmars der richtlijnen van het Openbaar Ministerie wel eens het ontstaan zou kunnen betekenen van een opstap naar een gespreksplatform met de samenleving, teneinde te zoeken naar maatstaven die het optreden van het OM boven partij- en deelbelangen uit kunnen legitimeren. Mijn vraag nu luidde: *Acht u niet, met mij, het tijdstip gekomen voor onze vereniging zich via het bestuur tot het OM te wenden in een poging via deze 'opstap' te geraken tot verdere ontwikkeling van en meerdere klaarheid omtrent de gehanteerde maatstaven?*

doorlezen naar blz. 1432

ERRATUM St.-Bavo

In ons eerste hoofdartikel over St.-Bavo's derde visierapport (MC nr. 39/1978, blz. 1195) schreven wij, dat 'St.-Bavo de opdracht (heeft) aanvaard om in Rotterdam een nieuwe psychiatrische kliniek te helpen bouwen'.

Voor alle duidelijkheid: de feitelijke gang van zaken is geweest, dat het bestuur van St.-Bavo de directie heeft opgedragen de bouw van een nieuwe psychiatrische kliniek in de regio Rotterdam voor te bereiden. Dit initiatief van het bestuur van St.-Bavo werd mede gestimuleerd door functionarissen op beleidsniveau van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, onder meer naar aanleiding van een rapport dat voormelde raad heeft uitgebracht over de verspreiding van de intramurale psychiatrische voorzieningen in de provincie Zuid-Holland.

VAN PROBLEEM TOT PSYCHIATRIE (II)

In de laatste drie artikelen uit de Bavo-serie 'Van probleem tot psychiatrie', die in het vorig nummer is afgesloten, wordt een model beschreven voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. De elementen van dat model zijn: gespecialiseerde gezinszorg; burenhulp; een tweede vrijwilligersorganisatie, ditmaal voor eerste hulp bij ernstige conflicten, de EHBK; de wijk-verpleegkundige in haar meer gespecialiseerde zorg voor babies en kleuters, chronisch zieken, invaliden en bejaarden; de huisarts, wiens psychosociale zorg zich tot dezelfde groepen zou moeten beperken; en tenslotte de wijk-maatschappelijk werker en de wijkpsycholoog. De genoemde instanties en personen zouden rechtstreeks door de patiënt of de cliënt moeten kunnen worden benaderd – hét kenmerk van de hulpverlening in de eerste lijn, dat evenwel ook continue bereikbaarheid inhoudt, zevenmaal vierentwintig uur per week.

Alvorens enkele kanttekeningen te plaatsen bij het model dat de Visie Commissie presenteert, lijkt het ons goed ons af te vragen welk belang werkers uit de tweede lijn erbij hebben zo'n model voor de eerste lijn op te stellen. Bij de aanbidding van dit derde visierapport wees directeur-geneesheer J. van de Lande op de wederzijdse beïnvloeding van wijk en instituut. Van der Lande: 'Enerzijds: een gebrekkige wijkorganisatie leidt tot dysfunctie van gespecialiseerde instituten. Anderzijds: een goede wijkorganisatie kan niet bestaan zonder het achterland van een gespecialiseerd instituut. Een zinvol en doelgericht werkende tweedelijns zorg is ondenkbaar zonder een logisch opgebouwde en goed samenhangende eerstelijns zorg.'

Het is duidelijk, dat vanuit deze filosofie een model voor de eerste lijn uit de bus komt waarin het accent ligt op de professionele hulp-

verlening. Hulp die bovendien vrijwel helemaal wordt verleend binnen het medisch model: hulpvraag c.q. klacht-diagnose-therapie. Macrosociaal zijn eerst opvang en aard van de klachten gemeten. Het vanzelfsprekende antwoord is het zoeken en aanbieden van de meest efficiënte therapie, primair in de eerste lijn, opdat ook de tweede lijn optimaal kan functioneren. Hiervoor moet mogelijk deskundigheid zo dicht mogelijk bij de (aanstaande) patiënt worden gebracht.

In deze richting doordenkend stellen we vast dat er in en rond de geneeskunde nog heel wat deskundigheid voor een plaats in de eerste lijn in aanmerking komt. Evenwel, zoveel te meer deskundigen, zoveel te moeilijker zal het zijn ieders werkgebied af te grenzen. Met de maatschappelijk werker en de psycholoog blijkt dat momenteel al het geval. En is die taakafbakening

*Participatie en
zelfwerkzaamheid
. . . op den duur
een betere weg*

voor de deskundige al niet zo eenvoudig, hoe zal de patiënt dan besluiten tot wie hij zich het best kan wenden? Het gevaar is dan, dat de verkeerde keus wordt gemaakt. Het langs elkaar heen werken – nu gezien de hulpverlenersenquête al schering en inslag – zal er alleen maar door toenemen.

Maar zouden we niet eerst moeten bezien of elke hulpvraag of klacht wel direct deskundige hulp noodzakelijk maakt? Deskundigen zullen steeds geneigd zijn de patiënt als object te zien en hem of haar neutraal te benaderen. Dit afstand nemen van de patiënt beïnvloedt de zorg vaak in negatieve zin. Positieve affectiviteit komt onder 'professionals' minder voor; is ze aanwezig, dan verbetert gewoonlijk de zorg. De beste combinatie is die van een grote mate van deskundigheid en een liefdevolle band met de patiënt. Hoeveel 'professionals' zijn

geneigd of in staat elke patiënt/cliënt als een speciaal geval te behandelen, ongeacht de tijd en de ruimte voor andere taken die dit kost? Het is eenvoudig onredelijk een dergelijke betrokkenheid te verwachten. Niettemin: positieve affectie speelt een essentiële rol bij het verlenen van psychosociale hulp.

Er zijn twee alternatieven. In de eerste plaats kunnen betaalde deskundigen leren aardig te zijn voor hun cliënten of vaardigheid en informatie doorgeven aan mensen die al een affectieve band met die cliënten hebben. Een tweede alternatief – en het komt ons voor dat dit steeds meer moet worden nagestreefd, hoewel het minder specifiek kan worden toegepast – is: in grote mate het niveau van informatie over gezondheid(zorg) en vaardigheden van heel de bevolking verhogen, korte trainingen in gezondheidszorg en hulpverlening geven aan mensen die zich beschikbaar willen stellen en die persoonskenmerken bezitten als warmte, echtheid en empathie en tenslotte vrijwilligersorganisaties als burenhulp en patiëntenverenigingen stimuleren.

De Visie Commissie heeft gelijk als ze zegt (MC nr. 43/1978, blz. 1357): 'Een goed georganiseerde, goed functionerende eerste lijn is . . . een dwingende noodzaak: de tweede lijn zal nooit bij machte zijn voor het totale 'aanbod' van psychosociale problematiek hulp te bieden, én niet door de omvang van die problematiek én niet doordat specialistische hulp lang niet in alle gevallen aangewezen of . . . de beste is.' Wezenlijk voor de oplossing die de commissie voorstelt is het aanbieden van steeds meer deskundige hulp. Participatie en zelfwerkzaamheid van de bevolking – men leze ook de artikelen van Van Es en Van de Ven (blz. 1433 en 1436) – lijkt ons op den duur een betere weg om psychosociale problemen aan te pakken.

B.

Langs die weg immers zou aan artsen en anderen tot wie onze leden zich wenden duidelijk kunnen worden gemaakt waar zij, voor zover het het OM betreft, aan toe zijn.

Dordrecht, 29 oktober 1978
Domela Nieuwenhuisweg 158

C. A. Wertheim-Elink Schuurman

604

*Stenokardische Anfalle
mit auererst heftigen Schmerzen.
Puls 'in Anfalle ganz verschieden,
einmal langsam c. 56-60, ganz
regelmässig, stark gespannt,
dann wieder beschleunigt 80-90,
ziemlich gleich- und regelmässig,
endlich vollstündig anhaltend,
ganz unregelmäßig, bald beschleunigt
bald langsamer, mit ganz
wechselnder Spannung.*

*Er ersten Sensationen dieser
Anfalle traten mehrere, 3-4,
Tage vorher, aufeinander
ganz scharf, allmählich immer
angenehmere Zugentloose*

*Anfalle mit starken Schmerzen
sind jetzt erst vor 5-6
Tagen aufgetreten.*

*Gebohren am 6 Juli 1905
Abends 8 Uhr, nachdem ich
vorher 3 heftige Anfalle
gehabt habe.*

FIG. 174. HERMANN NOTHNAGEL'S letzte Niederschrift: Bemerkungen über seine stenokardische Anfalle.

Deutsche Med. Wochenschrift 28 Sept. 1905, blz. 1565.

GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE

'Een 18e-eeuws koopman over het verloop van zijn ziekte'

In het artikel 'Een 18e-eeuws koopman over het verloop van zijn ziekte' in Medisch Contact van 8 september jl. (Geschiedenis der geneeskunde, MC nr. 36/1978, blz. 1109) noemt Mw. Verkroost ook artsen die over hun ziekte schreven. Misschien is het in dit verband interessant te wijzen op het briefje dat de beroemde clinicus Hermann Nothnagel (1841-1905) schreef vlak voor zijn dood. Hij beschreef hierin op klassieke wijze drie ernstige aanvallen van angina pectoris, die hij

zojuist had doorgemaakt; de vierde aanval was dodelijk. Het briefje werd op zijn nachtkastje gevonden (zie fotocopie 'Leerboek der inwendige geneeskunde II' van Dr. A. A. Hijmans van den Bergh; Scheltema & Holkema, Amsterdam 1941).

's-Gravenhage, 5 oktober 1978

F. P. C. Prud'homme van Reine



Anticonceptie in de huisartspraktijk – Op donderdag 7 december a.s. zal in 'De Doelen' in Rotterdam een avondsymposium worden gehouden met als onderwerp 'Anticonceptie in de huisartspraktijk'. Inleiders zullen zijn Mw. Dra Angenies Brandenburg (Ik wens mijn eigen conceptie te bepalen); Prof. Dr. A. C. Drogendijk (Hormonale anticonceptie anno 1978); en Drs. R. C. P. A. van Muijden (Niet-hormonale vormen van anticonceptie). Er is gelegenheid tot discussie. Het discussiepanel zal bestaan uit de inleiders en Mw. W. van der Meer-Fieggan. Nadere inlichtingen verstrekt Organon Nederland BV te Oss, tel. 04120-24373, toestel 43.

Bloeddruk meten – Een commissie van de Gezondheidsraad heeft de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in het kader van de adviesaanvraag inzake medische hulpmiddelen dd. 10 september 1970 een advies uitgebracht over eisen en testprocedures voor apparatuur voor indirecte bloeddrukmeting. In dit 'Advies inzake Apparatuur voor indirecte Bloeddrukmeting: Eisen en Testprocedures' heeft de commissie voorschriften opgesomd waaraan in het algemeen bij bloeddrukmeting in gebruik zijnde apparatuur moet voldoen. Bovendien wordt aanbevolen bloeddrukmeters éénmaal per jaar te laten herkeuren. In overeenstemming met de huidige ontwikkeling binnen de Wereldgezondheidsorganisatie worden als meeteenheden de millimeter kwik (mmHg) en de kilopascal (kPa) toegelaten.

Internationaal symposium – Van 15-17 maart 1979 zal te Maastricht een internationaal symposium worden gehouden over 'De rol van psychosociale factoren bij het ontstaan van coronaire hartziekte'. Doel van dit symposium is een overzicht te verkrijgen van recente onderzoeken op cultureel, economisch,

sociaal, psychosociaal en psychofysiologisch gebied naar psychosociale factoren die een rol spelen bij het ontstaan van deze ziekte. Het symposiumonderwerp is onderverdeeld in drie deelonderwerpen, te weten de macro-sociale factoren, persoonskenmerken en psychofysiologische mechanismen. Nederlandse en buitenlandse deskundigen zullen voordrachten houden (voertaal Engels), gevolgd door specifieke onderzoekverslagen. Het symposium is speciaal bedoeld voor onderzoekers op het gebied van psychosociale factoren en gezondheid. Kosten: f 250,— (inclusief koffie, lunch (2x) en één diner). Nadere inlichtingen: Drs. P. Falger, Capaciteitsgroep Medische Psychologie, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-842777, toestel 2126/2173.

Niertransplantaties – De Sociale Commissie van de Nier Stichting Nederland belegt in nauwe samenwerking met de Vereniging Maatschappelijk Werk Nefrologie op zaterdag 25 november aanstaande in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht een symposium over niertransplantatie. Gezien het feit dat de laatste tijd door allerlei media zo'n ruime aandacht wordt besteed aan orgaan- en weefseltransplantatie, hebben de Sociale Commissie en de VMWN gemeend dit onderwerp op deze dag aan de orde te moeten stellen. Gekozen is voor het thema 'Aspecten rondom 'familie'-donatie bij niertransplantatie'. Verschillende disciplines die hierbij betrokken zijn, hebben inmiddels toegezegd aan het symposium medewerking te verlenen.

Fusie KUVV-LBWG – De ledenvergaderingen van de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden en de Landelijke Beroepsorganisatie van Werkers in de Gezondheidszorg hebben besloten tot fusie. Hun nieuwe organisatie telt bijna 20.000 leden en zal als naam gaan voeren: 'Het Beterschap', belangenvereniging voor werkers in de gezondheidszorg. De belangrijkste programmapunten van de nieuwe vereniging zijn: te komen tot een formulering van de identiteit van de verpleegkundige en verzorgende hulpverlening en in relatie daarmee te bevorderen dat ook de rechtspositie van de hulpvrager wordt vastgesteld; te streven naar een gecoördineerd arbeidsvoorwaardenbeleid voor de hele gezondheidszorg, waarin de eigenheid van deze bedrijfstak tot uitdrukking kan komen; een verandering te stimuleren van de huidige zeggenschapsverhoudingen in de gezondheidszorg in de richting van een vorm die meer strookt met de eigen aard van deze sector.

Van psychiatrie tot probleem

De serie artikelen van Offerhaus: 'Van probleem tot psychiatrie', die een uittreksel vormen van het derde rapport van de Visie Commissie St.-Bavo¹, heb ik zeer geboeid gelezen. Er wordt een analyse verricht van de hulpbehoefte en de hulpverlening op psychosociaal gebied, op welke grondslag een model voor ambulante psychosociale hulpverlening wordt ontwikkeld. Dit getuigt van een serieuze aanpak die weldadig aandoet. Uit de bevolkingsenquête bleek dat 19% van de bevolking problemen heeft waarvoor men hulp meent nodig te hebben. Daarnaast zijn er velen die wel klachten en stoornissen hebben, maar die naar hun eigen oordeel geen hulp daarvoor behoeven. De Visie Commissie houdt het erop dat een en kwart tot een derde van de Nederlandse bevolking voor hulp in de psychosociale sfeer in aanmerking komt. In de laatste drie artikelen van de serie wordt dan een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn aangeboden. In de eerste van de drie slotartikelen wordt een lans gebroken voor de niet-professionele hulp, zowel in formele als in informele zin. Enkele jaren geleden heb ik hier op het Ledencongres van de KNMG ook voor gepleit², en wel om de onafhankelijkheid van de professionele hulpverlener zo klein mogelijk te maken. Dit leidt immers tot het aanvaarden van de sociologisch te omschrijven 'patiëntenrol', met alle bezwaren van dien. Het is een zeer belangrijke taak van de huisarts om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Terugverwijzing naar wat ik de 'nulde lijn' noemde is, indien verantwoord, een zinvolle handelwijze. Uiteraard behoeft er niet

door Prof. Dr. J. C. van Es



De auteur is hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

alleen sprake te zijn van een terugverwijzing naar de nulde lijn, deze kan ook primair worden geraadpleegd. Daar is vaak al sprake van. Het 'lay referral-system', zoals door Freidson is beschreven³, is daar een teken van. Men overlegt met familie, vrienden, burens. Deze vormen ook de primaire hulpverleningscategorie. Voor velen ontbreekt deze echter nagenoeg of geheel. Alom worden er pogingen ondernomen om hierin te voorzien, door vrijwilligersorganisaties, gezondheidswinkels, patiëntengroepen, feministische organisaties, enz. De kracht daarvan wordt gevormd door de sterke motivatie en het informele karakter. Terecht maakt Offerhaus zich zorgen dat niet iedereen beschikt over een dergelijk 'vangnet'. Hij pleit dan ook voor het opzetten van een wijkgebonden burenhulporganisatie. Een dergelijke organisatie zou de continuïteit en de deskundigheid moeten waarborgen. Ik denk dat een dergelijke opzet goed kan zijn, mits men de deskundigheid niet zo'n hoge

prioriteit geeft dat spontane, medemenselijke activiteiten daardoor in de verdrukking komen. Het risico is altijd weer de tendens tot professionalisering van niet-professionele hulp. Het pleidooi voor gezinsverzorgsters die ook in psychosociaal opzicht steun kunnen bieden spreekt ook erg aan; dit kan in een grote behoefte voorzien. Dan pleit de Visie Commissie voor een andere vrijwilligersorganisatie, die zich bezighoudt met het bieden van eerste hulp bij ernstige conflicten (EHBK). Het zou vooral moeten gaan om conflicten in de wijk, waarop op een meer adequate manier dan vaak het geval is zou moeten worden gereageerd. Men kan zich afvragen waarom deze hulpverlening geen onderdeel kan zijn van de eerder bepleite moderne vorm van burenhulp. Het komt me voor, dat het voorstel tot deze differentiatie al de kiem van de professionalisering van de hulpverlening in zich draagt.

Tendensen

Na deze kanttekeningen zou ik nader willen ingaan op hetgeen is geschreven over de professionele hulpverlening in de eerste lijn. In het betoog van Offerhaus kan ik daarin twee tendensen ontwaren: een tendens tot integratie en een tendens tot het uithalen van functies.

Tendens tot integratie

Bij de bespreking van de functies van de wijkverpleegkundige pleit Offerhaus er – mijns inziens terecht – voor om bij de begeleiding van een hulpverlening aan chronisch zieken, uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, rouwenden, zuigelingen en kleuters

zowel aan somatische als aan psychosociale aspecten aandacht te besteden; dit zou in haar taakopdracht moeten worden vermeld.

Hulpverlening aan de rouwende wordt beargumenteerd met de opvatting dat dit beter is dan het introduceren van een nieuwe hulpverlening voor dit doel. Ik ben het hiermee van harte eens. Ik ben ook van oordeel dat een te grote spreiding van hulpverlenende taken in de eerste lijn tot een versplintering van de hulpverlening voert. Dit kan alleen maar een afname van de persoonlijke relatie van hulpzoekende en hulpverlener tot gevolg hebben.

Tendens tot uiteenhalen van functies

a) In de eerste plaats is deze tendens zichtbaar als Offerhaus de taken van de *maatschappelijk werkende* bespreekt. De Visie Commissie is van oordeel dat het maatschappelijk werk zich steeds meer op immateriële zaken moet toelagen en de materiële hulpverlening moet overdragen aan de gemeentelijke sociale dienstverlening. Daarmee beschrijft hij de ontwikkeling zoals deze zich in het maatschappelijk werk ook heeft voorgedaan. Het is echter de vraag of dit een gelukkige zaak is. Ik ben van oordeel, dat de functie van de in de eerste lijn werkzame maatschappelijk werkende zoveel mogelijk oog moeten hebben voor de totale maatschappelijke en psychosociale problematiek van de hulpzoekende. Er bestaat vaak een duidelijke wisselwerking tussen deze velden. Aandacht voor de materiële aspecten, zoals huisvesting en verzorging budgettering, kan de hulpverlening sterk verrijken en humaner en vollediger van aard doen zijn. Bovendien is het niet ondenkbaar dat bij een verandering van de economische situatie de materiële problemen een grotere rol gaan spelen dan thans in onze welvaartssamenleving het geval is.

b) De functie van de *huisarts* wordt mutatis mutandis ook aan een soortgelijk reductieproces onderworpen, al zijn de uitspraken daarover niet altijd duidelijk. Er lopen twee lijnen door elkaar. Allereerst wordt de vraag gesteld of psychosociale hulpverlening wel binnen de gezondheidszorg thuishoort. Dit is een gerechtvaardigde vraag, die in het betoog van Offerhaus echter alleen

maar voert tot de vraag of het dus wel een taak voor de huisarts is. De vraag of het dan wel een taak voor anderen binnen de gezondheidszorg is, wordt echter niet gesteld. Men dient zich dan ook af te vragen of het wél een taak voor maatschappelijk werkenden binnen de gezondheidszorg is of voor werkers in de tweede lijn (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werkende). Het is dan inconsequent dat het wel tot de taak van de wijkverpleegkundige wordt gerekend. Ik geloof dat er, zo gesteld, iets voor te zeggen is de psychosociale hulp buiten de gezondheidszorg te laten vallen. Dit zou kunnen bijdragen tot een ontmedicalisering van de gemeenschap. Dit zou echter worden ingeruild voor een afhankelijkheid van een ander hulpverleningssysteem, die dwingend zou voeren tot een *Illich II*, pleitend voor een ontpsychosocialisering van de gemeenschap. Het probleem is echter dat lichaam, geest en gemeenschap zo nauw met elkaar samenhangen. Daarmee komen we op de andere lijn die gevolgd wordt: kan, wil en moet de huisarts wel psychosociale hulp bieden? De Visie Commissie is hier niet altijd duidelijk, maar ik denk dat we het eens zijn over het volgende: de huisarts is een arts die integrale hulp moet bieden. Dit betekent dat hij de klacht niet kan losmaken, noch uit de lichamelijke, noch uit de psychische en sociale context. Hij zal hulp moeten bieden bij het oplossen van problemen voor zover dat in zijn werkwijze past. Voor zover dat niet het geval is zal hij moeten verwijzen. Dit geldt zowel voor somatische als voor psychosociale problemen. Toegespit op de psychosociale hulpverlening betekent dit dat de huisarts tenminste psychosociale problemen kan onderkennen, dat hij voortdurende hulp kan bieden en dat hij op een adequate manier naar tweedelijns hulpverlening kan verwijzen. De toepassing van intensieve psychotherapeutische hulpverleningsmethoden behoort niet tot zijn werkterrein. Er zijn ook klachten die in principe niet bij hem thuishoren. Daarom is het zo belangrijk dat de huisarts reeds vroeg in het hulpverleningsproces samen met de hulpzoekende de hulpvraag verheldert, opdat kan worden nagegaan of de huisarts de aangewezen hulpverlener is. Offerhaus noemt vier klachten waarvoor dat niet zou gelden: angst,

drift, ruzie, contactgeremdheid. Ik ben het daarmee eens, behalve als dit uitingen van ziekten zijn (diabetes-psychose, epilepsie e.d.).

De psycholoog in de eerste lijn

Het rapport culmineert in de opvatting dat de psycholoog een plaats in de eerste lijn moet krijgen. Dit is geen nieuwe opvatting. In een aantal publikaties vindt men hierover opvattingen en soms heftige gedachtenwisselingen⁴. Offerhaus kiest, als ik het goed heb begrepen, voor een wijkpsycholoog die naast huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende moet functioneren. Dit roept echter een groot aantal vragen op.

1. De eerste vraag is al door Offerhaus zelf aangesneden: moet er naast de maatschappelijk werkende nog wel een psycholoog komen? Is dit geen doublure? Offerhaus komt tot de conclusie dat dit niet het geval is, hoewel hij toegeeft dat 'het nog geen volledig uitgekristalliseerde zaak is'. Zijn argument is dat de opleiding van maatschappelijk werkende en psycholoog zo verschillend zijn en dat hun werkaanpak grosso modo anders is. (Ik betwijfel of iedere maatschappelijk werkende het met de door Offerhaus beschreven verschillen eens zal zijn!) Dit neemt echter niet weg dat de *hulpzoekende* niet alleen dit onderscheid niet kan maken, maar ook dat hij of zij niet zal kunnen bepalen welk type hulp geïndiceerd is. De hulpzoekende zal niet op deze gronden tot een keuze tussen beide hulpverleners kunnen komen. Het is te verwachten dat eerder statusverschillen tussen psycholoog en maatschappelijk werkende en de beeldvorming van beide beroepen daarvoor bepalend zullen zijn.

2. Offerhaus gebruikt als argument voor het invoeren van de psycholoog in de eerste lijn dat 20% van de personen uit de bevolkingsenquête problematiek aangeeft op één of meer levensgebieden. Dit is op het eerste gezicht een begrijpelijk, maar toch een bedenkelijk argument. Het is immers zeer de vraag of dit betekent dat deze mensen professionele hulp nodig hebben. In het rapport wordt als eerste oplossing de bevordering van de niet-professionele hulp

aanbevolen. Nu lijkt het erop dat dit in feite weer wordt teruggenomen.

Het is erg nuttig om ons de aanbevelingen van J. Bensing⁵ nog eens voor de geest te halen: a) het is beter om ons goed te bezinnen op de hulpvraag niet per definitie neigt het hebben van problemen ook tot psychosociale hulp, en b) deze hulp hoeft niet persé door een psycholoog te worden gegeven. Later⁶ schrijft zij – en dat is mijns inziens een *cruciaal punt* – dat psychosociale problematiek geen ondubbelzinnig vast te stellen begrip is. De betrokkene zelf is vaak de laatste die psychosociale problematiek als zodanig weet te herkennen. Een hulpverleningssysteem dat ervan uitgaat dat iedereen in staat is de juiste hulpverlening te kiezen moet hierop stranden. Het is daarom van veel belang dat vóór iedere specialistische hulp, somatisch en psychosociale, een zeef wordt ingebouwd. Het vervullen van deze functie behoort tot de essentiële taken van de eerste lijn. Het inbouwen van een zeef is ook om de volgende reden van belang: het bieden van hulp is op zich al behoeftenscheppend. De geneeskunde biedt leerzame voorbeelden. Het is ook daarom van belang om specialistische hulp niet direct toegankelijk te maken. Hetzelfde geldt voor de psychosociale hulpverlening.

3. Als de psycholoog inderdaad *echt* als eerstelijns werker gaat functioneren, dan wordt hij in wezen 'general practitioner'-psycholoog (Kossmann⁴). Zwanikken en Zeeuwen⁷ hebben gewezen op het risico dat de psycholoog als een monopoliserende instantie gaat werken: naar de patiënt toedekkend en naar andere beroepsgroepen afsluitend, een gedragstype dat nu vanuit allerlei hoeken aan de geneeskunde wordt verweten.

4. Voortdenkend over de psycholoog in de eerste lijn roept dat het beeld op van iemand die – conform de wensen van het rapport – hulp biedt bij angst, drift, ruzie, contactgeremdheid. Dit zijn problemen die nogal een acute hulpverlening vergen. De eerstelijns psycholoog zal dus tenminste op dezelfde wijze beschikbaar en bereikbaar moeten zijn als de huisarts, ook 's nachts en in de weekends. Als de psycholoog echter op deze wijze zal moeten functioneren, dan zal hij al

gauw voor problemen komen te staan, analoog aan die welke de huisarts in het rapport worden toegeschreven: 'kiezen tussen bijvoorbeeld bevallingen of bijvoorbeeld intensieve somatische zorg en bijvoorbeeld langdurige gespreksbegeleiding'. De eerstelijns psycholoog zal niet aan spoedgevallen ontkomen. En dat terwijl het volgens Offerhaus gaat om hulp bij 'problemen die allen een behandelingsduur vragen van een half jaar tot twee jaar, wil een bevredigd resultaat worden bereikt'.

Hiermee komen we tot de kern van de zaak. De functie van de psycholoog, die in het rapport van de Visie Commissie van St.-Bavo wordt beoogd is geen eerste- maar een *tweedelijns functie*. De eerste lijn heeft een combinatie van taken: opvang van acute problemen en daarvan behandelen wat in die setting mogelijk is en begeleiding van en hulpverlening aan patiënten met chronische aandoeningen. Doelstelling daarbij is mede de reductie van de medicalisering van het bestaan en het bevorderen van de zelfhulp. Verwijzing naar de tweede lijn beoogt in principe het oplossen van een deelprobleem, vaak met behulp van technologisch hoog ontwikkelde of met tijdrovende methoden. De 'case-load' van de tweede lijn moet daarom aanzienlijk lager zijn dan die van de eerste lijn. Het behandelen van hulpzoekenden gedurende langere tijd hoort duidelijk in de tweede lijn thuis. Als men dit in de eerste lijn plaatst kan men verwachten dat deze bijzonder snel zal dichtslippen. Een oplossing zal dan gelegen zijn in het aantrekken van steeds meer psychologen in de eerste lijn. Dit zal naast een medicalisering echter onherroepelijk leiden tot een psychologisering van het bestaan.

Conclusie

Op grond van bovenstaande overwegingen kom ik tot de conclusie dat de psycholoog in de tweede lijn van de gezondheidszorg moet functioneren en niet in de eerste lijn. Dit zou de grondstructuur, die op de echelonering is gebaseerd, fundamenteel aantasten. Plaatsing in de eerste lijn zou een aantal ongewenste gevolgen hebben: professionalisering in plaats van deprofessionalisering,

psychologisering naast medicalisering van het bestaan, inefficiënt gebruik maken van bestaande hulpverleners, terwijl de kosten van de hulpverlening zeker zouden stijgen. Het is mijns inziens een illusie te denken dat bij uitbreiding van het aantal professionele hulpverleners de kosten gelijk zouden blijven.

Het komt mij voor dat het goed is al deze aspecten nader te doordenken, alvorens een opzet als door de Visie Commissie van St.-Bavo bepleit in werkelijkheid om te zetten.

Literatuur

1. Offerhaus, R. E. Van probleem tot psychiatrie. Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo I t/m VII. MC (1978) 33, 1201, 1259, 1292, 1327, 1357, 1387, 1418.
2. Es, J. C. van. Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts als gezondheidsbevorderaar. MC (1976) 31, 1357.
3. Freidson, E. Client control and medical practice. Am J. Sociol. (1960) 65, 374.
4. – Kossmann, H. A. Huisarts en geestelijke gezondheidszorg; twee schema's. MC (1972) 27, 31.
– Hout, W. P. van den. Een psycholoog in een eerste echelonsteam? H en W (1975) 18, 115.
– Schut, H. en J. Bensing. Psychologen over hun samenwerking met huisartsen. (1977) Uitgave NHI.
– De psycholoog in de eerstelijns in de gezondheidszorg. (1975) Uitgave NHI.
– Gill, K. Landelijke studiedag samenwerking huisarts-psycholoog in de eerste lijn. H en W (1974) 17, 387.
– Interimrapport werkgroep samenwerkingsexperiment psycholoog-huisarts. H en W (1976) 19, 217.
– Rijnders, P. B. M. De psycholoog in de eerste lijn. MC (1978) 33, 1131.
5. Bensing, J. De psycholoog in de eerste lijn: modderbad of aderlating? MC (1977) 32, 531.
6. Bensing, J. Tegenspraak, help ons verder. MC (1977) 32, 1004.
7. Zwanikken, W en A. M. Zeeuwen, Psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Metamedica (1973) 52, 366.

Chronische patiënt en gezinsverpleging

Een poging tot integratie

Mijn grote belangstelling voor de psychiatrie kreeg een nieuwe injectie, toen ik begin dit jaar het boek van de Belgische auteur Eugene Roosens: 'Geel – een unicum in de psychiatrie' onder ogen kreeg. In dit boek wordt beschreven hoe te Geel (België) psychiatrische en zwakzinnige patiënten in gastgezinnen zijn opgenomen en hoe zij maatschappelijk en sociaal functioneren binnen de gemeenschap. Hoewel dit niet de historische verklaring is, kan worden gesteld dat thans de achterliggende gedachte van deze gezinsverpleging is dat werkelijk chronische patiënten niet langer voor hun leven aan de inrichting worden gekluisterd maar zoveel mogelijk worden geïntegreerd binnen de gemeenschap. Deze poging zal beter slagen naar gelang in brede kringen het besef groeit, dat ook mensen met 'afwijkend gedrag' voortbrengselen zijn van onze eigen samenleving en cultuur en dat zij alleen al om die reden daarin zo lang en volledig mogelijk moeten blijven opgenomen.

Gezinsverpleging als alternatief

Hoewel ik toegeef dat integratieprocessen op verschillende manieren en vanuit verschillende gezichtspunten zijn te bewerkstelligen (denk aan gezinsvervangende tehuizen), wil ik mij voor deze beschouwing beperken tot de gezinsverpleging, omdat deze vorm het meest recht doet aan een maatschappelijke integratiegedachte. Immers het gezin, al dan niet formeel gelegaliseerd, kan toch worden beschouwd als de basiscel van waaruit bijna alle maatschappelijke en sociale betrekkingen en structuren worden

door **W. Th. van de Ven**



De auteur, voormalig ondernemer, mede-oprichter van de Stichting Openhart-Chirurgie en vice-voorzitter/secretaris van de European Hospital and Research Foundation i.o., is lid van de ledenraad van het Eindhovens ziekenfonds AZEO. Zijn speciale belangstelling gaat uit naar de psychiatrische gezondheidszorg.

geconstitueerd.

Een onderzoekje dat ik verrichtte in België en Nederland bracht aan het licht dat gezinsverpleging in deze landen nauwelijks actueel is. Voor zover mij bekend wordt in België op slechts twee plaatsen gezinsverpleging toegepast, terwijl de situatie in Nederland niet veel anders is. Hier te lande wordt gezinsverpleging op wat grotere schaal eigenlijk alleen gevonden te Beilen (circa 160 patiënten onder supervisie van het psychiatrisch centrum Beileroord) en te Venray (circa 100 patiënten onder supervisie van het psychiatrisch centrum St.-Anna). Anders dan in België – waar gezinsverpleging bij wet is voorbehouden aan slechts twee plaatsen, waaronder Geel – bestaan er in Nederland nauwelijks juridische beperkingen om op grotere schaal tot

gezinsverpleging over te gaan. Artikel 35a van de Krankzinnigenwet staat toe, dat onder bepaalde voorwaarden alle psychiatrische ziekenhuizen patiënten plaatsen in het kader van de gezinsverpleging. Of erop dit gebied wettelijke bepalingen zijn ten aanzien van de zwakzinnigenzorg, is mij niet bekend.

Waarom niet méér?

Men zal zich afvragen (ik heb dat ook gedaan) waarom gezinsverpleging niet op veel ruimere schaal wordt toegepast, nu het humane uitgangspunt zo positief lijkt en de wet alle mogelijkheden biedt. Met andere woorden: komen er werkelijk zo weinig patiënten om medische redenen voor gezinsverpleging in aanmerking, of zijn er wellicht andere oorzaken aan te geven die een forse groei van de gezinsverpleging belemmeren?

Voordat ik inga op de laatste vraag, zal het nuttig zijn te komen tot een *definiëring* van de begrippen 'chronische patiënt' en 'gezinsverpleging'. Voor het doel van deze beschouwing kom ik tot de volgende definitie van de chronische psychiatrische of zwakzinnige patiënt: een chronische patiënt is hij of zij die wordt beschouwd als een patiënt van wie op redelijke gronden wordt verwacht dat zijn of haar ziekte ongeneeslijk is. Gezinsverpleging is te definiëren als een situatie, waarbij een chronische patiënt onder supervisie van een psychiatrisch centrum wordt geplaatst in een gastgezin, dat hem of haar kost en inwoning verschaft en waarbij de patiënt zoveel mogelijk wordt beschouwd als lid van het gezin.

Het zal duidelijk zijn dat niet alle chronische patiënten voor gezinsverpleging in aanmerking zullen komen. De belangrijkste *voorwaarden* voor toepassing van gezinsverpleging zullen zijn:

- dat de patiënt geen onacceptabel gevaar oplevert voor zijn omgeving of voor zichzelf;
- dat de aard van zijn afwijking geen zeer intensieve en dagelijkse behandeling en/of toezicht noodzakelijk maakt;
- dat hij, om welke reden dan ook, niet kan worden opgenomen in het gezin waaruit hij stamt.

Hoewel er ook andere vormen van gezinsverpleging bestaan (bijvoorbeeld de tijdelijke opname in een gezin als therapie) wil ik mij hier bewust beperken tot die categorie, die thans gedoemd is de rest van haar leven te slijten tussen de inrichtingsmuren terwijl dat strikt genomen niet noodzakelijk is. De totale patiëntenpopulatie van 'Beileroord' bedraagt circa 480 patiënten, van wie circa 160 patiënten (dus 33%) zijn ondergebracht bij pleeggezinnen in de omgeving. Vastgesteld kan worden, dat er dus wel degelijk patiënten zijn die voor gezinsverpleging in aanmerking komen. Voor hen is dit pleidooi voor een nader onderzoek bedoeld.

Enige verklaringen

De vraag blijft bestaan waarom gezinsverpleging niet verder is uitgebouwd. Mij lijkt het argument, dat de samenleving 'deviant gedrag' niet tolereert en dat de chronische patiënt daarom wordt opgeborgen in de inrichting, niet langer houdbaar: een positieve geëngageerdheid vanuit de samenleving wordt ook op dit gebied merkbaar en we zijn (gelukkig) tot meer concessies bereid. Van die constatering kan en moet gebruik worden gemaakt. Een redelijke *financiële vergoeding* voor de pleeggezinnen mag zeker worden verondersteld, als men het grote aantallen gezinnen aantrekkelijk wil maken als gastgezin te fungeren. De vergoeding in Geel (België) bedraagt thans maximaal B.Frs. 260 (f 18,—) per dag. Een pleeggezin in Beilen ontvangt f 13,— per dag. Deze laatste vergoeding is vrijgesteld van

inkomstenbelasting. Het zal duidelijk zijn dat op deze basis niet te denken valt aan een brede opzet, omdat deze vergoedingen niet in een redelijke verhouding staan tot de werkelijke kosten en inspanningen van het pleeggezin. Een bedrag van circa f 30,— per dag lijkt veel redelijker en zal uiteindelijk ruimere perspectieven opleveren.

In het Tijdschrift voor Psychiatrie 78/5, pag. 290, merkt J. A. Schipper in zijn artikel: 'De chronische patiënt, behandeling van een bejegening' op: '... Iedere ziekenhuiseconoom weet, dat het huidige tarievensysteem de verleiding met zich meebrengt de chronische patiënt vast te houden als financiële compensatie van de 'dure' patiënt in de observatie-afdelingen.' In een reactie op het genoemde artikel in hetzelfde tijdschrift (nu uitgave 78/7-8, pag. 473) schrijft J. M. P. Weerts: '... Gelet op de verrichtingen en de personele aspecten zijn het juist de chronische afdelingen die de geldstroom verzorgen die nodig is voor de in verhouding duurdere observatie- en behandelingsafdelingen.' Te vrezen valt dat de heren gelijk hebben en dat in een aantal gevallen uit puur *economische redenen* wordt afgezien van een denk- en actieproces, dat geheel is gericht op de belangen van de patiënt. (Een zelfde twijfelachtige gedragslijn is overigens merkbaar bij sommige algemene ziekenhuizen, waar het opname- en ontslagbeleid mede wordt bepaald door een poging de opbrengst per bed zo hoog mogelijk te doen zijn; dit vaak ten koste van het patiëntenbelang.)

Een ander negatief aspect kan gelegen zijn in *privébelangen*, namelijk in de constatering dat bij sommige besturen en directies van inrichtingen de neiging bestaat 'koste wat kost' de inrichting in stand te houden en bij voorkeur te laten blijven groeien. Hierbij speelt ongetwijfeld een rol, dat de 'belangrijkheid' en status (en daarmee dikwijls ook de hoogte van het salaris) van de bestuurders van een inrichting voor een groot deel worden bepaald door de omvang van het instituut. Vanuit deze optiek zal het voor hen niet aantrekkelijk zijn gezinsverpleging te entameren, omdat dit in vele gevallen een gedeeltelijke ontmanteling van de inrichting tot gevolg zal hebben.

Ik blijf van oordeel dat noch economische (te denken valt hier evenzeer aan de werkgelegenheid

voor het inrichtingspersoneel) noch statusoverwegingen de belangen van de patiënten zullen mogen frustreren. Voortdurende waakzaamheid ten aanzien van (drog)redenen om bepaalde maatregelen juist niet te nemen blijft geboden, terwijl actief ingrijpen vanuit de samenleving in voorkomende gevallen zeker op zijn plaats is.

Financiële consequenties

Ofschoon het hopelijk duidelijk is dat dit geschrift is ingegeven door het besef dat de patiënt centraal moet blijven staan, is het natuurlijk toch wel interessant terloops na te gaan wat bij (een zeer ruwe) benadering de financiële consequenties in engere zin zijn, als gezinsverpleging op ruime schaal wordt toegepast. Om in staat te zijn de eerste eenvoudige berekeningen te maken, ga ik er voorlopig van uit dat de situatie in Beilen representatief is voor de totale Nederlandse situatie (inclusief de zwakzinnigen) en dat dus 33% van de geregistreerde gehospitaliseerde psychiatrische en zwakzinnige patiënten nu in pleeggezinnen wordt verpleegd.

Stand op 31 december 1976

(opgave CAK-AWBZ 1976)

zwakzinnigen	25.620
psychiatrische patiënten	16.340
totaal	41.960
(33% = 13.847)	

Totale kosten 1976

(opgave CAK-AWBZ 1976)

inrichtingen	
voor zwakzinnigen	f 1.049.682.779,—
psychiatrische	
inrichtingen	f 787.228.897,—
totale kosten	f 1.836.911.676,—

NB. Het betreft hier uitsluitend de door de AWBZ betaalde kosten, dus niet de vergoedingen welke zijn gegeven door ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.

Mogelijke besparing

optimale gezinsverpleging

33% van	
f 1.836.911.676,—	= circa f 303
2 (vergoeding aan	miljoen op
pleeggezinnen	jaarbasis
en begeleiding)	

Overigens moet worden opgemerkt dat het percentage van 33% niet zo maar is gekozen. Behalve dat het een ervaringscijfer is voor Beilerood*, ligt het ook binnen de kaders die A. P. Bolt aangeeft in zijn dissertatie: 'Een onderzoek naar de socio-therapeutische waarde van gezinsverpleging'.

Nog éénmaal: Nederland-België

Hoewel het niet helemaal past in het raam van dit artikel, vermeld ik hierna een cijfermatige vergelijking van enige Belgische en Nederlandse gegevens die betrekking hebben op de psychiatrie en de gezinsverpleging. Daaruit zal wellicht worden geconcludeerd, dat de toch wel significante verschillen te maken moeten hebben met óf een kwalitatief betere aanpak van de problematiek aan deze of gene zijde van de grens óf met een meer rationele benadering van onze zuiderburen. De gemiddelde verpleegprijs in

psychiatrische ziekenhuizen in Nederland bedroeg in 1976 f 127,49 per dag. Voor zwakzinnigeninrichtingen was dit bedrag f 113,95 (verslag CAK-AWBZ 1976). Beilerood ontvangt per dag zowel voor interne als externe patiënten (patiënten in pleeggezinnen) f 146,55 per dag (26 mei 1978); van dit bedrag wordt dus f 13,— per dag doorbetaald aan de pleeggezinnen.

Een overzicht van een aantal willekeurig gekozen *Belgische* psychiatrische inrichtingen (waarin ook zwakzinnigen worden verpleegd, dit in tegenstelling tot wat in Nederland gebruikelijk is) bracht aan het licht dat de verpleegprijzen uiteenlopen van B.Frs. 672 (f 47,—) tot B.Frs. 1099 (f 77,—) per dag voor een academische inrichting. Het psychiatrisch centrum te Geel (een Rijksinstelling) ontvangt thans voor interne patiënten een bedrag van B.Frs. 707 (f 50,—) en voor externe patiënten een bedrag van B.Frs. 495 (f 35,—) per dag. Boven de genoemde

vergoedingen ontvangt men tevens een forfait van B.Frs. 34 (f 2,40) per dag per patiënt, waarmee de kosten voor geneesmiddelen moeten worden bestreden. Van het bedrag van f 35,— betaalt het instituut f 18,— (maximaal) aan de pleeggezinnen.

*
* *

Het belangrijkste doel van dit geschrift is een discussie op gang te brengen betreffende de noodzaak tot integratie van chronische patiënten, met de gezinsverpleging als eerste uitgangspunt. Ik hoop dat zal blijken dat ik in die poging enigermate ben geslaagd. Wellicht zal een in te stellen *werkgroep van geïnteresseerden* een goed licht op deze zaak kunnen werpen. Als dat op prijs wordt gesteld, zal ik mij graag met de coördinatie belasten. Aanmeldingen voor zo'n werkgroep aan mijn adres: Wapendragerstraat 28, Eindhoven (tel. 040-812689).

Interimrapport bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom

In augustus 1974 zegde de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de Tweede Kamer toe dat in ons land een begin zou worden gemaakt met een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Op 20 augustus 1975 werd besloten dit onderzoek op te zetten in drie proefgebieden; daartoe werden de regio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht aangewezen. In elk proefgebied zetelt een Bureau Evaluatie en Registratie Cervixcarcinoom, zodat naast een eenvoudige verslaglegging ook een meer diepgaande wetenschappelijke evaluatie kan plaatsvinden. Coördinatoren zijn de directeuren van de GG&GD's van Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. Het gehele onderzoek wordt begeleid door een evaluatiecommissie, die nu van het eerste jaar onderzoek rapport heeft uitgebracht. In dit interimrapport wordt om te beginnen de *algehele gang van zaken* beschreven, waarbij aandacht wordt geschonken zowel aan de gang van zaken binnen als aan die

buiten het laboratorium. Als gevolg van de aanpassing aan plaatselijke omstandigheden deden zich tussen de regio's kleine verschillen voor. In het kader van het proefproject wordt ook *gedragswetenschappelijk onderzoek* verricht. In Nijmegen richt men zich op het effect van verschillende vormen van voorlichting. In Rotterdam kijkt men naar de manier waarop het ontvangen van de uitslag door de betrokkenen wordt beleefd. In Utrecht probeert men door middel van een prospectief onderzoek te ontdekken welke de kenmerken van participanten en non-participanten zijn.

Resultaten

Er is een schema opgesteld waarbij, met een interval van drie jaar, alle vrouwen van 35-54 jaar voor onderzoek in aanmerking komen. De *opkomst* wordt goed genoemd: 67-75%. Er is een klein verschil tussen stad en platteland; de vrouwen in de grote steden komen relatief minder vaak. Van de vrouwen die niet komen laat ongeveer de helft weten dat zij hetzij al ergens anders een uitstrijkje heeft laten maken hetzij een verwijdering van de baarmoeder heeft ondergaan. Van de vrouwen die wel komen geeft 25-55% op dat zij al eerder is

uitgestreken; hoe jonger de vrouwen, hoe hoger het percentage. Aan het onderzoek namen in het eerste jaar ongeveer 78.000 vrouwen deel. Bij 451 vrouwen werd een cytologische diagnose PAP III^B of hoger gesteld; bij 337 van hen werd een afwijking gevonden die een behandeling noodzakelijk maakte: bij 281 (3,7%) een ernstige dysplasie of een carcinoma in situ en bij 56 (0,7%) een (invasief) cervixcarcinoom. Zowel per leeftijdsklasse als per regio waren er verschillen in opbrengst; het *treffergetal* varieerde van 1,4% tot 6,2%. In Utrecht leverde een follow-up onderzoek van vrouwen met een uitslag PAP III^A nog 14 positieve gevallen op: 12 maal een dysplasie of carcinoma in situ en 2 maal een (invasief) cervixcarcinoom.

Het 'Interimrapport bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam, Utrecht' is verkrijgbaar bij de stafafdeling Epidemiologie en Informatica van het directoraat-generaal van de Volksgezondheid, Dokter Reijersstraat 12, Leidschendam, tel. 070-209260.

Ledenvergadering der LHV

Ter inleiding van de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 3 november jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft LHV-voorzitter J. W. Jacobze het volgende naar voren gebracht:

In Medisch Contact zijn dit jaar verschillende artikelen verschenen, die alle betrekking hebben op het functioneren van de huisarts. Ik noem u onder andere uit Medisch Contact nummer 21 van Professor Dokter: 'De mens als middelpunt in de gezondheidszorg'; uit nummer 31 van Professor Van Es en Doctor De Melker: 'Wat voor gezondheidszorg willen wij'; uit nummer 39 van collega Spreeuwenberg: 'De toekomst van de huisartsgeneeskunde' en recentelijk, uit nummer 42 van collega Leerling: 'De visie van de KNMG: visioen of fictie?'

Genoemde auteurs berichten in deze artikelen op, mijns inziens meer dan voortreffelijke wijze, over enkele belangrijke tendenzen en knelpunten in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Met hen maak ik me ernstige zorgen over de ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen en over die van de huisartsgeneeskunde in het bijzonder. Ik ga er daarbij vanuit dat de huisarts gebaat is bij een goed functionerende beroepsorganisatie, de LHV. Deze is weer gebaat bij een goede gezondheidszorg die op haar beurt tenslotte gebaat is bij de mogelijkheid tot een optimaal hulpverleningsproces. Het is juist dit laatste wat steeds meer onder druk komt te staan van omstandigheden waarop noch de huisarts, noch de patiënt individueel een antwoord kunnen geven.

Ik ben mij bewust dat wat ik nu ga zeggen mijn subjectieve mening is. Ik kan de toekomst niet bewijzen. Ik zou het dan ook willen doen onder het motto (een gezegde van Mc. Cullough): 'Don't bite my finger look where it's pointing'. Ik vermoed dat bovengenoemde artikelen



J. W. Jacobze . . . herkozen als voorzitter van de LHV . . .

voortkomen uit twee fundamentele dilemma's waarmee de huisarts en de LHV zich geconfronteerd zien. Deze dilemma's zijn: technologie – menselijkheid en individu versus groep. Ten aanzien van het eerste dilemma zijn wij getuigen van een snelle expansie van technologie, structuurmechanismen, informatieverwerking via computers, die de antithese lijken te zijn van het menselijk element, de erkenning van het recht van de mens op zijn eigen persoonlijkheid (en dit betreft zowel de hulpvrager als de hulpverlener).

Wij lijken op een punt te zijn aangekomen waar deze twee – in ieder geval op het oog – tegengestelde invloeden, die beide in omvang toenemen, wel moeten botsen. Binnen het terrein van de menselijke invloeden zelf bestaat er echter nog een ander dilemma: de huisarts ervaart dat hij in twee richtingen wordt getrokken. Aan de ene kant is er het sterkere accent op de wijze waarop de huisarts zijn eigen persoonlijkheid bewust een rol doet spelen in het hulpverleningsproces. Aan de andere

kant bestaat er een sterkere tendens naar samenwerking met collega's en naar het betrokken worden bij de doelstellingen van de beroepsgroep, de organisatie der Landelijke Huisartsen Vereniging. Welke van deze invloeden op een bepaald ogenblik ook overheersend mag zijn, de LHV zal ernaar moeten streven ze in evenwicht te brengen. Wij zullen ons daarbij de vraag voor moeten leggen hoe we tussen de genoemde uitersten een eigen gedragslijn kunnen vinden. Het realiseren van deze taak wordt door meerdere factoren beïnvloed; factoren die wij als landelijke organisatie bij onze oordeelsvorming moeten betrekken en die steeds meer invloed zullen gaan uitoefenen op het functioneren van de huisarts. De genoemde artikelen zijn de bewijzen dat er in de huisartsenkring fundamenteel over het vak, zowel inhoudelijk als over de plaats ervan in de gezondheidszorg, wordt nagedacht. Nieuwe gezichtspunten over de beoefening van het vak huisartsgeneeskunde die de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg mede zullen gaan bepalen, komen naar boven. De discussie blijkt niet alleen binnen de LHV maar ook daar buiten goed op gang te komen. Ik zie dit als een verheugend verschijnsel, omdat een duidelijk beeld van de positie van de huisarts hard en hard nodig is.

Deze discussie hierover kan alleen maar vruchtbaar zijn als we bereid zijn in de Landelijke Huisartsen Vereniging te luisteren naar elkaar en ons open te stellen voor de constructieve ideeën die naar boven komen.

Na een analyse van de relatie met de overheid nu en een aanduiden van wat wij er van verwachten, ga ik in op de positie van de LHV en de wegen die ze zou kunnen bewandelen. Met daarna de consequenties die het heeft voor ieder lid afzonderlijk.

De overheid acht zich verantwoordelijk voor een goede gezondheidszorg. Tegelijkertijd stelt zij dat het noodzakelijk is te komen tot het meer inzichtelijk maken en het onderling afstemmen van de tariefs- en honoreringssystemen in de

gezondheidszorg. Dit is in het bijzonder geboden met het oog op het goed functioneren van het stelsel van voorzieningen en het beheersen van de kosten daarvoor.

Ik ben van mening dat alleen het laatste – en dan nog slechts voor een deel – binnen de eigen mogelijkheden van de overheid ligt. De vraag doet zich hierbij voor of de overheid zich de beperking van haar mogelijkheden tot uitsluitende kwantitatieve aspecten bewust is en of zij daarbij tegelijk de intentie heeft de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen in samenwerking met de beroepsbeoefenaren. Het is immers grotendeels de hulpverlener die – mits beschikkend over adequate middelen – de kwaliteit van de hulpverlening kan handhaven en verbeteren. Ik ben geneigd, ondanks recente uitlatingen van Kamerleden tijdens het debat over de begroting Volksgezondheid, deze vraag bevestigend te beantwoorden. De moeilijkheid is dan echter of de overheid momenteel deze intentie tot uitvoering kan brengen.

Collega Leerling heeft gelijk als hij stelt dat de overheid kennelijk wil beheersen door het stereotiepe middel van herstructurering, waardoor de arts zich bedreigd gaat voelen door onpersoonlijke machtsstructuren die hem eerder kunnen belemmeren dan ondersteunen in zijn functioneren. Structuurnota, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Wet Tarieven Gezondheidszorg vormen even zo vele uitsluitend structurele voorstellen en maatregelen. Deze kunnen tot gevolg hebben dat het systeem van beslissen achterstevoren gaat lopen, van een politiek wenselijk kostenpeil naar een patiëntenzorg waarin de kwaliteit van de hulpverlening de sluitpost is.

Scheuren

Nu erken ik meteen de problemen waarvoor de overheid zich gesteld ziet. De gezondheidszorg in Nederland is opgebouwd uit sterke, zich zelf regelende organisaties, zoals de LHV en ook bijvoorbeeld het Kruiswerk, de ziekenfondsen enz. Dit heeft de gezondheidszorg gemaakt tot wat ze nu is, relatief één van de beste – zo niet de beste – ter wereld. Het is haar kracht, maar tegelijkertijd ook haar zwakte. Het is dezelfde verzuiling die thans door het ontbreken van een gezamenlijke visie op de ontwikkeling van de gezondheidszorg, de bereidheid en de mogelijkheid tot veranderingen in de weg staat. Het resultaat is dat er steeds diepere scheuren in de gezondheidszorg ontstaan in de vorm van belangentegenstellingen, verschil in opvatting over een adequate gezondheidszorg, taalbarrières tussen disciplines, een tekort schieten in het vermogen om werkelijk met anderen samen te werken en vooral een tekort

schieten in het vermogen tot aanpassing van elk der organisaties – maar daardoor ook van de gezondheidszorg als geheel – aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Door de maatregelen van de overheid, het als het ware plakken van een financieel-structureel behang over deze scheuren, zullen wij echter gedwongen worden ons defensief op te stellen, zullen de meningsverschillen en de belangentegenstellingen alleen maar groter worden en zullen de werkelijke problemen waar de mens – zowel de hulpvrager als de hulpverlener – mee in aanraking komt niet worden opgelost.

Nu is het niet mijn bedoeling aan de verantwoordelijkheid van de overheid voor de gezondheidszorg afbreuk te doen. Ik vind wel dat ze op andere wijze tot uitdrukking zou kunnen komen. Ik wil op dit moment volstaan met het noemen van enkele globale kenmerken:

- uit te gaan van samenwerking tussen overheid en organisaties zodat hun deskundigheden kunnen samenvloeien en verantwoordelijkheden elkaar kunnen aanvullen;
- juist gebruik te maken van de deskundigheid, de energie en het zelf-organiserend vermogen van de betrokken organisaties;
- het bespreekbaar maken en het onderzoeken van de problemen in de gezondheidszorg;
- waarbij de overheid tevens een extern coördinerende rol vervult;
- waarbij we kunnen komen tot een algemeen aanvaarde visie op en een beleid voor de gezondheidszorg, nadat dit getoetst is aan de mening van het parlement;
- waarbij de organisaties, dus ook de LHV, voor de verantwoordelijkheid worden gesteld, zichzelf te herkennen als deel van de totaliteit van de gezondheidszorg en te streven naar een zinvolle samenwerking.

Dit zou een uitdaging kunnen zijn voor de overheid. Ondanks het feit dat al sinds enkele jaren in Nederland hervormers niet meer op de brandstapel worden gezet, vraag ik me af of de overheid deze uitdaging aan zal durven. De noodzakelijke mogelijkheden en deskundigheden zijn in Nederland aanwezig, maar ik denk dat het politieke klimaat ontbreekt, dat wat de gezondheidszorg betreft voor een niet onbelangrijk deel wordt bepaald door vooroordelen en dogma's. Maar wanneer ons structuren worden opgedrongen die we ervaren als een belemmeren van ons functioneren, zal dit slechts tot polarisatie met de overheid leiden die een positieve ontwikkeling van het vak huisartsgeneeskunde in de toekomst in de weg zal staan. Ik zou het ernstig betreuren als we onze krachten, in plaats van ze te kunnen inzetten voor constructieve verbeteringen, zouden moeten aanwenden voor het corrigeren van negatieve ontwikkelingen.

Intussen zetten op tal van plaatsen binnen onze beroepsgroep al huisartsen hun krachten in, op grond van een door hen aanvoelde noodzakelijkheid van bepaalde veranderingen, een eigentijdse visie te ontwikkelen op de positie van de huisarts binnen de gezondheidszorg en de maatschappij, daarbij proberend een keuze te maken met betrekking tot de inhoud van de hulpverlening door de huisarts en met betrekking tot de context waarbinnen dat optimaal kan gebeuren. Even zovele malen komen zij daarbij in aanraking met eerder genoemde barrières die slechts na een gezamenlijke inspanning kunnen worden overwonnen.

Kruispunt

Naar mijn mening staan wij thans op een kruispunt van wegen. Wij kunnen doorgaan op de huidige weg, hier en daar wat verbeterend en de ontwikkelingen afwachtend. Ik denk dat wij dat nog een hele tijd kunnen blijven doen, onder meer dankzij de bijna bovenmenselijke inspanning van het bureau, dankzij de goede naam die oudere generaties huisartsen voor ons hebben opgebouwd. Maar op den duur zal de discrepantie tussen wat wij als beroepsorganisatie zouden moeten doen en wat wij kunnen doen te groot worden. De nadruk zal steeds meer komen te liggen op de verschillen tussen huisartsen in plaats van wat wij gemeenschappelijk hebben, met als gevolg een verdere afbrokkeling van het werkgebied van de huisarts en een opsplitsing van de LHV.

De andere is de langste, de moeilijkste, in de aanvang de kostbaarste weg die ik zou willen aanduiden als de weg van de ontwikkelingssamenwerking!

- waarbij we als voorwaardenscheppende organisatie ons afvragen aan welke voorwaarden de gezondheidszorg moet voldoen;
- waarbij we kunnen betrekken de deskundigheid, de creativiteit en de ideeën die aanwezig zijn in het veld, in het NHG, de UHI's en het NHI;
- zodat we op basis van gezamenlijk denken en inzicht kunnen komen tot een visie op de verschillende aspecten van de hulpverlening;
- waardoor wij een antwoord kunnen geven op de vraag: wat voor gezondheidszorg willen wij, wat is de functie en – afgeleid daarvan – wat zijn de taken van de huisarts daarin? (Ik wijs daarbij de suggestie dat dit zou leiden tot uniformering van de hand; afgezien van minimumcriteria zal dezelfde functie onder verschillende omstandigheden een verschillende taakinhoud hebben);
- dan kunnen we komen tot het duidelijk formuleren van de doelstellingen van de LHV;
- dan zal het CB de middelen hebben om op basis van een realistische beleidsvisie een doelgericht beleid te voeren;

- dan kan er een einde komen aan de huidige periode van onduidelijkheid en onzekerheid;
- we kunnen dan voldoen aan de wens aan een werkelijke taakafbakening, dat wil zeggen dat we duidelijk kenbaar maken wat een huisarts is, wat hij kan en hoe hij werkt;
- we zullen dan de mogelijkheid hebben te streven naar een op elkaar afstemmen van opleiding, functioneren en nascholing;
- we kunnen dan overgaan tot een vestigingsbeleid waarbij een ieder van ons weet waarom en waarvoor hij eraan meewerkt;
- we zullen dan in staat zijn een werkelijke bijdrage te leveren in het overleg met overheid en met andere betrokken organisaties.

Al deze ontwikkelingen zijn slechts mogelijk als wij leden van de Landelijke Huisartsen Vereniging in staat zijn om elkaar de ruimte te geven om ideeën te laten opbloeien. Maar dat niet alleen. Leden moeten in de gelegenheid zijn hun ideeën – hoe nieuw en derhalve vaak afwijkend van het gebruikelijke ook – te realiseren, zeker wanneer hun doelstelling daarbij is, de gezondheidszorg zoals zij deze zien naar beste eer en geweten te dienen. En dat betekent zoals hierboven reeds eerder gezegd, dat barrières die hen in de weg staan ook met hulp van de LHV moeten kunnen worden opgeruimd. De besprekingen in de ledenvergadering van 29 september jongstleden waren een treffend voorbeeld van deze problematiek.

Tolerantie

Maar, geachte afgevaardigden en leden van de Landelijke Huisartsen Vereniging, dat

kan niet anders betekenen dan dat u het Centraal Bestuur voldoende ruimte geeft voor zijn beleid en zelf de noodzakelijke tolerantie jegens elkaar en solidariteit aan de dag legt. Als er gevoel voor verantwoordelijkheid voor elkaar en voor het tot stand brengen van een goed functionerende LHV bestaat, als wij rekening houden met de mede door de noodzakelijke pluriformiteit veroorzaakte omvang en gecompliceerdheid van de problemen, als wij in staat zijn werkelijk met elkaar te overleggen zodat daar onze doeleinden en ons beleid op zullen kunnen steunen, dan zullen wij een antwoord kunnen geven op de ontwikkelingen in en buiten de LHV. Eerst dan hebben wij de mogelijkheden om de weg die voor ons ligt en die ik hierboven voor u heb trachten weer te geven, tot een goed en vruchtdragend einde te brengen. Uw stem zal vanavond gevraagd worden over de toekomst van de LHV. Een toekomst die – en daar ben ik volledig van overtuigd – ervan zal afhangen of wij vanuit het besef van gezamenlijke verantwoordelijkheid en wederzijdse afhankelijkheid zullen kunnen komen tot het nastreven van gemeenschappelijk geformuleerde doelstellingen.

Aldus LHV-voorzitter Jacobze, ter inleiding van de beraadslagingen, die een vervolg waren van hetgeen in eerste instantie in een informatieve LHV-ledenvergadering op 12 oktober jl. aan de orde was geweest en voor een groot gedeelte gewijd aan het beheer en de bestemming van de verenigingsfinanciën. De voorstellen dienaangaande werden door de afgevaardigden overgenomen, waarbij

zij aangetekend dat de contributie voor 1979 f 100 lager is uitgevallen dan aanvankelijk bepaald.

Verkiezingen

Ter vervulling van twee van de drie vacatures, die per 1 januari aanstaande in het Centraal Bestuur ontstaan door het aangekondigde aftreden van de CB-leden A. B. M. van Berkel, F. Padeloup en W. J. Waal, werden F. M. Vernooy uit Tilburg en M. P. Springer uit Utrecht gekozen.

Tot bestuurslid van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen werden S. van Randen en C. v.d. Marel herkozen; W. M. van der Valk volgt G. J. Kemperman als plaatsvervangend bestuurslid op. J. W. Jacobze werd bij acclamatie herkozen als voorzitter van het Centraal Bestuur der LHV.

Inspraaknota

Met betrekking tot het commentaar van de KNMG en haar maatschappelijke Verenigingen op de Inspraaknota van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (MC nr. 45/1978, blz. 1403 e.v.) was door R. J. Leerling, voorzitter en afgevaardigde van district II een schriftelijk voorstel ingediend, dat door de Ledenvergadering werd overgenomen. Dat luidde aldus:

De Landelijke Huisartsen Vereniging in vergadering bijeen op vrijdag 3 november 1978,

kennis genomen hebbende

- van de wens van de staatssecretaris van VOMIL vóór 1 november jl. de mening van o.a. de LHV te vernemen omtrent de inhoud van een zogenaamde 'Inspraaknota' inzake een wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg.
- alsmede van een concept-reactie van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen.
- en van een voorstel van het Centraal Bestuur der LHV tot een thans akkoord gaan met de strekking van genoemde concept-reactie.

overwegende

- dat de staatssecretaris haar wens schriftelijk kenbaar heeft gemaakt in een schrijven d.d. 18 september jl.,
- dat de afgevaardigden ter ledenvergadering der LHV, de



De twee nieuwe leden van het Centraal Bestuur der LHV, F. M. Vernooy (links) en M. P. Springer.

districtsvoorzitters en de voorzitters en secretarissen der PHV's eerst op 31 oktober jl. kennis hebben kunnen nemen van de zogenaamde 'Inspraaknota', het begeleidend schrijven van de staatssecretaris met de daarin genoemde termijn, de concept-reactie van de KNMG c.s. en het voorstel van het CB der LHV,

- dat de leden die in deze vergadering worden vertegenwoordigd in het geheel nog niet konden worden gehoord inzake de onderwerpelijke kwestie,

spreekt als haar mening uit

- dat het gezamenlijk vaststellen van de bij een reële inspraak horende procedure, met de daarbij behorende termijnen, als een basisvoorwaarde moet worden beschouwd voor een doelmatig besluitvormingsproces.
- dat aan deze basisvoorwaarde ter zake van de zogenaamde 'Inspraaknota' door de staatssecretaris niet is voldaan ten aanzien van de door haar gewenste inspraak door de KNMG c.s.,
- dat derhalve geen sprake kan zijn van een reële inspraak van de leden der LHV als bijdrage tot een doelmatige besluitvormingsproces bij de overheid, respectievelijk in de LHV,
- dat de bij herhaling vastgestelde dyscongruentie tussen wat met de mond aan intentie wordt beleden en wat in het concrete beleid wordt gepraktiseerd door de overheid ernstig onbehagen en bezorgdheid oproept bij de leden der LHV,

besluit

- zich in dit stadium te onthouden van commentaar op de inhoud van de



... de Landelijke Huisartsen Vereniging in vergadering bijeen op vrijdag 3 november 1978 ...

zogenaamde 'Inspraaknota' en de concept-reactie en beide stukken voor nadere kennisneming en oordeelsvorming aan te nemen,

verzoekt het Centraal Bestuur

- naar eigen inzicht en bekwaamheid schriftelijk te reageren op de inhoud van de zogenaamde 'Inspraaknota' – indien het dit wenselijk voorkomt – als bijdrage aan een gezamenlijke reactie van de KNMG en haar maatschappelijke Verenigingen,

- in zijn – eventuele – commentaar nadrukkelijk de bovengeschetste bezorgdheid aangaande de door de overheid gevolgd en door de KNMG niet duidelijk genoeg afgewezen procedure tot uitdrukking te brengen, zowel naar de overheid als de KNMG,
- eveneens nadrukkelijk in zijn – eventuele – reactie melding te maken van bovengenoemd besluit,

en gaat over tot de orde van de dag.



Spuitje

Beetje ver

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

Nachtelijk telefoontje van boerenzoon: 'Wij zijn patiënten van dokter A. mijn vader heeft buikkanker. Kunt u even komen? Hij heeft zo'n pijn!'

De oude boer lag rustig in bed, hij was glashelder. De buik was opgezet, de tumoren waren duidelijk te voelen. Hij gaf geen pijn aan, maar een boer roept niet voor niets, dus stelde ik voor: 'Zal ik u maar een spuitje geven?' 'Daar wil ik eerst met mijn zoon over praten'.

Deze besluiteloosheid viel mij wat tegen, maar had ik te accepteren en ik trok mij terug in de gang. Even later voegde de zoon zich bij me en vertelde dat zijn vader toch nog verder wilde leven!

De euthanasiediscussies van de heren medici worden kennelijk in brede lagen gevolgd!

Het echtpaar-zonder-kinderen is vele jaren in mijn praktijk. Hij is een sinds enkele jaren gepensioneerde bankemployé. Elk najaar rijden zij per auto naar hun flat bij Alicante en blijven daar tot juni. Dan rijden ze weer naar huis, hij aan het stuur, in drie dagen. Zij lijdt aan een toenemende doofheid en hypertensie, hij wordt steeds langzamer in zijn reacties en bij hun jongste bezoek viel mij ook zijn sterk toegenomen kyphose op, die hem nu meer klachten ging veroorzaken. Ook nu weer vroeg ik mij af hoe zij het steeds aandurfden die lange autotocht te maken, maar zij 'hadden er nooit de geringste moeite mee gehad'. Gezien zijn klachten stelde ik voor om röntgenfoto's te laten maken en belde een ziekenhuis op dat hoogstens tien minuten per auto van hun woning ligt. Hij protesteerde: '... dat is wel een beetje ver dokter ...'

KNMG-delegatie over kankerbestrijding

In de openbare hoorzitting van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer, gewijd aan de gang van zaken met betrekking tot de kankerbestrijding in Nederland, heeft ook een KNMG-delegatie haar inbreng geleverd. KNMG-ondervoorzitter H. Hoenkamp en het hoofdbestuurslid Dr. E. J. C. Lubbers hebben bij die gelegenheid het standpunt van het hoofdbestuur van de KNMG, dat eerder al schriftelijk was voorgelegd aan de vaste Kamercommissie, nader toegelicht. Dit standpunt was als volgt geformuleerd:

The average patient has about a one in four chance that cancer will develop at some point in life. It behooves all of us, then, to be alert to its earliest manifestations and to proceed with dispatch to proper diagnosis and treatment. (Jane F. Desforges, M. D., in the New England Journal of Medicine, vol. 299, nr 17, 26 oktober 1978, pag. 950).

In Nederland is ook een kwart van de sterfgevallen aan kwaadaardige nieuwvormingen te wijten. (CBS, Maandschrift, oktober 1978*) Het initiatief van uw Commissie om een hoorzitting te houden inzake de kankerbestrijding wordt door ons positief gewaardeerd, niet alleen omdat kanker een belangrijke doodsoorzaak is, maar ook omdat naar onze indruk een achterstand in de

mogelijkheden tot wetenschappelijk onderzoek en behandeling bestaat. (Zie onder meer ook: Memorandum Basisfilosofie Kankeronderzoek, Raad voor Gezondheidsresearch TNO, juli 1974, en het rapport 'Reorganisatie van het Medisch Wetenschappelijk Onderzoek in Nederland', Koninklijke Academie van Wetenschappen, 2e druk, oktober 1973).

Wetenschappelijk Onderzoek

De overheid dient initiatieven, die in het verleden zijn begonnen met betrekking tot het klinisch wetenschappelijk onderzoek en verdere uitbreidingsmogelijkheden te stimuleren, alsmede uitbreiding te bevorderen van activiteiten op dit gebied, om de hierboven gememoreerde achterstand in te halen. Ook fundamenteel onderzoek dient in deze te worden bevorderd. Comroe en Dripp hebben gerapporteerd, naar aanleiding van een desbetreffend onderzoek over de betekenis van research en ontwikkelingsactiviteiten voor de vooruitgang van de geneeskunde. Hun conclusies zijn:

- Vooruitgang in de klinische praktijk vereist verschillende typen van onderzoek en ontwikkelingswerk naast elkaar en niet het ene type met uitsluiting van het andere.
- Basis/fundamentele research, al of niet klinisch gebonden neemt daarbij een sleutelpositie in.
- Onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten, door

studenten en assistenten verricht zijn van vitaal belang voor de kwaliteit van zowel wetenschappelijk onderzoek als de dagelijkse routine praktijk.

(Zie: Ben Franklin and open heart surgery'. J. H. Comroe; R. D. Driggs: Circulation Research, vol. 35, november 1974, pag. 661-669).

Preventie en vroegdiagnostiek

Het voorkomen van kanker is deels afhankelijk van veranderingen van hun gedrag door individuen (niet roken, veranderen van eetgewoonten) deels van het beleid met betrekking tot het milieu; luchtverontreiniging, expontie aan ioniserende stralen, etc. Vroegdiagnostiek is voor veel vormen van kanker niet wel mogelijk, voor andere vormen ontbreken voldoende mogelijkheden. Hierbij zij verwezen naar rapportage van de Gezondheidsraad. Aandacht in deze dient ook te worden gegeven aan het vroeger optreden van sommige vormen van kanker (o.a. cervix carcinoom).

Behandeling

Zoals hierboven vermeld zijn de mogelijkheden voor behandeling zeer sterk mede afhankelijk van de mogelijkheden tot wetenschappelijk onderzoek. Trials zijn in deze niet alleen meer een zaak van een afdeling van een al dan niet academisch ziekenhuis, maar zij vergen nauwe en gedisciplineerde samenwerking van vele specialisten van verschillende vakgebieden in een gebied, dat in een aantal gevallen niet zozeer Nederland,

* Sterfte aan kwaadaardige nieuwvormingen als percentage van het totale aantal sterfgevallen per jaar: 1977 - 25,1%, 1976 - 24,1%, 1975 - 24,1%, 1974 - 25,2%, 1973 - 24,6%, 1972 - 23,2%.

maar juist Europa omvat. De samenwerkingsmogelijkheden moeten aan specialisten uit algemene- en academische ziekenhuizen beide geboden worden. Integratie van wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg, onderwijs en opleiding staan hierbij voorop. Dit dient het uitgangspunt bij de financiering te zijn.

Bijzondere aandacht zij erop gevestigd, dat de verschillende regiones in verschillende mate de mogelijkheid tot diagnostiek en behandeling in hun nabijheid hebben. Het hoofdbestuur kan zich niet aan de indruk onttrekken, dat er ernstige regionale onevenwichtigheden bestaan.

Opleiding en onderwijsvraagstuk

Bijzondere aandacht vestigen wij op het opleidings- en onderwijsvraagstuk. Dit betreft niet alleen artsen maar met name ook verpleegkundigen. Indien in het buitenland artsen worden opgeleid in de behandeling van kwaadaardige nieuwvormingen dient bijzondere aandacht gegeven te worden aan hun plaatsing na terugkomst op posities waar zij het geleerde in praktijk kunnen brengen en verder kunnen ontwikkelen. Hieraan kunnen de Integrale Kankercentra, indien zij

goed over het land zijn verspreid een waardevolle bijdrage leveren. Met name waar zij kennis uitwisseling tussen centrum en periferie stimuleren.

Buitenlandse experts

Het is wenselijk dat ten behoeve van de beleidsvoorbereiding in de Integrale Kankercentra aan deze instellingen de gelegenheid wordt geboden onafhankelijke deskundigen uit het buitenland te raadplegen of voor kortere of langere tijd de kans te geven deze experts in hun midden op te nemen. Hierdoor wordt het mogelijk dat kennis en inzicht van deze deskundigen de lokale initiatieven richting kunnen geven en op het professionele vlak een ruimere toetsende functie kunnen uitoefenen.

Organisatievorm

De kankerbestrijding is gediend met een organisatievorm, of vormen van organisatie, die aan de Nederlandse situatie zijn aangepast. Het is niet gewenst voorbeelden uit de Verenigde Staten klakkeloos over te nemen. De centrale overheid dient bij de uitvoeringsmaatregelen voorop te doen staan dat het initiatief dat aan de basis (de professies binnen de

verschillende instellingen) ontstaat wordt gestimuleerd. Het is wenselijk een duidelijk onderscheid te maken tussen de zorg voor kinderen en voor volwassenen. Beide hebben een geheel eigen problematiek.

Samenvatting

– Het is onze indruk dat in Nederland een achterstand bestaat in de mogelijkheden tot wetenschappelijk onderzoek en de behandeling op het gebied van kwaadaardige nieuwvormingen.

– Klinisch wetenschappelijk onderzoek en fundamenteel onderzoek dienen te worden gestimuleerd en uitgebreid.

– Preventie en vroeg-diagnostische mogelijkheden verschillen voor de diverse vormen van kanker.

– Behandeling is zeer sterk mede afhankelijk van de mogelijkheden tot wetenschappelijk onderzoek. Samenwerking van specialisten op Europese schaal is hierbij aan de orde. Mogelijkheden tot samenwerking dienen aan specialisten uit academische- en niet-academische ziekenhuizen te worden geboden.

– Integratie van wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg, onderwijs en opleiding dient ook bij de financiering voorop te staan en niet alleen bij de behandeling.

– Het opleidings- en onderwijsvraagstuk verdient bijzondere aandacht, zowel voor artsen als verpleegkundigen.

– Integrale Kankercentra dienen de gelegenheid te krijgen tot het aantrekken van buitenlandse experts.

– Kankerbestrijding vereist een aan de Nederlandse situatie aangepaste organisatievorm. Initiatieven, ontstaan aan de basis, dienen te worden gestimuleerd.

Utrecht, 2 november 1978

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst,

voor deze,

Ch. J. Maats, voorzitter.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



Opleiding psychiatrie aanpassen aan de eisen van deze tijd

De opleidingseisen voor de opleiding van arts tot psychiater staan hier ter discussie. De reden hiertoe vormen de wijzigingsvoorstellen die door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie namens het Consilium Psychiatricum zijn ingediend. De belangrijkste wijzigingen betreffen:

- 1) het laten vervallen van een 'verplichte' neurologie stage van één jaar;
- 2) het opdelen van de vierjarige opleiding in twee perioden van respectievelijk 2 ½ jaar basisopleiding in de kliniek en 1 ½ jaar keuzeperiode.

In de 2 ½ jaar basisopleiding moet onder meer voldoende accent worden gelegd op de somatische problematiek die zich bij psychiatrische patiënten voordoet en in de 1 ½ jaar 'keuze' bestaat de mogelijkheid meer dan oppervlakkig aandacht te besteden aan gebieden in de psychiatrie die een bepaalde ontwikkeling dan wel een bepaald zorgveld representeren.

Ontwikkelingen

De ingediende wijzigingsvoorstellen hangen nauw samen met de ontwikkelingen die zich in de psychiatrie hebben voorgedaan en die nog onvoldoende tot hun recht zijn gekomen in de opleidingseisen. Wanneer men de huidige opleidingseisen bekijkt moet men zich – gezien de huidige stand van zaken in ons vakgebied – de volgende vragen stellen:

1e: Wordt er voldoende recht gedaan aan de ontwikkelingen in de biologische psychiatrie, wanneer 25%

In het voorjaar heeft het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten een studiedag gehouden, gewijd aan wijzigingsvoorstellen met betrekking tot de opleidingseisen van het specialisme psychiatrie. Bij die gelegenheid werden inleidingen gehouden door Prof. Dr. M. A. J. Romme, Prof. Dr. H. M. van Praag en door P. J. Stolk, directeur van het Sint Joris-Gasthuis te Delft. Bijgaand een weergave van hetgeen door Prof. Romme naar voren werd gebracht. In de beide volgende nummers de bijdragen van de heren Van Praag en Stolk.

door **Prof. Dr. M. A. J. Romme**



van de opleidingstijd besteed wordt aan opleiding in de neurologie, terwijl er onvoldoende tijd kan worden besteed aan de biologische achtergronden bij psychiatrisch zieke mensen, inclusief de organische afwijkingen bij psychiatrische patiënten?

2e: Kan men het anno 1978 nog wel verantwoorden een psychiater af te leveren die in zijn opleiding psychotherapeutisch weinig scholing heeft ontvangen? De psychotherapeutische scholing dient een facet van de opleiding te zijn, waaraan de gehele vier jaar aandacht wordt besteed, eventueel geïntensiveerd in een keuzeperiode.

3e: Wordt het niet de hoogste tijd in de opleiding aandacht te besteden aan de invloeden die uitgaan van het milieu op het ontstaan en onderhouden van pathologie, dat wil zeggen aan de verworven kennis 'dat mensen met pathologische gedragingen en belevingen niet alleen 'individueel' zijn, maar ook wezenlijk verbonden zijn met de mensen in de groep, waarin zij leven' en aan de ervaring 'dat mensen zich gedragen en hun gedrag veranderen afhankelijk van de wijze waarop met hen wordt omgegaan'?

Assistenten in opleiding zullen dit moeten ervaren en leren begeleiden en waar kan dat beter dan in het leefmilieu van de patiënt? Wanneer zij dit buiten de kliniek leren zien, bijvoorbeeld in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zullen zij het ook kunnen herkennen in de omgang met de patiënten in de kliniek. Ofschoon ook dit facet in de opleiding de gehele vier jaar aandacht vraagt, is de uitbreiding van de keuzetijd – voor dit facet – erg belangrijk om kennis te maken met die zorgvelden die hier specifieke aandacht aan besteden.

Uit de drie gestelde vragen zult u inmiddels begrepen hebben, dat ik bedoeld heb op de drie gebieden waarin belangrijke ontwikkelingen in de psychiatrie hebben

plaatsgevonden. Dit zijn: de biologische psychiatrie met de psychofarmacologische therapie; de psychodynamische psychiatrie en de psychologie met de daaruit ontwikkelde psychotherapie; en ten slotte de ontwikkelingen in de sociale psychiatrie en de sociologie, die geresulteerd hebben in therapievormen gebaseerd op groepsinteractie en systeembenadering.

Aan de eerste twee ontwikkelingsgebieden, de biologische psychiatrie en de psychotherapie, wil ik slechts kort aandacht besteden. Bij het derde gebied – de sociale psychiatrie – wil ik iets langer stilstaan, omdat dit mijn specifiek aandachtsgebied is in mijn dagelijks werk.

Biologische psychiatrie

De ontwikkeling van de psychofarmacologie heeft de ontwikkeling van de biologische psychiatrie sterk gestimuleerd. Dit betreft zowel de biologische substraten bij bepaalde psychische stoornissen als de beïnvloeding van het gedrag met behulp van drugs. Beide kanten van de biologische psychiatrie-ontwikkeling hebben ook geleerd dat zowel etiologisch als gedragsbeïnvloedend de biologische benadering zijn beperkingen kent en in de praktijk alleen zinvol is met erkenning van andere beïnvloedingsfactoren, met name de gedragswetenschappelijke. Het belang van de biologische psychiatrie moet zijn erkenning kunnen krijgen in de opleiding door meer gedegen kennis van de biologische substraten en psychofarmacologische beïnvloeding van gedrag. Dit dient ervaren en geleerd te worden aan de hand van de diagnostiek en de behandeling van psychiatrische patiënten. Hiervoor moet de verplichting om een jaar neurologie te volgen in het opleidingspakket vervallen, en wel om de volgende redenen:

1e Organische afwijkingen moeten door de psychiaters herkend worden bij psychiatrische patiënten en de somatiek moet dus ook aan psychiatrische patiënten worden onderwezen.

2e De biologische psychiatrie omvat

een veel breder gebied dan het herkennen en behandelen van organische (neurologische) afwijkingen bij psychiatrische patiënten.

3e Bij de biologische en somatische benadering van psychiatrische patiënten moet veel aandacht besteed worden aan de consequenties die de stoornis en de behandeling heeft voor de omgang met deze mensen in de kliniek en in het eigen milieu. Het is immers glashelder dat men aan de demente, aan de debiel, aan de epilepticus, aan mensen met functiestoornissen, etc. maatschappelijk en psychologisch niet dezelfde vragen en eisen kan stellen als aan gezonde mensen. Het is ook duidelijk dat behandeling met psychofarmaca niet alleen invloed heeft op de symptomen, maar op het hele patroon van gedragingen. Deze invloeden zijn helaas niet alleen positief. Hiermee wordt men geconfronteerd bij het maatschappelijk functioneren van mensen die behandeld worden met psychofarmaca en men kan hieraan niet voorbijgaan.

Psychotherapie

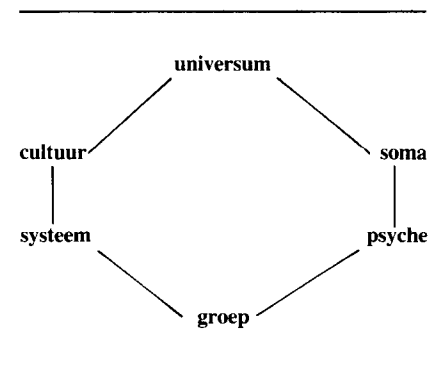
Ten aanzien van de ontwikkeling van de psychotherapie zal ik nog korter zijn. De psychotherapie heeft zowel kwalitatief als kwantitatief grote vooruitgang geboekt en wordt in de hele wereld uitgevoerd door een groot aantal disciplines. In Nederland wordt de ontwikkeling op het niveau van uitvoering gelukkig kwalitatief bewaakt door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Ik denk niet dat wij de patiënten en de psychiaters een dienst bewijzen als we de psychiaters in de opleiding niet de mogelijkheid bieden – zo niet de verplichting opleggen – zich in de psychotherapie te bekwamen tijdens hun opleiding.

Sociale psychiatrie

Ik kom nu bij het derde gebied, 'de sociale psychiatrie', en hierbij wil ik wat langer met u stilstaan. Wanneer we het totaal van factoren, van invloed op menselijk functioneren, overzichtelijk in beeld brengen is de volgende voorstelling daarbij behulpzaam (zie fig. hiernaast).

De mens leeft niet alleen van soma en psyche. Hij vormt niet alleen *daarmee* een eenheid. Hij is zeker even intens gebonden aan de groep waarin hij leeft (gezin, familie, burens, etc.) en daarenboven is hij verweven met de systemen waarvan hij afhankelijk is (school, werk, sociale verzekering en andere wetten). Het is ook geen toeval dat overal in de wereld mensen in gemeenschappen leven en zich een eigen cultuur hebben eigen gemaakt. Deze werkelijkheden hangen samen met de beperking van de mens, dat hij zichzelf niet voldoende is. Wij hebben een samenleving, gemeenschap, maatschappij nodig, omdat wij individueel onvoldoende weerbaar zijn. De gemeenschap hebben wij nodig om gezamenlijk beter meester te kunnen zijn over onze omgeving. Ieder mens is voor zijn 'biologisch' en 'psychisch' overleven in hoge mate afhankelijk van zijn omgeving, maar daarmee ook van de grenzen die door zijn omgeving getrokken worden. De gemeenschap dient onze veiligheid, maar beperkt daarmee ook onze vrijheid.

De sociale psychiatrie nu richt speciaal haar aandacht op de sociale dynamiek van de wederzijdse beïnvloeding van pathologie en verwevenheid met maatschappelijke groepen en systemen. De veiligheid en gebondenheid in groepen in de gemeenschap geeft, zoals elke polariteit, conflicten en problemen. En conflicten en problemen leiden via gevechten en fixaties tot pathologie. De sociale psychiatrie kan men dan ook – weliswaar ietwat gesimplificeerd – opvatten als 'de benadering waarin men in het bijzonder de pathologie bekijkt vanuit de spanning tussen vrijheid en veiligheid, die inherent is aan het leven in een gemeenschap'. Vanuit een dergelijke optiek wordt het u mogelijk duidelijk dat in de



wijzigingsvoorstellen onder meer als eis wordt gesteld dat ten aanzien van de sociale psychiatrie de assistent bekend raakt met:

- sociale macro- en microstructuren, die in psychiatrische zin pathogeen kunnen werken;
- relatievorming tussen mensen onderling en die tussen psychiater en hulpvragende;
- wetgeving op medisch terrein;
- onderzoek in de epidemiologie van geestesziekte en afwijkend gedrag;
- preventie mogelijkheden in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg;
- etc.

De sociaal-psychiatrische benaderingswijze waarin rekening wordt gehouden met de gebondenheid van het individu in groepen en systemen, is niet alleen filosofie maar heeft ook heel praktische consequenties voor het ontstaan van pathologie. In de meest extreme vormen zien we de spanning vrijheid-veiligheid zich uiten, enerzijds in vele terreurdaden waarbij een vrijheid wordt genomen die totaal ten koste gaat van andermans veiligheid, anderzijds bij vele chronisch gehospitaliseerde schizofrenen, door wie in het psychiatrisch ziekenhuis zozeer de veiligheid wordt gezocht dat elke vrijheid wordt afgewezen, wanneer die in de geringste mate zou kunnen leiden tot zelfstandigheid. In de gezinnen zien we opvoedingspatronen die variëren van verwaarlozing tot totale beheersing van de kinderen. Juist de meest bezorgde en zorgzame ouders kunnen daarin zover gaan dat zij het denken van hun kinderen totaal willen beheersen. Van de mate en soort escape die het kind vindt uit deze situatie – een escape die nodig is voor zijn sociale en emotionele eigenheidsontwikkeling – hangt het af of er pathologische gevolgen ontstaan en zo ja welke vorm de pathologie aanneemt. In verschillende leeftijdsfasen zien we dat veranderende groepsrelaties tot problemen leiden. In de adolescentie bijvoorbeeld leidt de relatievorming met de eigen leeftijdsgenoten vaak tot de nodige problemen en in meer extreme gevallen tot pathologie. Bij de ouders is het verdwijnen van de relaties niet zelden de aanleiding tot depressies en paranoiaïeën.

De spanning vrijheid-veiligheid zien we in vele huwelijksrelatieproblemen een belangrijke rol spelen en bijvoorbeeld de suïcidepogingen bij het verlies van de veiligheid of het beklemmend worden van het gebrek aan vrijheid zijn een ieder bekend. Bij kinderen zijn de eetstoornissen, de gestoorde ontlasting, gestoorde slaap en het stelen vaak consequenties van heftige strijdrelaties waar vrijheid en veiligheid een belangrijke rol spelen.

Ik zou zo nog wel een tijdje door kunnen gaan, maar ik wil u hiermee niet te zeer vermoeien. Nog één ding wil ik naar voren brengen: het is onjuist te denken dat biologische, psychodynamische en sociaal-psychiatrische benaderingen controversiële benaderingen zijn. Ofschoon het natuurlijk wel mogelijk is controversen te scheppen, zoals het ook mogelijk is deze als veiligheidsmanoeuvres tegen verandering te gebruiken. De sociaal-psychiatrische benadering heeft net zoveel boodschap aan de biologische en de psychodynamische benadering als omgekeerd het geval is. Enkele voorbeelden mogen dit verduidelijken:

Bij de debiliteit – als simpelste voorbeeld – is het duidelijk dat het constant maatschappelijk overvraagd worden de met gebrekkig bevattingvermogen uitgeruste debiel chaotiseert en doet compenseren. Bij de vitale depressie valt het op dat de psychosociale problematiek, die tot onvermogen en falen leidt met als gevolgen 'machteloosheid en depressie', juist bij ontkenning en het niet oplossen van de psychosociale problematiek leidt tot aantasting van de vitaliteit, waardoor de machteloosheid en depressie verergerd. Hier ontstaat dan een stoornis die alleen medicamenteus te doorbreken is, maar zich herhaalt wanneer aan de instelling van de patiënt ten opzichte van zijn prestatiedrang dan wel aan de sociale omstandigheden niets verandert. Hetzelfde geldt voor de relatieproblematiek tussen moeder en kind, waarin een meer depressief eigen image ontstaat bij het kind dat zich daartegen met versneld agressief zijn tracht te verdedigen. Hierbij kan zich als een van de symptomen die wel als meest lastig wordt ervaren, bedplassen, voordoen. In deze situatie kan antidepressieve

medicatie een verbetering brengen, doch deze is alleen bestendig als zij gepaard gaat met een meer supportieve, tot een positief zelfbeeld leidende omgang met het kind.

Complementaire benaderingswijzen

Om te begrijpen dat de drie benaderingswijzen in de psychiatrie niet controversieel, complementair zijn is een analogie met de informatica misschien verduidelijkend. Men werkt daar met de begrippen 'hardware' en 'software'. Met de 'hardware' bedoelt men de gegevens die vast verbonden zijn aan de computer (als machine) en dat is afhankelijk van de leverancier, terwijl men met de 'software' de programma's bedoelt die er ingestopt worden. Waar weinig over wordt gepraat is de gebruiker die de vragen stelt aan de genoemde combinatie. Nu, naar analogie geredeneerd, zou men de biologische psychiatrie met de 'hardware' – dat wil zeggen de instrumentele mogelijkheden van de machine – kunnen vergelijken. En men kan de psychodynamische psychiatrie met de 'software' vergelijken, dat wil zeggen met de opvoeding die tot programma's geleid heeft die in het individu zijn opgeslagen. De sociale psychiatrie kan men met de gebruiker vergelijken, omdat de soort vragen die men aan de biologisch-psychodynamische combinatie kan stellen afhankelijk zijn van de mogelijkheden van deze combinatie. Zoals 'hardware', 'software' en gebruiker een complementaire gebruikseenheid vormen, zo ook vormen biologische, psychodynamische en sociale psychiatrie een werkeenheid, waarvoor men echter wel gedifferentieerde deskundigheid nodig heeft.

Gemeenschappelijk basispakket

Met deze uiteenzetting heb ik u trachten te verduidelijken dat een opleiding tot psychiater zal moeten bestaan uit een gemeenschappelijk basispakket, waarna de mogelijkheid moet worden geboden tijdens de opleiding zich in bepaalde differentiaties te bekwalen. In de huidige fase van ontwikkeling in de psychiatrie zal daarbij de opleiding moeten worden aangepast aan de

eisen van deze tijd en dit heeft de volgende consequenties:

1e Het belang van de biologische psychiatrie moet zijn erkenning kunnen krijgen in de opleiding door meer gedegen kennis van de biologische substraten en psychofarmacologische beïnvloeding van gedrag. Dit dient ervaren en geleerd te worden aan de hand van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische patiënten. Hiervoor

moet de verplichting een jaar te besteden aan neurologie vervallen.

2e De ontwikkeling van de psychodynamische kennis en van de psychologie stelt de dwingende eis, dat een psychiater die met mensen met psychische stoornissen omgaat psychotherapeutisch goed geschoold is.

3e De ontwikkeling van de sociale psychiatrie en sociologie met de

daaruit voortgekomen ontwikkelingen stelt de dwingende eisen, dat in het klinisch deel van de opleiding meer aandacht wordt besteed aan de invloed van de behandelingssituatie op het gedrag van de patiënt en dat in de keuzeperiode ervaring wordt opgedaan in andere behandelingssituaties, zoals in instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en in tussenvoorzieningen.

Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen

Uitvoeringsregeling onregelmatige dienst

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 44 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op de artikelen 1 en 5 van de uitvoeringsregeling onregelmatige dienst

1. Gezien de vraag:

Dient de tegemoetkoming, vervat in artikel 5, eveneens te worden gegeven, indien de onregelmatige dienst tijdelijk wordt beëindigd of verminderd?

Overwegende:

Dat bij het ontwerpen van de regeling voorop heeft gestaan het ondervangen van een permanent gemis aan onregelmatigheidstoeslag;
Dat ook de toelichting op de regeling daarop wijst, aangezien daarin wordt vermeld dat de werknemer – zeker wanneer hij gedurende langere tijd deze toeslag heeft ontvangen – de overgang van onregelmatige dienst naar dagdienst ervaart als een teruggang in zijn salaris;
Dat tenslotte uit het bepaalde in lid 3 van dit artikel mag worden afgeleid, dat gedacht is aan een blijvend gemis van onregelmatigheidstoeslag.

Beslist als volgt:

De tegemoetkoming, vervat in artikel 5, wordt niet gegeven, indien kennelijk sprake is van een tijdelijke beëindiging of tijdelijke vermindering van de onregelmatige dienst*.

* De tijdelijke beëindiging of tijdelijke vermindering die het gevolg is van arbeidsongeschiktheid volgens artikel 35 van de CAO wordt ondervangen door de in dit artikel gegeven garantie van het netto-inkomen, waarin de vergoeding voor onregelmatigheidstoeslag over de afgelopen drie maanden is opgenomen.

2. Gezien de vraag:

Dient de vergoeding voor onregelmatige dienst eveneens te worden toegekend bij vakantie of verlofdagen?

Overwegende:

Dat als uitgangspunt van de regeling geldt dat voor het inconvenient van werken in onregelmatige dienst een vergoeding wordt gegeven zodat daaruit volgt dat in beginsel bij vakantie of verlofdagen, aangezien dan niet in onregelmatige dienst wordt gewerkt, geen vergoeding voor onregelmatige dienst wordt toegekend.

Beslist als volgt:

Ingeval van vakantie of verlofdagen wordt geen vergoeding voor onregelmatige dienst gegeven.

3. Gezien de vraag:

Kan een werknemer, werkzaam op part-time basis, aanspraak maken op toekenning van onregelmatigheidstoeslag, indien op onregelmatige uren moet worden gewerkt?

Overwegende:

Dat onder onregelmatige dienst wordt verstaan arbeid, die volgens rooster wordt verricht op onregelmatige uren, als aangegeven in artikel 4 van de uitvoeringsregeling;

Dat hoewel in de situatie, vermeld in de vraagstelling, weliswaar niet behoeft te worden gesproken van arbeid volgens rooster, er toch vanwege het inconvenient van verrichten van arbeid op onregelmatige uren aanleiding bestaat tot toekenning van onregelmatigheidstoeslag.

Beslist als volgt:

De werknemer, werkzaam op part-time basis, kan aanspraak maken op toekenning

van onregelmatigheidstoeslag, indien op onregelmatige uren wordt gewerkt.

4. Gezien de vraag:

Indien de onregelmatige dienst tijdelijk wordt beëindigd, welke gevolgen heeft dat dan voor het opbouwen van de periode van tenminste drie jaren, genoemd in artikel 5, tweede lid sub 1?

Overwegende:

Dat in bovenvermeld artikel is aangegeven, dat als voorwaarde voor de tegemoetkoming geldt, dat een periode van tenminste drie jaren *onafgebroken* onregelmatige dienst is verricht;
Dat daaruit zou kunnen worden afgeleid, dat na de tijdelijke beëindiging van de onregelmatige dienst (door overplaatsing naar de dagdienst of door ziekte) de periode van drie jaren opnieuw een aanvang zou nemen;
Dat een dergelijke uitleg niet is bedoeld met het woord 'onafgebroken';
Dat beoogd is aan te geven een periode waarin werkelijk onregelmatige dienst is verricht, zodat bij ziekte etc. de periode van drie jaren wordt verlengd met de duur van de ziekte etc.

Beslist als volgt:

Indien in de periode van tenminste drie jaren, welke voorwaarde is voor de tegemoetkoming, door oorzaken buiten schuld of toedoen van de werknemer gedurende bepaalde periode(n) geen onregelmatige dienst is verricht, wordt bedoelde periode van drie jaren verlengd met de duur van de periode(n), waarin geen onregelmatige dienst is verricht.

Aldus gegeven te Utrecht, de 14e september 1978.

Poliobestrijding in de praktijk

Poliomyelitis in het land van Heusden en Altena, onderdeel van het Stadsgewest Breda

Inentingstoestand. Uit een onderzoek in juni 1978 bij de Entgemeenschappen in de woonkernen van de vier gemeenten van het Land van Heusden en Altena (Woudrichem, Aalburg, Werkendam en Dussen) bleek de inentingsgraad van de kinderen tegen poliomyelitis in enkele kerkdorpen van Aalburg, Werkendam en Woudrichem beneden de veilige hoogte*. Huisartsen en kruisverenigingen werden aangemoedigd om inhaalcampagnes met DTP op te zetten en assistentie van de Gezondheidsdienst werd aangeboden. Enkele duizenden ingezetenen lieten hun onvolledige DTP-inenting op peil brengen of afmaken. Huisartsen en wijkverpleegsters bezochten gezinnen die tot dan toe op religieuze gronden niet ingeënt waren. De indruk bestond dat niet velen zich lieten overtuigen.

Eerste poliomelding. Op 5 juli 1978, tijdens een inentingszitting van de GGD met DTP-vaccin in Dussen, werd ons door de Inspecteur van de Volksgezondheid het eerste poliogeval gemeld van een jongen uit Aalburg die opgenomen was in het Alexander Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch.

Provinciaal overleg. In overleg met de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid J. W. M. Remmen en de provinciale kinderhygiënist Dr. Swaak werd besloten om aan de bevolking van het Land van Heusden

door **Alb. J. M. Smulders**

Alb. J. M. Smulders, geneesheer-directeur van de GG en GD van het Stadsgewest Breda, bracht verslag uit van de actuele inentingcampagnes met DTP en Sabin-vaccin in zijn rayon. Uit dat verslag, samengesteld ten behoeve van het intern epidemiologisch archief en de Inspectie van de Volksgezondheid, het hier gereproduceerde tekstgedeelte.

en Altena een spoedvaccinatie met levend poliovaccin volgens Sabin aan te bieden, in de hoop dat de niet-ingeeënte jongeren onder de 27 jaar en eventueel oudere niet-ingeeënte personen aan een oproep gevolg zouden geven.

Plaatselijk overleg. De GGD organiseerde werkbesprekingen met de huisartsen en wijkverpleegsters uit Aalburg (10 juli), uit Werkendam (11 juli) en Woudrichem (17 juli) over de opzet en de organisatie van de Sabin-inenting.

Zittingen op 10 plaatsen. Besloten werd om in de gemeente Werkendam zitting te houden in de Groene Kruis-gebouwen voor de woonorden Nieuwendijk, Sleeuwijk en Werkendam. In de gemeente Aalburg in de kernen Eethen, Veen en Aalburg. In de gemeente Woudrichem in de kernen Almkerk, Andel, Rijswijk en Woudrichem.

Berichtgeving aan de bevolking. Besloten werd dat de GGD een rondzendbrief zou opstellen en deze in de tien woonkernen huis aan huis zou laten bezorgen. Aan de postkantoren is op te vragen hoeveel

adressen elk dorp heeft (samen 12.000 circulaire). De PTT was bereid met spoed de rondbrenging te verzorgen. In het 'Nieuwsblad voor het Land van Heusden en Altena' dat elke donderdag verschijnt zal de GGD de Sabin-inenting eveneens aankondigen.

Administratie. De GGD zal alle ingeënte personen met naam, geboortedatum en adres registreren en de lijst in tweevoud doorzenden aan de plaatselijke entgemeenschappen met het verzoek een exemplaar door te zenden naar de Provinciale Entgemeenschap in Tilburg. Ieder der ingeënte personen krijgt een inentingsbewijs mee.

Samenstelling inentingsploeg. De GGD verschijnt op elke zitting met een ploeg administratieve krachten, een arts en een verpleegster. De lokale wijkverpleegster behoeft slechts als gastvrouw in haar wijkgebouw op te treden. Grotere kinderen en volwassenen ontvangen een suikerklontje met drie druppels Sabin-vaccin; kleine kinderen krijgen een lepeltje melk met twee druppels vaccin.

Uitvoering. De inenting op tien plaatsen hadden een ordelijk en prettig verloop. In Werkendam (13 juli) kwamen 215 personen. In Aalburg (14 juli) kwamen 348 personen. In Woudrichem (21 juli) kwamen 523 personen. Wegens de grote toeloop in de vier dorpen van de gemeente Woudrichem ontstond er een tekort aan vaccin, zodat ter plaatse besloten werd om na een week een nieuwe zitting te houden. In Woudrichem kwamen op deze tweede zitting (28 juli) nog 190 personen. Geen van deze 1276 inwoners waren

* In alle gemeenten van het Stadsgewest Breda, buiten het land van Heusden en Altena, is het inentingspercentage van kinderen tegen poliomyelitis boven de 90%.

ooit tegen poliomyelitis ingeënt. Van deze 1276 geïmmuniseerden waren er 244 jonger dan 27 jaar. Veel ouders van reeds met DTP-ingeënte kinderen lieten zich uit veiligheidsoverwegingen met Sabin-vaccin immuniseren. Er waren zelfs enkele oma's bij. De Inspecteurs van de Volksgezondheid Remmen en Wouters uit 's-Hertogenbosch kwamen op de zitting in Nieuwendijk van hun belangstelling blijf geven. In overleg met hen besloten wij ook de niet-ingeënte ouderen die zich aanboden met een Sabin-klontje te vaccineren. Ook de provinciale kinderhygiënist Dr. Swaak toonde ter plaatse zijn interesse.

Poliopatiënten. In Aalburg werden drie gevallen van poliomyelitis anterior acuta gemeld. Twee jongens van 11 jaar en 12 jaar die met meningitisverschijnselen in het Willem Alexander Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch waren opgenomen en later lichte verlamingsverschijnselen vertoonden bleken positief voor poliomyelitis. De verlamingsverschijnselen zijn vrijwel genezen. Het derde geval uit Aalburg betrof een hoogzwangere vrouw van 21 jaar die via 's-Hertogenbosch werd opgenomen in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht en daar van een gezond kind is bevallen dat na de geboorte met Sabin-vaccin is

geïmmuniseerd. De vrouw had verlamingsverschijnselen. In Werkendam werd een meisje van 9 jaar getroffen door poliomyelitis. Op verzoek van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid werd bij al de getroffen gezinnen een epidemiologisch onderzoek ingesteld naar de herkomst van het virus. Van de huisgenoten werd ontlasting opgezonden naar het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Bilthoven.

De eerst getroffen jongen uit Aalburg had via een vakantiecamp op de Veluwe het virus waarschijnlijk mee naar Aalburg gebracht. Alle andere kinderen in het gezin waren ziek geweest met hoge koorts. De betreffende jongen had nekkrampverschijnselen en werd opgenomen waarbij poliomyelitis werd vastgesteld. Mijns inziens hebben ook alle andere kinderen een abortieve polio doorgemaakt en zijn waarschijnlijk nu immuun. De tweede jongen uit Aalburg was een speelkameraad van het eerste slachtoffer. Alleen hij was ziek (meningiale symptomen) en geen van de andere vijf kinderen. De moeder en de vijf andere kinderen hebben zich tijdens onze zitting in Aalburg met Sabin laten immuniseren, terwijl het polio-zoontje in het ziekenhuis lag. De zwangere vrouw van 21 jaar woonde enkele huizen voorbij het eerste poliogeval in Aalburg (jongen). Omdat zij opgenomen was in Utrecht

en wij haar man nooit thuis troffen, werd het epidemiologisch onderzoek overgedragen aan de GG en GD te Utrecht.

Het meisje uit Werkendam met poliomyelitis, zich openbarend onder alarmerende buikklachten, had de laatste maanden het dorp Werkendam niet verlaten. Ook in dit gezin waren gelijktijdig alle vier kinderen ziek geweest. Aannemelijk is dat ook zij een abortieve polio hebben doorgemaakt. De moeder die in deze gevarentijd niet ongenegen was tot vaccinatie stelde dat de ziekenhuisarts verklaard had dat de andere kinderen van het gezin na deze ziekte immuun waren.

Laatkomers. Omdat enkele inwoners hadden laten weten tijdens de zittingen afwezig te zijn, werden op verzoek van huisartsen in Werkendam, Nieuwendijk en Woudrichem een aantal eenheden vaccin-vloeistof achtergelaten.

Slot. Het contact met de actieve groep van huisartsen en wijkverpleegsters en met de bevolking van het Land van Heusden en Altena was voor ons inentingsteam een groot genoegen. Ook de bereidvaardigheid waarmee de diverse kantoorhouders van de PTT gehoor gaven aan een spoed-huis-aan-huis-bezorging der rondzendbrieven verdient erkentelijkheid.

Finse artsen op werkbezoek in de 'Domus Medica'

Een delegatie van de Finse artsenorganisatie is dezer dagen tijdens een werkbezoek in Nederland te gast geweest in de 'Domus Medica' te Utrecht. Daar werden de Finse collega's ontvangen door de ondervoorzitter van de KNMG, de heer H. Hoencamp. KNMG-secretaris Mr. B. Schultsz schetste bij die gelegenheid een algemeen overzicht van de gezondheidszorg in Nederland, terwijl Mr. N. de Graaff, directeur van het LHV-bureau, alsmede Dr. A. Vrij, Geneeskundig Inspecteur voor de Eerstelijns Gezondheidszorg, deze sector van de gezondheidszorg in Nederland nader toelichtten.



Traumateams bij rampen

Nut, samenstelling en werkwijze

Door de eeuwen heen heeft de mens geleden onder rampen. Vroeger waren dit natuurrampen, doch thans komen hier nog de zogenaamde cultuurrampen bij. Bovendien lijken de kansen op het ontstaan van cultuurrampen groter te worden, ondanks organisatorische en technologische preventie. De botsing van twee jumbojets op Tenerife en de gasexplosie op een Spaanse camping, met beide honderden doden en gewonden, liggen nog vers in het geheugen.

Een goed functionerende organisatie ter bestrijding van rampen geeft aan de gewonden een grotere kans op overleving. De inzetbaarheid van traumateams bij een ramp is een belangrijk onderdeel van een dergelijke organisatie. De ervaringen in de jongste oorlogen, waar de sterfte onder de gewonden aanzienlijk daalde met het inzetten van specialistische chirurgische teams, is bewijzend hiervoor¹.

In navolging van diverse landen² verdient daarom de oprichting van een organisatie voor medische bijstand bij rampen door zogenaamde traumateams in ons land te worden overwogen. De situatie in Nederland is evenwel zo dat doorgaans alle gewonden eerder per ambulance in het ziekenhuis zullen zijn dan het team op het rampterrein.

Er zijn echter reële en imaginaire voorbeelden van rampen te geven waarbij traumateams dringend noodzakelijk (zouden) zijn (geweest):

1. Treinrampen en kettingbotsingen, zoals Harmelen (1961), Schiedam (1976) en Prinsenbeek (1972), leverden meestal beklemdde slachtoffers op. Deze gewonden dienen zo goed mogelijk begeleid te worden, omdat

door **Dr. J. de Boer**



Het hier gereproduceerde artikel van Dr. J. de Boer, chirurg te Almen, werd kritisch beoordeeld door de Commissie 'Behandeling Burgerslachtoffers' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Prof. Dr. D. J. F. Crul, Dr. J. Th. H. Grond, Prof. Dr. H. A. J. Lemmens, Dr. W. v. d. Slikke en Dr. J. de Boer), de voorlopige Commissie 'Trauma-Teams' van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (G. J. Lemckert, Dr. J. Nijman en Dr. J. de Boer) en door Dr. A. J. M. Smulders, geneesheer-directeur gezondheidsdienst stadsgewest Breda.

de beklemming vaak niet direct met de aanwezige technische hulpmiddelen opgeheven kan worden.

Rampen in moeilijk terrein waardoor afvoer van gewonden aanzienlijke vertraging ondervindt. De treinkaping bij de Punt (1977) had een dergelijke ramp kunnen zijn. Hier konden de ambulances het rampterrein niet bereiken.

Bepaalde weersomstandigheden, zoals ijzel en sneeuw, kunnen de afvoer van gewonden per ambulance vertragen.

Grotere rampen, waarbij het aantal gewonden en de uitgebreidheid van het rampterrein een direct tekort aan ambulances veroorzaakt, zodat een

beroep op de verder verwijderde regio's moet worden gedaan, hetgeen enige tijd vergt.

Te verwachten rampen, zoals kapingen en gijzelingen van een groot aantal personen. Een voorbeeld hiervan is de gijzeling in Assen (1978) waar potentieel veel slachtoffers hadden kunnen vallen.

Zijn deze bijzondere omstandigheden echter niet aanwezig dan lijkt de aanwezigheid van een traumateam op het rampterrein niet direct noodzakelijk. Er zijn evenwel meer overwegingen om teams in te schakelen:

2. Zijn de taken op het rampterrein beslecht dan zou het team naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kunnen worden gedirigeerd om aldaar de zogenaamde behandelcapaciteit op te voeren. Amerikaanse ervaringen in de jongste oorlogen hebben namelijk aangetoond, dat de mortaliteit van de gewonden met 0,5% steeg voor ieder uur dat operatief ingrijpen later mogelijk was¹. Om deze 'surgical time lag' te bekorten dient het traumateam als compleet operatieteam in het betreffende ziekenhuis te worden ingeschakeld, zodat hiermee de behandelcapaciteit zelfs aanzienlijk kan worden opgevoerd. Immers de capaciteit is voornamelijk afhankelijk van het chirurgische en anaesthesiologische medische en verpleegkundige personeel³.

3. Een volgend argument is de inzetbaarheid van deze teams op internationaal niveau. Men behoeft slechts te verwijzen naar de ramp in Guatemala (1976) waar maar liefst 100.000 doden en gewonden vielen. De hulpverlening kwam hier slechts

langzaam op gang, aanvankelijk eerst met materiaal en later met personeel. Waarschijnlijk waren nog vele duizenden onder het puin vandaan gehaalde slachtoffers te redden geweest, indien direct over een groot medisch personeelpotentieel had kunnen worden beschikt.

4. Dergelijke teams kunnen, vooral bij de grotere rampen, vakkundig gedetailleerde informatie verschaffen over het aantal gewonden en de aard van de verwondingen aan de omliggende ziekenhuizen en aan andere bij een ramp betrokken instanties.

5. Bovendien valt bij een ramp nog veel onderzoek te bedrijven: bijvoorbeeld onderzoek ter verbetering van de organisatie en de technische hulpmiddelen voor de bestrijding van rampen, onderzoek naar het zogenaamde disaster syndrome en counter disaster syndrome⁴.

Bovengenoemde vijf argumenten pleiten voor de Landelijke Organisatie van Trauma Teams (LOTT).

Hoe zou de samenstelling en de werkwijze van een traumateam nu kunnen worden gerealiseerd? De samenstelling zou die van een operatieteam zo veel mogelijk dienen te benaderen: een chirurg of een gevorderd chirurgisch assistent, een anaesthesist of een gevorderd anaesthesiologisch assistent, een ervaren OK-verpleegkundige en een ervaren EH-verpleegkundige als minimumbezetting. Hieraan zou eventueel nog een tweede OK-verpleegkundige kunnen worden toegevoegd. Naast deze vaste chirurgische-anaesthesiologische kern moet uitbreiding van het team mogelijk zijn met bijvoorbeeld longartsen, internisten en psychiaters. Een dergelijk vier tot vijf personen tellend team zou dan in één auto kunnen worden getransporteerd. Op dit transport zal later nog wat dieper worden ingegaan.

Deze teams zouden waarschijnlijk het gemakkelijkst kunnen worden gecreëerd in de opleidingsklinieken. Indien namelijk de chirurgische opleidingsklinieken bereid worden gevonden deel te nemen aan de LOTT zou dit betekenen dat ieder van de genoemde klinieken periodiek 'dienst'

heeft. Het enige wat de dienstdoende kliniek te doen heeft is de oproepbaarheid en de beschikbaarstelling te garanderen van zo'n team gedurende een bepaalde periode.

Nederland zal hiertoe moeten worden verdeeld in een aantal regio's, waarbij iedere regio diverse opleidingsziekenhuizen omvat. Per regio zal dan één ziekenhuis 'dienst' hebben volgens een tevoren in onderling overleg – bepaald 'dienstrooster'. Hoe meer ziekenhuizen bereid zouden zijn een traumateam klaar te hebben staan des te minder frequent de dienst per ziekenhuis behoeft te zijn. Het team lijkt organisatorisch het eenvoudigst te formeren te zijn uit de *dienstdoende* chirurg of assistent, de *dienstdoende* anaesthesist of assistent en de *dienstdoende* OK- en EH-verpleegkundigen. In de meeste opleidingsziekenhuizen bestaat een achterwacht; welnu deze kan de dienst overnemen zodra het team moet uitrukken. Hierdoor zal het ziekenhuis niet direct medisch onthand zijn.

De alarmering van het dienstdoende ziekenhuis kan mogelijk het beste geschieden vanuit een centraal punt – bijvoorbeeld het ministerie van Volksgezondheid te Leidschendam – dat dag en nacht bereikbaar is. Vanuit dit centrale punt kunnen dan ook de dienstroosters worden geregeld. De kans op een ramp is klein; de kans dat deze ramp plaatsvindt in de regio van het dienstdoende ziekenhuis is nog kleiner.

Indien hier echter rekening mee moet worden gehouden zal het dienstdoende team uit de meest nabij gelegen regio deze taak moeten overnemen.

De alarmering zal waarschijnlijk het beste in fasen kunnen plaatsvinden om te voorkomen dat eventueel onnodig wordt uitgerukt.

Alarm 1 wordt bij iedere ramp gegeven door de burgemeester van de rampgemeente via het ministerie van Volksgezondheid te Leidschendam naar het dienstdoende ziekenhuis. Het team dient zich dan te formeren en klaar te maken voor vertrek. Alarm 2 wordt gegeven op voornoemde indicaties van beklemden slachtoffers, moeilijk terrein, slechte weersomstandigheden, grote en uitgebreide rampen en gijzelingen van een groot aantal personen. De

aangegeven instantie om de indicatie voor alarm 2 te stellen lijkt de regionale GG en GD te zijn. Alleen het ambulancepersoneel kan zich terstond een oordeel vormen over de aard en de omvang van een ramp en de mogelijkheden van gewondenafvoer⁵. Deze instantie adviseert vervolgens de Geneeskundig Inspecteur van de rampregio, waarna het dienstdoende ziekenhuis wordt gealarmeerd, wederom via het ministerie van Volksgezondheid te Leidschendam.

Bij alarm 2 zal het team zich op weg begeven. Dit transport zal mogelijk het eenvoudigst kunnen plaatsvinden met een eigen auto onder politie-escorte⁶. Vervoer per helikopter lijkt af te raden: ten eerste beschikt niet ieder ziekenhuis over een helihaven en ten tweede zal het 24 uur ter beschikking staan van een helikopter moeilijk zijn te realiseren.

Aalarm 3 wordt gegeven indien de indicaties voor alarm 2 bij aankomst van het team op het rampterrein nog gelden. De regionale GG en GD lijkt ook de instantie te zijn voor het stellen van de indicatie voor alarm 3, eventueel na ruggespraak met de Geneeskundig Inspecteur van de rampregio. Alarm 3 betekent dus betreding van het rampterrein, tenzij het terrein reeds geklaard is, waarna het team ogenblikkelijk naar een in de buurt liggend ziekenhuis kan worden gedirigeerd waar op dat moment de behandelcapaciteit tekort schiet (zie terug).

Op de volgende bladzijde een schematisch overzicht van het totale gebeuren.

Eenmaal op het rampterrein gearriveerd zullen voornamelijk die patiënten worden behandeld met stoornissen van de vitale functies, zoals ademhaling en bloedsomloop, dus triage 1 patiënten. Uiteraard dienen tevens, zoals bij de indicaties tot alarmering reeds werd gesteld, beklemden slachtoffers medisch te worden begeleid. Apparatuur en instrumentarium zullen door het ministerie van Volksgezondheid ter beschikking worden gesteld. Ook voor het transport van dit materiaal naar het rampterrein zal worden zorggedragen. Hierdoor behoeft, wat het materiaal betreft, niet op omliggende ziekenhuizen een beroep te worden gedaan. Het materiaal voor

noodchirurgie, zowel voor poliklinische als klinische chirurgische behandeling, omvat in grote lijnen:

- een operatietafel;
- specifiek en aanvullend instrumentarium;
- verband-, genees- en ontsmettingsmiddelen;
- anaesthesiemateriaal;
- linnengoed;
- diversen (zoals brancards, noodstroomaggregaat, verlichting en verwarming).

Daarnaast zou het aanbeveling verdienen indien een of meer ambulances als EH-post ingericht werd op het rampterrein. Deze ambulances vormen dan tezamen met het voornoemde rijdende materieel een perfect veldziekenhuis. Behalve de nodige medische (be)handelingen op het rampterrein zal ook medische informatie aan de omliggende ziekenhuizen worden verschaft en de nodige observatie naar het gedrag van zowel slachtoffers als hulpverleners moeten worden verricht.

Nadat het rampterrein is geklaard dient het team zich terug te trekken naar een in de buurt liggend ziekenhuis waar hulp gewenst is. Het lijkt verstandig het team na 24 uur werkzaam te zijn geweest af te lossen en zonodig door een volgend team te vervangen. Dit team zou dan eventueel een dienstdoend team uit een andere regio kunnen zijn (zie terug).

Een duidelijke uitspraak van bevoegde instanties ten aanzien van de rechtspositie van de teamleden, medici zowel als verpleegkundigen, is nodig.

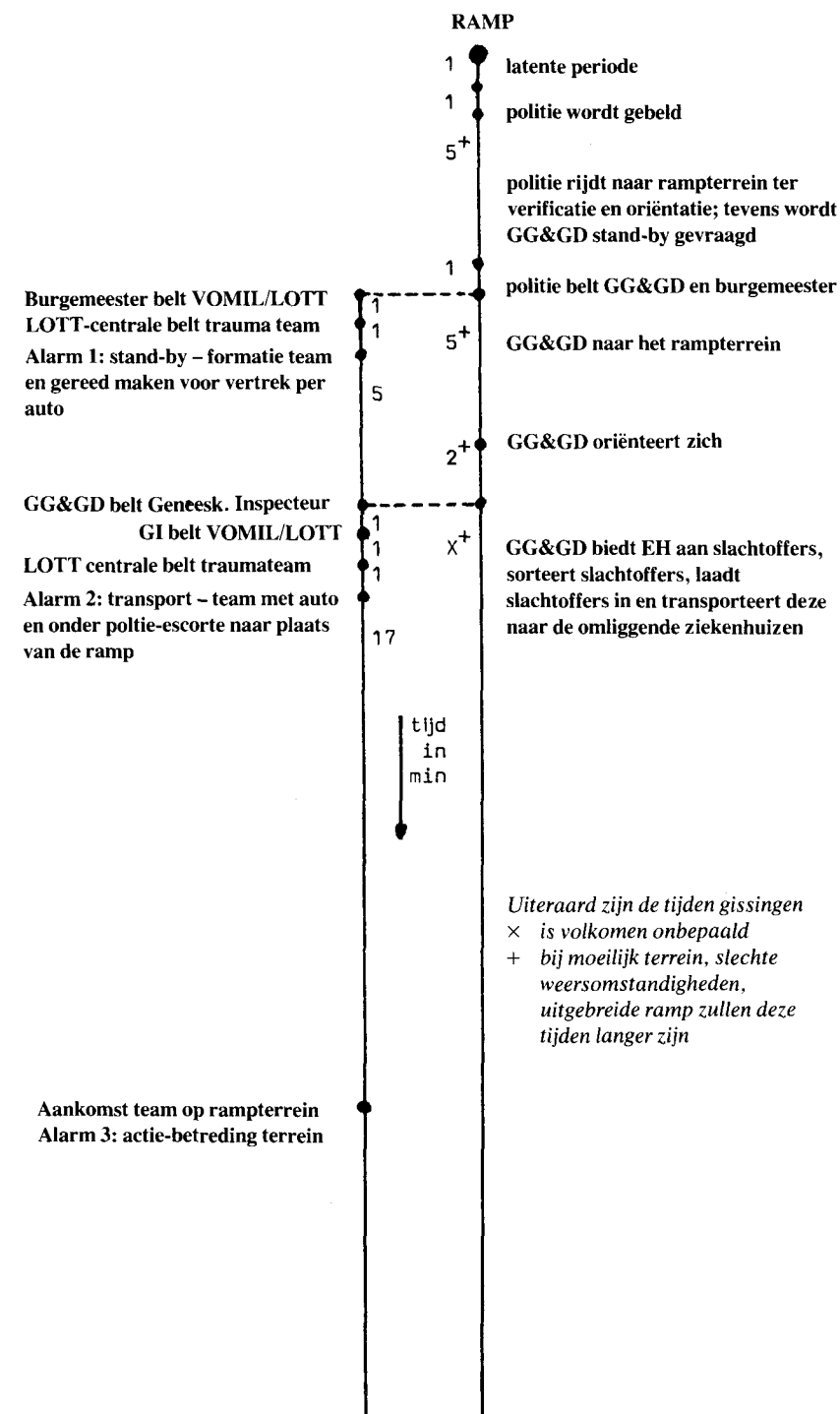
In het voorgaande is getracht een organisatie te schetsen, die als aanloop kan dienen voor verdere discussies en die uiteraard voor revisie in aanmerking kan komen.

Samenvatting

Nut:

1. hulpverlening op indicatie aan triage 1 slachtoffers op het rampterrein;
2. indien rampterrein geklaard, opvoeren behandelcapaciteit van het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
3. inzetbaarheid ook op internationaal niveau;

Schematisch overzicht van het gebeuren op het rampterrein



4. verschaffen van gedetailleerde medische informatie aan omliggende ziekenhuizen;
5. onderzoek naar menselijk gedrag en organisatieverbetering bij rampen.

Samenstelling:

één chirurgisch assistent;
 één anaesthesist of anaesthesiologisch assistent;

één of twee OK-verpleegkundigen;
 één EH-verpleegkundige;
 welk viertal eventueel kan worden aangevuld met andere specialisten, zoals longartsen en psychiaters. Per regio team te leveren door een opleidingsziekenhuis uit een pool van ziekenhuizen met opleiding. Oproepbaarheid volgens een dienstrooster dat per regio in overleg

met de betreffende ziekenhuizen wordt samengesteld door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Leidschendam.

Alarmering:

Alarm 1 wordt bij iedere ramp gegeven en betekent stand-by. De burgemeester van de rampgemeente waarschuwt het ministerie van Volksgezondheid, dat op zijn beurt het dienstdoend ziekenhuis in de betreffende regio waarschuwt.

Alarm 2 wordt gegeven bij beklemd slachtoffers, moeilijk terrein, slechte weersomstandigheden, grote en uitgebreide rampen en gijzelingen en betekent dat men zich naar het rampterrein moet spoeden. Op advies van de regionale GG en GD

waarschuwt de Geneeskundig Inspecteur het ministerie van Volksgezondheid, dat dan weer het dienstdoend ziekenhuis in de betreffende regio waarschuwt.

Alarm 3 – indien de indicaties van alarm 2 nog gelden bij aankomst van het team op het rampterrein – betekent het terrein betreden, tenzij het rampterrein reeds geklaard is waarna het team naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt gedirigeerd voor het opvoeren van behandelcapaciteit. De regionale GG en GD draagt zorg voor deze alarmering.

Transport:

Bij voorkeur per eigen auto onder politie-escorte.

Taken: zie onder Nut.

Literatuur

1. Verdoorn J. A., Arts en Oorlog, Lynx, Amsterdam, 1972.
2. Manning D. H., Disaster Technology; An Annotated Bibliography, Pergamon Press, Oxford, 1976.
3. de Boer J., Ramp en Ziekenhuis, Noodzaak (Tijdschrift voor civiele verdediging, hulpverlening en rampenbestrijding), 27-56, 1978.
4. Wallace A. F. C., An Exploratory Study of Individual and Community Behavior in an Extreme Situation, Disaster Study No 3, National Academy of Sciences, Washington DC, 1956.
5. Rutherford W. H., Staff Mobilization and Disaster Exercises, in Medische Organisatie bij Rampen, J. de Boer en Th. W. Baillie (eds) De Tijdstroom, Lochem, 1977.
6. Collins J., Organization and Function of an Accident Flying Squad, British Medical Journal, 2-578, 1966.



ANATOMIE VAN HET GEVOEL

Mijmeren

In het begin van mijn co-schap was ik vaak 's avonds ongelukkig. Op dat soort momenten luisterde ik dan naar 'Idiot wind' van Bob Dylan. Ik weet eigenlijk niet precies waarover ik toen in de put zat. Het kan iets met het co-schap te maken hebben gehad, maar ook met Olga of met andere mensen om wie ik veel geef. Die melodie goot mij vol met een golf machteloosheid. Het was alsof ik plotseling in een modderpoel werd gesleept. Tijdens mijn eerste weken als co voelde ik mij vaak ontegenwoordig machteloos; niet omdat ik in die modderpoel werd meegesleept, maar vooral omdat ik toen nog de oevers binnen mijn gezichtsveld had en mij dus bewust was van het feit dat er iets essentieels veranderde. Ik heb de indruk, dat ik die oevers nu uit het oog ben verloren. Ik drijf op dit moment met de stroom mee, zonder dat ik het merk. Ik heb zelfs enige stabiliteit kunnen vinden. Het is alsof ik enkele boomstammen heb kunnen grijpen, die ik met een flink touw heb vastgesjord tot een vlot. Ga mij nou niet vertellen dat die boomstammen mensen zijn, want in het medische vak ben je een individualist; dat moet je zijn uit belang van de patiënt en ook omdat het niet anders schijnt te kunnen. Nee, die boomstammen zijn de ervaringen die ik in de eerste weken heb opgedaan; het zijn de denkwijzen en handelingen, die je onbewust – of desnoods bewust – overneemt om je zelf te handhaven. Dat doe je automatisch, net zoals je in een rivier automatisch naar een boomstam grijpt die daar drijft, om je levenskansen te vergroten. Het is natuurlijk merkwaardig dat ik deze redenering ophang. Hoe kan iemand die de oevers niet ziet toch over zijn positie op de rivier spreken? Dat is het verschil tussen geweten en verstand. Mijn geweten en mijn gevoel drijven mee, terwijl mijn verstand als een ballon aan het vlot hangt. Ik denk – nee sterker nog, ik weet het wel zeker – dat elke internist bij ons zich van zijn positie bewust is. Ze beseffen drommels goed dat ze 'geïnterneerden' zijn, maar 'het kan nu eenmaal niet anders'. Kijk, dat 'het kan nu eenmaal

niet anders' is de rechtvaardiging van hun handel; dát is hun geweten.

Ik vrees grote moeilijkheden, wanneer ik straks weer klaar zal zijn met dit co-assistentenschap. Ineens word je dan weer in een andere stroom geworpen. Op deze wijze zal ik er nooit in slagen een stabiel evenwicht te vinden. De rust die ik nu voel zal dan weer snel verloren zijn.

Dát is mijn bezwaar tegen dit co-assistentenschap. Je krijgt geen gelegenheid om grenzen af te bakenen, geen mogelijkheid om te relativeren. Ik voel gewoon, dat je eigen persoonlijkheid hier sterk onder lijdt. Wanneer ik alles wat zwart-wit voorstel – dat heb ik ook geleerd – en een blik op mijn hele co-assistententijd werp, dan ziet het er niet veelbelovend uit. Van de ene rivier val je in de andere en zo gaat het door. Misschien zou een huwelijk in deze stabiliserend kunnen werken. Dat zou heel goed kunnen.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(55)

Met Frank is het al zover. Eergisteren heeft hij met een acht als beoordeling het ziekenhuis vaarwel kunnen zeggen. Hem kennende, wil ik mij niet teveel uitlaten over hetgeen ik bij hem aan veranderingen heb bespeurd. Van mijn kant wil ik alleen maar kwijt, dat ik hem – en hetzelfde geldt voor Noud en de andere co's die ik beter ken – maar heel weinig heb gesproken. En wanneer wij spraken, dan ging het altijd over medicijnen. Toen ik eergisteravond langs de kamer van Frank op de flat liep, bedacht ik ineens dat ik hem zelfs zijn laatste dag niet meer had gezien. De deur stond op een kier; alles was kaal, alleen op het bed lagen nog twee dekens. 'Zo, dat was dan Frank', dacht ik bij mezelf. De afstand tussen mij en mijn beste vrienden is de laatste drie maanden wel erg groot geworden.

Alexander van Es



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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

van het Centraal Bestuur

Begroting 1979

Onderstaande begroting is goedgekeurd door de ledenvergadering op zaterdag 28 oktober 1978.

	werkelijk- heid 1977	begroting 1978	begroting 1979
	f	f	f
Inkomsten			
Ia Contributies			
Contributies leden 'oude stijl'		1.870.000,—	2.233.500,—
b Contributies leden volledig in dienstverband	1.663.116,—	PM	11.500,—
2. 0,10/0,12% ziekenfondshonoraria	590.000,—	650.000,—	850.000,—
3. Opbrengst beleggingen	80.122,—	80.000,—	100.000,—
	2.333.238,—	2.600.000,—	3.195.000,—

Uitgaven

I. Vergaderkosten

1. Verg.kosten CB + commissies	157.622,—	200.000,—	200.000,—
2. Representatiekosten CB	3.568,—	5.000,—	10.000,—
3a Vergoeding inkomstenderving	231.334,—	240.000,—	250.000,—
b Vacatiegelden		100.000,—	50.000,—
4. Kosten vertegenw. buitenland	39.418,—	30.000,—	35.000,—
5. Ledenvergadering	5.676,—	12.000,—	12.000,—
Subtotaal	437.618,—	587.000,—	557.000,—

II. Personeelskosten

6. Salarissen	731.749,—	825.000,—	865.000,—
7. Pensioenpremies	95.183,—	100.000,—	120.000,—
8. Sociale lasten	97.962,—	110.000,—	138.000,—
9. Reiskosten personeel	49.288,—	65.000,—	65.000,—
Subtotaal	974.182,—	1.100.000,—	1.188.000,—
Transporteren	1.411.800,—	1.687.000,—	1.745.000,—

	werkelijk- heid 1977	begroting 1978	begroting 1979
	f	f	f
Transport	1.411.800,—	1.687.000,—	1.745.000,—
III. Bureaunkosten			
10. Kantoorinventaris	27.511,—	18.000,—	35.000,—
11. Kantoorbehoeften	21.659,—	22.000,—	25.000,—
12. Reproductiekosten	75.626,—	85.000,—	85.000,—
13. PTT	68.734,—	100.000,—	100.000,—
14. Documentatie	16.071,—	20.000,—	20.000,—
15. Computerkosten	42.199,—	40.000,—	40.000,—
16. Huur, service comptabiliteit	163.625,—	215.000,—	250.000,—
Subtotaal	415.425,—	500.000,—	555.000,—
IV. Overige kosten			
17a Vaste adviseurs	109.011,—	40.000,—	50.000,—
b Externe adviezen		PM	
18. Ledenzendingen waaronder Specia- listenbrief, jaar- verslagen e.d.	49.697,—	200.000,—	120.000,—
19a Diverse uitgaven	110.888,—	23.000,—	100.000,—
b Onvoorziene uit- gaven		150.000,—	50.000,—
20. Kosten Centraal Begeleidings Orgaan Intercollegiale Toetsing	—	PM	100.000,—
Subtotaal	269.596,—	413.000,—	420.000,—
V. Aanvulling kapitaal			475.000,—
Subtotaal			475.000,—
Voordelig saldo 1977	236.417,—		
Totaal	2.333.238,—	2.600.000,—	3.195.000,—

Toelichting op de LSV-begroting 1979

Allereerst zij opgemerkt dat vorig jaar in de ledenvergadering dd. 15 oktober 1978 op voorstel en aandrang van de ledenvergadering werd besloten de door het Centraal Bestuur op f 568,— voorgestelde contributie te verhogen tot f 650,—. Voorts werd in de onderhandelingen die pas medio dit jaar met de ziekenfondsen werden afgerond overeengekomen de bijdrage ad 0,1% van de ziekenfondshonoraria te verhogen tot 0,12%. Daarnaast werd eind vorig jaar besloten de LSV-leden die volledig in dienstverband zijn voorlopig nog slechts een symbolische bijdrage ad f 10,— per jaar te laten betalen. Na goedkeuring van de nieuwe statuten, waarin deze leden een duidelijk omschreven plaats in de vereniging wordt toegekend, zal hier nader op worden teruggekomen. Op grond van genoemde reden worden de ontvangsten in 1978 ruim f 500.000,—, meer (contributies f 380.000,—, bijdrage

uit ziekenfondshonoraria f 130.000,—, contributie leden volledig in dienstverband f 11.500,—) dan in bovenstaande begroting voor 1978 is opgenomen.

Door het uitblijven van financiële tegenvallers, alsmede door het ontstaan van enige vertraging bij de totstandkoming van het Vademecum en het operationeel worden van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing – met name het operationeel worden van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de Intercollegiale Toetsing was vorig jaar een van de redenen waarom de ledenvergadering het Centraal Bestuur voorstelde de contributie extra te verhogen – is het nu waarschijnlijk dat bij een oorspronkelijk sluitende begroting voor 1978 dit jaar met een behoorlijk batig saldo zal kunnen worden afgesloten.

Ten aanzien van de afzonderlijke begrotingsposten voor het jaar 1979 zij nog het volgende opgemerkt. Bij de post vergoeding inkomstenderving is rekening gehouden met de mogelijkheid dat het aantal CB-leden dat voor een dergelijke vergoeding in aanmerking komt in 1979 zal veranderen. De post vacatiegelden was voor 1978 duidelijk te hoog begroot. Met betrekking tot de post salarissen zij vermeld dat ruimte is gecreëerd om het administratieve personeel in 1979 met een halve kracht uit te breiden.

Bij de post kantoorinventaris werd rekening gehouden met de verhuizing van de LSV begin volgend jaar van de vijfde naar de achtste verdieping. Bij die gelegenheid zal de kantoorinventaris waar nodig worden aangevuld c.q. worden vervangen. De post huur, service comptabiliteit diende eveneens door genoemde verhuizing (waardoor de te bewonen ruimte zal toenemen) meer dan trendmatig te worden aangepast.

De vroegere posten 18a (leden-zendingen waaronder Specialistenbrief) en 18b (vademecum) werden samengevoegd. Waarschijnlijk is dat het vademecum via een aantal brochures in 1978 en 1979 gestalte zal krijgen.

Uit de post diverse uitgaven zullen allerlei kosten (de reeds bovenvermelde uitgezonderd) samenhangend met de verhuizing worden voldaan. Verwacht wordt dat het Centraal Begeleidings Orgaan, waarvoor de LSV jaarlijks f 100.000,— zal voteren, per 1 januari aanstaande zal gaan functioneren.

Bij handhaving van de contributie op f 650,— zal, rekening houdend met de overige opbrengsten voor 1979, een voordelig saldo kunnen ontstaan van f 475.000,—. Op deze wijze zal zonder verhoging van de contributie een welkome aanvulling van het kapitaal kunnen plaatsvinden.

Namens het Centraal Bestuur

J. Th. Groenewegen, penningmeester

SRC

Jaarverslag 1977

Het eerste jaarverslag van de huidige secretaris moet beginnen met het uitspreken van grote waardering voor Dr. L. P. H. J. de Vink, die gedurende ruim 16 jaar de SRC als secretaris heeft gediend. Met toewijding en enthousiasme heeft Dr. De Vink dit werk verricht. Het zo waardevolle tienjarig overzicht van assistenten- en beddenbestand, dat door hem werd samengesteld en dat in 1977 werd gepubliceerd, getuigt van inzicht en grote kennis van zaken. Een woord van waardering en dank ook voor de wijze waarop Dr. De Vink het secretariaat heeft overgedragen.

Mutaties samenstelling SRC

Eind 1977 verloor de SRC plotseling Prof. Dr. J. Swierenga, die plaatsvervangend lid was voor het specialisme Longziekten en Tuberculose.

In dit verslagjaar deed als apart specialisme de Klinische Chemie zijn intrede. Als lid werd aangewezen Dr. A. Groen en als plaatsvervangend lid Dr. H. C. Lequin.

Voorts namen in de loop van dit verslagjaar de volgende leden en plaatsvervangende leden afscheid van de SRC: KNO-Heelkunde: Dr. J. Kuilman (lid); Orthopedie: A. J. C. M. Brandenburg (lid); Reumatologie: Prof. Dr. J. J. de Blécourt (plv. lid); Revalidatie: A. Verkuijl (lid). In hun plaats werden respectievelijk aangesteld: Dr. H. Fermin, H. L. M. Bronswijk, Dr. B. de Leeuw en H. F. W. te Riele.

In de samenstelling van de vertegenwoordigers van de sectie opleidingsziekenhuizen van de Geneeskundige Vereniging ter bevordering van het ziekenhuiswezen, welke vertegenwoordigers een adviserende stem hebben, traden af P. A. Coumou en Dr. H. van Andel. In hun plaats werden benoemd E. Dekker en Dr. J. A. Schipper. De vraag is gesteld of deze vertegenwoordigers in de toekomst niet als gewoon lid deel moeten uitmaken van de SRC.

Vergaderingen

A. SRC-vergadering in pleno

In 1977 werd 9 maal vergaderd (1976: 6). Tijdens deze vergaderingen werden in totaal 187 visitatierapporten besproken (1976: 128); 32 maal werd aan een opleider en een opleidingsinrichting voor de eerste keer een opleidingsbevoegdheid verleend (1976: 6); 3 maal werd een bestaande opleidingsbevoegdheid ingetrokken.

Eén van de plenaire vergaderingen was geheel gewijd aan beleidsvraagstukken; op die vergadering werd gesproken over de erkenning van Nederlandse assistent-geneeskundigen die hun opleiding in het buitenland hadden genoten en over het toekennen van één opleidingsbevoegdheid in twee ziekenhuizen.

B. Commissie van Uitvoering

De Commissie van Uitvoering (CvU) werd aanvankelijk gevormd door Dr. D. J. H. Vermeer, voorzitter, en Dr. A. P. Brinkhorst en Dr. M. J. Woerdeman, leden. In de loop van het jaar was Dr. Woerdeman wegens drukke werkzaamheden genoopt zich terug te trekken uit de CvU; zijn plaats werd tijdelijk ingenomen door Dr. H. C. Stam.

Voorts maakte ook Dr. J. A. M. Mullink als adviserend lid namens de sectie opleidingsziekenhuizen deel uit van de Commissie van Uitvoering; reeds in 1976 had Dr. Mullink in het werk van deze commissie geparticipeerd.

In 1977 vergaderde de CvU 19 maal (1976: 12); 9 maal werd tijdens deze vergaderingen een gesprek gevoerd met een opleider, hetzij vanwege het feit dat de opleidingsbevoegdheid van die opleider was ingetrokken of dat een gevraagde opleidingsbevoegdheid niet was verleend, hetzij vanwege het feit dat de opleider zich niet kon verenigen met de beslissing van de SRC. Steeds waren de betrokken visitatiecommissie en de vertegenwoordiger in de SRC van het desbetreffende specialisme bij dit overleg aanwezig, meermalen ook de directie van het betrokken ziekenhuis.

Drie maal vergaderde de CvU met het presidium van het Centraal College. Tijdens die vergaderingen kwam onder meer de procedure ter sprake welke zou kunnen worden gevolgd wanneer ten aanzien van een bepaalde visitatie de SRC-vergadering in pleno tot een andere conclusie zou komen dan de betrokken visitatiecommissie en wanneer in het daarop volgend overleg tussen de CvU en die visitatiecommissie geen bevredigende oplossing zou kunnen worden gevonden. De mogelijkheid werd geopend in zulk een situatie de visitatiecommissie in de gelegenheid te stellen haar standpunt tegenover de SRC-vergadering in pleno toe te lichten. Zulk een procedure zou een reglementswijziging inhouden.

Twee vergaderingen met het presidium van het Centraal College waren gewijd aan de toekomstige positie van het deelspecialisme in de kindergeneeskunde. Dit betrof zowel de snijdende als de niet-snijdende specialismen. In kringen van de Vereniging voor Kindergeneeskunde wordt voor de niet-snijdende deelspecialismen gedacht aan de mogelijkheid van een nieuwe vorm van opleiding tot kinderarts, waarbij na een basisopleiding de assistent-geneeskundige zich gedurende 2 jaar in een bepaald onderdeel zou kunnen bekwalen, hetgeen dan zou kunnen resulteren in een specifieke aantekening. Van de zijde der kinderartsen werd aan deze vorm voorkeur gegeven teneinde opsplitsing van de kindergeneeskunde in afzonderlijke deelspecialismen te voorkomen. Bij deze vergadering waren naast vertegenwoordigers van de Vereniging voor Kindergeneeskunde vertegenwoordigers van de betrokken deelspecialismen aanwezig.

De overige vergaderingen van de Commissie van Uitvoering waren gewijd aan huishoudelijke zaken en aan individuele opleidingsschemata. Veelvuldig kwamen daarbij aanvragen voor een gehele of gedeeltelijke opleiding in het buitenland ter sprake. De CvU-vergadering voorafgaande aan de plenovergadering was steeds gewijd aan voorbereiding op die plenovergadering.

C. Commissie van Onderzoek

In de plenovergadering van 25 maart werd een Commissie van Onderzoek ingesteld, bestaande uit Dr. A. P. Brinkhorst, A. S. Rozema en G. A. Schurink. Deze commissie kreeg tot taak een onderzoek in te stellen naar de opleidingssituatie voor het specialisme Anesthesie in het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Na het eerder terugtreden van Prof. Dr. J. C. Dorlas als opleider, was ook de interim-opleider W. van Dijk na 1 april niet meer beschikbaar. Door het afwezig zijn van een opleider was onrust ontstaan onder de assistent-geneeskundigen.

De Commissie van Onderzoek heeft een oplossing kunnen vinden, mede doordat Prof. Dr. Dorlas bereid bleek wederom de eindverantwoordelijkheid als opleider tijdelijk op zich te nemen.

D. Commissie van goede diensten

In maart stelde de Commissie van Uitvoering een Commissie van goede diensten in ten behoeve van de psychiatrische kliniek 'Vijverdal' van de Rijksuniversiteit Maastricht. Deze commissie, bestaande uit Prof. Dr. G. A. Ladee, Prof. Dr. J. Bastiaans en Mw. Dr. H. J. A. Verhagen, werd ingesteld op verzoek van de

toenmalige opleider, Prof. Dr. A. A. Fischer. Mede door interne tegenstellingen voldeed de opleidingssituatie in de kliniek 'Vijverdal' niet meer aan de vereiste normen. Prof. Fischer had bovendien een functie elders aanvaard.

Verbeteringen in de opleidingsstructuur konden worden bewerkstelligd. Een interim-opleider werd gevonden in Dr. M. M. W. Richartz. Tijdens de plenovergadering van 24 juni werd deze Commissie van goede diensten omgezet in een begeleidingscommissie. Mevr. Verhagen moest zich in verband met het aanvaarden van een andere functie uit deze commissie terugtrekken. De begeleidingscommissie zou haar taak blijven vervullen tot nadat aan Dr. Richartz, na een gebruikelijke visitatie door de SRC, opleidingsbevoegdheid zou zijn gegeven.

E. Commissie van bemiddeling

Gedurende het jaar 1977 was er een tweetal zittingen van een Commissie van bemiddeling. Beide zittingen werden wederom voorgezeten door Dr. J. C. P. Eeftink Schattenkerk.

Beide bemiddelingen hadden betrekking op een assistent-geneeskundige van wie de opleider de opleiding had opgeschort. Een nieuw element tijdens deze vergaderingen was, dat behalve de opleider een mede-assistent-geneeskundige, werkzaam in dezelfde kliniek als de betrokkene, door de commissie werd gehoord.

F. Commissie van Beroep

In de loop van 1977 behandelde de Commissie van Beroep het bezwaar ingediend door een arts ten aanzien van wie de SRC afwijzend had beslist over de aanvraag om ingeschreven te worden in het Specialisten Register, en wel op grond van art. 1018 van het Huishoudelijk Reglement. Het betrof het specialisme Bacteriologie. De Commissie van Beroep wees het beroep af.

Jaarlijks rapport assistenten- en beddenbestand

Het uitvoerig overzicht van het assistenten- en beddenbestand per 1 januari 1978 van de door de SRC erkende opleidingsinrichtingen zal op de gebruikelijke wijze afzonderlijk worden gepubliceerd. Op deze plaats mogen enkele gegevens worden vermeld.

jaar	aantal ass. geneesk.	aantal buitent. geneesk.	aantal opl. inr.	aantal ingeschr. spec.	van wie buitent. spec.
per 1-1-1971	1.859	229	372	299	44
per 1-1-1975	2.536	185	405	410	59
per 1-1-1976	2.621	144	420	479	55
per 1-1-1977	2.757	99	425	466	46
per 1-1-1978	2.898	82	441	549	74

Van de buitenlandse specialisten die het afgelopen jaar werden ingeschreven volgens de EEG-richtlijn was het grootste aantal (16) afkomstig uit Engeland. Voor het specialisme Anesthesie was deze inschrijving het veelvuldigst (7).

Een volledige specificatie van de gedurende 1977 ingeschreven specialisten is opgenomen achter dit verslag.

Taaltest

Ook in 1977 werd het afnemen van de voorgeschreven taaltest verzorgd door het talenpracticum 'Regina Coeli' te Vught. In totaal werden 44 kandidaten geëxamineerd, van hen werd 33% afgewezen.

In dit jaar werd het voorschrift van kracht waarin wordt bepaald

dat buitenlandse assistent-geneeskundigen de taaltest moeten afleggen aan het einde van het eerste opleidingsjaar. Van degenen die ingeschreven worden op grond van de Richtlijn van de EEG mag geen taaltest worden geëist. Wel wordt hun met klem geadviseerd zich de Nederlandse taal zo spoedig mogelijk eigen te maken.

Union Européenne des Médecins Spécialistes

In april werd een plenaire vergadering van de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) gehouden in Italië, op het eiland Capri. In september was er een bijeenkomst in Luxemburg. Op deze laatste vergadering was slechts één vertegenwoordiger per land aanwezig.

Zoals gebruikelijk werd ook in 1977, voorafgaande aan de UEMS-bijeenkomst, een vergadering gehouden van de Nederlandse delegatie met de Nederlandse vertegenwoordigers in de mono-specialistische secties.

Tijdens de vergadering op Capri namen Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en Dr. L. P. H. J. de Vink afscheid als lid van de UEMS. Meerdere leden van de UEMS hebben thans zitting in het raadgevend lichaam van de Commissie te Brussel.

Onderzoek behoefte-element medische specialisten en specialistenplaats

Op het gezamenlijk verzoek van het Centraal College en de Landelijke Specialisten Vereniging geschiedt onderzoek naar het behoefte-element van medische specialisten en naar de specialistenplaats. Dit onderzoek wordt verricht door het Nationaal Ziekenhuis Instituut onder leiding van Dr. J. J. Poeisz. In 1977 werd het rapport 'Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp' aangeboden, hetgeen een eerste rapportage betreft van het behoefte-element van specialisten. Het gehele onderzoek zal zeker nog enkele jaren vergen.

Bureau SRC

Gedurende dit jaar werd ruim 100 maal een opleider of een assistent-geneeskundige door de secretaris op het bureau der SRC ontvangen. Veelal betrof het adviezen over opleidingsinrichtingen of over individuele opleidingsschemata.

In de personeelsbezetting deden zich twee mutaties voor. De totale sterkte bleef ongewijzigd. Er zijn 2 chefs de bureau werkzaam. Van de 6 overige functionarissen werken er 3 parttime.

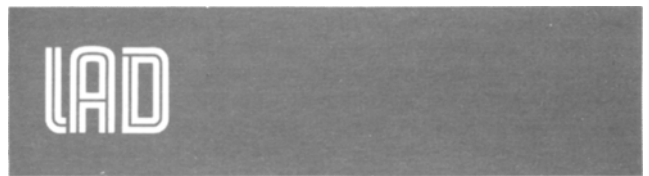
In 1977 waren er 5.105 uitgaande brieven; voor 1972 en 1976 waren deze aantallen respectievelijk 3.359 en 4.775. Het aantal ingekomen brieven bedroeg 5.405, in 1972: 2.513 en in 1976: 5.108.

Slotopmerkingen

Allereerst past een woord van bijzondere dank aan hen die ook in 1977 hun krachten ten behoeve van de SRC hebben ingezet. In de loop der jaren is de hoeveelheid werk toegenomen, terwijl het aantal medici dat werkzaamheden ten behoeve van de SRC verricht ongewijzigd is gebleven. Toch kan van een stagnatie van het werk niet worden gesproken. Dit impliceert een toenemende inzet ten behoeve van de SRC door medici die allen reeds een volle dagtaak in hun eigenlijke werkteerrein hebben.

Een woord van bijzondere dank moet worden uitgesproken aan de leden van de Commissie van Onderzoek en de Commissie van goede diensten. Het is mede aan hun tact en inspanning te danken, dat beide door hen behandelde problemen tot een goed einde konden worden gebracht.

Een woord van bijzondere erkentelijkheid wil ik ook richten aan hen, die dit jaar als lid respectievelijk als waarnemend lid de SRC verlieten.



van het Centraal Bestuur

Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.)
- ondernemingsraden en overlegorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

Het bovenstaande heeft enig inzicht gegeven in de toegenomen hoeveelheid werk die door de functionarissen op het bureau van de SRC moest worden verzet. Daaraan kan worden toegevoegd dat het mijn overtuiging is, dat de hoeveelheid werk zowel ten behoeve van de individuele assistent-geneeskundigen als ook per visitatie is toegenomen. Ik ben bijzonder erkentelijk voor de wijze waarop zij allen dit hebben willen en kunnen opvangen.

Het jaarverslag 1976 begint Dr. De Vink met zijn bezorgdheid uit te spreken over de toeneming van de hoeveelheid werk die op het bureau moet worden verzet. Deze bezorgdheid wordt door de huidige secretaris geheel gedeeld, vooral ook daar uit bovenstaande gegevens blijkt dat de hoeveelheid werk in de komende jaren nog verder zal toenemen. In 1977 was deze problematiek dan ook meermalen onderwerp van overleg binnen de Commissie van Uitvoering.

De belangrijkste taken van de SRC zijn de uitvoering van de besluiten, zoals die door het Centraal College zijn vastgesteld en door de Overheid zijn aanvaard en vervolgens de uitvoering van de voorschriften welke een zo billijk mogelijke naleving van deze besluiten moet bevorderen.

De afgelopen jaren is gebleken, dat de tendens bestaat van bepaalde reglementair toegestane uitzonderingen gebruik te maken. Als voorbeeld mag worden genoemd het aanvragen van een opleidingsbevoegdheid waarbij de opleiding in twee ziekenhuizen wordt gegeven.

Vervolgens zijn er ontwikkelingen die hun oorsprong vinden in de wetenschappelijke verenigingen. Als zodanig kan worden genoemd de registratie van operaties verricht door assistent-geneeskundigen in opleiding voor het specialisme Heelkunde. Ook is er het cursorisch onderwijs, dat thans reeds een vaste plaats heeft gevonden bij de opleiding voor verschillende specialismen. Hier en daar wordt gesproken over de wenselijkheid van een of andere vorm van een toets, een element dat op dit moment geen plaats heeft in de besluiten van het Centraal College en de voorschriften van de Specialisten Registratie Commissie.

Bovenstaande tendensen en ontwikkelingen zijn veelal zaken, welke behoren tot de competentie van het Centraal College. Maar het is duidelijk dat ook de SRC hierbij ten nauwste betrokken is en ook dat het de SRC is die hiermede soms in eerste instantie wordt geconfronteerd. Behalve regelmatig overleg met het Centraal College vraagt dit alles studie en beraad in eigen kring.

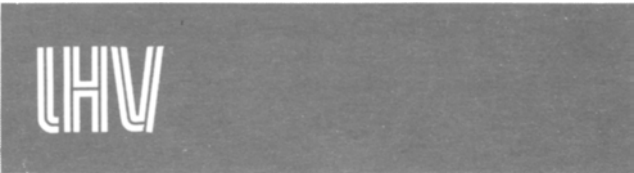
Stilstand in ontwikkeling betekent achteruitgang. Dit geldt ook voor de SRC, die verantwoordelijk is voor de begeleiding van de opleiding van medische specialisten. Nieuwe ontwikkelingen mogen echter geen afbreuk doen aan het speciale karakter van de opleiding, zoals wij die hier in Nederland kennen. Het is een intercollegiale opleiding, zij het in hiërarchisch verband. De aanstaande specialist wordt door middel van onderling overleg, besprekingen en refereravonden gevormd tot een medicus die goed is berekend voor zijn toekomstige taak en die ook in staat is de verdere ontwikkelingen in zijn specialisme te blijven volgen.

Dr. D. Wolvius, secretaris

BIJLAGE

Ingeschreven specialisten 1977

specialisme	aantal	buitenland.	vrouwel.	ingeschr. in EEG-landen	sub-differentiatie EEG-landen
Allergologie	2	-	-	-	-
Anesthesie	43	12	6	7	6x Engl. 1x We-Du.
Bacteriologie	8	3	2	1	1x Engl.
Cardiologie	26	7	3	3	1x Engl. 1x België 1x Italië
Cardiopulm.					
Chir.	3	2	-	-	
Dermatologie	16	-	3	-	
Gastro-enterologie	4	-	1	-	
Heelkunde	38	7	1	2	1x Engl. 1x België
Inwendige Geneesk.	79	7	10	2	1x België 1x We-Du.
KNO-Heelkunde	14	-	-	-	
Kinder-geneeskunde	38	3	12	-	
Longz. & Tuberculose	13	1	3	1	1x Engl.
Neurochirurgie ...	5	1	-	-	
Neurologie	30	1	2	-	
Oogheelkunde	24	1	6	1	1x Engl.
Orthopedie	21	3	-	2	1x Engl. 1x We-Du.
Pathologische Anat.	11	1	3	-	
Plastische Chirurgie	5	2	-	-	
Psychiatrie	56	5	9	4	1x Engl. 2x België 1x We-Du. 2x Engl. 1x België
Radiodiagnostiek	24	4	-	3	
Radiologie	3	1	1	-	
Radiotherapie	11	2	2	2	1x Engl. 1x België
Revalidatie	15	3	5	1	1x België
Reumatologie	5	-	1	-	
Urologie	15	6	-	2	2x We-Du.
Verlosk. & Gyn. .	33	2	6	3	3x België
Zenuw- en Zielsz.	7	-	1	-	
totaal	549	74	77	34	



van het Centraal Bestuur

Convocatie en agenda ledenvergadering dd. 15 december a.s.

De leden worden geconvoceerd voor een ledenvergadering op vrijdag 15 december 1978, aanvang 19.00 uur in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht tel. 030 - 914914

- 1. Opening.
- 2. Mededelingen.
- 3. Rapport Huisartsen in Dienstverband (zie MC nr. 48/1978).
- 4. Advies van NOBEL over afstemming werkgebieden (zie LHV 78/1579/BK).
- 5. Vestigingsbeleid (stukken volgen).
- 6. Rondvraag.
- 7. Sluiting.

F. A. van Spanje, secretaris.

BACO-bedragen aangepast

Onlangs is het netto-honorarium van de apotheker verhoogd. Deze verhoging betekent dat de aan dat nettohonorarium gerelateerde BACO-bedragen worden aangepast. De tussen KNMP en KNMG gesloten BACO-overeenkomst geeft regels voor de overdracht van doktersapotheken aan apothekers. Voor de BACO-overeenkomst geldt het belang zoals het van kracht is ten tijde van de overdracht. Hieronder volgt het overzicht van de recente aanpassingen.

F. A. van Spanje, arts, secretaris

	netto honorarium		
	apotheker	zfs.	part.
Vanaf 1 augustus 1977	f 12.191,—	f 30,48	f 45,75
Vanaf 1 januari 1978	f 12.599,—	f 31,50	f 47,25
Vanaf 1 augustus 1978	f 12.744,—	f 31,94	f 47,91

INHOUD OFFICIEEL	LSV, van het centraal bestuur:	
	Begroting 1979 met toelichting	1456
	SRC:	
	Jaarverslag 1977	1457
Nr. 46 - 17 november 1978	LHV, van het centraal bestuur:	
	BACO-bedragen aangepast	1458