

## redactioneel

- We zullen in Nederland nooit weten of bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten, kanker of andere chronische aandoeningen nuttig is of niet, tenzij we veel meer dan tot nu toe gaan investeren in de ontwikkeling van (wiskundige) modellen voor evaluatie en besluitvorming. Dat klinkt erg absoluut, maar het ligt eigenlijk voor de hand. Aldus de arts-epidemioloog P. J. van der Maas, hoofdmedewerker van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Over democratisering en/of machtsvorming in de klinische gezondheidszorg levert Directeur-Generaal van de Volksgezondheid J. van Londen een diepgaand bijdrage; in dat verband gaat het voormalige lid van de CHU-fractie in de Tweede Kamer, Drs. A. D. W. Tilanus, nader in op de invloed van het parlement.
- Eind 1974 heeft de werkgroep 'Weekenddiensten' van de commissie wetenschappelijk onderzoek van het NHG een onderzoek gedaan naar de organisatie van de weekenddienst door huisartsen in Nederland. Drie artikelen zijn in achtereenvolgende MC-nummers daaraan gewijd. Thans het eerste, waarin naast de organisatie ook de beleving van de weekenddienst en de factoren die erop van invloed zijn aan de orde komen.
- In de artikelenreeks over sportgeneeskunde deze week bijdragen van de orthopaedisch chirurg Dr. G. P. H. Hermans over traumatologie, alsmede van A. E. Stuur, hoofd van de Medische Afdeling Studenten Gezondheidszorg van de Technische Hogeschool in Delft, over de praktijk van de medische begeleiding.



Deze beeldengroep, in brons uitgevoerd, van de beeldhouwer Mw. Ard. Blok bevindt zich op een binnenplein van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Dijkzigt. De twee kinderen vormen samen het symbool van het doorgaande leven dat behoefte heeft aan voortdurende zorg, de zorg zoals die in het Ziekenhuis Dijkzigt tot uitdrukking komt.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	2
<i>Inzenders: P. J. Hallie, P. van Vloten, G. Norro, P. Gans</i>	
De effecten van bevolkingsonderzoek, door P. J. van der Maas .....	5
Universitaire ontwikkelingen rondom de huisartsgeneeskunde .....	10
'Vakaturebureau' kindergeneeskunde .....	11
Democratisering en/of machtsvorming in de klinische gezondheidszorg .....	12
Centrale Raad voor de Volksgezondheid – Advies inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de gezondheidszorg .....	16
De weekenddienst van huisartsen in Nederland (I), door J. Th. M. van Eijk, J. Gubbels, A. G. J. de Koning, K. van der Meer en J. van Noort .....	17
Sportmedische facetten II. Traumatologie in de sportgeneeskunde, door Dr. G. P. H. Hermans .....	23
Sportmedische facetten III. De praktijk van de medische begeleiding, door A. E. Stuur .....	26
Uit de Ziekenfondsraad .....	28
OFFICIEEL .....	29
Inhoudsopgave officieel .....	32



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de 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. C. R. van der Goot-van der  
Sluijs, secretaresse;  
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,  
secretaresse.

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

#### **Uitgeverij**

Tijl Media BV  
Texelstraat 76-80,  
Amstelveen,  
telefoon: 020-433851,  
telex: 15230.  
Afd. facturering 020-470221

#### **Abonnementen**

Voor niet-leden van de KNMG  
f 82,70; losse nummers f 2,35 (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.

**Opplage:** 21.000 exemplaren.

**Drak:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **WISSELTRUC**

#### **Waar zit nu eigenlijk de truc**

De inhoud van de ingezonden brief van de  
plastisch chirurg Dr. H. Molenaar (1977 MC  
nr. 50/1977, blz. 1554) geeft aanleiding tot de  
volgende kanttekeningen:

1. De gepubliceerde praktijkperikelen hebben naar mijn gevoel de bedoeling om op een zoveel als mogelijk is constaterende toon dingen te beschrijven zoals die zich soms in de praktijk voordoen. Het amusante, ongenueerde en eenzijdige karakter ervan is juist inherent aan de wijze waarop de zaken zich in de praktijk nu eenmaal afspelen. Het uitlokken van reacties van de lezers lijkt een van de voornaamste van deze publikaties te zijn. De openbaarheid van Medisch Contact zal er toe leiden dat de teksten uit dit tijdschrift door een groot ochtendblad als grap worden gebracht. We moeten dan maar hopen dat er voldoende mensen zijn die de inhoud van deze krant genuanceerd weten te benaderen.
2. Het verwijzen naar de adviserend geneeskundige (zo noemen we hem tegenwoordig, hoewel men de indruk krijgt dat hij zich in het geschreven perikel toch als controleur opwerpt) moet inderdaad onjuist worden geacht. Het lijkt bijzonder interessant te weten wat de huisarts aan hem heeft geschreven en op grond van welke overwegingen deze arts het verzoek heeft afgewezen. De procedure komt mij hier wat vreemd voor. Immers, het verzoek hetwelk het ziekenfonds zou moeten hebben bereikt zou een aanvraag tot verstrekking van klinisch specialistische hulp ten behoeve van een ziekenfondsverzekerde moeten hebben beheldd. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat een dergelijke aanvraag ingediend zou zijn door de behandelend specialist. De mammacorrectie is volgens het tarievenboek voor de honorering van specialistische hulp aan ziekenfondsverzekerden een declarabele verrichting, uit te voeren na door het ziekenfonds te verlenen machtiging, voorafgaand aan de ingreep; zo staat dat in de boeken.
3. Het is een misverstand te denken dat de adviserend geneeskundige een oordeel dient uit te spreken over de medische indicatie voor een ingreep. De verstrekkingenbesluiten, voortvloeiend uit de ziekenfondswet spreken alleen van een indicatie. Voor de opneming in een ziekenhuis, omdat de verzekerde klinisch specialistische hulp behoeft, wordt

uitsluitend gesproken over een opnemingsindicatie. Welnu, aangenomen dat het onder de beroepsgenoten gebruikelijk is om een mammacorrectie klinisch te verrichten, bestaat er voor deze ingreep een opnemingsindicatie en daar is dan de kous voor de adviserend geneeskundige mee af. En dat is maar goed ook. Het beoordelen van de medische aspecten regaderen primair de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist, maar niet bij uitsluiting. Hier raken we dan aan de bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen en dat is dan een heel ander onderwerp. De adviserend geneeskundige of liever de uitvoeringsorganen van de ziekenfondswet zullen hier als vanzelfsprekend geïnteresseerd zijn, maar ook hier de toevoeging, niet bij uitsluiting.

4. Het is opvallend te noemen dat het verstrekkingenbesluit en niet zoals Molenaar zegt, de ziekenfondswet, zo'n uitvoerige toelichting geeft. Het is een zeer breedsprakig verhaal – kennelijk geboren uit een gevoel van onmacht – waarmee men alle kanten uitkan. Dat moeten we dan ook maar doen. Dat neemt weg dat het niet geheel denkbeeldig is dat een plastisch chirurg zijn verantwoordelijkheid alleen aanvaarden zou met betrekking tot de techniek van de verrichting en niet voor de zorgvuldigheid van de indicatiestelling. Als de patiënt het wil en vraagt wordt de ingreep uitgevoerd. Als dat zo zou zijn pleit zulks natuurlijk niet tegen het bestaan van de plastische chirurgie als specialisme maar alleen tegen de houding van een individuele beroepsbeoefenaar. Dat geldt overigens voor ons allen.

5. Een algemeen chirurg moet geen dingen gaan doen waarvoor hij niet is opgeleid.

6. Het is merkwaardig dat niet alleen adviserend geneeskundigen maar ook anderen zich zo druk maken over het toepassen van plastische chirurgie ten behoeve van ziekenfondsverzekerden. De daaraan ten grondslag liggende psychismen worden in dit korte bestek niet nader geanalyseerd.

7. Waarom het hier, althans naar mijn mening gaat, is de vraag wat is de omvang en de intensiteit van de hulpverlening die men binnen een verzekeringsstelsel wil bieden. Het zal nog wel even duren voordat we het er over eens zijn. Het valt te betreuren dat in deze discussie de plastische chirurgie, het afstoten van een ongewenste zwangerschap en het verstrekken van anticonceptionele middelen (om maar een paar dingen te noemen) zoveel tijd vragen, waardoor we  
doorlezen naar blz. 4

## WEEKENDDIENST VAN HUISARTSEN

Huisarts en patiënt dragen beiden verantwoordelijkheid voor een optimale hulpverlening tijdens het weekend. Een regeling voor de weekendwaarneming heeft tot doel een structuur te creëren waarin het dragen van die verantwoordelijkheid zo goed mogelijk is gewaarborgd, met name bij afwezigheid van de eigen huisarts. Zo althans wordt de doelstelling van de weekenddienst omschreven door een werkgroep van de Commissie Wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), die een onderzoek deed naar de organisatie van de weekenddienst van huisartsen in Nederland (blz. 17). Voor huisartsen maar ook voor specialisten betekent dit, dat een goede regeling van de weekenddienst een noodzaak is.

Mag men verschillende kranteberichten geloven – enkele uitspraken van Medische Tuchtcolleges wijzen ook in die richting – dan is het niet best gesteld met de diverse regelingen die momenteel vigeren, zo zij al vigeren. Een en ander heeft ertoe geleid, dat ongeveer een jaar geleden de Geneeskundige Hoofdingspectie de KNMG verzocht een onderzoek in te stellen naar de huidige weekenddienstsituatie en normen vast te stellen voor de waarneming. Terecht stelde de inspectie, dat dit in eerste instantie een zaak van de beroepsbeoefenaren zelf is. Het ligt in de bedoeling de Algemene Vergadering der KNMG dit jaar een voorstel omvattende richtlijnen voor waarneming door artsen ter goedkeuring voor te leggen. Het is niet juist stringente voorschriften voor waarneming op te stellen, omdat de omstandigheden waaronder wordt gewerkt zeer verschillend kunnen zijn. Het is de

bedoeling dat iedere bestaande waarnemingsgroep op basis van de richtlijnen een reglement opstelt, zodat rekening kan worden gehouden met de van plaats tot plaats variërende situatie.

Uit hetgeen hiervoor is gezegd mag niet worden geconcludeerd dat ook onder artsen de indruk heerste als zou de weekendwaarneming onvoldoende zijn geregeld. Integendeel, een vluchtig onderzoek onder de afdelingen bracht aan het licht dat de grote meerderheid der artsen een bevredigende regeling heeft die goed functioneert. Belangrijker evenwel is hoe de patiënt de weekendwaarneming beleeft. In het NHG-onderzoek staan hierover duidelijke

*Goed of slecht waarnemen heeft primair te maken met de wijze waarop de huisartsgeneeskunde wordt uitgeoefend*

uitspraken. Patiënten die gebruik hebben gemaakt van de weekenddienst verklaarden zich voor 95% tevreden met zowel de organisatie, de geneeskundige verzorging als de bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts. Er is wat dat betreft geen verschil tussen particulier en ziekenfondsverzekerden. Betekent dit dat er dus eigenlijk niets hoeft te gebeuren, dat alles bij het oude kan blijven? Wij menen van niet. Het gevoel van tevredenheid van de patiënt dient niet het enige richtsnoer te zijn voor de uitoefening van het medisch beroep. Uit het onderzoek blijkt, dat er nog wel wat te verbeteren valt. Zo beschikt 37% van de huisartsen nog niet over een oproepinstallatie (1974). De huisarts die weekenddienst heeft kan in

41,1% van alle gevallen waarmee hij te maken krijgt de benodigde volledige informatie van de eigen huisarts ontvangen; dit percentage lijkt voor toename vatbaar. Nu moet ook aan een goede regeling van organisatorische en technische aard geen overdreven waarde worden toegekend. Uit het NHG-onderzoek bleek, dat de voldoening van de dienstdoende weekendarts niet duidelijk correleert met harde gegevens als de structureel-organisatorische aspecten en de belasting van de weekenddienst. Wel bleek samenhang aantoonbaar met het beroepsbeeld van de huisarts, met de eigen beleving van de relaties binnen de waarnemingsgroep en met factoren op het niveau van de huisarts-patiëntrelatie. Deze gegevens pleiten ervoor, dat de waarnemingsgroepen niet al te groot worden gemaakt en dat de deelnemers elkaar regelmatig ontmoeten. Vastgesteld werd, dat de helft van de huisartsen in een groep van meer dan tien deelnemers zit. Nog een sprekend getal: 22% van de waarnemingsgroepen komt nooit bijeen.

Goed of slecht waarnemen is niet in de eerste plaats afhankelijk van zaken als organisatie of technische uitrusting, al spelen die wel een rol, en evenmin van het in de fout gaan van een enkele waarnemer. Het heeft primair te maken met de wijze waarop de huisartsgeneeskunde wordt uitgeoefend. Daarmee zijn wij terug bij het uitgangspunt van de weekenddienst, zoals dat aan het begin van dit stuk werd omschreven: optimale hulpverlening veronderstelt een gedeelde verantwoordelijkheid van arts en patiënt. Het waarmaken van deze gedeelde verantwoordelijkheid is een proces dat niet zonder horten en stoten verloopt. Ook niet in de weekenddienst.

B.

aan het bespreken van fundamentele zaken nauwelijks toekomen.

8. In het perikel wordt vermeld dat het ziekenfonds er geen 'zaak' van zal maken. Blijkbaar zijn er dan toch ook ziekenfondsen die geen behoefte hebben zich bezig te houden met marginaal keutelwerk en dat is dan een gelukkige zaak.

Amsterdam, 17 december 1977

P. J. Hallie, medisch adviseur van de Vereniging van Amsterdamse Ziekenfondsen

## SUF

'Soms kunnen sufheid, hypotonie, duizeligheid, verminderde motorische coördinatie, hik, hoofdpijn of nausea worden waargenomen'. Dit alles na het innemen van ons nieuwe medicament *Halcion*. Wat we hier noemden, we waren verplicht het te vermelden, is helemaal niet zo erg hoor. U wist toch al, 'dat *Halcion* zoals alle slaap- en kalmeringsmiddelen enige invloed heeft op het reactievermogen', ook al blijven wij onverkort vasthouden aan een 'verbeterde slaapkwaliteit zonder aantasting van het prestatiepeil de volgende dag' en 'geen naverking noch invloed op de geestelijke vermogens de volgende dag'. Het zal U duidelijk zijn, dat prestaties op peil kunnen blijven als ze voor het innemen al minimaal waren, terwijl een vermindering van de motorische coördinatie onopvallend verloopt bij patiënten die niets doen. Een wél opvallende eigenschap van ons nieuwe slaapmiddel is het tijdstip waarop het moet worden ingenomen, dit in tegenstelling tot de U reeds bekende slaapmiddelen: '*Halcion* dient vóór het slapen gaan te worden ingenomen'. In tegenstelling tot patiënten die voor het gebruik reeds suf waren, mogen 'patiënten van wie bekend is dat zij overgevoelig zijn voor het preparaat' het middel *niet* innemen. Doet uw patiënt dit toch, dan bent U in staat te beoordelen of hij overgevoelig was. We kunnen er niet omheen U te waarschuwen tegen het gebruik van ons nieuwe slaapmiddel door zwangere patiënten. Immers, 'bij de mens bestaan onvoldoende gegevens om de mogelijke schadelijkheid te beoordelen'. De patiënte die ons middel toch verkiest – zij heeft er al zoveel over gehoord – kan *Halcion* gebruiken, mits 'na overleg' met haar arts. U begrijpt dat wij voor deze handelwijze geen verantwoording kunnen nemen, doch juist door deze handelwijze bent U in staat onze 'onvoldoende gegevens' op waardevolle wijze aan te vullen. Met de mededeling onder ogen, dat 'de behandeling van slapeloosheid zelden een therapie vereist van meer dan 90 dagen', werd ik op de 94e dag wakker.

Kortenhoef, 20 december 1977

P. Gans, arts

1. Advertentie in MC nr. 50/1977 16-12-1977).

## GOED- OF AFKEUREN? (I)

Als keurend 'sportarts', als jeugdarts, maar ook als trouw Vierdaagseloper gaarne mijn mening over het praktijkperikel 'Goed- of afkeuren?' (MC nr. 50/1977, blz. 1575). De Voorlopige Handleiding bij het Preventief Geneeskundig Onderzoek voor Sportbeoefening (april 1977) zegt o.a.: 'Het woord keuring wordt vervangen door *preventief geneeskundig onderzoek*. Een onderzoek dat beoogt de sportbeoefenaar te adviseren *hoe* hij sport zou kunnen beoefenen en eventueel welke sport'. Verder: 'De arts die het onderzoek verricht, dient zich in het algemeen te verdiepen in de medische aspecten van sportbeoefening'. 'Waar mogelijk, moet vermeden worden de sportbeoefenaar onvoorwaardelijk (iedere) sportbeoefening te ontraden: het somatische maar vooral ook het psychische effect dat 'afkeuring' vooral voor jongere mensen heeft mag niet worden onderschat'. Samenvattend: adviseren in plaats van keuren, liefst niet afkeuren.

Algemeen is wandelen een ontspannende en natuurlijke wijze van bewegen. Het wordt in deze maatschappij te weinig gedaan. Voor wandelen (marcheren? lopen?) waaraan bepaalde eisen worden gesteld, zoals bijvoorbeeld in Nijmegen het geval is, gelden inderdaad bepaalde maatstaven. Dan komt het woord prestatie om de hoek kijken. De vierdaagse lopen wil zeggen: vier dagen ongeveer 8-10 uur lopen per dag, onder alle weersgesteldheden (denk aan 1972 met zijn hoge temperatuur!). Het vereist o.a. een langdurige voorbereiding (maanden), goed schoeisel dat lang aan de voet gewend is (in Nijmegen ziet men alle soorten schoeisel), een uitstekende lichaamsverzorging en vooral op de dagen zelf voldoende nachtrust. En dat in dat feestelijke Nijmegen met al die aardige mensen . . . Veel mensen onderschatten de vierdaagse, sluiten zelfs weddenschappen af en voor de strompelaars is Nijmegen een straf. Gelukkig biedt een grote medische staf prima hulp. Toch valt jaarlijks ongeveer 10% van het totale aantal lopers uit. En Uw meisje van 18 jaar? Goedkeuren? Afkeuren? M.i. goedkeuren, wanneer het algemeen onderzoek niets bijzonders oplevert. Maar met een duidelijk mondeling advies pas het volgend jaar mee te gaan doen. Laat ze echter wel naar Nijmegen gaan om te kijken, het is er zo gezellig . . .

Haarlem, 19 december 1977

P. van Vloten

## GOED- OF AFKEUREN? (II)

Met zéér grote verbazing heb ik het praktijkperikel 'Goed- of afkeuren?' in MC nr. 50/1977, blz. 1575, gelezen. Dat er anno 1977 een 18-jarig meisje het verbod wordt opgelegd deel te nemen aan de Nijmeegse 'Vierdaagse' na medische

goedkeuring, lijkt me volslagen onverantwoord. Het feit dat betrokkene slechts 10 km heeft gelopen en geen melding maakt van al haar andere fysieke activiteiten, zoals we die tegenwoordig kennen, lijkt mij geen enkel medisch argument contra deelneming. Anderzijds bestaat bij afkeuring het levensgevaarlijke probleem dat betrokkene zich niet meer als een volwaardige 18-jarige vrouw gaat beschouwen en psychisch ten onder gaat, met alle gevolgen van dien. Eveneens lijkt lichamelijk, psychisch en medisch de deelname aan de Nijmeegse vierdaagse een goede maat voor het prestatievermogen van deze gezonde 18-jarige vrouw.

Amstelveen, 18 december 1977

G. Norro, cardioloog



**Microsymposium** – Onderwerp: 'Praktische relevantie van de medische enzymologie'.

Organisatie: Kliniek voor Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Utrecht in samenwerking met de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Utrecht.

Bestemd voor: internisten, huisartsen, kinderartsen, neurologen, neurochirurgen en reumatologen.

Datum: 15 april 1978, aanvang 10.00-15.30 uur.

Plaats: grote collegezaal van het Academisch Ziekenhuis.

Kosten: f 50,— p.p. (incl. lunch en syllabus), arts-assistenten 50% reductie, over te maken op giro 2900 AMRO-bank Utrecht, rek. nr. 42.37.38.755 inzake

Microsymposia Kliniek voor Inwendige Geneeskunde met vermelding

'med.enzymologie'. Inschrijving en inlichtingen bij het secretariaat van de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-373346 (9.00-13.00 uur).

Het programma vermeld: Dr. G. E. J. Staal: 'Haemolytische anaemie en erythrocytaire enzymdeficiënties'; Dr. R. Geerdink: 'G6PD-deficiëntie en genetische aspecten'; Dr. F. Beemer: 'PKU – vroege detectie van enzymdeficiëntie'; Dr. J. Troost: 'Fucosidosis, een lysosomale enzymopathie'; Dr. L. Siegenbeek van Heukelom: 'Purine nucleoside phosphorilase deficiëntie en immundeficiënties'; Dr. Chr. de Bruyn: 'HGPRT – deficiëntie en jicht'; Dr. C. van Veelen: 'Pyruvaat kinase in hersentumoren'; en Dr. G. E. J. Staal: 'Slotbeschouwing'. De dag wordt ingeleid door Prof. Dr. A. Struyvenberg.

# De effecten van bevolkingsonderzoek

## Inleiding

We zullen in Nederland nooit weten of bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten, kanker of andere chronische aandoeningen nuttig is of niet, tenzij we veel meer dan tot nu toe gaan investeren in de ontwikkeling van (wiskundige) modellen voor evaluatie en besluitvorming. Dat klinkt erg absoluut, maar het ligt eigenlijk voor de hand.

Om te beginnen wil ik U wijzen op de treffende overeenkomst tussen preventie en de misdaadroman. Zo hebben we in de 19e eeuw bijvoorbeeld Sherlock Holmes. In diens wereld kunnen we van verre en met het blote oog de goeden en de booswichten duidelijk onderscheiden. Door scherpzinnig spoorwerk wordt de schurk altijd ontmaskerd en meestal uitgeschakeld. Deze situatie vertoont grote overeenkomst met de wereld van Pasteur, Koch en andere grondleggers van de zo succesrijke individuele preventie. In schril contrast met Sherlock Holmes is het in de moderne misdaadroman, bijvoorbeeld in de boeken van Sjöwall en Wahlöö, vaak in het geheel niet zeker wie de dader en wie slachtoffer is. En het is de vraag of de dader niet een produkt is van de structuren, met name van het geweld van hen die dat juist hadden moeten voorkómen. Zo kan men nu ook overal over de geneeskunde als geheel en over de preventie in het bijzonder vernemen dat de door haar veroorzaakte schade vaak groter zou zijn dan het kwaad waartegen ze zich richt, zowel in puur medisch-technisch als in maatschappelijk opzicht. In deze baaierd van onzekerheid moet toch worden beslist: door de beleidsman, die moet beslissen over

Tekst van een lezing, gehouden op het symposium: 'Bevolkingsonderzoek en beleid', dat op 13 oktober 1977 plaatsvond ter gelegenheid van het afscheid van Prof. Dr. L. Burema als hoogleraar in de maatschappelijke gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Uitvoerige gegevens over het in deze lezing vermelde onderzoek worden gepubliceerd in: Habbema, J. D. F., G. A. de Jong, P. J. van der Maas en G. van Oortmarssen: 'Besluitvormingsmodellen voor bevolkingsonderzoek', Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 12 januari 1978.

De tekst van de overige lezingen wordt eveneens gepubliceerd in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde d.d. 12 januari 1978.

door **P. J. van der Maas**  
arts-epidemioloog



De schrijver is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

invoering, financiering of organisatie, en door de medicus, die moet adviseren over of meewerken aan bevolkingsonderzoek. Maar het is onaantrekkelijk en onverantwoord de gezondheidszorg uit te breiden met nog een voorziening waarvan het nut twijfelachtig of mogelijk zelfs negatief is, terwijl het aan de andere kant ontoelaatbaar zou zijn de gezondheidszorg niet uit te breiden met

een nuttig stuk preventie. Bovendien moet er niet alleen ja/nee worden beslist, maar indien ja, dan ook: hoe? wie? wanneer? hoe vaak? door wie uit te voeren? waar? e.d.

Degeen die zich vol goede moed begeeft in een poging de literatuur te onderzoeken of informatie in te winnen bij deskundigen komt van een koude kermis thuis. Hij wordt geconfronteerd met veel onderzoek met zeer tegenstrijdige resultaten en conclusies – de op dit symposium gepresenteerde onderzoeken over hart- en vaatziekten mogen dat illustreren – en met tegenstrijdige interpretaties van dezelfde onderzoeken – de op dit symposium gepresenteerde conclusies over bevolkingsonderzoek op borstkanker mogen dát illustreren. Bovendien krijgen de in de discussie gehanteerde argumenten een steeds meer esoterisch karakter en lijkt het aantal ter zake doende argumenten vrijwel oneindig.

Deze gevoelens van onzekerheid over het nut van bevolkingsonderzoek zijn overigens, op een paar uitzonderingen na, van recente datum. Nog in 1957 beschouwde de vooraanstaande Commission of Chronic Illness in de VS multiële screening zonder meer als

'een bijdrage aan een correcte uitoefening van de geneeskunst' en 'een praktisch middel voor vroege opsporing van een aantal belangrijke ziekten en gebreken'. Zij toonde zich zelfs voorstandster van periodiek geneeskundig onderzoek, inclusief een aantal laboratoriumonderzoeken, voor de gehele bevolking. Ideeën over de beoordeling van effectiviteit waren optimistisch: het vermelden van aantallen of percentages positieve bevindingen werd bewijzend geacht voor het nut van bevolkingsonderzoek. In 1968 publiceerden Wilson en Jungner hun inmiddels beroemde lijst van tien *criteria* waaraan bevolkingsonderzoek moet voldoen. Kort samengevat komen deze criteria hierop neer:

1. de betreffende aandoening moet een belangrijk (volks)gezondheidsprobleem vormen;
2. er moet een algemeen aanvaarde therapie voor bestaan;
3. er moeten voldoende voorzieningen zijn voor verdere diagnostiek en therapie;
4. er moet een herkenbaar pre- of vroeg symptomatisch stadium zijn;
5. er moet een bruikbare screeningstest zijn;
6. de screeningstest moet acceptabel zijn voor de bevolking;
7. de natuurlijke historie van de ziekte moet voldoende bekend zijn;
8. er moet overeenstemming zijn over wie verder als patiënt behandeld moet worden;
9. de kosten van het identificeren van patiënten moeten in evenwicht zijn met de totale kosten van de gezondheidszorg;
10. bevolkingsonderzoek moet niet een eenmalig, maar een continu proces zijn.

Overigens voldeed bevolkingsonderzoek op geen van de eenendertig door Wilson en Jungner getoetste ziekten aan alle criteria. Hoewel deze criteria en verwante lijstjes overal worden gehanteerd, is er vrijwel geen auteur die zich erop beroept dat zijn programma volledig aan alle criteria voldoet. Toch vindt er gelukkig desondanks op vele plaatsen bevolkingsonderzoek plaats. Het is net als met die andere, nog veel beroemdere tien geboden: ze zijn misschien wel juist, maar de praktijk van het leven is nu eenmaal anders. Een praktisch probleem met dit soort

criteria is, dat ze de mogelijkheid openen tot een eindeloze en onbeslisbare discussie. Want: wanneer is iets een belangrijk volksgezondheidsprobleem, wanneer is een test acceptabel, wanneer zijn kosten in evenwicht? Daarnaast is er het probleem dat die criteria niet onafhankelijk van elkaar zijn te zien: wat men wil uitgeven hangt samen met de ernst van het probleem, en bij een belangrijk probleem kan ook een geringe acceptabiliteit nog acceptabel zijn! Dit wordt mijns inziens goed geïllustreerd door het enige bevolkingsonderzoek over het nut waarvan vrijwel iedereen het eens is, namelijk dat op fenylketonurie. PKU vormt misschien qua omvang niet een erg belangrijk volksgezondheidsprobleem, maar de test is zo acceptabel en is relatief zo goedkoop dat er weinig argumenten tegen invoering in te brengen zijn. Alsof dat nog niet ingewikkeld genoeg is, blijkt in toenemende mate dat evaluatie van bevolkingsonderzoek achteraf zeer moeilijk is. De vreugde van de screeners, de praktici, over de aantallen positieve bevindingen, de sterftedaling, verandering van het klinisch verloop en verbetering van levensverwachting werd door de theoretici snel vergald met begrippen als fout positief, validiteit, kohort-effect, 'lead time', etc. Ik heb voor U een aantal *problemen* opgesomd:

1. Het probleem, dat modaliteiten als 'belangrijk', 'acceptabel', 'passend', 'kostenevenwicht' uit de criteria van Wilson en Jungner onbeslisbaar zijn. Men kan erover blijven vechten.
2. Het probleem, dat al die criteria onderling samenhangen.
3. Het probleem van de door de theoretici aangetoonde complexiteit en het grote aantal ter zake doende parameters, dat wordt geïllustreerd door het feit dat deskundigen zowel op grond van verschillend als van hetzelfde onderzoek tot tegenstrijdige conclusies en aanbevelingen kunnen komen, en waaruit blijkt dat allerlei zaken een rol spelen waarover geen gegevens worden verzameld of soms zelfs niet verzameld *kunnen* worden.

Dit alles dwingt tot de conclusie, dat men een hulpmiddel moet zoeken om alle ter zake doende gegevens zo te ordenen dat men ze in hun onderlinge samenhang kan interpreteren. Dat is nu

juist de functie van *wiskundige modellen*.

Dat is op zich niet zo bijzonder. De op dit symposium gepresenteerde conclusies volgen alle uit modelmatige beschouwingen en berekeningen. Iedereen die op grond van bevindingen bij een bevolkingsonderzoek uitspraak doet over het nut of tot een advies komt, hanteert een model om die bevindingen te interpreteren. Het probleem is alleen, dat inderdaad het aantal gegevens (variabelen) waarmee men rekening moet houden zo groot is en hun onderlinge samenhang zo ingewikkeld, dat het uitgesloten is deze zonder hulp van een computer allemaal tegelijk in de analyse te betrekken. Hier ligt mijns inziens de oorzaak van het feit dat discussies tussen voor- en tegenstanders vaak zo vruchteloos zijn: er worden ongelijksoortige argumenten gehanteerd, die weliswaar allemaal van belang zijn maar elk slechts een deel van de waarheid vertegenwoordigen. Dit leidt er toe dat men langs elkaar heen praat. Zodra we echter een computer gaan gebruiken, moeten we al onze vooronderstellingen op papier zetten. Met andere woorden: men wordt gedwongen het model, dat men toch al hanteert, te expliciteren. In een model kunnen we een ja/nee-vraag (bijvoorbeeld: is het een belangrijk volksgezondheidsprobleem?) die onbeslisbaar is, oplossen in een aantal variabelen. In plaats van 'belangrijk' kunnen we aantallen patiënten, verloren levensjaren, geneeskundige behandelingen noteren, eventueel uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, sociale klasse, woonplaats, beroepsgroep, etc. We kunnen dan bijvoorbeeld voor verschillende strategieën (wie en wanneer screenen?) en organisatievormen (wie screent er en waar?) berekenen in welke mate en tegen welke kosten ze die aantallen patiënten, levensjaren en geneeskundige behandelingen in gunstige of ongunstige zin beïnvloeden. In plaats van ja/nee-criteria krijgen we nu groepen variabelen die we door middel van wiskundige formules met elkaar in verband brengen.

#### Variabelen voor bevolkingsonderzoek

We onderscheiden de volgende groepen variabelen (voor meer informatie zie Habbema e.a., 1978):

1. variabelen betreffende de ziekte: verloop, prognose bij therapie,

gevolgen voor de patiënt, omgeving en samenleving;

2. variabelen betreffende de verspreiding van de ziekte (epidemiologie): incidentie en prevalentie van de verschillende stadia bij verschillende bevolkingsgroepen. Hierbij zij opgemerkt, dat de tegenstelling tussen massa-screening en screening van risicogroepen een schijndiscussie oplevert. In werkelijkheid screent men nooit de totale populatie, inclusief alle mannen, vrouwen, zuigelingen, bejaarden, etc. Bij bijvoorbeeld baarmoederhalskanker screent men uiteraard alleen vrouwen uit een bepaalde leeftijdsklasse. Met andere woorden: men specificeert altijd een risicogroep. Maar het is de kunst, die doelgroep zo te kiezen dat voor die groep de voordelen van screenen de nadelen duidelijk overtreffen. Dat houdt onder meer in, dat in die groep de aandoening relatief vaker zal voorkomen;
3. variabelen betreffende de screeningstest: validiteit en acceptabiliteit. Een probleem hierbij is dat de testeigenschappen slechter worden in de loop van het programma. Wanneer door screening het aantal personen in de bevolking met de betreffende ziekte daalt, dan daalt in de loop van de jaren ook het aantal terecht positieve bevindingen. Wat echter vaak wordt vergeten is, dat het aantal fout-positieven gelijk blijft of zelfs iets stijgt. In totaal kan dus het percentage fout-positieven in de eerste jaren van het bevolkingsonderzoekprogramma een stuk toenemen;
4. variabelen betreffende de behandeling en de prognose van testpositieven. Dit is ook van belang om de schade te schatten voor degenen die ten onrechte als ziek worden gediagnosticeerd;
5. variabelen betreffende de kosten;
6. variabelen betreffende de organisatie, waaronder het probleem van de wegblijvers. In het algemeen geldt voor alle informatie en voorzieningen, dat degenen voor wie zij het meest zijn bedoeld er relatief minder gebruik

van maken. Dat geldt voor bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker: vrouwen uit de hoogste risicogroep komen minder vaak dan andere vrouwen, en dat geldt eveneens voor dit symposium: degenen die hier zitten zijn stellig degenen die het grootste risico lopen een onverantwoorde beslissing over bevolkingsonderzoek te nemen.

Deze zes groepen zijn zoals gezegd op te lossen in een aantal meetbare variabelen. Daarnaast blijven er problemen als:

- *verchronisering*: voor iedere degeneratieve ziekte waarvoor geen definitieve therapie bestaat betekent vroegdiagnostiek dat mensen eerder als patiënt in de gezondheidszorg worden opgenomen en, indien de vroegdiagnostiek zin heeft, langer leven en dus langer in die gezondheidszorg blijven. Met andere woorden: een steeds groter deel van de bevolking wordt chronisch patiënt, ofte wel: gedurende een steeds groter deel van zijn bestaan moet men zichzelf als patiënt beschouwen;
- *‘etikettering’*: dit soort screening kan belangrijke maatschappelijke gevolgen hebben voor de testpositieven. Allerlei selectieprocedures maken steeds meer gebruik van screeningstechnieken. Er zijn al verzekeringen die in de eigen verklaring vragen of de verzekeringsnemer wel eens heeft deelgenomen aan bevolkingsonderzoek, en zo ja, of deze werd teruggeroepen. Vooral wanneer we gaan werken met databanken ontstaat dit gevaar, dat direct verbandt houdt met het probleem van de:
  - *Privacy*: voor een zinnige evaluatie van bevolkingsonderzoek, maar ook van alle andere gezondheidszorgvoorzieningen, en voor longitudinaal epidemiologisch onderzoek naar het ziekte(oorzaken)patroon is er steeds meer behoefte aan op het individu te traceren gegevens. Dit is direct in strijd met de toch al te geringe en moeizame bescherming van de persoonlijke sfeer in onze door terroristenangst geplaagde maatschappij;
  - *maatschappelijke besluitvorming*. Toevallige politieke constellaties, partijpolitiek, belangen- en pressiegroepen samen leiden tot een bijzonder moeilijk te analyseren proces van besluitvorming over invoering van

bevolkingsonderzoek. De invoering van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker is hier een goed voorbeeld van.

De kunst is nu om van de eerste zes genoemde groepen alle variabelen zodanig te relateren dat men in een beperkt aantal curves of tabellen een indruk kan krijgen over de verwachte resultaten bij verschillende strategieën en organisatievormen. Dit uitvoerig opschrijven, kwantificeren en relateren van informatie waarop men zijn conclusies en zijn beleid moet baseren is, zoals gezegd, modelbouw.

#### **Een voorbeeld van modelbouw: baarmoederhalskanker**

Een zeer bruikbaar voorbeeld van een model voor bevolkingsonderzoek is dat van Knox uit 1973. Qua ingewikkeldheid ligt het ergens tussen de mathematisch gezien zeer geavanceerde modellen en het gebruikelijke natte vingerwerk en overwegingen van gezond verstand. Zelfs dit model vereist echter al een grote computer en veel rekentijd.

In het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg hebben we met een wat verbeterde versie van dit model een aantal berekeningen uitgevoerd over de mogelijke gevolgen van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in de Nederlandse situatie. Het betreft hier vooruitberekeningen over het verloop van het aantal sterfgevallen, nieuwe gevallen van klinische cervixcarcinoom en aantallen aangetroffen gevallen van carcinoom in situ zonder en met verschillende programma's van bevolkingsonderzoek (voor de tijdens deze lezing getoonde curves en de gemaakte vooronderstellingen zie Habbema e.a. 1978). Wanneer we uitgaan van het huidige programma in de proefregio's, waarbij iedere vrouw tussen de 35 en 55 jaar om de drie jaar wordt onderzocht, en van zeer gunstige testeigenschappen en opkomstpercentages, dan zie we dat vanaf 1990 een constant aantal *nieuwe gevallen* van klinisch cervixcarcinoom wordt gevonden dat ligt rond de 900 per jaar, tegen 1.400 nieuwe gevallen per jaar in 1976. Zonder bevolkingsonderzoek echter zou dit aantal oplopen van 1.400 per jaar tot 2.000 per jaar over dertig jaar (ten gevolge van de vergrijzing van de



bevolking). Men voorkomt dus iets meer dan de helft van het aantal nieuwe gevallen van klinisch cervixcarcinoom. De eerste effecten op de *sterfte* worden omtrent 1985 zichtbaar. Bij dezelfde gunstige vooronderstellingen omtrent test eigenschappen en opkomstpercentages stabiliseert zich de sterfte vanaf 1995 op 330 gevallen per jaar. Zonder bevolkingsonderzoek zou de sterfte oplopen tot 720 gevallen per jaar over veertig jaar. De sterfte zou echter alleen zo groot worden, wanneer buiten het bevolkingsonderzoek in het geheel geen uitstrijkjes ten behoeve van de preventie zouden worden afgenomen. Dat is echter wel het geval. Er worden in Nederland jaarlijks waarschijnlijk al ongeveer 500.000 'routine-uitstrijkjes' afgenomen. Deze hebben al een sterke invloed op de te verwachten sterfte. De sterftedaling die nu dank zij het alsnog invoeren van bevolkingsonderzoek kan worden bereikt is veel geringer, namelijk maximaal 140 sterfgevallen per jaar in plaats van 390 sterfgevallen. Met behulp van een model kan men ook kiezen welk doel men wil optimaliseren. Zo kan men overwegen het aantal sterfgevallen aan die ziekte zoveel mogelijk te doen dalen. Maar men kan ook kiezen om het aantal gewonnen levensjaren zo groot mogelijk te laten zijn. Dat leidt tot een heel verschillende aanpak. Om zoveel mogelijk levensjaren te winnen moet men bijvoorbeeld op jongere leeftijd screenen dan wanneer men de aantallen sterfgevallen wil minimaliseren. Dat men dit soort keuze kan maken is te danken aan deze modellen.

Ik heb U deze gegevens getoond als voorbeeld van wat men met (computer)modellen kan doen. De *voordelen* zijn onder meer:

- de te verwachten effecten hebben een ingewikkeld verloop in de tijd. Dit is nauwelijks met de hand te berekenen;
- tegenstrijdige gegevens uit verschillende bevolkingsonderzoekprogramma's zijn te verwerken, onvolledige gegevens kunnen worden 'opgevuld';
- men wordt gedwongen tot een strenge denkdiscipline. Men moet al zijn vooronderstellingen expliciteren. Men ziet waar men essentiële informatie mist en hoe men proefprojecten (interventie-onderzoek) het beste kan opzetten om voorspellingen te

toetsen, noodzakelijke gegevens te verzamelen en dus verantwoord te evalueren;

- men kan in zijn model verschillende doelstellingen uitproberen en evalueren;
- de complicaties ontstaan niet door het model, dit brengt ze aan het licht.

### Samenvatting en conclusies

Tenslotte wil ik dit alles voor U in een paar conclusies samenvatten:

1. Evaluatie van bevolkingsonderzoek, verantwoorde invoering, de keuze van een optimale strategie en organisatie zijn zeer ingewikkeld. De meest zinvolle bijdrage vanuit de theoretische epidemiologie is het ontwikkelen van modellen waarin vanuit de verzamelde gegevens alternatieve voorspellingen voor de Nederlandse situatie kunnen worden gedaan. Ik durf te stellen, dat evaluatie zonder dit soort uitvoerige modelberekeningen is uitgesloten en dat derhalve model-onderzoek een verplicht onderdeel dient te zijn van alle nieuw te entameren bevolkingsonderzoek.

2. Afwijking van bevolkingsonderzoek op theoretische gronden is even onjuist als verdediging op louter praktische gegevens, zoals aantallen positieve bevindingen. Defaitisme ten aanzien van bevolkingsonderzoek is meestentijds nog minder gerechtvaardigd dan evangeliserend optimisme. Samenwerking tussen wat ik maar even schematisch aanduid met 'theoretici' en 'praktici' is dan ook absoluut noodzakelijk.

3. Om lokale overheden en adviseurs te behoeden voor steeds hetzelfde soort in wezen onoplosbare discussies en onzekere beslissingen, terwijl projecten op lokale schaal meestal geheel niet te evalueren zijn, moet de overheid meer dan tot nu toe grote proefprojecten steunen, en wel in een zo vroeg stadium dat de effecten van uitvoering nog zijn te beoordelen. De overheid kan zich niet terugtrekken van verantwoordelijkheid, omdat de wetenschap het nog niet eens is. Dat is namelijk het kenmerk van wetenschap. Ons inziens is de wetenschap in staat gegevens aan te dragen over de gevolgen van bevolkingsonderzoek. Het is aan anderen te beslissen over de nuttigheid en wenselijkheid. Maar de overheid heeft de verantwoording, condities te scheppen waarin wetenschap in staat is en gedwongen wordt deze gegevens te produceren. Een goed gezondheidszorgbeleid dient zich te bewegen ergens tussen de diversiteit of misschien wel de anarchie van de behandelaar en de uniformiteit van de planners. Voor goed bevolkingsonderzoek ligt de juiste weg iets meer aan de kant van de uniformiteit.

4. Idealiter zou men in het gezondheidszorgbeleid de invoering van bevolkingsonderzoek dienen af te wegen tegen andere gezondheidszorgvoorzieningen. Juist nu evaluatie van zoiets eenvoudigs als bevolkingsonderzoek al zo ingewikkeld blijkt, is het duidelijk dat effect-evaluatie van andere gezondheidszorgvoorzieningen nog veel moeilijker moet zijn. Het is dan ook niet toevallig dat ondanks een grote vraag naar evaluatie van de gezondheidszorg, deze nog niet eens in de kinderschoenen staat. Deze

---

## NIET ROKEN

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

---



modellen voor bevolkingsonderzoek kunnen misschien dan ook voorlopers zijn voor evaluatie van andere delen van de gezondheidszorg. Zolang die evaluatie echter nog niet mogelijk is, kunnen we niet anders dan bevolkingsonderzoek op zijn eigen verdienste beoordelen en zijn resultaten optimaliseren.

5. Onderzoekers en overheid dienen zich met grote voorrang te buigen over de problemen van privacy. Om ooit tot goede evaluatie van bevolkingsonderzoek en andere gezondheidszorgvoorzieningen te geraken, maar ook voor beter longitudinaal onderzoek naar de uniforme maar zeer complexe ziektepatronen in onze samenleving, moeten we over persoonsgebonden informatie beschikken. Wanneer er echter niet zeer veel technische en juridische garanties voor bescherming van deze informatie zijn, moet mijns inziens die hele evaluatie en dat onderzoek maar achterwege blijven.

#### Tenslotte

6. Na dit symposium zult u een gevoel meenemen dat voorkomen veel moeilijker is dan genezen, en bovendien misschien wel duurder en saaiër dan genezen. Desondanks blijft voorkomen beter dan genezen, dus blijft ons aller inzet voor een optimale preventie, waaronder bevolkingsonderzoek, vereist.

#### Literatuur

Wilson, J. M. G. en G. Jungner, Principles and practice of screening for disease. Public Health Paper, Nr. 34, WHO Genève, 1968.

Habbema, J. D. F., G. A. de Jong, P. J. van der Maas en G. van Oortmarssen, Besluitvormingsmodellen voor bevolkingsonderzoek, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 56 (1978) 1 (12 januari).

Knox, E. G., A. simulation system for screening procedures. in G. McLaglan (Ed.), The future and present indicatives. Oxford University Press, London 1973.



### De eerste prik

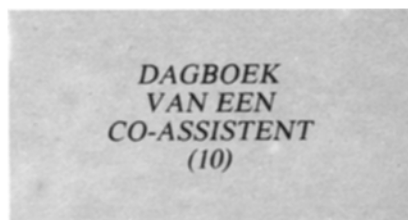
*Gisteren heb ik mijn eerste prik gegeven. Het was bij een meisje van rond de twintig. Het optrekken van het bloed ging redelijk goed, maar bij het verwisselen van de buizen schoot de naald uit het bloedvat. Ik heb de indruk dat ik nogal onhandig ben. Dat bloedvat voel ik ook nog niet. Joke, die mij het prikken leert, blijft er heel rustig bij. Zij is een wat oudere, ongetrouwde dame met een gezicht dat mij een beetje doet denken aan de geverfde portretten van betovergrootmoeders: erg gevoelig, met de sporen van het nodige leed. Wat nerveus trekkend aan haar sigaretten stel ik mij haar eerder voor als directiesecretaresse dan als hoofdanaliste. Maar ze prikt al zeventien jaar en het bevalt haar nog steeds. Met erg veel geduld heeft zij mij de beginselen bijgebracht. Tijdens de koffiepauze hoor ik het nodige over nieuwe modellen jurken, rokken, overgooiers en broekpakken. Die dingen schijnen nogal duur te zijn in deze stad. Ik herinner mij, dat Frank vlak voordat hij moest leren prikken tegen me zei: 'Dit is de eerste keer in mijn leven, dat ik doelbewust een mens schend'. Zo ervaar ik het ook. Ik heb trouwens al de nodige haematomen veroorzaakt . . . helaas.*

*Bij het afnemen van bloed tracht ik zo rustig mogelijk te blijven, maar commentaren als: 'De vorige keer ging het in één keer goed' en: 'Het deed toen helemaal geen pijn' maken mij wel wat zenuwachtig. Tussen de patiënten die ik moest prikken was een dertigjarige man die bijna verstijfd was van angst. Het had niet veel gescheeld of hij begon te huilen. We hebben hem maar op bed geprikt.*

*Ik kan mij geen anecdotes meer herinneren. Ik ben trouwens doodop. Werkelijk, ik kan haast niet meer. 's Avonds word ik wakker van de kiespijn. Vandaag ben ik nog even langs de tandarts geweest, maar die vond niets; hij dacht aan een mogelijk chronische pulpitis.*

*Door een samenloop van omstandigheden at ik vanmiddag alleen in het restaurant van het Alouïsiusziekenhuis. Dat vind ik altijd vervelend. Ik wist niet hoe snel ik klaar moest komen. Het smaakte aan geen kanten; de helft heb ik dan ook laten liggen.*

*Nog steeds ben ik niet aan alles gewend. Vandaag werd er bij een van onze patiënten, die nauwelijks meer kan spreken ten gevolge van een oesophaguscarcinoom een infuus aangelegd tot aan de vena cava. Het infuus bleek echter niet goed te liggen. Dat bleek uit de röntgenfoto die ervan was gemaakt. De chirurg die het infuus had aangelegd vroeg of ik het wilde overdoen: 'Je wriemelt maar wat, terwijl je de arm van de patiënte op en neer beweegt'. Ik heb hem beleefd voor de eer bedankt.*



*'s Middags kijk ik eerst naar allerlei bloedbeelden en later naar urinesedimenten. De begeleiding is prima. Het is alleen jammer, dat die analisten wel iets kunnen zien maar niet kunnen zeggen wat het nu betekent.*

*Ja, ineens schiet mij een anecdote te binnen, die Petra mij verteld heeft. Zij kreeg op de 'prikdienst' een vrouw, die vreselijk met haar arm zat te trillen. Petra zei toen: 'Mevrouw, houdt uw arm toch eens wat stiller', waarop de patiënte antwoordde: 'Maar daar kom ik juist voor'.*

Alexander van Es

---

# Universitaire ontwikkelingen rondom de huisartsgeneeskunde

Ter inleiding van het symposium 'Universitaire ontwikkelingen huisartsgeneeskunde', belegd ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van de leerstoel huisartsgeneeskunde te Utrecht, is namens de minister van Onderwijs en Wetenschappen onder meer het volgende naar voren gebracht:

In het begin van de 60-er jaren begon zich steeds meer de tendens af te tekenen dat de universitaire medische opleiding tot algemeen arts niet meer toereikend was als voorbereiding op het huisartsenberoep. Enerzijds werd dit in de hand gewerkt door het feit, dat de universitaire geneeskunde zich praktisch geheel op het ziekenhuis baseerde. Anderzijds deden de snelle maatschappelijke ontwikkelingen het huisartsenberoep van inhoud veranderen. In toenemende mate ontstond een vervreemding tussen universiteit en huisarts door een onvoldoende terugkoppeling van praktijk naar opleiding. De universiteiten bleken in de medische opleiding niet meer het gehele terrein van de geneeskunde te kunnen overzien.

Het is vooral de verdienste geweest van het Nederlands Huisartsen Genootschap en – binnen dit genootschap van Prof. Huygen – dat de discussie over de plaats van de huisartsgeneeskunde in de medische opleiding in die jaren in een stroomversnelling is geraakt. Prof. Huygen is in die jaren reeds een belangrijk pleitbezorger geweest voor de huisartsgeneeskunde als een aan de medische specialismen evenwaardig werkterrein. Dat aan deze evenwaardigheid in hoge mate werd getwijfeld bleek niet alleen uit het relatief gering aantal afgestudeerde artsen dat in die jaren voor het huisartsenberoep koos.

Dit bleek ook uit de wijze van denken die nogal eens opgeld deed bij de hoofdzakelijk klinisch geschoolde en gerichte leermeesters van de medische student. Hoewel ik niet wil generaliseren wijs ik in dit verband op een uitspraak die in die jaren van een hoogleraar inwendige geneeskunde is opgetekend: 'De beste huisarts is degene die

zijn patiënt zo spoedig mogelijk naar de juiste specialist doorzendt'. Ik wil niet ontkennen dat een dergelijke handelwijze in voorkomende gevallen van een huisarts geëist mag worden. Maar in deze manier van denken ligt ook een typering van de rol en het belang van de huisarts die niet in overeenstemming is te brengen met zijn eigen positie binnen de gezondheidszorg. Hoewel pas in 1966 een aanvraag voor een leerstoel huisartsgeneeskunde werd gehonoreerd bleef de Utrechtse medische faculteit op dit punt koploper in Nederland. Wel waren de gedachten over de huisartsgeneeskunde en over de herstructurering van het medisch curriculum inmiddels meer uitgekristalliseerd.

Een drietal terreinen die in het kader van de universitaire ontwikkelingen huisartsgeneeskunde van belang zijn: het medisch basiscurriculum, de specifieke beroepsopleiding tot huisarts en het postacademisch onderwijs. De medische universitaire opleiding heeft een vrij ingrijpende herstructurering ondergaan. Volgens sommigen binnen de medische faculteiten was deze herstructurering van dien aard en zo recent dat niet valt in te zien waarom nu opnieuw de medische faculteiten worden onderworpen aan een herstructurering via een algemene herprogrammering.

Wanneer ik nu uitga van het produkt dat de medische faculteiten in de huidige opleiding beogen af te leveren: de 'basisarts', dan impliceert dit naar mijn mening vooral een aanwezigheid bij deze arts van een voldoende brede basis van algemeen technische kennis en vaardigheden. Dit zijn in mijn gedachten kennis en vaardigheden enerzijds nodig om te kunnen voldoen aan de nog steeds geldende eis van het academisch statuut: de bekwaamheid tot het uitoefenen van de geneeskunst. Anderzijds echter ook om te kunnen voldoen aan de interpretatie die de medische faculteiten aan het begrip bekwaamheid geven, namelijk het gekwalificeerd zijn voor het volgen van de verdere beroepsopleiding tot huisarts, tot medisch specialist en tot

sociaal-geneeskundige. In het huidige medische basiscurriculum is weliswaar onder meer een accent aangebracht op de huisartsgeneeskunde maar in feite heeft de opleiding mijns inziens nog sterk, zij het niet bij uitsluiting, het karakter van een onderbouw voor slechts één medische vervolgopleiding en wel de opleiding tot medisch specialist.

In die visie lijkt het verwijt uit de 60-er jaren de medische faculteiten nog steeds te treffen. De bijzondere aspecten die met name aan de niet-klinische, extra-murale functie van de huisarts, maar ook aan die van de sociaal-geneeskundige vast zitten krijgen nog onvoldoende gewicht in de medische basisopleiding. De opleidingen die voor deze specifieke beroepen in het leven zijn geroepen zijn op zichzelf niet voldoende. Deze opleidingen zouden moeten kunnen voortbouwen op een bredere basis, die naar mijn mening behoort te worden gelegd in de artsopleiding en die met de overwegende klinisch gerichte basis die nu kenmerkend is voor het eindprodukt onvoldoende wordt gegeven.

De aandacht binnen het medisch basiscurriculum voor bijvoorbeeld de preventie verdient mijns inziens versterking. Het feit dat er relatief gesproken weinig belangstelling binnen de huidige opleiding bestaat voor de epidemiologie duidt op een te geringe aandacht van de kant van de medische faculteiten voor de preventieve elementen in de gezondheidszorg.

Mijn indruk is dat de universitaire ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde zich voornamelijk toespitsen op de fasen van de specifieke beroepsopleiding en het postacademisch onderwijs.

Huisartsgeneeskunde maar ook sociale geneeskunde worden nog steeds beschouwd als 'Fremdkörper' in het basiscurriculum. Beide terreinen dreigen bovendien door het steeds verder voortschrijdende proces van superspecialisatie en departementalisatie in de verdrukking te komen.

Het tweede terrein, dat van de specifieke beroepsopleiding, is moeilijk te scheiden van het eerste. Dit blijkt overigens ook in de

praktijk zo te zijn. Er bestaat nog steeds grote onduidelijkheid over de afbakening van de terreinen van de medische basisopleiding en de specifieke beroepsopleiding tot huisarts. Een specificatie van de eisen voor de verdere beroepsvorming tot huisarts ontbreekt. Noch de faculteiten, noch de beroepsopleidingen kunnen deze eisen duidelijk maken zodat een goede afstemming van eindtermen van de basisarts op de begintermen van de arts-assistent niet goed mogelijk blijkt. Daarbij manifesteert zich bovendien het in mijn ogen ongewenste gevolg van een verschuiving van programma-onderdelen van de basisopleiding naar de specifieke beroepsopleiding.

Daar komt bovendien nog bij, dat vorm en inhoud van de huisartsopleiding allerm minst duidelijk zijn. Met andere woorden de eindtermen ontbreken. Een recent besluit van het College voor Huisartsgeneeskunde, dat als regelgevend college voor de opleiding functioneert, getuigt er van dat men nog zoekt naar de meest optimale invulling van de opleiding.

Op zichzelf is dit toe te juichen. Het betekent echter ook dat het ontbreken van welomschreven eindtermen het formuleren van opleidingsdoelstellingen in ernstige mate bemoeilijkt.

Het rapport 'Kenmerken van de huisarts' van het Utrechtse Huisartsen Instituut is in dit verband een eerste goede aanzet geweest om tot de formulering van opleidingsdoelstellingen vanuit de kenmerken van de huisarts te komen.

Uit een en ander volgt dat de opleiding tot huisarts nog nader uitgekristalliseerd dient te worden en via de bepaling van vorm en inhoud een duidelijker afbakening behoeft ten opzichte van enerzijds het medisch

basiscurriculum en anderzijds het postacademisch onderwijs. Hoewel er door betrokkenen bij de huisartsenopleiding steeds meer op wordt aangedrongen om de huidige één-jarige opleiding te verlengen, acht ik het in de huidige situatie volstrekt voorbarig daartoe initiatieven te nemen. Naar mijn stellige overtuiging wordt in een verlenging het panacee gezocht voor de problemen waarmee de huisartsinstituten op dit moment kampen.

Een bijdrage aan de oplossing van deze problemen moet echter eerst gevonden worden in de bepaling van vorm en inhoud van de opleiding. Pas daarna volgt het denken over een meer optimale en meer verantwoorde structurering in die tijd, een 'structurering' waarbij ook het postacademisch onderwijs én de beroepspraktijk gezien moeten worden.

Ontwikkelingen in de geneeskunde vragen om geregelde nascholing. Deze vindt reeds plaats in verschillende vorm, vooral door de Stichting Nascholing Huisartsen. De zogenaamde Warffum-cursussen voorzien voor vele artsen in een gevoelde behoefte. Daar staat evenwel tegenover dat een niet onbelangrijk deel van de huisartsen hier niet aan deelneemt of hiertoe onvoldoende in de gelegenheid is. Gerichte aandacht aan de nascholing wordt geschonken door het overlegorgaan postacademisch onderwijs geneeskunde dat in 1975 werd ingesteld.

De regeling inzake het postacademisch onderwijs geeft een belangrijke nascholingstaak aan de universiteiten. De daar beschikbare kennis zal moeten doorstromen naar hen die in het beroep werkzaam zijn.

Het ligt voor de hand dat voor de nascholing van de huisartsen gedacht wordt aan een belangrijke plaats voor de universitaire huisartseninstituten. Daar is reeds een grote

ervaring beschikbaar door het intensieve contact met de beroepspraktijk in de door hen verzorgde beroepsopleiding. Van deze ervaring zal ook voor het postacademisch onderwijs gebruik gemaakt kunnen worden. In het postacademisch onderwijs kan echter geen plaats zijn voor monopolieposities. De regeling postacademisch onderwijs legt een taak op aan de universiteit maar onderstreept daarnaast uitdrukkelijk de samenwerking met derden, dat zijn de personen en organisaties uit de beroepspraktijk. Samenwerking met hetgeen tot nu toe door de Stichting Nascholing Huisartsen is gedaan ligt dan ook voor de hand. Zonder een samenwerking in breed verband is geen goede nascholing mogelijk. Ieder zal eigen kennis en ervaring moeten inbrengen om een zo goed mogelijk resultaat te bereiken.

Over enige maanden wordt het rapport van het Overlegorgaan over het postacademisch onderwijs voor de huisartsen verwacht. Dit zal het kader aangeven waarbinnen de betrokkenen verder voor de invulling zullen zorgen. Coördinatie is daarbij belangrijk maar dat betekent geen uniformiteit. Er zal aansluiting worden gezocht bij vormen die in bepaalde regio's zich hebben ontwikkeld en die hun waarde hebben bewezen. Zo zal in goede onderlinge relatie tussen de faculteiten – en voor wat de huisartsen betreft vooral de universitaire huisartseninstituten – en het beroepsveld – en dan wordt vooral aan de Stichting Nascholing Huisartsen gedacht – ruimere mogelijkheden worden geschapen voor een verantwoorde nascholing van alle huisartsen. Ook in het postacademisch onderwijs huisartsgeneeskunde dienen de universitaire en buitenuniversitaire ontwikkelingen hand in hand te gaan.

## ‘Vakaturebureau’ kindergeneeskunde

Het 'Vakaturebureau' van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is thans ondergebracht bij de voorzitter van de Commissie voor Beroepsbelangen, J. H. W. Boeve, Horstlindelaan 74, Enschede, telefoon 053-352210 (privé).

Tot de doelstellingen van dit 'Vakaturebureau' behoort: Het informeren van plaatszoekenden op hun verzoek omtrent bestaande vacatures; het informeren van plaatsbiedenden op hun verzoek omtrent plaatszoekenden, met dien verstande dat dit alleen dan geschiedt als de plaatszoekende daar prijs op stelt dan wel het toestaat; het volgen van de marktsituatie door het registreren van vraag en aanbod.

De werkwijze is als volgt:

Registratie van plaatszoekenden via een

inschrijvingsformulier. Dit formulier is te verkrijgen via het bovengenoemde adres. Een aantal van deze formulieren wordt toegezonden aan de Opleidingsklinieken en aan de Vereniging voor Assistenten Pediatrie. Het 'Vakaturebureau' heeft het recht de gegevens van plaatszoekenden ter beschikking te stellen aan plaatsbiedenden, tenzij de plaatszoekende de wens te kennen heeft gegeven dit niet te willen. De plaatszoekende wordt verplicht geacht zich bij het bureau af te melden indien een plaats gevonden is. De kosten van registratie bedragen f 25,—.

Registratie van bestaande vacatures via een registratieformulier. Het 'Vakaturebureau' stelt de gegevens ter beschikking van geregistreerde plaatszoekenden. Op de plaatsbiedenden rust de verplichting zich bij

het bureau af te melden bij vervulling van de vacature. De kosten van registratie bedragen f 25,—

### Verantwoording

Eenmaal per jaar wordt schriftelijk verslag gedaan van de activiteiten van het 'Vakaturebureau' aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Tijdens de huishoudelijke vergadering in het voorjaar wordt door de voorzitter van de Beroepsbelangen Commissie mondeling verslag gedaan van de activiteiten van het bureau, met dien verstande dat het noemen van namen en plaatsen wordt vermeden en met name de getalsmatige registratie naar voren wordt gebracht.

# Democratisering en/of machtsvorming in de klinische gezondheidszorg

De Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen heeft haar achttiende serie studiedagen het afgelopen najaar gewijd aan het thema 'Democratisering en/of machtsvorming in de klinische gezondheidszorg'. In dat kader heeft Directeur-Generaal van de Volksgezondheid J. van Londen een voordracht gehouden over de organisatie en functie van de huidige en toekomstige gezondheidszorg. In die voordracht bracht hij onder meer het volgende naar voren:

In de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 wordt onderscheid gemaakt tussen democratisering als mentaliteit en als wijze van organiseren en besluitvorming, uiteraard vooral in de organisaties en bestuurlijke situaties. Mentaliteit of geestelijke gesteldheid zou ik willen omschrijven als het complex van opvattingen en levensbeschouwingen, dat tot drijfveer dient een bepaalde houding in het leven in te nemen, zowel bij een individu als een groep. *Democratisering als mentaliteit* wil derhalve zeggen: een complex van opvattingen en levensbeschouwingen dat als drijfveer werkt om tot democratische verhoudingen te geraken, democratische verhoudingen te verbeteren of te verdedigen tegen gevaren. We kunnen nu constateren dat het in onze tijd klaarblijkelijk nodig was dat een bewindsman van volksgezondheid in een beleidsstuk een opmerking maakt over 'democratisering als mentaliteit' in de gezondheidszorg. Daaruit zou kunnen worden afgeleid dat de opvatting was dat in het huidige functioneren van de gezondheidszorg en in de huidige organisatie het democratisch met elkaar verkeren deficiënt is – of althans verbetering behoeft – en wel omdat de mentaliteit daartoe verbetering behoeft.

Voorwaar een scherpe kritiek in een traditioneel democratisch land als het onze.

## *Democratisering als wijze van organiseren en besluitvorming*

Voorwaarde hiertoe is de hierboven genoemde mentaliteit. De democratisering van het organiseren en van de besluitvorming in de gezondheidszorg wordt opgevat als een continu proces van reguleren en bewaken van machtsverhoudingen in het gezondheidszorgsysteem. Die machtsverhoudingen betreffen die tussen besturen en directies, directies en medewerkers, medewerkers en patiënten; tussen het systeem en zijn financiers, alsmede tussen het systeem, zijn financiers en de overheid.

Het belangrijkste aspect van dat reguleren is het stelsel van wederzijdse verantwoordingsplicht, het luisteren naar en het verdisconteren van de mening die door de luidste, de meeste of de minste, de zachtste – en eventueel daarvan weer de meeste of de minste – stemmen onder woorden wordt gebracht. En wederom is de conclusie: In onze tijd is het klaarblijkelijk nodig dit zó vermanend tot de gezondheidszorg te zeggen als in de Structuurnota is gebeurd.

*Macht* is op zichzelf niet af te wijzen, maar machtsverhoudingen dienen nauwlettend te worden gereguleerd in een stelsel van wederzijdse verantwoording. Als dit stelsel faalt kunnen er ook in een democratisch land onoorbare machtsverhoudingen ontstaan, dat wil zeggen machtsverhoudingen die zich onttrekken aan verantwoordingsplicht. De roep om democratisering in de gezondheidszorg wijst erop, dat velen veronderstellen dat dergelijke onoorbare verhoudingen op dit – ons – terrein zouden bestaan.

## *Machtsvorming in de klinische gezondheidszorg. Aan welk soort*

machtsvorming in de klinische gezondheidszorg kan men denken?

1. Ten eerste is daar de *relatie particulier initiatief – overheid* als representant van de gemeenschap. Onze gezondheidszorg is van oudsher gebouwd op twee peilers: Het particulier initiatief en het overheidsinitiatief.

Het particulier initiatief bracht meestal het geld en de goederen bijeen, om een instelling op te richten. De grote waarde van het particulier initiatief springt direct duidelijk in het oog: de onmiddellijke band tussen bevolking of groep van de bevolking en de dienst of instelling die wordt opgericht. Men zou haast zeggen: het is het meest direct tot uiting gebrachte gevoel van verantwoordelijkheid jegens een getroffen groep medemensen. Het nadeel was – of lijkt althans te zijn geworden – dat het erg moeilijk is planmatig te werk te gaan. Er kan ontstaan, wat Trimbos destijds in de geestelijke gezondheidszorg een 'lappendeken' van voorzieningen noemde. Erger is dat een juiste spreiding zonder plan-regie maar moeilijk is te realiseren. Wil een bestuur van een particulier initiatief iets kunnen bereiken, dan zal het het vermogen daartoe moeten hebben: het moet 'bij machte zijn om', dus moet het macht hebben. Tot voor de invoering van de wet Ziekenhuisvoorzieningen had het bestuur van klinische voorzieningen veel macht. De bestuursleden werden – en worden wellicht nóg – vaak gekozen via coöptatie. Bij verenigingen is er de verantwoordingsplicht aan de ledenvergadering, bij stichtingen eigenlijk niet. Er is wel een onafhankelijke financiële controle. Na de invoering van de wet Ziekenhuisvoorzieningen – en straks mogelijk na de invoering van de wet Gezondheidszorgvoorzieningen – is er een toestand ontstaan waarin planning en bouw van gezondheidszorgvoorzieningen onderworpen zullen zijn aan een heel stelsel van verantwoordingsplichten, op provinciaal niveau en op nationaal niveau. Het bestuur zal aanzienlijk minder macht

hebben, om naar eigen inzichten een initiatief te ontwikkelen, of een instelling in bedrijf te houden. Men zou kunnen zeggen dat er geleidelijk aan een machtsverschuiving zal gaan plaatsvinden van de besturen van particulier initiatief naar de overheid toe, en wel met de doelstellingen: betere spreiding van voorzieningen; democratisering van organisatie en functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen. Nu zijn er sommigen die stellen dat die machtsverschuiving naar de overheid zodanig ver dreigt te gaan, dat in feite reeds een nationaal gezondheidszorgsysteem zal gaan ontstaan en dat dus die machtsverschuiving te ver gaat. Anderen stellen daarentegen dat er nog heel wat ruimte voor het particulier initiatief is overgebleven. Staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft steeds gesteld dat hij niet een 'national health service' nastreeft en dat dat ook niet in de wetsontwerpen terug te vinden valt. Wel streeft hij ernaar om de verhoudingen tussen particulier initiatief en overheid zodanig te regelen, dat de overheid handen en voeten heeft om haar 'ultime verantwoordelijkheid' te kunnen dragen. Daar ligt de volgende opvatting aan ten grondslag: er ligt een *primaire* verantwoordelijkheid voor gezondheidszorgvoorzieningen bij de gemeenschap, bij het particulier initiatief. Ten gevolge van allerlei ontwikkelingen is het niet meer mogelijk het gezondheidszorgsysteem geheel aan het vrije-krachten-spel over te laten: a. door de zeer hoogwaardige geneeskundige technologie en het oplopen van de personeelskosten is de gezondheidszorg wel erg duur aan het worden; b. de gezondheidszorg wordt vrijwel geheel gefinancierd met gemeenschapsgeld, zodat daaruit een verantwoordingsplicht naar de overheid is ontstaan. Welke zijn dan de mogelijkheden om het gezondheidszorgsysteem te reguleren? Welnu dat zijn regelmechanismen voor volumencapaciteit, voor prijzen en tarieven, en voor de financiering. En nu wordt de macht daarover zeker niet rechtstreeks aan de rijksoverheid verstrekt: nee volgens de opzet van de wetten worden die bevoegdheden democratisch gespreid. Het is overigens in dit krachtenveld dat het spanningsveld van mijn eerste stelling zich afspeelt:

*'In de gezondheidszorg is de kans groot, dat er spanning ontstaat tussen algemeen en particulier belang. Denk bijvoorbeeld aan de behoefte van de gemeenschap aan informatie door middel van verzamelen van gegevens versus de noodzaak tot bescherming van de privacy van het individu. In de huidige klinische gezondheidszorg wordt het individueel belang meer gediend dan het algemeen belang. In de ontworpen en voorliggende wetgeving wordt een poging gedaan een verschuiving tot stand te brengen in de richting van het algemeen belang,*

## De invloed van het parlement

Aansluitend aan het referaat van Directeur-Generaal van de Volksgezondheid J. van Londen – hiernaast gereproduceerd – heeft het voormalige lid van de CHU-fractie in de Tweede Kamer, Drs. A. D. W. Tilanus, gesproken over de invloed van het parlement. Hij zei bij die gelegenheid over democratie onder meer het volgende:

'In een democratie is niemand tevreden, de meerderheid niet omdat men compromissen moet sluiten en iets moet prijs geven, de minderheid niet omdat men weliswaar iets heeft afgedwongen maar toch iets heeft verloren.

Het is duidelijk dat inspraakprocedures erg tijdrovend zijn en dat democratie dus tijd kost. Het zou goed zijn wanneer sprekers hun belang niet verabsoluteren, maar relativeren.

De kans op democratie binnen een kleine organisatie is groter dan in een grote organisatie. In een grote organisatie bestaat al gauw de behoefte aan een leidende groep; deze kleine minderheid neemt de grote meerderheid op sleeptouw. Dat zien we in maatschappelijke organisaties in de besturen die de besluiten voorbereiden. We zien het ook in politieke partijen. Daar is de macht in handen van een kleine groep vertegenwoordigers die kandidaat gesteld zijn door een bepaalde groep leden van de partij en die zich vervolgens hebben laten kiezen.

Er ontstaat een elitegroep die de macht in handen heeft. De democratie is in handen van weinigen. Binnen de organisatie of binnen de partij bestaat de competitie om tot die elite op te klimmen. Aangezien dit ook binnen de andere concurrerende partijen gebeurt ontstaat een elitaire toplaag van politici die openlijk trachten voor hun groep voordelen te verkrijgen in concurrentie met politici van de andere groepen.

In een organisatie wordt de elitaire groep juist kleiner naarmate er meer leden komen. Men gaat er dan toe over om vrijgestelde, betaalde functionarissen aan te stellen. Een zeer klein aantal mensen bereidt de besluiten voor, krijgt de dagelijkse leiding. Het bureau kan machtig worden'.

Over de 'zwevende kiezer': 'Het zijn in feite de mensen waarop de verkiezingscampag-

nes zich richten. De zwevende kiezer luistert naar de argumenten van de leiders, registreert hun woorden en daden en reageert tenslotte op wat hem wel of niet zint. Daar komt bij dat de machthebbers rekening moeten houden met de onuitgesproken wensen van de kiezers. De partijprogramma's lopen daarop al vooruit. Maar die programma's worden grotendeels ook gemaakt door de leiders. De leiders-opinimakers doen eigenlijk niet anders dan de sluimerende opinie van het volk manifest maken en onder woorden brengen. Zo ligt het zwaartepunt van de ontwikkeling toch weer bij het volk. Ook dank zij de floating-voters'.

De vraag komt op of de gekozen vertegenwoordigers wel voldoende deskundig zijn om de juiste besluiten te nemen. Moet dat niet aan de deskundigen overgelaten worden? De politicus met zijn ideologie kan komen te staan tegenover de diverse specialisten met hun deskundigheid. Daarbij moeten we voor twee dingen oppassen: enerzijds dat de parlementaire zeggenschap niet vervangen wordt door een bewindvoerdersmaatschappij onder leiding van managers en technocraten, en anderzijds dat de kloof tussen de 'machteloze kennis' en de 'almachtige onwetendheid' zo klein mogelijk blijft.

Lincoln zei in 1863 dat democratie is: regering van het volk, door het volk, voor het volk. Weliswaar kan de krachtsverhouding 49/51% de doorslag geven maar wij hebben een getemperd meerderheidsprincipe met waarborgen voor de minderheid. Het is een politiek beslissingssysteem met correctie van de kiezers. In dat systeem houden de concurrerende elites elkaar in bedwang en in evenwicht. Om de bevolking zoveel mogelijk in het systeem te betrekken is decentralisatie van de besluitvorming naar provinciale staten en gemeenteraden nodig. Echter gelijke rechten voor alle burgers kan centralisatie van de beslissingen noodzakelijk maken. Voor het efficiënt functioneren van onze ingewikkelde maatschappij met sociale, economische, bestuurlijke en technologische vraagstukken is nodig een bestuur door gekozen vertegenwoordigers van het volk, dat wil zeggen door enkele actieve minderheden'.

*zonder het individueel belang op wezenlijke punten aan te tasten'.*

Er zijn maatschappijbeschouwingen mogelijk, waarin er geen tegenstellingen kunnen zijn tussen algemeen belang en individueel belang. In onze maatschappijvisie ligt die tegenstelling er duidelijk. Enerzijds waarderen we het beginsel van de solidariteit zeer hoog, anderzijds kennen we ook hoge waarde toe aan de vrijheid van het individu zich zodanig te gedragen, dat hij in strijd kan komen met

het solidariteitsbeginsel.

We zullen de roekeloze recidiverende verkeersdelinquenten, de zwaarverslaafde heroïnepatiënten, niet de toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen ontzeggen, als zij daar een beroep op doen. De privésfeer van het individu staat in onze ogen in hoger aanzien, dan het belang van de gemeenschap allerlei beleidsrelevante feiten over hem aan de weet te komen.

Om de belangen te verzoenen worden technisch zeer vernuftige systemen

uitgedacht. Men kan stellen, dat over het algemeen genomen het individueel belang bij het particulier initiatief in goede handen was, en is, en dat men van de overheid mag verwachten, dat als zij een maatregel treft, dit zeker in het algemeen belang zal zijn. Deze antithese mag echter niet worden gepolariseerd. Hoeveel maatregelen van kwaliteitsbescherming en verbetering heeft de overheid wel niet getroffen in het individueel belang? Denk aan doel en functie van het Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid! Nog op één punt wil ik ingaan betreffende de relatie overheid-particulier initiatief. En dat is de positie van het bestuur. In de huidige organisatie van de gezondheidszorgvoorzieningen wordt de relatie tussen bestuur en overheid, of althans een relatie tussen bestuur en een orgaan waaraan het verantwoording schuldig is, onvoldoende geregeld. Men ziet wel allerlei pogingen ontstaan om daaraan tegemoet te komen in de praktijk. Er worden wel statuten ontworpen waarin geregeld wordt dat bijvoorbeeld de medewerkers inspraak hebben bij het kiezen van een bestuurslid. In het ontwerp gezondheidszorgvoorzieningen wordt een poging ondernomen regels voor organisatie en functioneren van bestuur te ontwerpen.

## 2. Bestuur, directie en de overheid

Er zijn velerlei verhoudingen mogelijk tussen bestuur en directie, afhankelijk van de taakopvatting van het bestuur. Het bestuur kan toezichhoudend zijn, of juist mee directie-voerend. Hiervan is het afhankelijk hoeveel macht aan de directie wordt gedelegeerd. Maar ook: kennis is macht. Als de directie bestaat uit professionele managers, of specialisten op een eigen gebied in de gezondheidszorg, bezorgt de eigen specifieke kennis en ervaring aan de directie macht. De relatie tussen bestuur en directie betreft een precair gebied, waarin het zeer moeilijk is regelen te treffen. Toch is juist dit een terrein waarop zoveel ervaring bestaat, juist in Nederland met zijn lange historie van particulier initiatief, dat wel bepaalde beproefde gewoontes of regels zijn ontstaan. In ons land heeft Marx daarover studies gemaakt en gepubliceerd. De positie van de directie, geklemd tussen bestuur enerzijds en medewerkers anderzijds, kan weleens moeilijk zijn, zoals bijvoorbeeld uit de Dennendal-affaire valt te leren. Aan de overheid valt hier pas een zeer uiteindelijke taak toe: pas daar waar het niet goed gaat, ook niet na allerlei zelfhulp (adviseurs e.d.), wordt de ultieme verantwoordelijkheid van de overheid aangesproken, zeker als de conflicten een schadelijke invloed zouden hebben op de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg. Het zal als regel de inspectie zijn die vaststelt of dat laatste het geval is. Dan nog kan het in de huidige situatie moeilijk genoeg zijn voor de overheid om met bestuur en directie rond de tafel te

komen zitten. Er zijn thans nog geen andere instrumenten om dat af te dwingen dan het zeer grove middel van de financiering. Een punt van discussie is nogal eens, of het wel zo'n goede ontwikkeling is om de overheid hier een taak te geven. Moet de bewindsman wel verantwoordelijk zijn voor alles wat er in de gezondheidszorg mis gaat? Verdraagt zich dit wel met de opvatting over de primaire verantwoordelijkheid van het particulier initiatief en de ultieme verantwoordelijkheid van de bewindsman? Toch bewijst de dagelijkse gang van zaken (vragen in het parlement over bepaalde misstanden of zogenaamde misstanden, ofwel extraparlamentaire acties in de richting van de bewindsman) dat in het democratisch-politieke gevoel die verantwoordelijkheid van de bewindsman er is. De politieke verantwoordelijkheid van de bewindsman en de noodzakelijke relatieve autonomie van het Staatstoezicht maken het nodig, dat er spelregels worden ontworpen die de verhouding bewindsman-besturen en directies vice versa regelen.

Indien deze spelregels blijven ontbreken zou er een machtsverschuiving kunnen optreden, via de bewindsman naar het parlement en naar extraparlamentaire groeperingen, waardoor een bestuur buitenspel gezet wordt en eventueel ook het koppel bestuur en directie wordt voorbijgestreefd. Noch de ene situatie: alle vrije ruimte voor bestuur en directie, noch de andere situatie: ongeregelde invloed op instellingen vanuit de bewindsman, is goed want, beide situaties zijn niet democratisch.

*Ik concludeer – bij wijze van stellingneming – dat de toegenomen democratisering in de gezondheidszorg de bewindsman in een meer directe verantwoordelijkheidspositie brengt ten aanzien van het reilen en zeilen in die gezondheidszorg. Hij kan die verantwoordelijkheid pas goed dragen als er instrumenten zijn die de verhouding overheid-bestuur-directie goed regelen. Het ontbreken van deze instrumenten laat de machtsverhoudingen ongeregeld, waardoor de kans bestaat dat nu eens het bestuur en de directie, dan weer de overheid te veel macht toekomt, of dat juist in een bepaalde situatie alle macht aan het parlement, of wellicht aan een extraparlamentaire groep wordt getrokken.*

Men versta mij niet verkeerd: het is een groot goed dat alle participanten macht – en dus invloed – hebben, maar macht dient te worden gecontroleerd volgens bepaalde rechtsregels.

## 3. Directie en medewerkers

De volgende groep waartussen machtsverhoudingen in de gezondheidszorg moeten zijn geregeld is die tussen directie en medewerkers. De stafvorming is zeker een bundeling van macht, niet alleen ten aanzien van de directie, maar ook ten aanzien van de individuele leden. Zonder een organisatie van een medische

staf is bijvoorbeeld intercollegiale toetsing niet wel denkbaar, noch een onderzoeksdienst naar medische ongevallen in het ziekenhuis. De staven van verschillende ziekenhuizen kunnen komen tot de vorming van een interstafraad, die een machtsfactor van belang kan zijn of worden in de gemeenschap.

Het is daarom van belang aandacht te schenken aan de statuten of reglementen die de stafvorming begeleiden. Het moet verschil uitmaken (al was het maar in de subjectieve betekenis van de participanten) of de medici in dienst zijn van het ziekenhuis of niet wat betreft de relatie directie-medewerkers. In beide situaties is de vorming van een staf of stafraad van groot belang.

Bij het ontbreken van een dienstverband ontstaat er een gesprekspartner voor de directie, daar waar men anders zou zijn aangewezen op bilateraal overleg. Concluderend kan men wel stellen dat een zekere bundeling van macht dus nodig is ter verbetering van de kwaliteit van de geboden diensten: zoals bijv. het realiseren van intercollegiale toetsing. Anderzijds – en daar wijst mijn volgende stelling op – kan machtsvorming worden aangewend ter bereiking van of voor het behoud van een zekere autonomie.

*Stelling: 'Structurele bezuinigingen in de klinische gezondheidszorg kosten aanvankelijk geld, maar wellicht zijn dit niet eens de grootste offers. Nodig lijkt een prijsgeven van een deel van de autonomie van besturen, directies, en beroepsbeoefenaren. Deze offers moeten worden gebracht ter verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg'.*

Democratisering heeft te maken met machtsvorming; soms is het machtsvorming. Bijvoorbeeld wil een staf tegenspel kunnen leveren ten opzichte van een directie, dan zal deze zich moeten verenigen. In deze zin mag men dan zeggen: democratisering en machtsvorming, omdat beide elkaar veronderstellen, voorts omdat democratisering zonder machtsvorming – bijvoorbeeld van degenen die tot nu toe geen macht hadden – onmogelijk is. Zou echter de machtsvorming ongebreideld – want ongereguleerd – doorslaan, dan kan bijvoorbeeld als gevolg van de strijd om de autonomie van een groep een belemmering optreden voor de ontplooiing van een optimale moderne gezondheidszorg. Dan ontstaat de m.i. gevaarlijke situatie, die wordt geïntroduceerd door de vraag: democratisering of machtsvorming? Dit veronderstelt dat men twee opties zou kunnen hebben: 1. we aanvaarden democratisering; 2. we aanvaarden democratisering niet, we kiezen voor machtsvorming om de ons onwelgevallige aspecten van democratisering tegen te gaan, in de zin van het één of het ander. Daar deze constructie een onethische veronderstelling inhoudt en men nimmer van kwade trouw mag uitgaan, moet deze stelling van opties worden verworpen.

Een illustratie van de laatste stelling kan met de volgende bedachte casus worden gegeven: In een gegeven regio zijn te veel ziekenhuisbedden. Gezamenlijke directies bereiden een fusie en taakverdeling voor. De interstafrad van de ziekenhuizen blokkeert deze gang van zaken uit vrees voor verlies van posities van stafleden; of de vakverenigingen zijn tegen, eveneens vanwege verlies van werkgelegenheid. Er moet nu een belangenafweging plaatsvinden tussen: a. het algemeen belang, namelijk het optimaliseren van de gezondheidszorg; en b. de belangen van de medewerkers zelf. Beide uitgangspunten zijn uiteraard volstrekt oorbaar. Bij het vastlopen van de besprekingen kan de ultieme verantwoordelijkheid van de overheid worden aangesproken. Daarvoor is nu een wettelijk instrument aanwezig. De uiterste eisen mogen en moeten worden gesteld aan zorgvuldigheid van bestuur.

#### 4. Medewerkers onderling

Bij de huidige regelen op de uitoefening van de geneeskunst zorgt de zogenaamde eindverantwoordelijkheid van de medicus ervoor — o.a. via de regeling van het medisch tuchtrecht — dat de artsen werkend in teamverband met andere disciplines die eindverantwoordelijkheid kunnen dragen. Dat wil zeggen dat zij verregaand kunnen — en misschien ook wel moeten — bepalen wat de dagelijkse gang van zaken is in de kliniek (of daarbuiten, voor zover in teamverband wordt gewerkt).

Drion beschreef onlangs in een artikel in Medisch Contact (1976, nr. 31 blz. 1649 t/m 1653) hoe voor de toekomst gestreefd wordt naar regelen op de uitoefening van de gezondheidszorg. Een titelbescherming treedt in de plaats van een beroepsbescherming: er komt een erkenning van de mogelijkheid dat ook anderen — maar dan voor hun eigen verantwoordelijkheid — gezondheidszorg kunnen uitoefenen, begeleid door een eigen tuchtrecht. Naar verwachting zullen hierdoor de verhoudingen in de gezondheidszorg democratischer kunnen worden. Of men hiervan zeer hoge verwachtingen moet hebben weet ik nog niet; de psychologie van 'kennis is macht', zal impliciet nog wel even blijven doorwerken. Ook marktmechanismen spelen hierbij een rol: als veel kennis en kunde verzameld is bij zeer weinigen, zal veel vraag naar hen zijn. En van schaarste gaat macht uit. Velen verwachten daarom ook van een groter aanbod van geneeskundigen, een uiteindelijk betere verdeling van macht onder de werkers in de gezondheidszorg.

#### 5. Medisch personeel — patiënt

Aangezien alle medische dienstverlening gericht is op de patiënt, zou men mogen verwachten dat de patiënt bekleed is met grote macht. 'De klant is koning' verwijst naar zulke machtsverhoudingen. Afgezien van ziekenfondsen en

ziekttekostenverzekeraars, die met enig recht kunnen claimen consumentenorganisaties te zijn, zijn échte consumentenorganisaties van recente datum: bijvoorbeeld de vereniging van hartpatiënten, de vereniging van nierdialyse patiënten, diabetici, als ook organisaties van ex-psychiatrische patiënten. In de psychiatrie is er ook sprake van het vormen van patiëntenraden in het ziekenhuis. Deze patiëntenraden van verschillende ziekenhuizen hebben ook onderling contact. Een orgaan als de 'Gekkenkrant' oefent een aanzienlijke invloed uit. Toch is er nog wel sprake van een onevenwichtige machtsverhouding patiënt — ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen hebben folders of brochures ontworpen om de patiënt voor te lichten: kennis is immers macht? Andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld enkele psychiatrische ziekenhuizen, hebben een ombudsman aangesteld ten behoeve van de bevordering van de macht van de patiënt. Het is toch zeer opmerkelijk hoe veel en hoe vaak gesproken wordt over de noodzaak tot humaniseren van de gezondheidszorg. Er ontstaat zelfs een humanistische geneeskunde, hetgeen toch eigenlijk een pleonasme zou moeten zijn: de geneeskunde is immers gericht op de hele mens; men gaat toch immers uit van volstrekte eenheid van geest en lichaam? Het is echter soms geen pleonasme. In de humanistische geneeskunde is er voortdurend een wezenlijke plaats voor de opinie van de patiënt over oorzaak en gevolg van zijn ziekte en over de beste benadering daarvan. De volgende stelling heeft op deze machtsverhoudingen betrekking:

*'Er lijken misverstanden te bestaan omtrent het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg tussen publiek, consument, patiënt ter enerzijde en de beroepsgroep ter andere zijde. Stelt de professie de hoogste eisen aan het technisch kennen en kunnen, het publiek vraagt vooral om een meer persoonlijke bejegening, meer informatie en meer ruimte voor een eigen beslissing. Er bestaat twijfel bij de beroepsbeoefenaren of meer informatie te allen tijde wel in het belang van de patiënt is. Stelling is, dat kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg op korte termijn gerealiseerd kan worden door veranderingen in de menselijke omgang in de klinische gezondheidszorg'.*

#### 6. De klinische gezondheidszorg en haar financiers

Ook geld is macht. Dat de financiers ook metterdaad macht uitoefenen in de gezondheidszorg is zonder meer merkbaar. In de huidige organisatie en het huidige functioneren van de gezondheidszorg is het zelfs zo, dat waar wettelijke instrumenten, normen, criteria e.d. ontbreken (denk bijvoorbeeld aan de ambulante geestelijke gezondheidszorg) de financiers via de gouden koorden regelen stellen. Zij treden als het ware in een machtsvacuüm.

Ook in de klinische gezondheidszorg is de macht van de financier aanzienlijk. Toch heeft de klinische sector meer machtsmiddelen tot zijn beschikking om tegenspel te leveren dan de extra-murale zorg. In de extra-murale zorg werd wel eens gezegd: 'wie het bed heeft, heeft de macht', er op duidend dat er niet alleen een machtsrelatie bestaat tussen ziekenhuis en patiënt, maar ook tussen de intra- en de extramurale sector. Wat dat betreft zal de 4<sup>o</sup>/<sub>100</sub> norm uiteindelijk de machtspositie van de klinische gezondheidszorg versterken, omdat bedden relatief schaarser worden. En wie een schaars artikel heeft te bieden, heeft nu eenmaal macht.

Kan de financiering worden gedemocratiseerd? Via het proces van de regionalisatie is dat wel mogelijk. Als het in de toekomst via wetgeving mogelijk zou worden, volume en capaciteit, prijzen en tarieven, en de financiering per volksverzekering te beheren, dan kan via herstructurering van planning, organisatie en besturing op alle drie genoemde gebieden van de volksgezondheidszorg zeker wezenlijk worden gedemocratiseerd. Dan zouden de geldstromen ook naar de regio moeten toevloeien, dat wil zeggen dat ook de financieringsorganisatie en haar controle-apparaat gedecentraliseerd moeten worden.

Men kan zelfs stellen dat alléén decentralisatie van de planning, organisatie en besturing geen werkelijke democratisering inhoudt, als dit niet gepaard gaat met decentralisering van de financiering; zo sterk is de macht van het geld. Tegenover decentralisatie zou dan wel een nationaal stelsel van richtlijnen en normen moeten staan, om een al te zeer uiteengroeien van de regio's te voorkomen. In die zin treedt er in de toekomst nog wel een krachtspel op tussen regio en rijk. Hier komen we ook weer op het terrein van de uiteindelijke politieke verantwoordelijkheid van de bewindsman. Stelling: 'Het vaak opgeworpen bezwaar, dat er spanning bestaat tussen de huidige beleidsdoelinden van de bewindslieden van volksgezondheid: efficiency en democratisering door middel van decentralisatie, is onjuist. Immers de ruimte (financiën, mankracht) waarbinnen de gezondheidszorg zich afspeelt, wordt ook bepaald in een democratisch proces. Het is juist dit proces dat de eis tot efficiency formuleert.'

Interessant en pikant — voor wat betreft de verhouding democratisering/efficiency — is de vraag in hoeverre een ziekenhuis als totaal systeem democratisch kan zijn. Als deze vraag in haar uiterste consequenties met neen moet worden beantwoord (vergelijk de ziekenhuisorganisaties met die van brandweer, GG & GD, politie, leger of departementen, gegeven de noodzaak om bepaalde operaties via een commandolijn uit te voeren) dan betekent dat nog niet dat deze systemen niet méér dan tot nu toe gedemocratiseerd zouden kunnen worden. Het is — om maar een voorbeeld te noemen



— juist de feed-back uit het systeem, van de medewerkers zelf, die de efficiency kan bevorderen.

Als niet altijd acties of operaties tevoren kunnen worden besproken, dan blijft het toch wel gewenst op zulke acties te anticiperen en, als ze voorbij zijn, follow-up te doen.

### *Bureaucratisering*

Een emotioneel bezwaar tegen de lasten, die er ongetwijfeld wel verbonden zijn aan democratisering, wordt vaak omgezet in een gerationaliseerd bezwaar in de vorm van vrees voor gebrek aan efficiency. Natuurlijk zijn er in een democratie systemen waarbinnen variaties bestaan van hoe macht gedelegeerd kan worden. Een reëel gevaar voor grote systemen is de bureaucratisering. Bureaucratisering zou men kunnen omschrijven als machtsvorming bij hen die de spelregels uitdenken, bewaken en doen uitvoeren.

Bureaucratisering is een reëel gevaar voor de efficiency, terwijl bureaucratisering schadelijke nevenwerking kan zijn zowel van *democratie* als *totalitaire systemen*. Er kan dus wel een spanningsveld ontstaan tussen democratisering en efficiency, maar dan via bureaucratisering. De bezwaren bijvoorbeeld uit de academische ziekenhuissfeer richten zich dan ook vaker tegen bureaucratisering dan tegen democratisering.

Hoe zit het met de verhouding: geld/effectiviteit? Men zou kunnen stellen

dat een gemeenschap des te meer bereid is geld te investeren in een zorgsysteem, naarmate haar inzicht in de effectiviteit daarvan groter is. De directe kosten-batenanalyse is in de moderne gezondheidszorg niet meer als methode in zwang. Ook bestaan er twijfels over de bruikbaarheid van de kosten-effectiviteitanalyse. Aangezien geld zo'n belangrijke rol speelt bij de verdere ontwikkeling van de geneeskunde, zal in de toekomst moeten worden bewezen of ontkend dat de wet van de verminderde meeropbrengsten in de geneeskunde werkt. Dat toetsen van deze relatie tussen input en output is dringend nodig, omdat in de huidige situatie waarin twijfel is gezaaid de bereidheid tot verder investeren zou kunnen afnemen. Dit zou overigens best terecht kunnen zijn, maar er schuilt ook een gevaar in: het gevaar namelijk dat deze wetmatigheid in de geneeskunde slechts periodiek opgaat. Bij schoksgewijze ontwikkeling in de geneeskunde (hygiëne, kindersterfte, infectieziekten, antibiotica, vaccinatie) zijn er fasen denkbaar van relatieve stilstand (waarin de wet geldt) en fasen van versnelde ontwikkeling waarin de wet niet geldt. Een kosten-effectiviteitsberekening is dus steeds van het hoogste belang ter motivering van de machthebbers over de financiën geld te investeren.

De laatste tijd zijn tegen de achtergrond van het schaarser worden van geld in onze maatschappij de wetsontwerpen van staatssecretaris Hendriks steeds meer als

kostenbeheersende maatregelen geïnterpreteerd. Dat speelt zeker een rol, maar er is toch méér bedoeld. De wetsontwerpen proberen ook te voorzien in een verbetering van de beheersbaarheid en de bestuurbaarheid van het systeem. De beide begrippen houden de behoefte tot systeembeheersing in zich. Men streeft naar een zodanige distributie van de voorzieningen, dat de toegankelijkheid en de bereikbaarheid daarvan rechtvaardig is verdeeld: processen van kwaliteitsbewaking en verbetering in gang te zetten; differentiatie en flexibiliteit aan te brengen; continuïteit van de zorg te garanderen; gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de voorzieningen in de regio te situeren; externe en interne democratisering te verbeteren; samenhang en complementariteit met andere welzijnsvoorzieningen te bevorderen, tenslotte de mondigheid van de patiënt te vergroten.

Mijn vijfde stelling heeft betrekking op dit gebied. Zij houdt een uitdaging in, criteria voor effectiviteit te bedenken, die bij deze andere doelstellingen zouden kunnen worden aangelegd:

*'Beheersing en besturing van de gezondheidszorgvoorzieningen met betrekking tot de aspecten planning, volumeregeling, kwaliteitsnormen en criteria hebben slechts een gedeeltelijke invloed op het kostenaspect. De mate waarin bestuurbaarheid wordt gerealiseerd mag daarom niet alleen maar getoetst worden aan het kostenaspect'.*

## Advies inzake gedecentraliseerd financieel beleid in het kader van de regionalisatie van de gezondheidszorg

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft op 21 december 1977 een advies uitgebracht waarin de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in overweging wordt gegeven om door middel van een experiment na te gaan in hoeverre regionale financiering van gezondheidszorg in de praktijk mogelijk en wenselijk is. De Raad stelt daarbij, dat het uitvoeren van een experiment vereist, dat voldaan is aan een aantal voorwaarden en bepaalde uitgangspunten in acht worden genomen. Zij worden hieronder in het kort aangegeven. *Waar?* Een experiment kan slechts worden ondernomen in een geografisch duidelijk afgebakend gebied, hierna kortheidshalve aangeduid als 'regio'. Het leggen van financiële verantwoordelijkheden bij de regio vergt de aanwezigheid van een bestuurlijk orgaan dat beschikt over de vereiste publiekrechtelijke bevoegdheden. *Waarvoor?* Het experiment kan zich slechts uitstrekken tot die voorzieningen waarop in beginsel een ieder in de regio recht heeft, voorschans derhalve tot de voorzieningen die thans krachtens de AWBZ, dan wel uit de algemene middelen worden bekostigd. Vereist is ook dat voldoende informatie

beschikbaar is en verder kan worden verkregen omtrent het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen door de inwoners van de regio, de kosten daarvan en de toerekening van deze kosten aan de verschillende onderdelen van de zorgverlening in de regio. Voorshands zal dat slechts mogelijk zijn ten aanzien van de voorzieningen die uit de AWBZ of de algemene middelen worden bekostigd. *Hoeveel?* Bij de aanvang van het experiment zal het budget waarover de regio de beschikking zal krijgen, met name moeten worden gerelateerd aan de kosten die tot dan toe voor de gezondheidszorg in de regio zullen zijn gemaakt. Uiteraard zal rekening moeten worden gehouden met de jaarlijks optredende stijging van lonen en prijzen. Centraal in het experiment staat de opdracht dat de regio terzake van het verlenen van de vereiste gezondheidszorg — behoudens calamiteiten — moet uitkomen met het vooraf daarvoor vastgestelde budget. *Besteding.* Het is de eigen verantwoordelijkheid van de regio het vastgestelde budget zo doelmatig mogelijk aan te wenden, waardoor het waarschijnlijk is dat onderlinge verschuivingen tussen de

thans bestaande voorzieningen in de regio en het gebruik daarvan, tot stand zullen komen.

Een zeer groot deel van het vastgestelde regionale budget zal uiteraard worden opgeëist voor het voldoen aan de landelijk geregelde aanspraken van de zorgbehoevende patiënten/cliënten. Aanbevolen wordt het resterende, vrij te besteden deel van het budget dat ter beschikking staat, te mogen besteden aan voorzieningen die — naast de landelijk bepaalde — in het kader van het 'eigen' beleid als wenselijk voor de regio zijn aangemerkt.

Indien de regio als gevolg van zuinig beleid met minder dan het vastgestelde budget zou toekomen, zullen ook de verkregen besparingen aan de regio ten goede mogen komen. Voor zover de financiële consequenties van het eigen beleid boven het beschikbaar gestelde budget en de bereikte besparingen uitgaan, zullen echter deze meerdere kosten voor rekening van de regio blijven.

N.B. Exemplaren van het advies zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Raad, Postbus 226 te Rijswijk, Telefoon 070-949322, toestel 238.

# De weekenddienst van huisartsen in Nederland (I)

## Kritiek op de weekenddiensten

In de jaren 1969 en 1970 is de dienstverlening door huisartsen tijdens het weekend nogal ongunstig in de publiciteit gekomen. Uitspraken van het Medisch Tuchtcollege en kort opeenvolgende berichten in de dagbladen over geweigerde hulp door huisartsen tijdens het weekend wekten alom beroering. Het hoofdbestuur van de KNMG schreef zelfs een brief met eisen betreffende de bereikbaarheid van huisartsen gedurende het weekeinde.

In 1977 is de weekendwaarneming weer op negatieve wijze in de publiciteit. Opnieuw verschijnen berichten over te laat verleende – zelfs geweigerde – hulp tijdens het weekend. Kritici stellen met name, dat de zorg van de waarnemer tijdens het weekend zich vaak uitstrekt over te grote populaties. Vooral in de grotere steden is dit een klemmend vraagstuk, zo luidt het verhaal.

Niet alleen van buitenaf maar ook van binnenuit wordt kritiek gegeven op de weekenddiensten: de huisartsen zelf voelen behoefte aan een betere regeling. Bovendien gaan, geheel in overeenstemming met ontwikkelingen in andere sectoren van het maatschappelijk leven, ook in huisartsenkring steeds meer stemmen op voor een ruimere vrijetijdsbesteding.

## De behoefte aan onderzoek

De negatieve publiciteit rond de weekendwaarneming door huisartsen vormde een prikkel tot actie. Op grond van een summier inventarisatie van de bestaande vormen van weekendwaarneming komt Roelink in

Eind 1974 heeft de werkgroep 'weekenddiensten' van de commissie wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een onderzoek uitgevoerd naar de organisatie van de weekenddienst door huisartsen in Nederland. De gekozen onderzoeksopzet bood de gelegenheid ook nader in te gaan op de factoren die de beleving van de weekenddienst beïnvloeden. Tevens konden gegevens over tijdens het weekend gepresenteerde klachten worden verkregen. Tot slot werd ook de patiënt naar zijn oordeel over de hulpverlening tijdens het weekend gevraagd.

In dit eerste artikel zullen naast de organisatie ook de beleving van de weekenddienst en de factoren die erop van invloed zijn aan de orde komen. In een volgend artikel is de aandacht gericht op de gepresenteerde klachten en vooral op het oordeel van patiënten over de weekenddienst.

door *J. Th. M. van Eijk,  
J. Gubbels,  
A. G. J. de Koningh,  
K. van der Meer en  
J. van Noort*

De heer Van Eijk is socioloog, de heer Gubbels statisticus, de heren De Koningh, Van der Meer en Van Noort zijn huisartsen.

1971 tot aanbevelingen voor een betere opzet van de weekenddienstregeling<sup>1</sup>. Tegelijkertijd richtte het Bureau waarneming en vestiging van de KNMG aan de toenmalige voorzitter van de commissie wetenschappelijk onderzoek van het NHG het verzoek om een diepgaande inventarisatie van de weekenddienstregelingen in Nederland. Weliswaar werden enkele pogingen ondernomen om het verschijnsel weekenddienst in beeld te brengen, maar deze bleven beperkt tot één of enkele huisartspraktijken<sup>2</sup>. In mei 1976 richtte de Geneeskundige Hoofdingspecteur van de Volksgezondheid zich tot het hoofdbestuur van de KNMG en het centraal bestuur van de LHV met de

vraag de mogelijkheden te onderzoeken om te komen tot richtlijnen voor de waarneming. Het treft bijzonder, dat het onderzoek 'De weekenddienst van huisartsen in Nederland' werd voltooid op het moment dat de werkgroep 'richtlijnen waarneming' de resultaten nog ten volle kon benutten voor haar advisering aan de Geneeskundige Hoofdingspectie.

## Opzet en vraagstelling

De publiciteit rond te laat of zelfs geweigerde hulp tijdens het weekend vormde de aanleiding tot dit onderzoek. Het is evident, dat onderzoek naar de achtergronden van problemen tijdens de dienst een intensief karakter dient te dragen. De werkgroep beschikte niet over de mogelijkheden om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Bovendien was zij van mening, dat bestudering van oorzaken van klachten over de weekenddienst minder zinvol was voor verbetering van de weekenddienstsituatie. Ondanks de uitgebreide publiciteit blijken klachten over de weekenddienst op het totaal aantal contacten tijdens het weekend te

verwaarlozen. Bovendien wijst afwezigheid van klachten nog niet zonder meer op een bevredigende weekenddienstsituatie. Om deze reden is het onderzoek naar de weekenddienst van huisartsen in Nederland beperkt tot die aspecten, die de voorwaarden scheppen voor een goede uitvoering van de weekenddienst.

*Primair stond de werkgroep voor ogen de waarnemingsregelingen van huisartsen in kaart te brengen.* Voor een representatieve beschrijving hiervan was het nodig een a-selecte steekproef uit het Nederlandse huisartsenbestand te nemen. De gegevens werden verzameld door middel van een schriftelijke enquête. Omdat toch al een groot gedeelte van de Nederlandse huisartsen werd benaderd met vragen over de organisatie van de weekenddienst, is de kans om ook enkele andere aspecten van de weekenddienst te bestuderen met beide handen aangegrepen. Berichten in de pers over gebrekkige hulpverlening tijdens het weekend leggen verband met de organisatie van de weekenddienst. Uit uitspraken van de Medische Tuchtraad blijkt echter, dat niet zozeer de organisatie maar het persoonlijk optreden van de arts in de meeste gevallen verantwoordelijk is voor de geuite klachten. De wijze waarop de arts zijn werk tijdens de dienst verricht is mede afhankelijk van zijn instelling ten opzichte van de weekenddienst. In het algemeen zullen weinig huisartsen positief tegenover de weekenddienst staan. Zijn er nog andere inconvenianten verbonden aan de hulpverlening tijdens het weekend, zoals gebrekkige regelingen, dan kan dit verder bijdragen tot een negatieve houding ten opzichte van de waarneming tijdens het weekend. Dit vormt een potentiële voedingsbodem voor problemen tijdens de weekenddienst. *Dit onderzoek tracht daarom ook na te gaan welke factoren vooral samenhangen met een negatieve beleving van de weekenddienst.* Wij veronderstellen onder andere een samenhang tussen de beleving van de weekenddienst en de aard van de tijdens de dienst gepresenteerde klachten. Zo leek het ons aannemelijk, dat huisartsen met relatief veel

patiënten met psychische klachten de waarneming negatiever beleven dan huisartsen met betrekkelijk weinig patiënten met deze klachten. *De gegevens die wij over de klachten van patiënten verzamelden, boden ons tevens de mogelijkheid het klachtenpatroon tijdens de weekenddienst nader te beschrijven.* Hoewel de aanleiding tot het onderzoek niet direct noopte tot verzameling van gegevens van patiënten werden ook de consumenten benaderd. *Hierdoor konden wij nagaan of de patiënten tevreden waren over de hulpverlening tijdens het weekend en wat de reden van de hulpvraag juist tijdens het weekend was.*

Het onderzoek bestaat dus uit vier delen:

1. Het eerste deel betreft de beschrijving van de opzet van de weekenddienst in Nederland.
2. In het tweede deel onderzoeken wij de samenhang tussen een aantal factoren en de beleving van de weekenddienst.
3. Een beschrijving van het klachtenpatroon tijdens het weekend komt in het derde deel aan bod.
4. Tot slot geven wij in het laatste deel het oordeel van patiënten over de hulpverlening tijdens het weekend. Tevens gaan wij nader in op de reden van de hulpvraag.

In dit artikel komen alleen de resultaten van deel één en deel twee aan de orde. Voor een gedetailleerder onderzoeksverslag verwijzen de auteurs naar het rapport 'De weekenddienst van huisartsen in Nederland'<sup>3</sup>, dat voor geïnteresseerden verkrijgbaar is bij het NHG.

#### **Uitvoering**

Het veldwerk voor dit onderzoek is eind 1974 verricht. In augustus van dat jaar hebben wij 1.105 Nederlandse huisartsen benaderd met de vraag of zij aan ons onderzoek wilden meedoen door een – bijgevoegde – enquête in te vullen\*. Hierop hebben 622 huisartsen geantwoord. Dat wil zeggen dat 483 huisartsen het enquêteformulier niet hebben ingevuld. Van deze non-respondenten zijn nog eens 100 personen benaderd, nu telefonisch. Hieruit bleek dat 30% medewerking om

uiteenlopende redenen geweigerd had, 36% het enquêteformulier niet had ontvangen en liefst 20% geen praktizerend huisarts meer was. Verwijderen we deze 20% uit de steekproef, dan blijven 1.006 nog praktizerende huisartsen over. De non-response komt hiermee op ongeveer 38%. De genoemde 622 huisartsen werd tevens gevraagd aan het vervolg van het onderzoek mee te werken. Dit gedeelte vond plaats in het weekend dat de huisarts zelf dienst deed. Enerzijds werden vragen gesteld over zijn beleving van de weekenddienst, anderzijds vroegen wij hem een aantal gegevens over de klachten van patiënten die zijn hulp inriepen voor elke patiënt afzonderlijk te registreren. Uiteindelijk werkten aan dit deel nog eens 288 huisartsen mee, die voor in totaal 7.851 patiënten gegevens over de geuite klachten verzamelden. Tot slot werd de huisartsen ook gevraagd aan een aantal patiënten die hun hulp hadden ingeroepen een enquêteformulier mee te geven. In totaal werden 2.880 formulieren uitgereikt, waarvan 56% werd geretourneerd.

#### **Organisatie weekenddienst**

De beschrijving van de organisatie van de weekenddienst vindt op drie niveaus plaats.

Het *interne niveau* heeft betrekking op gegevens die de onderlinge relaties tussen leden van een weekenddienstgroep kenmerken. Het betreft hier de formele regelingen (bijvoorbeeld onderlinge rapportage van verrichtingen tijdens het weekend). Bij kenmerken van het tweede niveau gaat het om eigenschappen van het *totale weekenddienstverband*, zoals het aantal tijdens de weekenddienst te verzorgen mensen, etc. Tot slot werd ook nog een derde niveau onderscheiden, het *externe niveau*. Het gaat hier om de relaties tussen de weekenddienstgroep en andere hulpverlenende instellingen, zoals eerste hulp, GG&GD etc.

Naast de gegevens op deze drie niveaus werd ook gevraagd naar regelingen die elke dienstdoende huisarts zelf, ongeacht de maatregelen van de overige leden van de weekenddienstgroep, had getroffen.

Een moeilijkheid bij de beschrijving van de organisatie van de weekenddienst was, dat wij onze gegevens verzamelden via huisartsen en niet via

\* Het Nederlands Huisartsen Instituut stelde hiervoor bereidwillig haar huisartsenbestand ter beschikking.

weekenddienstgroepen. Omdat wij een a-selecte steekproef hadden getrokken uit het totale Nederlandse huisartsenbestand, waren grotere groepen oververtegenwoordigd. Met behulp van een weegprocedure, gebaseerd op de binomiale verdeling, waren wij toch in staat het totaal aantal weekenddienstgroepen en daarmee ook hun kenmerken te schatten. Volgens deze procedure berekend, bedroeg het totaal aantal geschatte weekenddienstgroepen 578<sup>4</sup>.

### Het interne niveau

De formalisering van de relaties tussen leden van eenzelfde weekenddienstgroep werd vanuit twee gezichtshoeken benaderd. Veel belang wordt door de werkgroep 'weekenddiensten' gehecht aan de onderlinge communicatie tussen leden van één weekenddienstgroep. Om die reden werd in de vragenlijst een aantal vragen opgenomen met betrekking tot de communicatie over de weekenddienstverrichtingen. Daarnaast besteden wij hier aandacht aan de taakverdeling tussen leden van de weekenddienstgroep.

In 39% van de weekenddienstgroepen geldt als vaste regel, dat de arts die dienst heeft door alle collegae van de weekenddienstgroep van te verwachten problemen op de hoogte wordt gebracht, in 43% van de groepen gebeurt dit door enkele artsen en in 18% van de groepen gebeurt dit in feite helemaal niet. Hoewel 83% van de huisartsen het desgevraagd wel gewenst vond over te verwachten problemen te worden geïnformeerd, is dit dus in vele weekenddienstgroepen nog niet gerealiseerd<sup>5</sup>.

Tijdens de weekenddienst kan nadere informatie over de medische voorgeschiedenis van patiënten (bijvoorbeeld patiënten met een carcinoom) erg belangrijk zijn. In 41% van de weekenddienstgroepen kan de dienstdoende huisarts van alle artsen waarvoor hij waarneemt de noodzakelijke informatie krijgen; in 36% van de weekenddienstgroepen is dit bij enkele en in 23% bij geen der artsen van de groep mogelijk.

Rapportage na afloop van de dienst was in de meeste weekenddienstgroepen wel gerealiseerd. In 69% van de groepen vindt telefonisch overleg plaats. In 20% van de groepen is schriftelijke rapportage gebruikelijk. Slechts 1% van de groepen belegt een bespreking

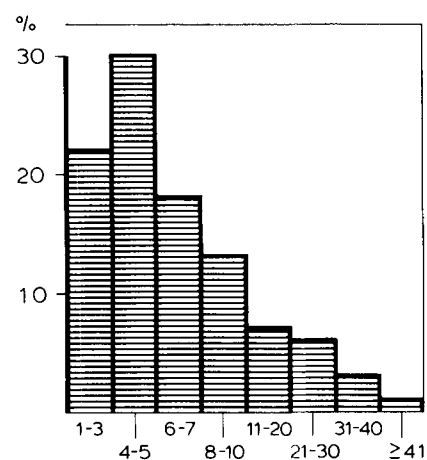
waarin speciaal de weekenddienstverrichtingen aan bod komen.

Ten slotte stelden wij de deelnemers aan het onderzoek ook de vraag of er regelmatig bijeenkomsten in weekenddienstverband plaats vonden. Het merendeel der groepen komt incidenteel of nooit bijeen (55% respectievelijk 22%). De overige groepen komen eenmaal per maand of vaker bijeen (6% minstens eenmaal per week en 17% minstens eenmaal per maand).

### Het niveau van het totale weekenddienstverband

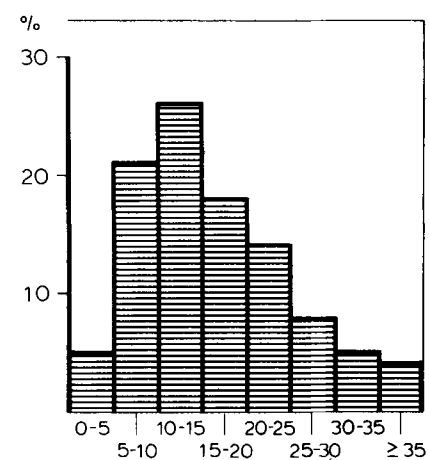
Onmiskenbaar hebben kenmerken van de weekenddienst grote consequenties voor met name de continuïteit en de bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts. Wij onderzochten daartoe hoe groot waarnemingsgroepen in Nederland zijn en waar de grotere groepen vooral gelokaliseerd zijn. Daarnaast zullen wij nagaan over hoeveel zielen de weekenddienst hulpverlening zich uitstrekt en tot slot zullen wij nagaan wanneer de weekenddienst begint en eindigt.

Het blijkt, dat aanzienlijke variatie bestaat in het aantal leden der verschillende groepen (zie fig. 1). In totaal bestaat 17% van de groepen uit elf of meer leden. Dit komt erop neer, dat meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen in groepen van elf of meer de weekenddienst heeft geregeld. Grotere groepen functioneren vooral in steden, kleinere op het platteland<sup>6</sup>.



Figuur 1. Verdeling van het aantal weekenddienstgroepen in Nederland naar het aantal deelnemende artsen in procenten van het totaal (N= 578).

Dat met variaties in het ledental van de weekenddienstgroep ook variaties in het door de groep te verzorgen aantal mensen samenhangt, ligt voor de hand. Het is moeilijk aan te geven waar een optimale grens moet liggen voor het totaal aantal te verzorgen personen. Zeker is wel dat huisartsen die waarnemen voor kleinere patiëntenpopulaties, met name in spoedeisende situaties, in het voordeel zijn. Uit fig. 2 blijkt, dat nogal wat groepen de waarneming voor minder dan 20.000 zielen regelen. Dit geldt voor 70% van de groepen; in de overige vindt waarneming plaats voor meer dan 20.000 zielen. In de helft van deze betrekkelijk grote weekenddienstpopulaties werd de hulpverlening tijdens de dienst door één arts verzorgd, terwijl in een groot gedeelte van deze groepen zelfs geen achterwacht, waar de dienstdoende arts in noodgevallen op zou kunnen terugvallen, aanwezig was<sup>7</sup>. Het gaat hier weliswaar om relatief weinig weekendgroepen, maar om betrekkelijk veel huisartsen en te verzorgen patiënten. Ook de duur van de weekenddienst verschilt nogal tussen weekenddienstgroepen onderling. In Nederland blijkt de dienst die zich over het gehele weekend uitstrekt verreweg het meest voor te komen. Ongeveer 90% van de groepen heeft dat op deze wijze geregeld. Bij een kleine minderheid is het weekend in een aantal delen gesplitst, waarbij voor elk deel van de dienst een andere arts de waarneming doet. Daarbij komt dat de



Figuur 2. Verdeling van de Nederlandse weekenddienstgroepen naar het aantal te verzorgen zielen in procenten van het totaal (N= 569; onbekend 9).

duur van het weekend nogal eens verschillend wordt omschreven. Dit heeft tot gevolg dat ook het begin en eind van de dienst aanzienlijk variëren<sup>8</sup>.

In fig. 3 zien we vier duidelijke pieken bij 37-40, 45-48, 53-56 en 61-64 uur weekenddienst. Tezamen betreft dit 67% van alle weekenddienstgroepen. Van alle groepen heeft 19% drie nachten in de dienst. Twee nachten dienst komt in 44% van de groepen voor. Waarneming voor groepen die de weekenddienst het volledige weekend aan één arts overlaten geeft wellicht nog de minste belasting bij 37-40 uur; als de dienst zaterdagmorgen begint, kunnen deze groepen de dienst nog vóór de nacht van zondag op maandag beëindigen, zodat de dienstdoende huisarts maar één nacht behoeft waar te nemen voor zijn collega's. Van alle groepen heeft 34% één nacht in waarneming opgenomen<sup>9</sup>.

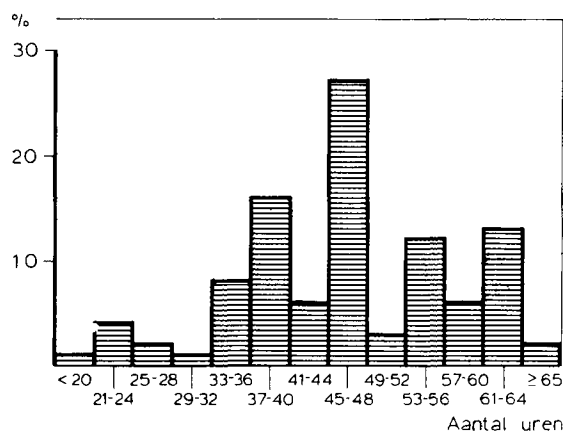
#### Het externe niveau

Hulp verlenen tijdens het weekend betekent ook waarnemen voor andere huisartsen. De kans op hulpvragen voor spoedgevallen is daarom juist in het weekend veel groter. Hulp van anderen in de eerste lijn en als dat nodig is ook van anderen in de tweede lijn kan daarom van wezenlijk belang zijn. In 23% van de waarnemingsgroepen kan de huisarts eventueel hulp van een gezinsverzorgster inschakelen. De wijkverpleegkundige is doorgaans goed bereikbaar; in 91% van de groepen is bekend, dat een wijkverpleegkundige dienst heeft. Voor spoedgevallen kunnen patiënten uit 50% van de waarnemingsgroepen rechtstreeks naar GG & GD, BGD, poli of eerste hulp; zijn zij daartoe niet in staat, dan kan in het merendeel van de groepen binnen tien minuten een ambulance ter plekke zijn<sup>10</sup>.

De mogelijkheid tot opname van patiënten is tijdens het weekend niet wezenlijk verschillend, vergeleken met door de week. In 88% van de groepen is de opnamemogelijkheid dezelfde als door de week.

#### Individuele regelingen

Het gaat hier om voorzieningen die de huisarts op eigen initiatief heeft getroffen. Andere leden uit de groep behoeven deze voorzieningen dus niet te hebben getroffen. Een derde van de



Figuur 3. Staafdiagram van de duur van de weekenddiensten (N= 509; onbekend 69) in uren.

Nederlandse huisartsen houdt tijdens het weekend een open spreekuur. Hiervan vindt 89% plaats op een vast tijdstip zonder afspraak en 8% op een vast tijdstip, volgens afspraak<sup>11</sup>. Van de Nederlandse huisartsen heeft 37% tijdens de weekenddienst niet de beschikking over een oproepinstallatie; 52% maakt gebruik van een semafoon, terwijl een minderheid van ongeveer 11% via een mobiele telefoon of anderszins bereikbaar blijft.

#### Beleving weekenddienst door de dienstdoende huisarts

De beleving van de weekenddienst wordt zeker niet alleen of in de eerste plaats bepaald door de organisatorische opzet ervan. Wel lijkt het plausibel aan te nemen, dat het doen van weekenddienst als minder belastend wordt ervaren in een groep waarin goede regelingen getroffen zijn dan in groepen waarin weinig of niets is geregeld. Is aan deze voorwaarde van een goede organisatorische opzet voldaan, dan zijn daarmee nog geen garanties gegeven dat geen andere omstandigheden de beleving van de dienst negatief kleuren.

Van de volgende factoren werd een samenhang verondersteld met de beleving van de weekenddienst:

— *organisatie weekenddienst*. Een minder perfecte organisatie kan tijdens de dienst tot onverwachte situaties aanleiding geven. Indien hiervoor steeds ad hoc oplossingen moeten worden gevonden, beïnvloedt dit de beleving van de weekenddienst

nadelig. Huisartsen uit groepen met minder organisatorische regelingen zullen, zo luidt de verwachting, daarom in het algemeen minder positief ten opzichte van de weekenddienst staan;

— *eigen beroepsbeeld huisarts*. De wijze waarop de huisarts tegen zijn eigen beroep aankijkt, bepaalt ook zijn kijk op de weekenddienst. Huisartsen met een negatief beroepsbeeld in het algemeen zullen daarom ook tijdens de dienst, als anderen van hun vrije tijd kunnen genieten, minder positief tegenover het doen van weekenddienst staan dan hun collega's die meer waardering voor hun beroep hebben;

— *relatief aantal eigen patiënten*. Een andere, erg belangrijke factor lijkt de vraag of tijdens de dienst relatief veel eigen patiënten hulp van de dienstdoende huisarts inroepen. Hulp aan patiënten van andere huisartsen houdt een bepaalde onzekerheid in, doordat kennis over de medische voorgeschiedenis van de patiënten ontbreekt. Wij verwachten daarom, dat huisartsen die relatief minder hulpvragen van patiënten van andere huisartsen krijgen positiever tegenover de weekenddienst staan;

— *belasting tijdens weekenddienst*. Wellicht voor de hand liggend, maar daarom niet minder belangrijk, lijkt de invloed van de zwaarte van de weekenddienst. Huisartsen die slechts een gedeelte van het weekend of met meerdere huisartsen tegelijk dienst doen, worden minder belast dan hun collega's die de dienst alleen moeten uitvoeren. Daarnaast kan het aantal hulpvragen als gevolg van minder

voorspelbare omstandigheden de ene weekenddienst veel groter zijn dan de andere. Zo lijkt een weekenddienst tijdens een griep epidemie om deze reden minder aantrekkelijk;

– *aard contact met patiënten.* Hoe een huisarts de weekenddienst na afloop beleeft, hangt ongetwijfeld af van de aard van de contacten met zijn patiënten. Dit geldt met name voor contacten met patiënten die hulp inroepen terwijl dit volgens de huisarts niet nodig is. De communicatiestoornissen op grond van dit soort contacten brachten de weekenddienst soms op negatieve wijze in de publiciteit. Onze verwachting is, dat dergelijke contacten mede aanleiding zijn tot een negatiever beeld van de weekenddienst bij de dienstdoende huisarts;

– *relaties tussen de groepsleden.* Deze invloed ligt niet zonder meer voor de hand. Wat hebben de relaties tussen leden van een waarnemingsgroep te maken met de beleving van de weekenddienst zelf? Tussen de eigen huisarts en zijn patiënten groeit een soort communis opinio over het moment van hulp inroepen. Nemen wij nu aan dat voor sommige huisartsen een lagere drempel tot het inroepen van hulp acceptabel is en voor anderen niet, dan krijgen deze laatsten juist tijdens het weekend hulpvragen waarmee zij door de week niet worden belast. Afgezien daarvan zullen huisartsen die in de informele sfeer niet of niet prettig met elkaar omgaan, minder gemotiveerd zijn de zorg voor patiënten van hun collega's over te nemen;

– *beoordeling hulpvraag.* De dienst kan voor huisartsen, geconfronteerd met relatief veel patiënten die voor minder urgente klachten hulp inroepen de atmosfeer grondig bederven. Dit geldt voor lichamelijke klachten, maar evenzeer voor klachten waarvoor de

huisarts niet of niet alleen de aangewezen hulpverlener is, zoals bij hulpvragen voor psychische of psychosomatische klachten. Vooral de hulpvragen voor niet-lichamelijke klachten eisen arbeidsintensieve bemoeienis van de dienstdoende huisarts.

Wij kunnen in dit bestek niet in extenso ingaan op de wijze, waarop wij de gegevens die hier worden gepresenteerd hebben gemeten. Hiervoor zij wederom verwezen naar het onderzoeksverslag<sup>12</sup>.

Voor wat betreft de organisatie van de weekenddienst gingen wij de invloed van vier variabelen na op de beleving van de weekenddienst.

Voor de externe en interne regelingen sommeerden wij voor elke dienstdoende huisarts het totaal aantal getroffen regelingen. Uit *tabel 1* kunnen wijs aflezen, dat voor geen der organisatiekenmerken de veronderstelde samenhang opgaat. Huisartsen met meer regelingen intern of extern beleven de weekenddienst niet positiever dan huisartsen met

*Tabel 1. Overzicht van correlaties tussen factoren waarvan invloed op de beleving van de weekenddienst werd verondersteld en de beleving van de weekenddienst (N = 288).*

<i>organisatie weekenddienst</i>	
externe regelingen .....	.07
interne regelingen .....	.00
grootte weekenddienstgroep .....	.08
vergaderfrequentie .....	.07
<i>beroepsbeeld</i>	
taakgericht beroepsbeeld .....	.17** a)
patiëntgericht beroepsbeeld .....	.16**
<i>relatief aantal eigen patiënten</i> .....	-.17**
<i>belasting tijdens weekenddienst</i>	
potentiële belasting .....	.07
feitelijke belasting .....	.05
<i>aantal onprettig ervaren contacten</i> .....	.25**
<i>relaties tussen groepsleden</i>	
informele relaties .....	.17**
beleving verschil in omgangsstijl .....	.20**
bespreekbaarheid problemen .....	.19**
<i>beoordelings hulpvraag</i>	
relatief aantal futiliteiten .....	.12* b)
relatief aantal lichte aandoeningen .....	-.03
relatief aantal tijdige hulpvragen ..	-.10*
aantal psychische en psychosomatische aandoeningen ..	.29**

a) \*  $p \leq 5\%$

b) \*\*  $p \leq 1\%$

\* Om een indruk te krijgen hoe groot de invloed van de verschillende variabelen is, kunt u de correlatiecoëfficiënten kwadrateren. U krijgt dan het zogenaamde percentage verklaarde variantie. (Bijvoorbeeld:  $.29 \times .29 = .0841$ , vermenigvuldigen met 100 geeft 8,4%. Dit betekent dat 8,4% van de verschillen in beleving van het weekend kan worden verklaard door het aantal psychische en psychosomatische klachten.)

minder regelingen.

Dezelfde conclusie geldt voor de grootte en de vergaderfrequentie van de weekenddienstgroep\*.

De veronderstelde samenhang gaat in geringe mate wel op voor de waardering voor het eigen beroep. Aan de ene kant bestudeerden wij deze samenhang voor het beroepsbeeld, zoals dit tot uitdrukking komt in de kijk op patiënten. Daartoe werd de huisartsen een lijst met lastige patiënten voorgelegd. Huisartsen die aangaven veel van deze patiënten in hun praktijk te ontmoeten (dus niet tijdens de dienst) bleken de dienst negatiever te hebben beleefd. Aan de andere kant legden wij de huisartsen een lijst met uitspraken ten aanzien van de uitvoerbaarheid van een aantal taken in de huisartspraktijk voor. Huisartsen die minder taken uitvoerbaar achtten, bleken ook negatiever te staan ten opzichte van de weekenddienst die zij zojuist hadden uitgevoerd. De verwachte samenhang blijkt ook op te gaan voor het relatief aantal eigen patiënten. Huisartsen die tijdens de dienst relatief meer met eigen patiënten werden geconfronteerd, spraken zich na afloop van de dienst positiever hierover uit.

Vrij verrassend is de bevinding, dat de belasting van de weekenddienst nauwelijks invloed heeft op de beleving ervan. Of huisartsen tijdens de dienst nu veel of weinig werk te verzetten hebben, dit heeft geen invloed op hun houding ten opzichte van de dienst. Dit geldt zowel voor de feitelijke belasting tijdens de dienst (totaal aantal contacten, speedcontacten en nachtvisites en consulten) als voor de potentiële belasting (duur van de dienst, totale weekenddienstpopulatie, bevallingen en assistentie tijdens de dienst).

De contacten met patiënten bleken wel duidelijk van invloed. Huisartsen die meer onprettige contacten met patiënten hadden meegemaakt, stonden negatiever tegenover de dienst.

Ook de relaties tussen de leden van de weekenddienstgroep bleken duidelijk samen te hangen met de beleving van de dienst. Dit geldt voor de beleefde informele relaties tussen collega's uit de waarnemingsgroep; waren deze minder positief, dan werd de dienst ook negatiever beleefd. Dit geldt ook als de dienstdoende huisarts tijdens de dienst gerezen problemen slecht bespreekbaar acht in de waarnemingsgroep. Is de dienstdoende

huisarts van mening dat er tussen de huisartsen uit zijn waarnemingsgroep grote verschillen in de omgang met patiënten bestaan, dan beleeft hij de dienst waarin hij de waarneming voor zijn collega's verzorgt ook negatiever. Gegevens over de hulpvragen tijdens de dienst zijn in verschillende mate van invloed op de beleving van de dienst. Huisartsen met relatief meer hulpvragen voor een futiliteit beleven de dienst negatiever. De samenhang is echter niet bijzonder sterk. Komen patiënten relatief meer met klachten waarvoor zij volgens de arts even goed tot na de dienst hadden kunnen wachten, dan heeft dit de zelfde invloed op de beleving van de dienst. Ook hier is de samenhang niet bijzonder sterk. De sterkste samenhang komt naar voren bij het aantal psychische en psychosomatische klachten. Huisartsen met meer patiënten met deze klachten beleven de dienst negatiever.

#### Conclusies en beschouwing

Met betrekking tot de communicatie tussen de leden van een waarnemingsgroep blijkt dat communicatie na de dienst over het algemeen is gerealiseerd. Veel minder is dit het geval met betrekking tot communicatie tijdens en vóór de weekenddienst.

Weekenddienstgroepen komen in het algemeen weinig bijeen. Bijna driekwart van de groepen komt minder dan één maal per maand of nooit bijeen. Zoals te verwachten, komen grotere groepen en dus ook grotere weekenddienstpopulaties vooral in grotere steden voor. Hier staat tegenover dat met name in de steden meer hulpverleningsmogelijkheden bestaan, zoals GG & GD, BGD, poli of eerste hulp. Bovendien is hier verwijzing naar het ziekenhuis gemakkelijker te realiseren. De mogelijkheden hiertoe verschillen niet opvallend met die door de week. Een minderheid van de weekenddienstgroepen splitst de dienst in een aantal delen, waarbij elk deel door een andere arts wordt waargenomen.

Wij vonden geen samenhang tussen de beleving van de weekenddienst en de hardere gegevens, zoals organisatie en belasting van de dienst. Veel belangrijker voor een positieve beleving van de dienst zijn het

beroepsbeeld van de huisarts, de contacten met patiënten tijdens de dienst, de relaties tussen de leden van de weekenddienstgroep en de aard van de tijdens de dienst geïmplementeerde klachten.

Het onderzoek naar het verschijnsel weekenddienst leverde nog veel meer informatie op. Hiermee zijn niet zonder meer richtlijnen op te stellen voor een betere organisatie van de weekendwaarneming. Ten aanzien van de vervanging van de huisarts tijdens het weekend bestaan immers geen normen.

Niettemin wordt in huisartsenkring het streven naar kwaliteitsverbetering steeds duidelijker. De werkgroep die eind 1976 op verzoek van de Geneeskundige Hoofdingspectie in het leven werd geroepen, is speciaal belast met het opstellen van richtlijnen voor de waarneming door huisartsen. Deze werkgroep staat voor een moeilijke opgave. Bij het opstellen van algemene richtlijnen kan moeilijk rekening worden gehouden met lokale verschillen in de hulpverleningssituatie. De inventarisatie van de weekenddienst in Nederland biedt echter naast inzicht in het huidige functioneren van de weekenddienst ook aanknopingspunten voor de signalering van lacunes in de weekendwaarneming, als eenmaal richtlijnen zijn opgesteld.

#### Literatuur

1. Roelink, H. Waarnemingen door en bereikbaarheid van praktiserende artsen I. Medisch Contact, 1970, p. 1065.

Roelink, H. Waarneming door en bereikbaarheid van praktiserende artsen II. Medisch Contact, 1970, p. 1105.

Roelink, H. Ondeugdelijke weekend-waarnemingsregelingen? Naar aanleiding van uitspraak medisch Tuchtcollege te Zwolle. Medisch Contact, 1971, p. 692.

2. Hofmans, A. Weekenddienst. Huisarts en Wetenschap, 1971, p. 247.

Korver, C. Bevindingen van een weekend waarnemen terzake van al dan niet gemotiveerd inroepen van huisartsenhulp. Medisch Contact, 1970, p. 437.

van der Meer, K. Weekenddienst. Huisarts en Wetenschap, 1973, p. 223.

Smit, P. Th. Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift, Nijmegen, 1974.

Waisfisz, H. G. Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst. Huisarts en Wetenschap, 1974, p. 226.

3. Van Eijk, J. Th. M., Gubbels, J., de Koningh, D., van der Meer, K. en J. van Noort. De weekenddienst in Nederland. Utrecht, NHG, 1977.

4. Van Eijk, e.a. o.c. p. 24-25.

5. Van Eijk, e.a. o.c. p. 32.

6. Van Eijk, e.a. o.c. p. 26.

7. Van Eijk, e.a. o.c. p. 37-39.

8. Van Eijk, e.a. o.c. p. 34-35.

9. Van Eijk, e.a. o.c. p. 36.

10. Van Eijk, e.a. o.c. p. 40-41.

11. Van Eijk, e.a. o.c. p. 42.

12. Van Eijk, e.a. o.c. p. 89-98.

## 'DOELSTELLINGEN'-SERIE GEBUNDELD

*De indertijd verschenen gebundelde uitgave van alle artikelen die in de serie 'Doelstellingen van de gezondheidszorg' in Medisch Contact werden gepubliceerd zijn nog steeds verkrijgbaar.*

*Stof voor deze bundel leverden: Prof. Dr. J. P. Kuiper, Dr. J. van Mansvelt, Dr. L. Th. S. Kortbeek, Dr. Y. van der Wielen, Dr. J. T. Buma, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Prof. Dr. H. J. J. Leenen, Prof. Dr. A. G. M. van Melsen, Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Dr. H. Festen, Prof. Dr. H. J. Dokter/Dr. H. Ph. Milikowski, Drs. A. Chr. J. Brand en Dr. P. Siderius.*

*Belangstellenden voor deze doelstellingenbundel waarvan de kosten (incl. verzending) f 8,50 bedragen verzoeken wij hun interesse kenbaar te maken door overmaking van dit bedrag op postgironummer 58083 der KNMG of op de AMRO-bank, rekeningnummer 45.64.48.969.*



## Traumatologie in de sportgeneeskunde

Het is een gelukkig feit dat de aandacht van de geneeskundige wereld voor sport de laatste jaren sterk is toegenomen. De grootste interesse van de medische wereld werd uiteraard gewekt door de topsport, omdat op dit niveau van sportbeoefening en training fysiologische, cardiologische en orthopaedische randgebieden worden betreden die voor de medicus als wetenschapsbeoefenaar uiterst interessant zijn. Bovendien hebben de topsporters en hun begeleiders en trainers ontdekt dat zij de kennis en hulp van de medicus nodig hebben om het gewenste prestatieniveau te kunnen bereiken en handhaven. Er bestaat aldus een gemeenschappelijk belang tussen de medicus die de topsport als een gebied heeft ontdekt waarop hij door wetenschappelijk onderzoek basiskennis omtrent een groot aantal processen in het menselijk lichaam kan opdoen en de topsporter die ontdekte dat hij de medicus nodig had voor het bereiken en handhaven van zijn prestatieniveau, o.a. door evaluatie van zijn trainingsvormen, conditiemetingen, voedingsadviezen en blessurebehandeling.

De rol van de sport in het maatschappelijk leven is de laatste tientallen jaren wezenlijk veranderd. Sportactiviteiten op welk niveau dan ook, zijn in toenemende mate een 'onvervreemdbaar' onderdeel gaan vormen van het dagelijks leefpatroon van steeds meer mensen. Bovendien neemt de sport – op welk niveau dan ook bedreven – een steeds hogere plaats in op de persoonlijke waardenscala van diegenen die haar beoefenen. In veel gevallen zijn iemands sportactiviteiten in sterkere mate bepalend voor zijn sociale identiteit dan zijn arbeidsprestaties en worden deze sportactiviteiten

door **Dr. G. P. H. Hermans**



Dr. G. P. H. Hermans is als orthopaedisch chirurg verbonden aan de RK Ziekenverpleging te Hilversum en het Ziekenhuis St. Jan-Hoog-Laren te Laren. Sinds vijftien jaar houdt hij zich actief met de sportgeneeskunde bezig, voornamelijk met betrekking tot de traumatologie. Hij is vice-voorzitter van de Vereniging voor Sportgeneeskunde, speciaal belast met buitenlandse contacten, contacten met de KNMG en met instituten voor wetenschappelijk onderzoek. Hij is voorzitter van het Opleidingsconcilium voor Sportartsen en docent voor het onderdeel traumatologie van de applicatiecursussen van de Vereniging voor Sportgeneeskunde.

dienovereenkomstig gewaardeerd. De groei zowel in aantal actieve deelnemers (in Nederland zijn ruim drie miljoen geregistreerde – dat wil zeggen bij bonden aangesloten – sportbeoefenaren) alsook in belevingsintensiteit, heeft tot gevolg dat de vraag uit alle lagen van de sportwereld naar medische begeleiding toeneemt. Om aan deze vraag tegemoet te kunnen komen kan de sportgeneeskunde niet meer uitsluitend uit de activiteiten van een paar min of meer gespecialiseerde medici ten

behoefte van hooggespecialiseerde topsporters bestaan, maar dient de sportgeneeskunde te beantwoorden aan de definitie die Prof. Jongbloed er in 1955 al aan gaf: 'Sportgeneeskunde is de wetenschap, die zich bezighoudt met alle medische aspecten van de sportbeoefening, zowel van basaalwetenschappelijk als van preventieve en curatieve aard'. Het arbeidsterrein van de in de sportgeneeskunde geïnteresseerde medicus dient zich dus over het gehele gebied van de sport uit te strekken en omvat zowel recreatie als ook wedstrijd sport, prestatiesport en topsport.

Ook al genieten de lagere regionen van de sportwereld dan minder belangstelling van pers en andere publiciteitsmedia, medisch gesproken vereist elk inspanningsniveau in de sport aandacht. Immers ook de 'mindere goden' in een geringere trainingstoestand begeven zich bij hun sportbeoefening in situaties waarbij zij zich – relatief gesproken – maximaal inspannen. Steeds is er een situatie waarbij de fysieke belasting de grens van de fysieke belastbaarheid benadert. Het vergroten van deze belastbaarheid is het doel van training. Tot voor een tiental jaren waren deze trainingsvormen vooral gericht op het aanleren van motorische vaardigheden en het vergroten van het uithoudingsvermogen. Dit uithoudingsvermogen (conditie) werd vrijwel uitsluitend gedefinieerd aan de hand van de capaciteit van het cardio-pulmonale systeem, in de stilzwijgende veronderstelling dat het locomotore systeem de opgelegde belastingen ten alle tijde zou kunnen opbrengen.

Met het toenemen van de trainingsintensiteit echter – nodig om

het in alle niveaus van de sportbeoefening stijgende prestatieniveau te bereiken – werd echter steeds vaker de grens van de belastbaarheid van het locomotore systeem bereikt en in een aantal gevallen overschreden.

Op deze wijze nam en neemt het aantal gevallen waarin het locomotore systeem veel meer dan de conditie van het cardio-pulmonale systeem de prestatiebeperkende factor vormt steeds meer toe. De zorg voor het locomotore systeem neemt daarom een essentiële plaats in binnen de sportgeneeskunde. De geïnteresseerde algemeene medicus of orthopaed zal echter niet alleen traumatische afwijkingen in het locomotore systeem dienen te behandelen, maar zich ook bezig moeten houden met preventie, teneinde in de training traumatiserende factoren te kunnen vermijden door een analyse van de trainingsvorm en de daarbij optredende bewegingsaflopen. Kennis van de mechanische eigenschappen van de samenstellende histologische elementen van het locomotore systeem en hun aanpassingsmogelijkheden is daarvoor noodzakelijk, evenals kennis van de biomechanische wetmatigheden die diverse in de sport voorkomende bewegingsvormen beheersen.

### **Het werkkterrein van de sporttraumatologie**

Tot op zekere hoogte terecht wordt vaak de vraag gesteld wat er zo bijzonder is aan sportletsels, behalve het feit dat ze – waar het topsporters betreft – met veel publiciteit worden omgeven. Waarin onderscheidt sporttraumatologie zich van de algemene traumatologie? Is de sporttraumatologie wel als afgrensbaar gebied binnen de algemene traumatologie aan te duiden? Immers een fractuur is een fractuur en het feit dat deze op het sportveld is ontstaan zal aan de behandelingsvorm niets veranderen.

Toch is er een aantal letsels dat – zoals uit de benamingen al is af te leiden – kennelijk exclusief is voor de sport. Bekend zijn o.a. de tenniselleboog, de 'athletes shin', de 'pitchers elbow' in het honkbal en de voetbalknie. Deze opsomming is met vele voorbeelden die betrekking hebben op andere takken van sport uit te breiden. Er bestaat een 'sportsoort-specifieke' groep van letsels die samenhang vertonen met de

in een tak van sport frequent voorkomende bewegingsafloop. Typerend voor vele sportletsels is het feit dat zij een als 'endogeen' aan te duiden ontstaanswijze hebben. Door een verstoorde bewegingsafloop of een onfysiologische spiercontractie ontstaat zo bijvoorbeeld het 'Körpereigenes' trauma (Groh). Dergelijke traumata kunnen een acute ontstaanswijze hebben, zoals bijvoorbeeld bij een spier- of fascieruptuur dan wel na een veel chronischer beloop manifest worden. Onderscheid kan aldus gemaakt worden in 'Sportschäden' en 'Sportverletzungen' (Breitner). Een beschrijving van het pathologisch anatomisch substraat, dat ten grondslag ligt aan de typische chronische sportblessures ofwel surmenageletsels, is vaker een voorwerp van theoretische beschouwing geweest dan van doelgericht wetenschappelijk onderzoek. Door recente onderzoeken van o.a. Guedj, Arndt en Frankel met gebruik van de elektronenmicroscopie zijn echter sterke argumenten geleverd voor de opvatting dat aan deze surmenageletsels micro-traumatische afwijkingen ten grondslag liggen. Een dergelijke optelsom van traumata van exogene aard voert tenslotte tot microscopisch en röntgenologisch zichtbare afwijkingen zoals bij recidiverende lichters en zwaardere distorsies van het enkelgewricht. Een systematische indeling van het terrein van sporttraumatologie zou er aldus uit kunnen zien:

#### *acuut:*

exogeen (bijvoorbeeld contusie)  
endogeen (bijvoorbeeld spier- en/of fascieruptuur)  
exogeen (bijvoorbeeld recidiverende distorsies)

#### *chronisch:*

endogeen (bijvoorbeeld werperselleboog)

Het is duidelijk dat vooral de groep met een endogene ontstaanswijze – zowel in wedstrijd als in training – kan voorkomen. De vraag doet zich dan logischerwijze voor of preventie ten aanzien van sportletsels mogelijk is.

### **Epidemiologie en preventie van sportletsels**

Preventie is *niet mogelijk* zonder kennis van de aetiologische factoren die een

rol spelen bij het tot stand komen van sportletsels. Preventie wordt pas *zinnig* tegen de achtergrond van kwalitatieve gegevens over sportletsels. Deze gegevens zijn te vinden in het werk van o.a. Groh, Heiss en Breitner en Johansen, die hun gegevens ontleen aan het materiaal van verzekeringsmaatschappijen op het gebied van sportongevallen. In West-Duitsland met zijn ongeveer vier miljoen sportbeoefenaren vormen de sportongevallen circa 10% van de klinisch behandelde traumata en aangenomen kan worden dat dit een voor Nederland vergelijkbare situatie is. Bij het totaal van alle actieve sportbeoefenaren moet rekening worden gehouden met een percentage van 1½ dat per jaar een sportletsel oploopt, afgezien van de tak van sport waaraan wordt deelgenomen. Naar de sportsoort ingedeeld heeft het voetballen het hoogste ongevalspercentage: 10,34 (Groh), waarna op aanzienlijke afstand volgen worstelen, handbal en boksen. Van het totaal aantal sportletsels valt circa 75% in de categorie van de lichtere blessures die kortdurende (enkele dagen) sport- en arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben.

Dezelfde auteurs die over de frequentie van sportletsels publiceerden hebben zich ook bezig gehouden met het onderzoek naar de aetiologie van deze blessures. Het blijkt uit onderzoek van het materiaal dat:

- 56,7% van alle sportletsels te wijten is aan de sportman of sportvrouw zelf en met name aan zijn of haar onvoldoende trainingstoestand, onvoldoende geoefende bewegingstechniek, oververmoeidheid, onvoldoende voorbereiding, etc.;
- 21,5% is terug te voeren op uitwendige factoren zoals: materiaalfouten, slecht geconstrueerde vloeren van sporthallen, slecht onderhouden sportvelden;
- 8,9% slechts is te wijten aan contact met tegenstanders of een medespeler. Deze cijfers laten enkele conclusies toe:  
78,2% (a + b) van alle sportletsels is toegankelijk voor preventieve maatregelen, waarbij een goed gedoseerde trainingsopbouw en aanleren van de nodige bewegingstechnieken van het grootste belang zijn.

Bij de dosering van trainingsinspanning en analyse van de bewegingsvormen

die bij de training worden gebruikt is de hulp van de sportgeneeskundige onmisbaar. Ook op de keuze van de sportsoort en het niveau waarop deze kan worden beoefend kan de in de sport geïnteresseerde medicus invloed uitoefenen en zodoende profylactisch werken.

Zo zal op wat oudere leeftijd, afhankelijk van de aanwezige bewegingservaring, de contactsport geleidelijk plaats moeten maken voor meer individuele sportactiviteiten. Naast profylaxe is uiteraard in een aantal gevallen therapie noodzakelijk. De therapie van sportletsels is – mede door de publiciteit in de lekenpers – met veel mystiek omgeven. In het algemeen kan worden gesteld – zeker wanneer men er van uitgaat dat ook de zogenaamde surmenageletsels in feite anatomische beschadigingen zijn – mechanische rust van het getraumatiseerde gebied in het locomotore systeem te allen tijde noodzakelijk is om een restitutio ad integrum te bereiken.

De periode noodzakelijk voor het tot stand brengen van dit herstel wordt medebepaald door de aard van de reparatieve processen die hierbij in werking treden.

Net zo min als er technieken zijn die bijvoorbeeld in staat zijn de tijd

benodigd voor de genezing van een fractuur wezenlijk te bekorten, zijn er medicamenten of technieken die de genezingsduur van surmenageletsels kunnen bekorten. Met dit gegeven in gedachten dient de medicus ten allen tijde de steeds gehaaste sportman of sportvrouw tegemoet te treden.

Is er dan in therapeutisch opzicht geen bijzondere functie weggelegd voor de in de sport werkzame medicus? Op een aantal punten is deze rol er wel degelijk:

- De geblesseerde zal zo snel mogelijk zijn moeizaam verkregen trainingstoestand willen terugwinnen. Hierbij kan de sportgeneeskunde hem behulpzaam zijn door het bepalen van de restbelastbaarheid en het adviseren bij het benutten hiervan.
- Tijdens de reactivering dient voortdurend het functieherstel te worden vervolgd en de toename van de belastbaarheid te worden beoordeeld en benut.
- Maatregelen die bijkomstige factoren zoals pijn en oedeemvorming tegengaan en daardoor functieherstel mogelijk maken dienen met beleid te worden toegepast zonder te ontaarden en in polypragmasie te vervallen.
- Doelgerichte adviezen bij het hervatten van de training en adequate toepassing van fysiotherapeutische applicaties kunnen het gevaar voor recidief sterk verminderen.
- Opsporen van de oorzaak van regelmatig optredende blessures maakt preventie mogelijk.

Voor dit alles is niet alleen kennis van de geneeskunde maar ook kennis van de sport en de eisen die tijdens training en wedstrijden aan het menselijk lichaam worden gesteld noodzakelijk. Kennis wordt zelden verworven zonder dat vooraf interesse in een onderwerp is gewekt en het is een goede zaak voor de sportgeneeskunde in het algemeen dat deze interesse in de medische wereld in toenemende mate aanwezig blijkt te zijn.

#### Literatuur

- Arndt, K. Achillessehneruptur und Sport 1975.  
Bénassy, Traumatologie sportive 1976.  
Breitner, Sportschäden und Sportverletzungen 1962.  
Frankel V. Biomechanica van tibiafracturen en vermoeidheidsfracturen, Geneeskunde en Sport 1975.  
Prof. Groh. H. Dr. Sportmedizin 1962.  
Guedj. La tendinite Achilleenne chez le jeune sportif 1973.  
Prof. Dr. Heiss F. Praktische Sportmedizin 1964.  
Johansen. Sport und Unfall, Oslo 1955 (idrett og skader).  
Prof. Dr. Jongbloed J. en Dr. Jongh J. Sportgeneeskunde 1955.  
Krejci V. en Koch P. Muskelverletzungen und Tendopathien der Sportler 1976.  
Schmidt, H. Orthopädie im Sport 1972.

## PRAKTIJKPERIKELN

### ‘Medical shopping’

*Een 30-jarige beroepsvoetballer meldt zich op de orthopaedische polikliniek met klachten over pijn in de rechter liesstreek. Uit de anamnese blijkt, dat de klachten sedert 1½ jaar bestaan en geleidelijk zijn verergerd tot een punt waarbij zelfs de lichtste trainingsinspanning onmogelijk is geworden.*

*De behandeling heeft tot nu toe bestaan uit: fysiotherapie in velerlei vorm; rust, maar nooit langer dan ongeveer één week; in totaal 31 lokale injecties met Cortisonpreparaten, afkomstig uit binnen- en buitenland. Deze injecties zijn door in totaal zes verschillende artsen toegediend, die patiënt veelal op eigen initiatief of op aanraden van zijn trainer of anderen in binnen- en buitenland bezocht. Het aantal van deze injecties is door patiënt nauwkeurig in zijn agenda bijgehouden.*

*Als saillant detail vermeldt patiënt dat bij een van de laatste injecties de naald met behulp van een combinatietang, door de terreinknecht van het stadion aangedragen, uit het os pubis moest worden verwijderd.*

*Tenslotte is patiënt door zijn trainer krachtig toegesproken over de gevolgen van deze langdurige blessure, hetgeen ertoe heeft geleid dat hij een ‘aangepaste’ trainingsopdracht kreeg, die o.a. bestond uit het herhaaldelijk in snel tempo beklimmen van de stadiontrappen met een zandzak van 20 kg op de schouders. Bij deze exercitie ontstond plotseling heftige pijn in de liesstreek en patiënt was op dat moment niet meer in staat verder te lopen. Een dag later werd in de rechter liesstreek een haematoom gezien met een vuistgrote zwelling. Het haematoom breidde zich uit tot in de buurt van de mediale femurcondyl en verdween na enkele dagen.*

*De pijnklachten zijn geleidelijk verminderd. Op het moment van bezoek aan de orthopaedische kliniek, meerdere maanden na het laatste ongeval, kan patiënt een zeer lichte looptraining uitvoeren maar is absoluut niet in staat te voetballen. Met name snel lopen over korte afstanden, keren en wenden, zijn hem onmogelijk. Hij bespeurt in zijn toestand de laatste maanden geen enkele vooruitgang. Bij onderzoek wordt een avulsie van de adductorengroep gevonden van het os pubis.*

*Advies: patiënt wordt geadviseerd zijn voetballoopbaan te beëindigen. De sociale gevolgen van dit advies zullen beperkt zijn, daar hij naast het voetbal een beroepsopleiding heeft gevolgd die hem gemakkelijk plaatsbaar maakt.*

*Conclusie: De – vooral in de topsport – veel voorkomende gewoonte om bij blessures hulp te zoeken buiten de normale medische kanalen om heeft geleid tot een vorm van ‘medical shopping’, waarbij de verschillende artsen niet of slechts ten dele van de reeds toegepaste behandelingen op de hoogte werden gebracht. De ondeskundige aanpak van de trainer is tenslotte de druppel geweest die de emmer heeft doen overlopen.*

Praktijk- en patiëntenperikelen zijn respectievelijk door artsen en patiënten geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

## De praktijk van de medische begeleiding

In de medische begeleiding van een club, bond of van grote evenementen bestaat voornamelijk in het voorbereidende en organisatorische vlak een gradueel verschil. De gemeenschappelijke basis is het voornaamste, namelijk het leren kennen van de sporters, hun trainers, coaches en verzorgers.

Een goed contact is van het allergrootste belang om de medische begeleiding tot een succes te maken en de sporter in optimale conditie – zowel lichamelijk als mentaal – aan zijn sport te laten deelnemen. Een uitgebreide sportkeuring is allereerst een prima gelegenheid om dit contact te leggen. Daarbij dient de arts niet alleen aandacht te hebben voor de lichamelijke gesteldheid, maar ook – via anamnese – interesse te tonen in de leefwijze en sociale omstandigheden van de betrokkene buiten de sport.

Tijdens deze sportkeuring kunnen naar aanleiding van bevindingen aanwijzingen worden gegeven ter preventie van blessures. Ook algemene adviezen over de voor elke sport specifieke traumata – met name van het bewegingsapparaat – blijken nog heel vaak nodig te zijn, bijvoorbeeld bandages van knie of enkel bij instabiliteit, niet alleen bij een wedstrijd maar ook bij de training. Ook over het belang van een goede warming-up moet worden gesproken, want dit blijkt voor velen nog onbekend terrein te zijn.

Het bovenstaande is de situatie die slechts voor een geselecteerde groep sporters kan gelden. Voor de anderen zijn er gelukkig de Bureaux voor Medische Sportkeuring. De sportkeuring zelf kan wat uitgebreidheid betreft afhankelijk worden gesteld van het niveau van de sportbeoefening. Naarmate de sport

door A. E. Stuur



A. E. Stuur is hoofd van de Medische Afdeling Studenten Gezondheidszorg van de Technische Hogeschool Delft. Hij heeft tevens ervaring als clubarts en Bondsarts. Hij was medisch begeleider van deelnemers aan de Universiade Moskou in 1973, Sofia 1977 en de Olympische Spelen te Montreal in 1976.

intensiever en op een hoger plan beoefend word, zal de keuring moeten worden uitgebreid en tenminste – naast bloed- en urine-onderzoek – de bepaling van het vetpercentage van het lichaam, de longfunctie en de belastbaarheid op de fietsergometer moeten omvatten. Pols, tensie, ECG en de berekende VO<sub>2</sub>-max. zijn uiteraard nodig om een beeld van de conditie te krijgen. Deze keuringen kunnen tegenwoordig op Sport Medische Adviescentra worden verricht. De discussie over de resultaten met sporters, trainer en/of coach in een ronde-tafelgesprek na afloop is beslist zinvol omdat het gelegenheid geeft vragen te stellen ten aanzien van training, voeding, problemen rond de menstruatie etc., zaken die zowel de sporter individueel, als wel de gehele groep kunnen aangaan. Deze aanpak kan de groep ook nader tot elkaar brengen.

Overigens dient de arts – zo hij er al verstand van heeft – zich nooit met de sporttechnische zaken te bemoeien tenzij het in het belang van de sporters is, bijvoorbeeld na een blessure, ziekte, overbelasting of overtraining. De trainer of coach hebben het nauwste contact met de sporter; zij zullen bij een goede verstandhouding en samenwerking zeker met de arts in overleg treden. In dit verband is ook de functie van de fysiotherapeut of verzorger van groot belang. Deze zal het herstel van eventuele blessures ter hand moeten nemen, dit na overleg met de arts die hierin alleen een ‘controlerende’ functie heeft.

*Begeleiding van een club.* Door de centralisatie in een vereniging en de frequente onderlinge contacten is de medische begeleiding binnen zo’n verband het gemakkelijkst te realiseren.

*Begeleiding als bondsarts.* Bij een sportbond wordt de medische begeleiding door de decentralisatie moeilijker. De clubs en sporters zijn over het land verspreid en komen slechts op centrale trainingen, alsmede voor oefen- en landenwedstrijden bij elkaar. Keuringen moeten centraal worden georganiseerd. Om een goede coördinatie te krijgen, moeten de technische en medische commissies van een bond, de artsen en fysiotherapeuten die de praktische begeleiding doen, elkaar goed op de hoogte houden van beleid, selectie en evenementen.

*Begeleiding grote evenementen.* Het is vanzelfsprekend dat de medische begeleiding van grote evenementen – zoals de Olympische Spelen – door een team van medici en paramedici wordt

gedaan. Essentieel daarbij is dat de arts, fysiotherapeuten en masseurs in goede harmonie samenwerken. Dit is de basis voor een geslaagde begeleiding. Het is duidelijk dat een lange aanloopperiode gewenst is. Het wederzijds leren kennen van sporters, begeleiders, medici en paramedici neemt door de diversiteit van sporten en evenementen een groot tijdsbestek in beslag. Voor het regelen van keuringen en het melden van lang durende blessures en ziekten is een centraal meldingssysteem onontbeerlijk. De bereidheid tot wederzijdse informatie van behandelende artsen en fysiotherapeuten is van belang voor het goed functioneren ervan.

*Vorbereidingsfase.* Enkele – vanzelfsprekende – medische en paramedische aspecten in de voorbereidingsfase zijn: oriëntatie van land en plaats waar het evenement wordt gehouden; klimatologische omstandigheden (temperatuur vochtigheid, hoogte); kledingadviezen; eventuele vaccinaties; reis (tijdsverschil, slaapritme); huisvesting (voldoende behandelingsruimte?), hygiënische omstandigheden; voeding die wordt geboden (eventuele vitaminesuppletie); mee te nemen apparatuur voor fysiotherapie en massagetafels; mee te nemen medicamenten; sekstest. De laatste twee aspecten vragen waarschijnlijk een nadere toelichting.

*Doping.* Bij de samenstelling van de lijst van mee te nemen medicamenten zal rekening moeten worden gehouden met de internationale lijst van middelen, die als doping worden aangemerkt. In principe kunnen deze medicamenten beter worden thuisgelaten om vergissingen met heilloze gevolgen voor de sporters te voorkomen. Zij kunnen tenslotte voor dopingcontrole en controle op anabole steroïden worden aangewezen. Dit houdt tevens in dat de sporter geen medicijnen mag innemen anders dan op advies van en uitgereikt door de arts.

*Sekstest.* Hoewel omstreden, ook om zijn ethische aspecten, wordt deze test nog steeds vereist. Voor de dames houdt het een element van emotionaliteit in zich. Voorlichting over de eenvoudige procedure van het

afschrapen van het wangslimvlies en het onderzoek op de lichaampjes van Barr is noodzakelijk. Te adviseren is om het onderzoek in Nederland tevoren te laten verrichten zodat men 'zeker' is als men elders wordt gecontroleerd.

*Voorlichting.* Het is verstandig om over bovengenoemde onderwerpen, een en ander gecombineerd met andere relevante tips, aan alle betrokkenen mondelinge en schriftelijke voorlichting te geven. Het laatste heeft het voordeel dat men het nog eens rustig kan nalezen. Op enkele zaken moet nog eens nadrukkelijk worden gewezen met name op het belang van regelmatige tandheelkundige controle. Het optreden van maagdarfstoornissen, die fatale gevolgen voor de conditie hebben, moet zo mogelijk worden voorkomen. Preventief moet daarom worden aangeraden alleen mineraalwater of andere gebottelde dranken te gebruiken en geen kraanwater; ook geen rauwe groenten, ongeschild fruit of ijs; voorts geen ijskoude dranken in een warm klimaat ter voorkoming van passagère buikklachten en geen ijsblokjes die immers van gewoon drinkwater worden gemaakt. Tenslotte dient ook gewezen te worden op andere zaken, zoals bij het gebruik van airconditioning, het lichaam niet naakt

op bed laten afkoelen. Zelfs elementaire zaken zoals het wassen van de handen na het gebruik van het toilet en het regelmatig schoon houden van de sportkleding moeten aan de orde komen. Het lijkt overtrokken, maar de praktijk leert dat het toch noodzakelijk is.

*Medische verrichtingen.* Men kan stellen dat wat zich in de algemene praktijk presenteert, zich ook in de begeleiding kan voordoen, bijvoorbeeld klachten op KNO-gebied en die met betrekking tot ademhaling en spijsvertering. Daarnaast zijn er de verwondingen en blessures. Vooral die van de spieren en distorsies van enkels en knieën. Deze geven de fysiotherapeuten en masseurs met het vorderen van het evenement, waarbij vermoeidheid een rol gaat spelen, handen vol werk.

*Het 'koffertje'.* Naast het normale EHBO-pakket aan verbandmiddelen en instrumenten is het handig om nog wat middelen tegen 'last minute'-klachten bij zich te hebben. Vlak voor het begin van een wedstrijd komt men zich vaak nog melden met hoofdpijn, last van de keel, oorpijn, irritatie van het oog, buikkramp etc. Al is het vaak op psychologische gronden, men verwacht van de arts nu eenmaal dat hij er iets aan doet!

---

## VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
  - **Arnhem:** Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
  - **Breda:** Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
  - **'s-Gravenhage:** Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
  - **Groningen:** Provincies Groningen en Drente. Postbus 145, tel. 050-232003;
  - **Leeuwarden:** Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
  - **Maastricht:** Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
  - **Rotterdam:** Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
  - **Utrecht:** Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
  - **Zwolle:** Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.
-

## UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 22 december gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

### **Crisiscentrum Utrecht**

Aan de Stichting Crisiscentrum Utrecht zal, besloot de Ziekenfondsraad, maximaal vier jaar, ingaande 1 januari 1978, een subsidie worden verleend ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, ter financiering van de kosten van de opbouw en het functioneren van het centrum.

### **Bekrachtiging overeenkomsten**

De raad bekrachtigde een aantal overeenkomsten voor het jaar 1977 tussen onderscheidene organisaties van medewerkers en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), die — al dan niet van commentaar voorzien — door de Commissie Overeenkomsten waren goedgekeurd. Hiertoe behoren:

#### *a. Honorering huisartsenhulp*

I. Het goedkeuringsbesluit van de commissie bevatte geen oordeel over het principiële uitgangspunt van de LHV met betrekking tot de hoogte der pensioenpremie, dat door de LHV als volgt in de overeenkomst was omschreven: 'De pensioenpremie, welke benodigd is voor een pensioenrecht dat enigermate vergelijkbaar is met dat van de ambtenaren, is door de actuaire van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen benaderd op 36% van het salarisbedrag. De werkgroep 'inkomens vrije beroepsbeoefenaren' van het ministerie van Sociale Zaken komt in haar rapport tot vrijwel gelijke conclusies. Dit betekent, dat het door de commissie-Van der Ven destijds aangenomen percentage van 24, ook na

vermindering met de ten laste van de ambtenaar komende premie, te laag is.'

II. De commissie heeft zich, bij gebrek aan nadere gegevens, geen oordeel kunnen vormen over de vraag of de hoogte van de door partijen overeengekomen pensioenbijdrage in strijd met het huidige prijsbeleid is.

#### *b. Honorering farmaceutische hulp huisartsen*

Bij de overeenstemming inzake deze hulp voor 1978 wenst de commissie te worden geïnformeerd over de wijze waarop het thans tussen partijen overeengekomen controlesysteem functioneert.

#### *c. Vergoeding BTW apotheekhoudende huisartsen*

d. *Tarief medische specialisten*  
De commissie heeft kennis genomen van de nadere toelichting van partijen, dat aan de totstandkoming van de voorgelegde tarieven een advies van de Permanente Tarieven Commissie (PTC) ten grondslag ligt, in welk advies mede het tijdsbeslag, de moeilijkheidsgraad en de inspanningen van de behandelingen zijn betrokken. Een duidelijke opbouw van de verschillende tarieven is moeilijk aan te geven, doch getracht is deze te laten aansluiten bij de tarieven voor bestaande, vergelijkbare verrichtingen.

De Commissie was van oordeel, dat het ontbreken van een overzicht in de adviezen van de PTC alsmede het ontbreken van een duidelijke tariefopbouw een juiste beoordeling van de voorgelegde tarieven niet vergemakkelijkte. In dat verband verzocht zij partijen bij volgende soortgelijke overeenstemmingen meer inzicht te verschaffen in de werkwijze en de adviezen van de PTC alsmede te

komen tot een duidelijke opbouw van de tarieven.

In haar overwegingen betrof de commissie voorts het standpunt van de staatssecretaris van Volksgezondheid met betrekking tot de voorgelegde overeenstemming. Zij was evenwel onvoldoende overtuigd van het van toepassing zijn van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1977 op de onderhavige overeenstemming (zie hierover ook MC nr 50/1977, blz. 1568). Gelet op de toezegging van partijen aan het verzoek van de commissie, in het vervolg meer inzicht te verschaffen in de werkwijze en de adviezen van de PTC en te komen tot een duidelijke opbouw van de tarieven, zoveel als in het vermogen van partijen ligt te voldoen, besloot de commissie de overeenstemming goed te keuren.

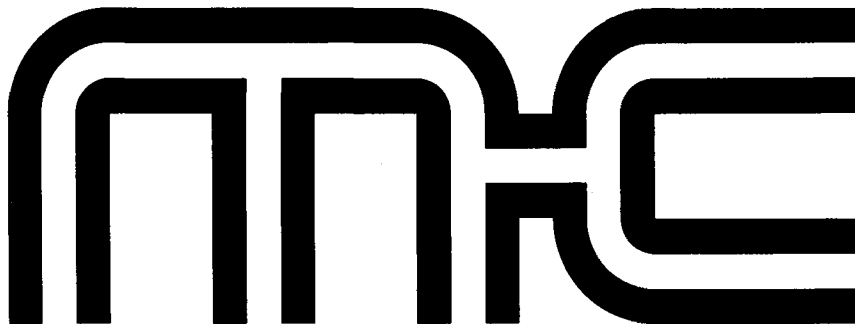
### **College voor Ziekenhuisvoorzieningen in 1978**

De staatssecretaris van Volksgezondheid zal worden bericht, dat de Ziekenfondsraad geen aanleiding ziet om met betrekking tot de begroting 1978 van het college voor Ziekenhuisvoorzieningen, ten bedrage van ruim 3 miljoen gulden (welk bedrag door de Ziekenfondsraad dient te worden bekostigd) opmerkingen te maken.

### **Voorzitterswisseling**

Aan het slot van de vergadering nam Dr. W. L. P. de Kort, na een ambtsperiode van ruim 12½ jaar, afscheid als voorzitter van de Ziekenfondsraad.

Tijdens het uitwerken van dit verslag was nog niet bekend wie de heer De Kort zal opvolgen. Wel wordt in dit verband de oud-staatssecretaris van Sociale Zaken, de heer P. J. Mertens, genoemd.



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. M. J. Blok, chef de bureau.

#### 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-Geneskundigen 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)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

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

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

---

De oud-secretaris, W. J. de Jager, arts, zal nog gedurende enige tijd part-time medewerking blijven verlenen.





## VAN HET HOOFDBESTUUR

### Enquêtes voor wetenschappelijk onderzoek

In Nederland worden in toenemende mate verenigingen of stichtingen opgericht, die zich ten doel stellen voor de belangen van patiënten met omschreven ziekten op te komen. In dat kader wordt soms ook wetenschappelijk onderzoek over deze ziekten gestimuleerd. Op grond van deze laatste activiteiten benaderen dergelijke verenigingen of stichtingen dan vaak behandelende artsen met de vraag om:

1. gegevens van patiënten, die aan een bepaalde ziekte lijden ter beschikking te stellen;
2. materiaal (bloed e.d.) van patiënten ter beschikking te stellen van een onder auspiciën van de vereniging opererend onderzoekteam.
3. ermee akkoord te gaan dat de patiënten thuis of in een ziekenhuis door leden van het team worden bezocht voor onderzoek, bloedafneming e.d.

Ten einde de ontwikkeling op dit gebied in de daarvoor juiste banen te leiden meent het hoofdbestuur, gehoord de adviezen van de LAD, de LHV en de LSV, dat het zinvol is om in voorkomende gevallen te handelen binnen het kader van de volgende richtlijnen:

A. duidelijkheid dient te bestaan, of zo nodig nader te worden verstrekt, over het doel, de opzet en de methode van het onderzoek. Huisartsen, medische specialisten en sociaal-geneeskundigen hebben er recht op duidelijk te weten in hoeverre zij op verantwoorde wijze aan een bepaald onderzoek mee kunnen werken.

B. Onderzoekingen als de onderhavige dienen in ieder geval aan de volgende voorwaarden te voldoen:

1. voor de patiëntengegevens, die ten behoeve van de enquête worden gevraagd, dient alvorens tot verstrekking over te gaan, wanneer het om nominatieve gegevens gaat, het 'informed consent' van de patiënt te worden verkregen. D.w.z. dat de betrokkenen hun behandelend arts moeten machtigen de gegevens te verstrekken. Daarbij moet de machtiging duidelijk aangeven waarom het gaat en welke gegevens verstrekt zullen worden.
2. Mogelijkheden moeten aanwezig zijn om vanuit de kring van de gegevensverstrekkers (bijvoorbeeld via hun wetenschappelijke vereniging) een begeleidingscommissie bij het onderzoek in te stellen.
3. Gewaarborgd moet zijn dat het onderzoek niet met het geven van geneeskundige zorg wordt vermengd.
4. Het onderzoek moet wetenschappelijk in onafhankelijkheid van de betrokken patiëntenbelangenvereniging door de onderzoekers kunnen geschieden. D.w.z. dat met name de onderzoekende arts(en) zelf de medewerking van de betrokken andere arts(en) moet(en) vragen en niet de vereniging van patiënten.

5. Het onderzoek en de rapportage daarover dienen in vrijheid en onafhankelijkheid te kunnen worden gedaan voor het aangegeven doel. Indien de gegevens voor een ander doel worden gebruikt dan waarvoor zij zijn verstrekt dan dient daarvoor eerst de toestemming van de verstrekkers te worden verkregen.
6. De verstreckende artsen of hun vertegenwoordigers (met name hun wetenschappelijke verenigingen) moeten het recht hebben op een zodanig tijdstip kennis te nemen van de onderzoekresultaten dat zij desgewenst daarop tijdig kritisch kunnen reageren.

Namens het hoofdbestuur,  
Dr. H. Roelink, secretaris.

## VAN HET HOOFDBESTUUR

### Statuten en Huishoudelijk Reglement der KNMG

In verband met een aantal wijzigingen in het Huishoudelijk Reglement (HR) der KNMG welke eerder in Medisch Contact zijn gepubliceerd en door de Algemene Vergadering zijn aanvaard, is een herdruk gemaakt van een aantal pagina's van de losbladige editie van Statuten en HR van de Maatschappij 1975. Deze herdruk zal automatisch aan alle besturen en organen enz. van de KNMG worden toegezonden. Besturen en organen van de KNMG die onverhoopt geen herdruk ontvangen, en de overige leden van de KNMG die toezending hiervan op prijs stellen, kunnen deze bestellen bij de ledenadministratie van de Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411). Toezending geschiedt gratis.

J. Diepersloot, secretaris-generaal.



## VAN HET CENTRAAL BESTUUR

### Rectificatie

Bij het afdrukken van de brief der LAD-, LSV- en LVAG-voorzitters met betrekking tot de deelneming van assistent-geneeskundigen aan de pensioenverzekering PGGM (MC nr. 51/1977, blz. 1625) is een hinderlijke fout begaan. De vierde zin van de derde alinea uit het schrijven luidt correct:

'Ten overvloede zij opgemerkt dat zelfs door de instelling deze functie niet als permanent kan worden beschouwd, aangezien de eisen en voorwaarden betreffende de erkenning van de instelling als opleidingsinrichting worden vastgesteld door instanties welke onafhankelijk van de instelling zijn, te weten het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie.'

## Deelnemersraad

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 7 maart 1974. Op grond van dit rooster treden de leden van de even districten en de plaatsvervangende leden van de oneven districten ultimo 1977 af als lid, respectievelijk plaatsvervangend lid van de deelnemersraad. Uit de informatie, die wij tot op heden hebben ontvangen van de voorzitters van de districten der Landelijke Huisartsen Vereniging, blijkt dat onderstaande leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad zich herkiesbaar stellen.

### Leden

#### **District II – Haarlem:**

P. C. Groeneveld, Haarlem  
Vacature.

#### **District IV – 's-Gravenhage:**

nog geen bericht ontvangen.

#### **District VI – Rotterdam:**

A. Gotlieb, Rotterdam; L. T. de Vries, Vlaardingen.

#### **District VIII – Zeeland:**

M. Jongsma, Hoek.

#### **District X – N-Brabant-O:**

A. O. M. A. Bloemen, Helmond; P. J. W. Smits, Vught.

#### **District XII – Utrecht:**

W. P. J. M. Pierrot, Vinkeveen; K. van Vessem, Utrecht.

#### **District XIV – Gelderland-Z:**

P. A. de Klerck, Arnhem; H. Visser, Renkum.

#### **District XVI – Zwolle:**

B. J. Kam, Zwolle; L. Tjebbes, Deventer.

#### **District XVIII – Drente:**

H. J. Batelaan, Smilde; R. L. van der Horst, Gieten.

#### **District XX – Groningen:**

A. C. J. Gerritsen, Siddeburen; R. Bous, Groningen.

### Plaatsvervangende leden

#### **District I – Amsterdam:**

P. J. W. M. Schillemans, Amsterdam; W. C. Huijssoon, Amsterdam.

#### **District III – Alkmaar:**

Vacature;  
Vacature.

#### **District V – Leiden:**

W. de Bruijne, Leiden; D. G. Struijk, Gouda.

#### **District VII – Dordrecht:**

J. J. B. den Hollander, Herwijnen;  
Vacature

#### **District IX – N-Brabant-W:**

Nog geen bericht ontvangen.

#### **District XI – Limburg:**

H. J. A. van de Wouw, Stevensweert; L. E. J. Snijders, Nieuwenhagen.

#### **District XIII – Amersfoort:**

H. H. de Klerk, Hilversum; G. Donker, Amersfoort.

#### **District XV – Gelderland-N:**

J. Voorpool, Apeldoorn.

#### **District XVII – Twente:**

R. Coppes, Enschede; J. H. Wegman, Enschede.

#### **District XIX – Friesland:**

C. P. Dros, Sneek; Nog geen bericht ontvangen.

Aangezien niet alle leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad, die op grond van bovengenoemd rooster aftreden, zich herkiesbaar hebben gesteld, ontvingen wij onderstaande voordrachten van kandidaat-leden en kandidaat-plaatsvervangende leden.

### Leden

#### **District II – Haarlem:**

E. van Engelenburg, Amstelveen.

### Plaatsvervangende leden

#### **District III – Alkmaar:**

C. J. A. Könst, Zaandam; A. Boel, Den Helder.

#### **District VII – Dordrecht:**

J. A. F. Koerselman, Ridderkerk.

In verband met het aftreden van het plaatsvervangend lid ontvingen wij onderstaande voordracht van kandidaat-plaatsvervangend lid.

#### **District VI – Rotterdam:**

A. Visser, Rotterdam.

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de SPH kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht van een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend.

Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, december 1977

S. van Randen, voorzitter

W. J. Waal, secretaris

**NB** – De publikatie van de districten IV, IX en XIX volgt nog.



## VAN HET CENTRAAL BESTUUR

### Aanvullende begroting 1978

Behoort bij agendapunt 7 van de ledenvergadering d.d. 27 januari 1978.

#### A. Lasten

##### 1. Computerlasten (3.14)

Te verhogen met ..... f 21.000,—

In verband met het aanpassen van het computerprogramma zodat de kandidaat-leden als zodanig opgenomen kunnen worden.

##### 2. Subsidieverzoek PHV-Eindhoven (4.2)\* f 128.800,—

Op basis van het ingediende faseringsplan door het NHI aan de 'Bosrandgroep'.

##### 3. Kadercursus\*

a. Nota Berenschot (4.2) . f 105.000,—

b. Arrangementen, ver-  
voer, waarneming voor 50

deelnemers ..... f 171.850,— f 276.850,—

#### B. Baten

1. Kandidaatleden: schatting — 600 ×  
f 25,— ..... f 15.000,—

Het Centraal Bestuur geeft daarbij de volgende alternatieven in overweging:

Alternatief 1: de lasten worden aangepast met het gestelde sub 1 of f 21.000,— terwijl aan de baten f 15.000,— wordt toegevoegd;

Alternatief 2: alternatief 1 + het gestelde sub 2 of f 149.800,— lastenverzwaring;

Alternatief 3: alternatief 1 + het gestelde sub 3 of f 297.850,— lastenverzwaring;

Alternatief 4: alternatief 1 + het gestelde sub 2 en 3 of f 426.650,— lastenverzwaring.

Afhankelijk van het besluit van de ledenvergadering van 27 januari 1978 zal de contributie worden bijgesteld.

F. Padeloup, arts, penningmeester

\* Indien de ledenvergadering deze plannen goedkeurt.



## PERSONALIA

### Nieuwe leden

L. A. Ravasz, Torteldreef 7, Tilburg  
A. C. Roose, Hooigracht 81-7, Leiden.  
H. J. L. A. Ruis, Cerepad 30, Son.  
J. A. G. M. Rutten, De Wieken 17, Malden.  
A. C. Schade, Waterbies 9, Leeuwarden.  
R. J. P. Schmidt, Steenstraat 18, Leiden.  
G. L. Sévèke, Papegaaiweg 4, Middelrode.  
R. J. Smeets, Tamboerijnhof 4, Zaandijk.  
W. M. A. Smit, Lindengracht 243 hs, Amsterdam.  
H. Spelde, Dijk 61, Schildwolde.  
A. Stofkooper, F. C. Dondersstraat 42 bis, Utrecht.  
G. W. Thompson, Griegplein 194, Schiedam.  
C. G. Tol, Veerstraat 84<sup>III</sup>, Amsterdam.  
Mw. A. D. Treurniet-Donker, Deneststraat 31, Ridderkerk.  
J. C. De Valois, Korte Kerkweg 3, Kockengen.  
S. van der Veer, Barchemseweg 36, Lochem.  
Mw. A. C. van der Velden, Rapenburg 99, Leiden.  
P. M. Verkaart, Rijnstraat 7 A, Leiden.  
R. Versteeg, Ithacastraat 24, Eindhoven.  
J. P. Veuger, Duivenkamp 446, Maarssen.  
P. van der Vlist, Rechthuisdrift 20, Nieuwegein.  
A. Vogt, Gavelaan 24, Oostwold.  
Mw. T. C. Waning, Jan Vossensteeg 17, Leiden.  
A. R. van der Wateren, Valkenburgerlaan 19, Heemstede.  
Mw. H. Wemekamp, Bilderdijkkade 536, Amsterdam.  
Mw. J. C. E. Westers-van Halsema, Hagenstraat 139, Ede.  
Mw. M. L. de Wilde-van Royen, Asselsestraat 312-3, Apeldoorn.  
C. W. Willeboordse, Hazelaar 2, Duivendrecht.  
E. F. Zwaanswijk, Lorentzlaan 11, Heemstede.

### Benoemd tot Officier in de Orde van Oranje Nassau

S. M. Lammerts van Bueren, Larixstraat 33, Den Haag

### Adspirant leden

W. F. Andrée Wiltens, Valkenburgseweg 11, Leiden.  
F. Bakker, Hofstraat 9, Groningen.  
R. D. W. van Bentveld, Pr. Beatrixlaan 347, Rijswijk.  
Mw. C. H. Blaauw-Witteveen, Garenmarkt 11, Leiden.  
L. J. C. Brandon Bravo, Praamstraat 125, Den Helder.  
H. J. Broekman, Vanekerstraat 129, Enschede.  
Mw. F. A. Drost, Nieuwe Bussumerweg 4, Huizen.

## INHOUD OFFICIEEL

Van het hoofdbestuur:	
Enquêtes voor wetenschappelijk onderzoek .....	30
Statuten en HR der KNMG .....	30
Van het centraal bestuur LAD:	
Rectificatie .....	30
Van de SPH:	
Deelnemersraad .....	31
Van het centraal bestuur LHV:	
Aanvullende begroting 1978 .....	32
Personalia KNMG .....	32

Nr. 1 — 6 januari 1978