MEDISCH CONTACT

nummer 51 – 18 december 1981 – 36e jaargang

Redactioneel



■ 'Wij accepteren maar moeilijk dat wij zaken niet onder controle kunnen krijgen. Toch is erkenning van onze machteloosheid het enige realistische uitgangspunt voor een therapie van onze zieke gezondheidszorg'. Aldus W. L. J. M. Laane, directeur van een psychiatrische inrichting, aan het slot van zijn beschouwing over de gezondheidszorg in Nederland ten aanzien waarvan zijns inziens het roer om moet.

■ Twee hoogleraren met elkaar in discussie: Prof. Dr. H. J. Sluiter uit Groningen, die de huisarts als medische hulpverlener buiten spel ziet gaan staan als deze zich te veel op de maatschappelijke problematiek richt; Prof. Dr. J. C. van Es uit Utrecht, die ervoor pleit de medisch-technische geneeskunde en de maatschappelijke zorgverlening dichter bij elkaar te brengen.

■ Mw. B. Meyboom-de Jong, huisarts en wetenschappelijk medewerker van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen, heeft door middel van een explorerende studie getracht te achterhalen waar een arts bij het vaginaal onderzoek vooral op zou moeten letten.

■ Volgens Prof. Dr. A. A. Haspels, hoofd van de Utrechtse Universiteitskliniek voor Obstetrie en Gynaecologie, gebruikt de helft van de Nederlandse vrouwen een te zware anticonceptiepil.

■ Vanuit de Groningse universiteit adviezen aan hen die college geven: Drs. W. Bender van het bureau Onderwijsontwikkeling Geneeskunde en Prof. Dr. G. J. Bremer van de vakgroep Huisartsgeneeskunde pleiten voor het hoorcollege als een reeks geplande gevarieerde activiteiten.



■ De socioloog Drs. Frits Spangenberg beschrijft aan de hand van rapporten van Amsterdamse medische studenten die als verpleeghulp stage hebben gelopen hoe de arts-patiëntrelatie binnen de ziekenhuismuren gestalte pleegt te krijgen en hoe artsen en verpleegkundigen zoal met elkaar omgaan.

Inhoud

Brieven
blz. 1566

Goede en betaalbare gezondheidszorg
door W. L. J. M. Laane
blz. 1571

Discussie: Maatschappelijke belasting van hulpzoekenden in de huisartspraktijk
door Prof. Dr. H. J. Sluiter
blz. 1574

Hoe ervaren vrouwen het vaginaal onderzoek?
door Mw. B. Meyboom-de Jong
blz. 1577

Twintig jaar orale anticonceptie in Nederland
door Prof. Dr. A. A. Haspels
blz. 1579

Adviezen aan hen die college geven
door Drs. W. Bender
en Prof. Dr. G. J. Bremer
blz. 1583

Artsen in het ziekenhuis gezien door medische studenten
door Drs. Frits Spangenberg
blz. 1586

OFFICIEEL
blz. 1589

Het laatste nummer van Medisch Contact van deze jaargang, MC nr. 52, verschijnt na de Kerstdagen

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte

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.

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris (Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam)
C. P. Bruins
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
Dr. P. van Rosevelt

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
R. A. te Velde, redacteur
Mw. G. W. Valkenburg, redactrice
Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname ƒ 96,70 (inclusief BTW); overige landen ƒ 172,65.
Administratie: Tijl Periodieken BV, Texelstraat 80, postbus 737, 1180 AS Amstelveen, telefoon 020-434346.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Media BV, Laan van Kronenburg 14, postbus 384, 1180 AJ Amstelveen, telefoon 020-433851, telex 15230.

Oplage: 23.500 exemplaren

Druk: Koninklijke Tijl BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

MEDISCH CONTACT
© 1981

ARTS EN KERNBEWAPENING

Demonstreren in uniform. Waarom?

Ik had besloten om op 21 november jl. in Amsterdam in uniform te demonstreren, ondanks het verbod dat de minister van Defensie daarvoor had uitgevaardigd.

1. Dit is een gebaar van burgerlijke ongehoorzaamheid (voor zover je daarvan in dit geval kunt spreken), dat ik bewust heb gekozen om mijn bezorgdheid over de huidige nucleaire situatie duidelijk te maken. Het is directer gericht op de overheid en de militaire top dan wanneer ik mij met stethoscoop of witte jas als (huis)arts zou hebben gekenmerkt of als onaangeduid individu had meegedaan.
2. De maatschappelijke verantwoordelijkheid van een arts houdt niet op zodra hij in het leger moet opkomen, en de verantwoordelijkheid als reserve-officier verdwijnt ook niet als de diensttijd erop zit en het uniform de kast in gaat. Misschien is er (andersom) juist sprake van een *dubbele verantwoordelijkheid* als huisarts en als reserve-officier-arts.
3. Een actieve houding van artsen is nodig in vraagstukken van kernbewapening, omdat de medische ethiek hen daartoe verplicht. Binnen het leger (en dus ook in de persoon van de reserve-officier-arts) spitst zich dit toe tot een crisis, een botsing van plichten, die vraagt om het doen van keuzen: schaar ik me (als arts) achter het gangbare veiligheidsbeleid (aanvaard door regering en legertop, gebaseerd op de 'wederzijdse afschrikking', wat in feite nucleaire volkerenmoord op de tegenpartij is, en tegelijk collectieve zelfmoord op de eigen bevolking als onontkoombare consequentie), of kies ik voor mijn opdracht (als arts) op te komen voor bescherming en herstel van het gezonde menselijke bestaan, en wijs ik dit stratego-spel met mensenlevens af?
4. Het is een dilemma dat in de dagelijkse werksituatie van een (militair) arts wordt verdoezeld om de coëxistentie van twee volkomen strijdige opvattingen (pro en contra het menselijk bestaan!) mogelijk te maken. De prijs die daarvoor moet worden betaald is een 'dubbelheid', een *gespletenheid in het denken,* een psychisch afweermechanisme dat zo hardnekkig dienst kan doen omdat het tevens de realiteit van de totale vernietiging buiten het gezichtsveld moet houden (afweer van psychisch ondragelijke angst). Zo ontstaat een psychisch verziekte context, waarin de dagelijkse medische werksituatie in het leger is ingebed, die voor een actief-preventieve instelling van artsen geen plaats lijkt te bieden.
5. Het leger is nu eenmaal niet 'de grootste vredesbeweging' waarvoor enkelen het aanzien; wel zijn er in het leger veel mensen die vrede willen, maar dan onder een atoomparaplu. Men is bang de conceptie van 'wederzijdse afschrikking' los te laten en ziet niet dat men tegelijkertijd medeverantwoordelijk wordt voor 'volkerenmoord , sociale moord, biologische moord, milieumoord, moord op de aarde, een volkomen verwerping van het menselijk bestaan' (citaat Japans rapport dat de medische en sociale gevolgen van de bombardementen op Hiroshima en Nagasaki tot en met het voorjaar van 1981 beschrijft).
6. Is er een grens te bepalen waarvoor de arts verplicht is zijn militaire opdrachtgever gehoorzaamheid te onthouden? Zijn we al voorbij die grens? Een oud militair spreekwoord (ik meen uit China) zegt dat er slechts één reden is waarom de generaal een bevel van de koning kan weigeren; dat is, als hij ziet dat door het opvolgen de nederlaag onvermijdelijk zal zijn. Vertaald naar november 1981: als minister Van Mierlo van Defensie zegt dat er niet in uniform kan worden gedemonstreerd, wil hij die mensen de mond snoeren die onze collectieve vernietiging duidelijk voor zich zien en hem willen voorkomen, mensen die een scherpe beleidswijziging bepleiten vóórdat het te laat is (het accepteren van de recente 'modernisering' maakt de ondergang van onze planeet menselijkerwijs gesproken onvermijdelijk; citaat Frank Barnaby, directeur SIPRI), mensen die door hun manier van demonstreren een nieuw veiligheidsbegrip zichtbaar maken, gebaseerd op zorg om elkaar, zelfbehoud en milieubehoud, afschaffing van vernietigingstechnologie en geweldloze verdedigingsmethodieken. Minister Van Mierlo probeert wijs beleid te voeren door de angel uit de kernwapendemonstratie te halen. Wat hij werkelijk doet is 'de boodschapper straffen' om de vernietigende rampen die ons bedreigen buiten de politieke en militaire discussie te houden.
7. Die discussie dient gevoerd te worden. Daarbij moeten artsen duidelijk maken dat de bewapeningswedloop een ziekte is (de 'pest' van de 20e eeuw) waarvoor geen curatieve mogelijkheden bestaan. Ook de officier-arts zal in de komende (kern)oorlog niets voor zijn militaire patiënten kunnen doen. Het officiële beleid op dit punt is ronduit misleidend; men bereidt zich op een conflict voor met voorzieningen die volkomen achterhaald lijken, bijvoorbeeld het '752 algemeen hospitaal' (zie Legerkoerier februari 1981), een kazerne in Assen, die binnen 17 dagen (!) is om te bouwen tot een ziekenhuis van 1.500 bedden, bestemd voor militaire patiënten, 'als civiele ziekenhuizen niet meer bereikbaar of beschikbaar zijn'. Ik citeer de slotzin van dit artikel in de Legerkoerier: 'De mensen die levensreddend werk moeten doen (artsen en operatiekamerpersoneel, W.B.) zijn sterk gemotiveerd om zich op die moeilijke taak voor te bereiden' (einde citaat); met andere woorden: 'dok' is je vertrouwen waard; ook al zou je zwaargewond raken, hij sleept je er wel doorheen. Het lijkt me eerlijker, woorden en daden achterwege te laten die tot valse geruststelling kunnen bijdragen; omgekeerd is het noodzakelijk militair personeel met hun vrouw en kinderen eerlijk voor te lichten over de onmogelijkheid van hulpverlening (de meeste artsen zullen zichzelf niet eens kunnen redden), zodat zij hun stem kunnen laten horen om zich te verzetten tegen de ellendige werkomstandigheden te velde als het tot een (kern)oorlog komt. ▶

Machteloos

Met machteloosheid hebben curatief werkende artsen leren leven. Veel ziekten leiden onherroepelijk naar het soms vroege einde. De patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte kent dat gevoel van machteloosheid nog beter. Deze machteloosheid is algemeen aanvaard en leidt als het goed is tot overgave en aanvaarding: het leven is nu eenmaal eindig.

Niemand kan leven in een voortdurend besef van een naderende dood. Als kind leren we dat verdringen. Prof. Dr. J. C. van Es bracht op het laatste Ledencongres van de KNMG, verwijzend naar C. Verhoeven, naar voren: 'Leven wordt in een door hem verafschuwde activistische benadering geïdentificeerd met jeugd, kracht, actie, vitaliteit. Dood heeft dan te maken met 'verworpen vorm van bestaan', met ouderdom, met het bestaan van zwakken en invaliden. Vrees voor de dood wordt ook vrees voor elke vorm van leven dat gekenmerkt wordt door een geringe activiteit en door afhankelijkheid van anderen. Bij velen die hulp van de huisarts zoeken is de angst voor de dood in hun angst voor ziekte en gebrek duidelijk aanwezig' – einde citaat.

Een van de dingen die de (huis)arts niet kan is bescherming bieden tegen de dood. Machteloos? Het is wel van belang de angst achter de hulpvraag boven tafel te brengen, bespreekbaar te maken. Prof. Dr. H. J. Sluiter (discussie blz. 1574) ziet dan meer heil in een beter somatisch geschoolde huisarts. In dat kader kan hij veilig opereren, denk ik daar dan bij . . . Hij pleit ook voor een betere bereikbaarheid van de huisarts; daar kon hij wel eens gelijk in hebben, maar een antwoordapparaat beveiligt ook, denk ik daar weer bij. Zou de hang naar medisch-technisch kunnen, de behoefte aan privacy in de avonden en de weekenden, hoe nodig soms, misschien mee bepaald worden door de behoefte machteloosheidsgevoelens te verdringen?

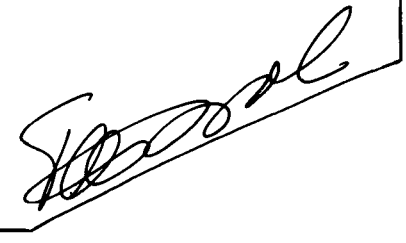
Het is evenwel niet alleen op déze machteloosheid dat wij de aandacht willen richten, maar ook op de machteloosheid die momenteel in heel onze samenleving op alle mogelijke terreinen is te constateren; het 'doemdenken' is daarvan wellicht de meest extreme uiting. Het zich willen beveiligen – het tegengestelde van zich kwetsbaar durven opstellen – vinden wij overal terug in onze samenleving. Het leidt vaak tot absurde situaties (bewapening) en al heel gemakkelijk tot polarisering, egelstellingen en vervreemding. Terecht merkt Van Es op (blz. 1575): 'Ik heb geen enkele behoefte aan een polarisering tussen de eerste en de tweede lijn. Ik doe daaraan niet mee'.

> Verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid de beste remedies

W. L. J. M. Laane wijst op het algemene gevoel van machteloosheid dat hand over hand toeneemt binnen de gezondheidszorg in zijn artikel: 'Goede en betaalbare gezondheidszorg' (blz. 1571). Die machteloosheid vindt men terug bij politici en bestuurders op alle niveaus. Zijns inziens is ze te verklaren uit twee mechanismen: in de eerste plaats is er een zorgsysteem opgebouwd waarbinnen de afhankelijkheid van ieder die ermee te maken heeft te groot is geworden; in de tweede plaats omdat risicoloos leven niet bestaat, dat honderd procent zekerheid onbereikbaar is en bijna honderd procent onbetaalbaar.

Bij Laanes therapie willen wij toch een enkele kanttekening maken. De schrijver gaat ervan uit dat mensen, wanneer ze de ruimte daarvoor krijgen, de beste beslissingen zullen (leren) nemen. Dat is, denken wij, een goede opvatting. Maar het gaat om die ruimte en om de mogelijkheid van die ruimte gebruik te maken. Het uitgangspunt, aldus Laane, geldt voor alle betrokkenen, ook voor de hulpverleners, die vrij voor eigen belangen moeten kunnen opkomen. Het bezwaar tegen deze redenatie zit hierin dat de machtsposities niet gelijk zijn. Dan gaat het er veel op lijken dat de sterkste het best in staat is, ergo over de meeste ruimte beschikt, om zijn belangen te verdedigen en zijn wensen verwezenlijkt te krijgen.

Wanneer Laane stelt dat de gebruikers zelf de kosten moeten dragen en daarbij zelf moeten uitmaken waarvoor en hoe zij zich moeten verzekeren, in het besef het niet-verzekerde deel van de risico's zelf te moeten dragen, menen wij toch dat er dan een groot aantal 'slachtoffers' zal vallen, zowel onder de gebruikers als onder de hulpverleners. Het ware wellicht beter te denken aan een beperkte volksverzekering, waardoor de grootste risico's worden opgevangen, en ten aanzien van de resterende voorzieningen de eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid centraal te stellen. Verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid zijn de beste remedies tegen machteloosheid. ■



Als het om bedrijfsgeneeskundige preventie gaat, is het de verantwoordelijkheid van militaire artsen hun (potentiële) patiënten daarop te wijzen in plaats van onrealistische rampenplannen met een prettig klinkende, sussende ondertoon te publiceren.

Samenvattend: Vanuit medisch oogpunt wordt een kritische opstelling verwoord ten opzichte van het gangbare veiligheidsbeleid, dat is gebaseerd op de zogeheten wederzijdse afschrikking; deze zal onvermijdelijk leiden tot wederzijdse vernietiging op wereld-schaal. De medische ethiek verplicht artsen op te komen voor bescherming (zo nodig herstel) van het gezonde menselijk bestaan. Een actief-preventieve opstelling is de enige mogelijkheid; waar deze door de uitvoerende macht wordt gefrusteerd, staat de arts voor een principiële vraag of er een grens wordt bereikt, voorbij welke hij als arts verplicht is zijn militaire opdrachtgever gehoorzaamheid te onthouden. Voor die keuze gesteld heb ik voor mijzelf deze vraag bevestigend beantwoord, en ben ik op 21 november 1981 in mijn uniform van reserve-majoor-arts mee gaan demonstreren.

Amersfoort, 27 november 1981

W. R. A. Berger, huisarts

KERNWAPENS EN ZELFDODING

Ik ben de moeder van vijf (in plaats van vier!) kinderen over wie de heer Jans sprak in Medisch Contact van 7 augustus jl. (MC nr. 32/1981, blz. 962).
Op 21 november jl. liepen wij met zeven mensen uit een gezin mee in Amsterdam. Dit vanwege de afschuwelijke impasse waarin wij allen die leven zijn terecht gekomen; ik weiger hierin te berusten. Als lid van 'Vrouwen voor Vrede' was ik bij de fakkeloptocht in Den Haag. Ik volg de klare taal van Helen Caldicott. Hoe dan ook: ik probeer mijn *néé* te laten zien en te laten horen!

Toch ben ik niet gerust: alsof het gevaar door néé te zeggen zou zijn bestreden! Artsen kregen eind 1980 een registratieformulier met het oog op de Noodwet Geneeskundigen. Velen van u erkennen de misleiding die in de noodwet schuilt: miljoenen doden, gewonden en zieken, geen vervoer, onvoldoende hulpmiddelen . . . Stop! Hier komt mijn verantwoordelijkheid in het geding. Ik ben er zelf bij, nu en straks. En daarvoor wil ik *nu* uw *aandacht!*
Ik ben nu verantwoordelijk mij niet in slaap te laten sussen door de illusie van een noodwet of schuilkelderprogramma's – de illusie van veiligheid, zoiets van misschien-valt-het-allemaal-nog-wel-mee.

Ik ben nu ook niet wanhopig of aan zelfdoding toe, integendeel (zie boven). Ik wil nu openheid over het gesprek: wat te doen als ik en mijn kinderen en allen om mij heen uitzichtsloos wegcreperen na 'fall-out'?
Ik wil bij 'fall-out' de vrijheid en de beschikking hebben over een zelfdodingspil. Ik weet dat art. 293 WvS mij zelfdoding verbiedt en daarmee het gesprek om hulp *bij voorbaat* blokkeert! Met andere woorden ik kan er hier nu niet gewoon over praten zonder op weerstanden of verdachtmaking te stuiten.
Mijn vraag: zou de medicus-in-oorlogstijd niet zinvoller de hulpverlener-van-nu kunnen worden in het gesprek-over-straks? Dit verhoogt mijns inziens de weerbaarheid en de moed om nu te vechten om het straks niet zover te laten komen! Ik weet dat noch overheid, noch politieke partijen zich nu inzetten voor legalisering van een zelfgekozen dood (alsof bij 'fall-out' nog sprake is van een eigen keuze!).

Concreet: Aan artsen die in de werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie (NVMP) zitting hebben en aan allen die er mee sympatiseren:
– Open het gesprek over de vraag van zelfdoding als láátste protest tegen de onmenselijkheid van een atoomoorlog.
– Bevorder zo mogelijk de *openheid* van het gesprek hierover door de vraag om de zelfdodingspil in geval van 'fall-out' uit de sfeer van het strafrecht te halen.
– Hiervoor zal druk op de overheid via officiële kanalen nodig zijn.
– Werk samen met instanties die ook bezig zijn met deze vragen.

Demonstreren nu betekent voor mij: de ernst inzien van de bewapening en *tegelijkertijd* de ernst van de mogelijke gevolgen daarvan.

Leiden, 30 november 1981

Jacoba H. van der Burg

KERNWAPENS, IKV EN NVMP

Achteraf ben ik er niet zo gelukkig mee dat ik in mijn eerste reactie op collega Van der Sluis (MC nr. 43/1981, blz. 1329) zo mijn best heb gedaan niet polariserend te schrijven. Ik ben nu relatief-tolerant ten opzichte van mijn intolerante medeopponent, die dan ook meer weerwerk opriep. Ik wil proberen mij tot het weerwerk te bepalen dat voor mij bestemd lijkt, maar dat zal niet helemaal lukken. Het weerwerk van Van der Sluis (MC nr. 48/1981, blz. 1470) zou toch tot een discussie hebben moeten leiden, maar uit mijn reactie zal blijken dat ik de moed dreig op te geven.

Dat waar Van der Sluis vooral op ingaat is de eventuele best te volgen strategie, waar iedereen nou net verschillend over kan denken. Maar dat respecteert Van der Sluis niet. Hij maakt stemming met uitdrukkingen als 'doodgemoedereerd', 'onschuld', en om te beginnen 'zonder uitzondering onjuist'. En aan het eind van zijn reactie bepaalt hij wel wat onaanvaardbaar is. Ook niet netjes vind ik dat hij mijn zinsnede over 'meesleuren in een radioactieve hel' eerst uit zijn context licht om er zich daarna over te beklagen.
Het ergste vind ik wel, en mijns inziens tekent Van der Sluis zichzelf daarmee, dat hij geheel voorbijgaat aan mijn opmerkingen (en die van Van Hall), dat er *nu* al zoveel mensen in een totalitaire hel leven. Niet alleen in het Oostblok, maar ook onder door met name door de VS gesteunde regimes; die regimes doen niet onder voor de Russen en hun bondgenoten. Collega Van der Sluis zou zijn hedendaags historisch benul eens moeten opfrissen door maandelijks 'Wordt vervolgd' te lezen van Amnesty International; dan kan hij net zoveel over hedendaags onethisch handelen lezen als waarvoor hij zo bang is.
En nu even op het terrein van medeopponent Van Hall: wat mij betreft, ik vind het onzindelijk redeneren de strategie die het IKV voorstaat te vergelijken met München. Toen verkwanselde het westen Sudetenland om er zelf niet onderdoor te gaan, terwijl het IKV steeds de eerste stap wil doen tot ontwapening in het westen. En dat is nu bepaald niet zonder risico. Wij vinden alleen het alternatief veel erger.
Onze oplossing, althans die van een groot deel van mijn medestanders, is bovendien meer als een integrale bedoeld. Het mag niet meer om de macht gaan, want dat leidt gauw tot martelingen. In oost en in west. Met onze stilzwijgende goedkeuring. Ik schreef over het welzijn voor allen. Ook daarop geen reactie van Van der Sluis. Het lijkt wel of deze wijze van denken buiten zijn gezichtsveld ligt. Als het naïef is niet in macht te geloven, als het naïef is te zeggen dat oorlog alleen kan worden voorkomen door een eerlijke verdeling van welzijn over oost en west, over noord en zuid, als dat naïef is, dan zal de geschiedenis wel uitmaken of de realistische weg een betere toekomst heeft. Die mentaliteit heeft aan elke vrede weer een eind gemaakt, gelukkig nog nooit met kernwapenen. Ook op mijn opmerking dat ik koos voor het voortbestaan van deze schepping, werd niet geantwoord.

Om alles wat ik schreef ben ik bereid zoveel te appaiseren als nodig is voor een beter klimaat. Van der Sluis ziet hierin een 'bewijs' voor mijn stalinistische instelling. Op deze manier is er geen discussie mogelijk. Als ik dit zeg, lijd ik vast ook aan intolerante arrogantie of arrogante intolerantie. Ik ben bij uitzondering toch maar eens sarcastisch.

Nijlande, 30 november 1981

H. G. Post

GEZONDHEIDSZORGWERKERS TEGEN KERNBEWAPENING

Collega De Vries nodig ik uit zich te herbezinnen op de door hem geciteerde leus van de organisatoren van de demonstratie dd. heden ▶

(MC nr. 47/1981, blz. 1440): 'Geen nieuwe kernwapens in Europa, niet in Nederland, noch in enig ander land' na het schrappen van het bijvoeglijk naamwoord 'n i e u w e'. Hij zal dan toch wel tot de conclusie moeten komen dat door zijn leus voor de West-europeaan de kans op 'verdampt worden' een ongewijzigde realiteit blijft en dat deze demonstratie in de kaart speelt van hen die tot dit 'verdampen' kunnen overgaan.
Dat de organisatoren de bijvoeging 'nieuwe' niet hebben geschrapt is op zijn minst verdacht en bedenkelijk. Dat de demonstranten bedoelde realiteit niet hebben onderkend bewijst dat zij niets hebben geleerd van de Tweede Wereldoorlog en zich hebben laten gebruiken. Hun meelopen achter die leus onderschrijft weer eens de juistheid van de uitspraak dat angst een slechte raadgever is en de waarheid van het oude Griekse woord: 'Wien de goden verdelgen willen, slaan ze met blindheid'.

Den Haag, 21 november 1981

Dr. H. K. Scheffer

VIS UNITA FORTIOR

Dit stukje gaat naar Medisch Contact, omdat het vóór het Ledencongres van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Huisarts en Wetenschap niet meer 'haalt'. Er ligt een 'procedurevoorstel' van het NHG-bestuur inzake de koppeling van het lidmaatschap NHG-KNMG. Afgezien van de zeer krachtdadige hulp die het NHG bij zijn oprichting van de KNMG heeft gekregen, geldt het volgende:
Het is een vitaal belang van *alle* artsen dat zij een zo krachtig mogelijke eenheid bewaren. Niet alleen, zelfs niet in hoofdzaak, als 'vakvereniging'; vooral, om in groepsverband van deskundigen invloed te kunnen uitoefenen op beslissingen en maatregelen inzake geneeskunde en gezondheidszorg. Mijns inziens heeft iedere praktizerende arts de morele plicht lid te zijn van de KNMG. Een medisch genootschap als het NHG dient dit met alle kracht te bevorderen. Hiertoe zie ik maar één mogelijkheid: handhaving van de koppeling. Het voorstel van het bestuur, terzake de mening der leden te peilen en de beslissing aan te houden tot 1982, juich ik toe.

Nijmegen, 26 november 1981

A. Rijpperda Wierdsma

DE BOOM VAN DE OLMA

September-oktober jl. ontvingen velen van ons van de OLMA een pakje waarin een glazen buisje met een groen stengeltje. Naar de beschrijving van de OLMA gaat het om een sequoia, zo'n boom die in Amerika een grote hoogte kan bereiken evenals een hoge leeftijd. Daar bij mij de gedachte opkwam dat deze toch waarschijnlijk duizenden jonge boompjes meerdere mooie bossen zouden kunnen vormen, fantaseerde ik daarop door. Als Staatsbosbeheer, als enkele gemeenten in Nederland deze sequoia's van ons zouden willen overnemen na de initiële zorg door ons, dan zou het mogelijk zijn in Nederland over twintig, dertig jaar op meerdere plaatsen sequoiabossen aan te treffen met hun fraaie wijduit staande groen. OLMA vond het idee wel aantrekkelijk en zegde steun toe. Staatsbosbeheer reageerde wat kritischer door erop te wijzen dat de sequoia goede verzorging en hoge luchtvochtigheid vraagt. Toch hoorde ik van andere zijde, dat behalve de meta-sequoia ook de sequoia wel kans maakt om hier in Nederland te gedijen.
Mijn voorstel: Wij verzamelen, nadat de beginverzorging door ons is afgelopen, kringsgewijs bij één of een paar geïnteresseerden de baby-sequoia's terwijl we trachten officiële instanties (enkele gemeenten of Staatsbosbeheer) zover te krijgen dat zij die zorg willen overnemen en de boompjes te zijner tijd te integreren in bestaand bos en geleidelijk uit te laten groeien tot een sequoiabos-zondermeer. Als we in onze omgeving trachten dit te verwezenlijken rolt er allicht iets uit. Er zal echter toch enige coördinatie nodig zijn, via een kringbestuurslid (?) of lid van elke kring, met OLMA of een hoofdbestuur?
Gaarne suggesties en hopelijk gunstige reacties, te meer daar de sequoia voor de tuinen van de meesten van ons toch te fors zullen blijken te zijn.

Ruurlo, 27 november 1981

Tj. Lemain, arts-anesthesist,
Van Tuyll van Serooskerkenweg 43,
7261 CV Ruurlo, tel. 05735-1718.

GENEESMIDDELENRECLAME GEWIKT EN GEWOGEN

Een van de adviezen van collega Post in zijn lezenswaardige artikel over geneesmiddelenreclame (MC nr. 47/1981, blz. 1441) luidt: 'Vergroot uw kennis van de farmacotherapie.' Een goede methode om dat na te streven is het regelmatig bijeenkomen van een groepje huisartsen en lokale apotheker(s), zoals onder meer beschreven door Rotterdam-Ommoord en Hoogeveen. Dergelijke bijeenkomsten kunnen, naast kennisvermeerdering, ook tot doel hebben een zekere standaardisering van de receptuur, en daardoor kostenbesparing. Bovendien kan een toetsingselement worden ingevoerd, zeker als gebruik wordt gemaakt van gegevens over het voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen; deze gegevens kunnen worden geput uit het zogenaamde LISZ-project van de ziekenfondsen of uit eigen registratie van de apotheker.
Als de apotheker dan bovendien bereid is artsenbezoekers te ontvangen, wanneer deze iets werkelijk belangrijks of nieuws hebben te melden, kan hij in de boven beschreven bijeenkomsten deze nieuwe wetenswaardigheden doorgeven en voorzien van zijn oordeel. Op die manier vervalt dan de 'noodzaak' artsenbezoekers te ontvangen; de hieraan gespendeerde tijd kan zonder twijfel nuttiger worden besteed.

Goes, november 1981

Dr. J. A. E. van der Feen

INTRODUCTIE MARVELON

Enige tijd geleden konden wij via het NOS-Journaal vernemen dat Prof. Dr. A. A. Haspels zeer enthousiast was over de nieuwe anticonceptiepil Marvelon van de firma Organon. Een nieuw geneesmiddel werd hier geïntroduceerd. De indruk werd gewekt, dat het hier een nieuw en volstrekt veilig anticonceptiemiddel betrof.
Ik betreur het in hoge mate dat een vooraanstaand professor in de gynaecologie op deze manier zijn autoriteit gebruikt om een nieuw medicijn te introduceren. Ook al zijn de onderzoekresultaten misschien zeer hoopvol, vooralsnog zijn er geen overtuigende redenen om deze pil beter te vinden dan andere sub-50 preparaten.
Eens te meer blijkt nu weer dat de arts geheel afhankelijk is van de verschillende informatiekanalen van de farmaceutische industrie. Blijkbaar zijn zelfs de aan de universiteit verbonden wetenschappelijke medewerkers niet geheel onafhankelijk.

Uithoorn, december 1981

J. B. van Nieuwkerk

Naschrift

Na een inleiding over de nieuwe pil door de interviewer werd door mij gezegd: 'deze pil wordt toegevoegd aan het arsenaal laag gedoseerde pillen'.
Vraag NOS: 'maar de laag gedoseerde pillen, zoals u die noemt, die er nu op de markt zijn, die voldoen ook aan alle eisen of minder?' Mijn antwoord: 'Die voldoen ook aan de eisen, hoewel er enkele pillen bij zijn, die eigenlijk te veel van het progestageen bevatten'.
Vraag NOS: 'Is er inzicht in Nederland hoeveel vrouwen een lage pil of misschien een te zware gebruiken?' Antwoord: 'Ja, dat is erg belangrijk. 50% van de vrouwen in Nederland gebruikt een te zware pil, een pil met 50 microgram oestrogenen. En dat *moet* omlaag'.
Vraag NOS: 'Wat is het grote bezwaar van een te zware pil gebruiken?' Antwoord: 'Dat er dus meer kans op bijwerkingen is: op bloed-

drukverhoging, op trombose. Wat we met die laag gedoseerde pillen eigenlijk nooit meer zien'.
Ik herhaal wat ik in mijn lezing en in de discussie opmerkte: Vooralsnog zie ik geen reden een voorkeursadvies te geven voor een bepaalde sub-50 pil, doch graag wil ik benadrukken, dat bij pilcliënten die een 50 microgram pil gebruiken, bij de eerstvolgende controle wordt geëvalueerd of de betreffende pil door een sub-50 pil kan worden vervangen (zie ook het artikel van Prof. Haspels op blz. 1579 van dit nummer – *Red. MC).*

Utrecht, december 1981

Prof. Dr. A. A. Haspels

Varia

Mutageniteit chemische stoffen – De Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht over de mutageniteit van chemische stoffen. Dit advies is een onderdeel van de beantwoording van een adviesaanvraag van 1973 over de aanvaardbare niveaus voor schadelijke stoffen in voeding en milieu. Destijds is besloten tot een behandeling van deze aanvraag in drie delen: carcinogeniteit, mutageniteit en teratogeniteit van chemische stoffen. Het advies inzake carcinogeniteit van chemische stoffen is in 1978 uitgebracht (VAR-reeks nr. 1979/3). De mutageniteit van een chemische stof is het vermogen van die stof veranderingen in de erfelijke eigenschappen (mutaties) te veroorzaken. De werking van mutagene stoffen berust op een chemische interactie met het erfelijk materiaal (DNA). Mutaties kunnen leiden tot afwijkingen bij volgende generaties en het ontstaan van kanker, het nieuwste advies van de Gezondheidsraad beperkt zich tot het eerste aspect.
Het advies wordt als nr. 47/81 gepubliceerd in de VAR-reeks en is binnenkort verkrijgbaar bij de Staatsuitgeverij te 's-Gravenhage, tel. 070-789911.

'De Drie Lichten' – De Stichting 'De Drie Lichten' verleent steun aan Nederlandse artsen ten behoeve van medisch-wetenschappelijk onderzoek. Haar steun dient bij voorkeur te strekken tot het levensonderhoud van hen die een onderzoek zouden willen verrichten, maar daar de financiën voor missen. Daarnaast is het mogelijk gelden ter beschikking te stellen voor in verband met voorgenomen onderzoek te maken kosten. Tenslotte kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. De stichting wil nu ook aanstaande artsen die aan een onderzoek deelnemen gaan steunen. De steun moet worden aangevraagd door degene die de primaire verantwoordelijkheid voor het onderzoek draagt. Aanvragen – met een nauwkeurige omschrijving van de onderzoekdoelstelling, een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae – naar: Prof. Dr. A. Schaberg, secretaris Stichting 'De Drie Lichten', Pathologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden.

Studiebeurzen kankeronderzoek – Het Internationaal Bureau voor Kankeronderzoek in Lyon stelt studiebeurzen beschikbaar voor kankeronderzoek. De beurzen zijn alleen bestemd voor jonge wetenschapsbeoefenaren die in bepaalde aspecten van vermeld onderzoek willen worden opgeleid, met name op het gebied van epidemiologie, biostatistiek en het ontstaan van kanker door milieufactoren; alleen aanvragen op deze terreinen van onderzoek worden in behandeling genomen. Gegadigden moeten reeds met onderzoek op medisch of aanverwant terrein bezig zijn en van plan zijn hun toekomst te zoeken in kankeronderzoek. De beurzen worden toegewezen voor de duur van één jaar, op basis van de kosten van levensonderhoud in het land waar de studie wordt gevolgd. Over het algemeen genieten diegenen de voorkeur die zelf al na hun artsexamen ondervinding hebben opgedaan met betrekking tot kankeronderzoek in medicijnen of natuurwetenschappen. Voorwaarde is, dat de gegadigde de taal van het land waar de studie wordt gevolgd in woord en geschrift op voldoende wijze beheerst. Reiskosten voor de applicant en in bepaalde gevallen voor zijn gezin zijn voor rekening van het instituut in Lyon. Aanvraagformulieren en meer gedetailleerde inlichtingen: International Agency for Research on Cancer, 150, cours Albert-Thomas, 69372 Lyon Cedex 02, Frankrijk.

MBD-oudergespreksgroepen – Binnen het onderzoek, het onderwijs en de hulpverlening aan kinderen met een lichte hersenfunctiestoornis neemt de oudergespreksgroep een unieke plaats in. Aldus P. G. M. Battes, orthopedagoog en lid van de Oudergroep Buitenbeentjes te Oss en omstreken, in Uit Ervaring, kwartaalschrift voor zelfhulp en aanverwante gebieden, jaargang 3, nummer 3, herfst 1981. De vorming van een gespreksgroep van ouders van MBD-kinderen resulteert, aldus Battes, in wederzijdse ondersteuning en dusdoende tot een doorbraak van het isolement waarin de meeste ouders van zulke kinderen verkeren; de groepen kweken een sfeer van saamhorigheid, waarin men leert van elkaar en leert eigen belevenissen te verwoorden. Het secretariaat van Uit Ervaring berust bij Bert Bakker en Matthieu Karel, Subfaculteit Andragologie, Grote Bickerstraat 72, Amsterdam.

Astmacentra – 'Astmacentra, een perspectief voor volwassen patiënten' luidt het thema van een congres dat de gezamenlijke Nederlandse astmacentra samen met het Nederlands Astma Fonds (NAF) op 21 en 22 mei 1982 in Laren (NH) hopen te houden. Genoemde centra bevinden zich in het Groningse Haren ('Beatrixoord'), Hilversum ('Heideheuvel'), Davos, Breda ('Schoondonck') en Groesbeek (Dr. Van Spanjekliniek). Tijdens het congres zullen de behandeling, training en begeleiding die astmacentra adolescenten en volwassenen bieden worden belicht. Het programma richt zich op longartsen, allergologen, internisten en andere in CARA-patiënten geïnteresseerde artsen. Inlichtingen: Secretariaat Congres, p/a Astmacentrum Heideheuvel, Soestdijkerstraatweg 129, 1213 VX Hilversum, tel. 035-853251, toestel 146/136.

Uitkering bij zwangerschap – De algemene vergadering van de Artsen Onderlinge heeft besloten vrouwelijke artsen die arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van zwangerschap en/of bevalling voortaan ook een uitkering te geven. Tot nu toe was dat niet het geval, zodat artsen die tijdens hun zwangerschap niet konden werken zelf de (hoge) kosten van een waarnemer moesten dragen. De Amsterdamse huisarts Hetty Wemekamp heeft hierover aan het begin van dit jaar in een brief aan de redactie van Medisch Contact (MC nr. 6/1981, blz. 149) aan de bel getrokken. Als voorbeeld noemde zij de mogelijkheid dat een vrouw gedurende haar zwangerschap enige tijd met werken moet ophouden om een dreigende miskraam af te wenden. Bij alle andere vormen van arbeidsongeschiktheid deed de Artsen Onderlinge wel uitkeringen. Ziekte ten gevolge van zwangerschap kan voor niet in loondienst werkende vrouwelijke artsen tot onoverkomelijke financiële moeilijkheden leiden. Op de mogelijkheid voor zelfstandig werkzame vrouwelijke artsen een betaald zwangerschapsverlof in te voeren, zoals dat voor vrouwen in loondienst al lang bestaat, een zaak waarover Mw. Wemekamp schreef in MC nr. 36/1981, blz. 1090, studeert nog een werkgroep waarvan ook vrouwen met andere vrije beroepen deel uitmaken.

Gezondheid en gezindheid – Neem zelf uw gezondheid in handen. Aldus in het kort de bedoeling van een momenteel lopende schriftelijke cursus 'Gezondheidsbesef' van de Stichting Gezondheidseducatie, waarbij de Radio Volksuniversiteit in het seizoen 1981-1982 een serie radioprogramma's uitzendt. Een cursusboek dient individuele cursisten tot leidraad en biedt mogelijkheid tot verdieping; het boek is voor *f* 40,— te bestellen bij de Radio Volksuniversiteit (RVU), Postbus 1950, 1200 BZ Hilversum, gironummer 66888.

door W. L. J. M. Laane



De ziekte van onze gezondheidszorg

Goede en betaalbare gezondheidszorg

Een onbereikbaar ideaal?

Met het hier gereproduceerde artikel wil W. L. J. M. Laane enerzijds zijn bezorgdheid kenbaar maken, anderzijds een bijdrage leveren aan de discussie over de toekomst van onze gezondheidszorg. De problemen ervaart de auteur dagelijks als directeur van een psychiatrische inrichting, in beleidsvoorbereidend werk zowel op regionaal niveau als voor de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en ook in landelijke werkgroepen, respectievelijk gericht op de regionalisatie van de gezondheidszorg en op bouwprogramma's voor de geestelijke gezondheidszorg.

Verschijnselen

De laatste jaren neemt het onbehagen over onze gezondheidszorg over de hele linie sterk toe. Bij de gebruikers is die toename tot dusverre nog beperkt. Het onbehagen is duidelijker bij hen die in de gezondheidszorg werken en meer naarmate zij meer betrokken zijn bij beleidsvraagstukken. Sterk neemt het onbehagen toe bij velen die op plaatselijk, provinciaal of landelijk niveau verantwoordelijkheid dragen.
Met het onbehagen nemen de verwijten toe. Iedere groepering van belanghebbenden richt die verwijten op zijn eigen zondebokken. Dat zijn er velen:
– de artsen en vooral de specialisten die door velen worden gezien als misbruikers van hun centrale positie ten behoeve van hun eigen belang;
– de gebruikers die er maar op los zouden leven, die de gemeenschap laten opdraaien voor de gevolgen en steeds meer voorzieningen eisen;
– de sociale voorzieningen die aanleiding geven tot oneigenlijk gebruik van de gezondheidszorg;
– de ziekenhuizen die een te groot deel van de beschikbare middelen zouden opslokken;
– de tariefstructuur en het Centraal Orgaan die verantwoord werken zouden bemoeilijken;
– ambtenaren en bewindslieden van het ministerie van Volksgezondheid die een onmogelijk beleid zouden voeren;
– andere departementen en hoge adviesorganen die dit beleid zouden belemmeren;
– de conjunctuur, de belangentegenstellingen, de politieke partijen, de vakbonden, enz. enz.

Kortom, de gezondheidszorg en al wat er mee te maken heeft lijkt geheel te bestaan uit veroorzakers van onbehagen.
Bepaald zorgwekkend is het algemene gevoel van machteloosheid dat hand over hand toeneemt. Zelfs hoge ambtenaren van de ministeries, directies van grote instellingen en andere functionarissen met invloedrijke posities in het gezondheidszorgsysteem krijgen steeds meer moeite met de complexiteit van de beheersmechanismen. Politici en bestuurders op alle niveaus hebben het gevoel dat het systeem onbeheersbaar is. Volgens mij loopt het systeem gevaar vast te lopen op deze beheersproblemen en op de stijgende kosten.
Deze uiteenlopende gevoelens zijn de bron van even uiteenlopende geneeswijzen die de gezondheidszorg van haar kwalen af zouden moeten helpen. Mijns inziens zijn deze geneeswijzen veelal gericht op deelaspecten, op symptomen, terwijl de ziekte van het systeem onvoldoende wordt herkend.
Bovendien valt mij op dat de problemen weinig worden benaderd in termen van menselijke gedragingen. Weliswaar eist ieder van zijn eigen zondebokken een ander gedrag, maar niemand lijkt verandering van dit gedrag te verwachten of te bevorderen. (Daarmee zou de zondebok ook zijn functie verliezen!) Ik vraag mij af: waarom gedragen wij ons allen zoals we feitelijk doen en laten we het systeem vastlopen?
Kijkende naar het gedrag van de vele menselijke zondebokken meen ik een paar gemeenschappelijke trekken te herkennen:
– Allen hebben een gevoel van onvrijheid, van afhankelijkheid en het gevoel door anderen te worden overvraagd; kortom, zij zitten met hun belangen in de knel.
– Anderzijds wordt hun gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel verweten. Zij zouden onvoldoende oog hebben voor de consequenties van hun eigen handelen, voor de belangen van anderen.
– Gebrekkig kostenbewustzijn lijkt ook een kwaal van alle betrokkenen.
– Iedereen lijkt meer greep op de situatie te willen krijgen door zijn macht te gebruiken om anderen tot verandering te dwingen. Dat gebeurt bijvoorbeeld via actiegroepen, belangenverenigingen, lobbytechnieken en meer controle op alle denkbare factoren, begrijpelijkerwijs vooral kostenfactoren.
– Het valt op dat, met uitzondering van de gebruikers, niemand zijn eigen belang benoemt.

Het enige acceptabele motief in de gezondheidszorg schijnt het belang van anderen, met name het belang van de gebruikers, te zijn. Daar komt iedereen voor op. Zelfs de ondernemingsraden in de ziekenhuizen hebben er moeite mee hard en duidelijk voor het belang van de medewerkers op te komen.
Waarom dit opkomen voor de gebruikers? Zouden we allemaal nog erfelijk belast zijn met charitatieve neigingen? Is de vrees dat we zelf vroeg of laat hulp nodig hebben de sterkste drijfveer? Ik vermoed van wel. Maar als gebruikers hebben wij toch recht op gezondheidszorg? Waarom dan die vrees als gebruiker te kort te komen?

Diagnose

Mijns inziens zijn deze gedragingen te verklaren uit het feit dat wij een systeem hebben opgebouwd, waarin enerzijds de afhankelijkheid te groot is geworden, anderzijds goede stuurmechanismen ontbreken. Voor een belangrijk deel is dat het natuurlijke gevolg van de te sterke collectivisatie van de gezondheidszorg.
Wanneer wij door ziekte of anderszins behoefte aan gezondheidszorg hebben, zijn wij door dat simpele feit al afhankelijk, hulpbehoevend. Om ons te beschermen in zo'n situatie hebben we door verzekeringssystemen en wettelijke regelingen een zo groot mogelijke zekerheid opgebouwd. ▶

Wij zijn zelfs gekomen tot een grondrecht: recht op goede gezondheidszorg (De Verenigde Naties maakten het nog 'bonter' en proclameerden een recht op gezondheid en dit dan nog opgevat in de ruimste zin als recht op welbevinden op alle niveaus, een recht op gelukkig leven). Dat recht moet gegarandeerd worden door de collectiviteit, door de overheid. Dat betekent een opdracht aan die overheid en een mandaat dat ingrijpen door die overheid rechtvaardigt.
Daarmee hebben we een nieuwe afhankelijkheid ingebouwd. De gebruiker is afhankelijk geworden van de zorg die de overheid goed vindt en kan daar vrijwel geen rechtstreekse invloed op uitoefenen. Hij kan ook de hulpverlenende personen en organen weinig beïnvloeden, omdat deze steeds meer uitvoeringsorganen van de overheid worden, zelf afhankelijk van die overheid maar ten opzichte van de gebruikers in een machtspositie met monopolistische trekken.
De overheid en de uitvoerende leveranciers van zorg moeten zodoende in de gezondheidszorg wel uitmaken wat goed is voor mensen die maar hebben te accepteren wat voor hun bestwil wordt gedaan. Ziekte, onzekerheid en hulpbehoevendheid leiden vaak tot afhankelijke, als het ware kinderlijke gedragspatronen. Dit mechanisme bij de consumenten van de gezondheidszorg wordt in ons systeem nog versterkt. Zij zijn minder bereid met kwalen en onzekerheid te leven, nemen minder verantwoordelijkheid voor eigen welzijn en stellen zich vragend, zelfs eisend op ten opzichte van hulpverleners en overheid. Dat leidt tot voortdurend vragen om meer en beter zonder afwegen van de consequenties die dat heeft voor anderen. Dit werkt sterk kostenverhogend.

De toenemende afhankelijkheid van de werkers en de uitvoerende organen in de gezondheidszorg van de overheid en al haar instanties leidt evenzeer tot een afhankelijk, eisend gedrag met weinig verantwoordelijkheid voor de gevolgen van het eigen handelen voor derden of voor het grote geheel. Men voelt zich gedwongen de eigen ruimte te gaan verdedigen in het kader van alle van boven opgelegde voorschriften, regelingen en beperkingen. Naarmate de zin hiervan minder wordt ingezien groeit de neiging om deze te gaan omzeilen. Bij de doeltreffendheid en de kosten van het systeem als geheel heeft de leverancier van de zorg geen belang. Sterk kostenverhogend!
De regulerende, sturende instanties zelf vertonen vergelijkbare gedragspatronen, te meer naarmate zij slechts voor bepaalde aspecten en niet voor het geheel verantwoordelijk zijn. Soms tegen beter weten in beperken zij zich dan tot deze aspecten en schuiven de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van hun beslissingen voor andere aspecten van zich af. Veelal is het hun ook onmogelijk om alles te overzien. Dit leidt herhaaldelijk tot onderlinge conflicten. Soms zijn de richtlijnen die aan uitvoerende organen worden gegeven strijdig met die van andere instanties. Ook deze verbrokkeling belemmert doeltreffend werken en blijkt vaak kostenverhogend, zelfs bij kostenbeperkende maatregelen.

Bij de sturende instanties doet zich ook het tweede element van mijn diagnose pijnlijk gevoelen: het ontbreken van goede stuurmogelijkheden. Goed sturen is alleen mogelijk bij een goed zicht op het te bereiken doel. Mijns inziens ontbreekt dat in onze gezondheidszorg. Wat goede gezondheidszorg is, is afhankelijk van wat als goed wordt ervaren in gezondheid en welzijn. Dat laatste is zeer sterk gebonden aan personen en aan peroonlijke waarden en daardoor niet in algemene termen vast te leggen.
Niemand anders dan ikzelf, zo nodig voorgelicht en geadviseerd, kan uitmaken wat in mijn situatie goed voor mij is. Gezien de culturele pluriformiteit in Nederland is er ook geen gemeenschappelijk waardenpatroon dat houvast geeft voor beleidskeuzen op grotere schaal. Alle beleidskeuzen op grotere schaal die niet zijn gebaseerd op de persoonlijke keuzen van de gebruikers van de gezondheidszorg zelf zijn per definitie op drijfzand gebouwd.
Er wordt gedaan alsof er een eenduidig te interpreteren beleving van doelstellingen is. Dit overdekt dan het drijfzand van beperkte gezichtspunten die tot eenzijdige beslissingen leiden van allerlei belangentegenstellingen die op zijn gunstigst zijdelings verband houden met het doel van de gezondheidszorg en vooral van gevechten en compromissen tussen deze elementen.

Zelfs indien bepaalde doelstellingen wel duidelijk algemeen zouden zijn aanvaard, worden zij in ons systeem ook nog onvoldoende bereikt, omdat de stuurmechanismen falen.
In het kader van de collectivisatie heeft de overheid een groot aantal verantwoordelijkheden en taken gekregen. De materie blijkt zeer complex, weerbarstig en moeilijk te beheersen. Bij gebrek aan heldere collectieve waardenpatronen als fundament voor beleidsbeslissingen namen wij voor de legitimering van deze beslissingen onze toevlucht tot een veelheid van adviesorganen, waarin deskundigheden en belangen werden vertegenwoordigd en gebundeld. Besturing werd vooral opgevat als greep krijgen op de zaken via reglementering en niet als beheersing van processen via een echte decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden met ingebouwde stuurmechanismen.
Het tempo waarmee de overheid deze verantwoordelijkheden opnam en daaraan vorm probeerde te geven lag ook zeer hoog. Het ene wettelijke kader is nog niet ingevoerd of het volgende, meer omvattende, is al in voorbereiding. En voor er voldoende ervaring met het ene stuurmechanisme is opgedaan en voldoende terugkoppeling heeft plaatsgevonden is er al een overgangsregime naar een volgend mechanisme aan de gang. Zelfs nauwbetrokkenen raken in toenemende mate het spoor bijster in de snelle opvolging van – om een voorbeeld te noemen – Wet Ziekenhuisbouw, Wet Ziekenhuisvoorzieningen, Wet Gezondheidszorgvoorzieningen en Kaderwet Specifiek Welzijn.
Voor de financieringskaders gelden dezelfde overwegingen. Kortom, naast de grote complexiteit is ook het hoge tempo waarin de overheidsbemoeiingen toenemen debet aan het falen van terugkoppelings- of leermechanismen die het (bij)sturen mogelijk zouden moeten maken.
Het falen van de stuurmechanismen, de onbeheersbaarheid en de gevoelens van machteloosheid die daarbij optreden leiden tot steeds krampachtiger pogingen tot beheersing, soms zeer gedetailleerd, soms zeer ongenuanceerd. Daardoor wordt ook van alle betrokkenen steeds meer gevergd in steeds kortere tijd. Dat geldt ook voor deskundigen, onderzoekers en adviesorganen, waardoor de kwaliteit van de beslissingen verder wordt ondermijnd.
Een goede, betaalbare gezondheidszorg is op deze wijze onbereikbaar. Alleen wanneer wij er in slagen principieel voor andere mechanismen te kiezen is er kans dat we dit doel bereiken. Het is zeker niet onbereikbaar.
Ons aller gedrag zal moeten veranderen en de daarvoor nodige voorwaarden zullen moeten worden geschapen. De ziekte van het systeem zal moeten worden genezen en niet alleen de symptomen bestreden. ▶

Essentieel is een mentaliteitsverandering. Wij zullen tot de erkenning moeten komen dat gebreken, ziekte en dood onlosmakelijk met het leven verbonden zijn en blijven en dat niemand het ooit in zijn macht zal hebben ons daarvoor te behoeden. Risicoloos leven bestaat niet. Honderd procent zekerheid is onbereikbaar. Bijna-honderd-procent is onbetaalbaar. Die mentaliteitsverandering zal inspanning en tijd vergen.

Therapie

Mijns inziens moeten we naar een systeem waarin wij allen, allereerst de gebruikers, maar ook alle andere betrokkenen, vrij voor onze eigen belangen kunnen opkomen, beslissende invloed kunnen uitoefenen, maar ook de consequenties van de eigen keuzen moeten dragen en daardoor leren optimale beslissingen te nemen. Zo'n systeem vertrouwt er op dat mensen, wanneer ze de ruimte daarvoor krijgen, de beste beslissingen zullen (leren) nemen; het bevordert daardoor een volwassen verantwoordelijk gedrag.
De concretisering van zo'n systeem is moeilijk. De psychologische weerstanden zijn niet gering. Problematisch is ook het combineren van deze eigen verantwoordelijkheid met de solidariteitsgedachte en met het draagkrachtbeginsel, die wij ook als belangrijke waarden zien. Daarnaast doet zich de vraag voor of macro-economische beheersing van het gezondheidszorgsysteem als geheel gewenst of zelfs noodzakelijk is.

Toch wil ik proberen enkele ideeën als aanzetten voor een therapie te formuleren. Waarschijnlijk zijn de bedoelde effecten ook op andere wijzen te bereiken.
Op het niveau van de gebruiker zou de afhankelijkheid verkleind en de eigen verantwoordelijkheid vergroot kunnen worden door een wijziging in het financieringssysteem. Uitgangspunt is dat de patiënt zelf betaalt voor door hem gevraagde diensten. Hij moet vrij zijn deze diensten al dan niet te vragen en te bepalen wie hij om hulp zal vragen. Voor zover hij het financiële risico niet zelf kan of wil dragen – bij het huidige niveau van gezondheidszorg zal dat voor vrijwel iedereen voor zeer veel onderdelen van het voorzieningenpakket het geval zijn – kan hij zich verzekeren. Daarbij moet het zijn verantwoordelijkheid zijn bij wie hij zich verzekert en voor welke onderdelen van het voorzieningenpakket.
De solidariteitsgedachte en het draagkrachtbeginsel hoeven hierbij niet te worden verlaten. Evenals sommige bedrijven hun werknemers tot een bepaald percentage subsidiëren bij het afsluiten van ziektekostenverzekeringen kan de landelijke overheid een subsidiesysteem opzetten dat aan de maatschappelijke eisen voldoet. Dat kan haar wellicht tevens een macro-economisch stuurmechanisme in handen geven om te zorgen dat de gezondheidszorg als geheel niet een te groot deel van het nationaal inkomen in beslag neemt. De keuzen die de bevolking maakt bij het samenstellen van het verzekerde pakket zouden een betere basis geven voor behoeftebepaling dan nu beschikbaar is.
Het zelf betalen van de kosten, de noodzaak om te kiezen uit het hulpverleningsaanbod, de noodzaak om de keuzen te maken uit de verzekeringsmogelijkheden (die niet onbeperkt kunnen zijn) en het besef het niet-verzekerde deel van de risico's zelf te moeten dragen, zullen de gebruikers tot kritischer, zelfbewuster en kostenbewuster consumenten maken. Zij zullen zich organiseren om de nodige informatie voor het maken van de keuzen te verwerven en een betere greep op het aanbod te krijgen.
Ook op het niveau van de leveranciers van gezondheidszorg zou de vrijheid om zelf te beslissen, het eigen belang als maatstaf te hanteren en zelf de financiële en verdere consequenties van het eigen gedrag te dragen vergroot moeten worden.
Het ontstaan van monopolies, die nu door de overheid de facto sterk worden ondersteund, zou juist moeten worden afgeremd. De afhankelijkheid van de overheid zou moeten verdwijnen; de klant zou koning moeten worden.
De mentaliteitsverandering die daarvan het gevolg zal zijn zal de kwaliteit van de dienstverlening doen toenemen en via een gezond kostenbewustzijn de kosten doen dalen. Gezondheidszorginstellingen zullen weer een interessante uitdaging worden voor goed management en voor innovatie, zulks in tegenstelling tot de huidige verstarrende en verlammende bureaucratisering. Welbegrepen eigen belang zal ook een betere prikkel geven tot goede afstemming van dienstverlening op de behoeften en tot efficiënt samenwerken dan drang of dwang van overheidszijde.
De overheid zou vele taken en verantwoordelijkheden die zij de laatste decennia op zich heeft genomen kunnen afstoten. Evenals op andere gebieden van het maatschappelijk leven zou zij zich kunnen beperken tot het scheppen van de kaders, waarbinnen de zelfsturende krachten van het maatschappelijke leven optimaal tot hun recht komen.
Haar verplichting de zwakken en afhankelijken te ondersteunen kan zij vormgeven door de afhankelijkheid op de bovenaangeduide wijze te verkleinen, door monopolies te beperken en door de solidariteitsgedachte en het draagkrachtbeginsel vorm te geven in een subsidiesysteem. Daarna kan zij zich beperken tot bijstand in gevallen waar deze mechanismen tekort schieten. Tenslotte zal zij zich, zoals ook op andere gebieden, moeten bezighouden met de bestrijding van onrecht. Wanneer zij zich tot deze taken zou kunnen beperken zal zij daarmee al een belangrijke bijdrage aan besparing van kosten leveren.

Duidelijk zal zijn dat mijns inziens het roer om moet. Hopenlijk slagen wij erin dit te doen vóór de wal het schip keert. Wat de kosten betreft is dat moment wellicht bereikt. Ook uit de stuurmechanismen van ons schip klinkt al een onheilspellend, niet mis te verstaan gekraak op. Van alle betrokkenen zal een uiterste inspanning worden gevraagd om de koers te wijzigen.
Het psychologische probleem moet niet worden onderschat. Als het om gezondheid, leven en dood gaat, willen we allemaal graag dat anderen onze onzekerheid wegnemen, desnoods op magische wijze. De tegenpool van deze behoefte zijn de al even magische almachtsfantasieën bij artsen en andere hulpverleners die het hele systeem van gezondheidszorg hebben doortrokken, ook het besturingssysteem. Wij accepteren maar moeilijk, dat wij zaken niet onder controle kunnen krijgen. Toch is erkenning van onze machteloosheid het enige realistische uitgangspunt voor een therapie van onze zieke gezondheidszorg. ■

door Prof. Dr. H. J. Sluiter

Discussie

Maatschappelijke belasting van hulpzoekenden in de huisartspraktijk

Als er niets gebeurt – in de zin van een opvoering van de scholing en de voortdurende bijscholing van de huisarts, vooral op medisch-somatisch gebied, en in de zin van een betere bereikbaarheid van de huisarts – zullen we geleidelijk in het maatschappelijk circuit verzeilen, vreest Prof. Dr. H. J. Sluiter, hoofd van de afdeling Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Dat zou dan volgens hem het einde van de huisarts zijn, mogelijk het begin van een soort blote-voetendokter, minder goed opgeleid, minder wetend, minder geloofwaardig voor zijn patiënten en minder een gesprekspartner van de specialist. Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar in de huisartsgeneeskunde te Utrecht, de man die met zijn tijdens het laatste KNMG-Ledencongres gehouden betoog Prof. Sluiter kennelijk tegen de haren in streek, repliceert: het gaat niet om een keuze tussen medisch circuit en maatschappelijk circuit; het gaat erom beide circuits dichterbij elkaar te brengen. De huisarts is in zijn visie niet een soort medisch-maatschappelijk werker maar een arts in de ware zin des woords, voor wie de klinische deskundigheid in het maatschappelijk gebeuren moet zijn ingebed.

In het kader van het KNMG-Ledencongres 1981, dat zich bezighield met vraagstukken rondom de 'belasting' van mensen, sprak Van Es over de maatschappelijke belasting van hulpzoekenden in de huisartspraktijk (MC nr. 41/1981, blz. 1248). Het is een genuanceerd betoog geworden. Van Es stelt in het kort dat wij worden geplaatst voor twee alternatieven: '. . . Het eerste houdt in dat de medische zorg wordt ontdaan van alle 'insluipsels' en zich beperkt tot het 'echt medische'. Het tweede alternatief houdt een erkenning van de huidige situatie in, maar daaruit worden dan ook de onvermijdelijke consequenties getrokken'.
In zijn artikel maakt Van Es overduidelijk aan welk alternatief hij de voorkeur geeft. Hij haakt hierbij in en borduurt voort op een discussie die reeds jaren in de Nederlandse artsenwereld wordt gevoerd. Ik vind het een bijzonder belangwekkende discussie, omdat de geneeskundige voorziening van het Nederlandse volk hier mede van afhangt. Mijn standpunt is een ander dan dat van Van Es: ik kies zonder voorbehoud voor het eerste alternatief, het 'echt medische'. Ik voeg hier op deze plaats al aan toe dat hieruit dan óók de nodige, zeer ingrijpende consequenties moeten worden getrokken. Van Es laat dit punt geheel liggen.
Ik wil graag in het kort op een enkel punt van het artikel ingaan. Ik ben mij ervan bewust slechts het topje van een ijsberg te kunnen aanraken. Ik ben er mij ook van bewust niet volledig geïnformeerd te zijn; dit laatste lijkt mij voor meerdere scribenten op dit gebied op te gaan. Op een enkel punt zal ik mij mogelijk wat provocerend opstellen, in de hoop noodzakelijke discussies hiermede te bevorderen.

Uitgerangeerd

Van Es citeert met instemming Lamberts c.s., die constateerden dat er bij meer dan 30% van alle patiënt-artscontacten sprake is van probleemgedrag. Ik heb ook wel eens andere getallen gehoord. Ik ben niet zo erg onder de indruk van deze getallen, omdat ik ervan overtuigd ben dat de grootte ervan staat en valt met de kennis van en de interesse in somatische problematiek. Deze twijfel aan de grootte van het probleem betekent allerminst dat ik het probleem als zodanig niet onderken.
Van Es wijdt enkele alinea's aan individualisering en aan de grenzen van individualisatie. Zijn dit geen mooie woorden voor iets dat men in de praktijk bot egoïsme zou moeten noemen? De arts moet partij kiezen voor de zwakken, aldus Van Es. Uiteraard, maar niet alléén de arts. Eigenlijk moet iedereen dit doen. Een 'zwakke' is het best gebaat bij (a) medeleven: van arts, van andere 'hulpverleners', van de mantelzorg en dergelijke; (b) vakkennis: de arts is deskundige op somatisch-medisch terrein. Dit is slechts een klein gedeelte van het totale krachtenveld waaraan de patiënt wordt blootgesteld.
Het is mijns inziens een onbewezen stelling dat bij een keuze voor het 'maatschappelijke circuit' het accent automatisch op de eerste lijn komt te liggen. Voor mijn gevoel zal het net andersom gaan: bij deze keus zal de eerste lijn zichzelf als arts-circuit uitrangeren.
Er is een bijzonder snelle toename van medisch-technische kennis. Dit brengt gevaren mee, die ik onderken. De enorme vooruitgang in de gezondheidszorg die deze ontwikkelingen ook meebrengen is een aspect dat in discussies vaak onvoldoende aandacht krijgt. Er liggen nog grote onopgeloste somatische problemen. Als ik mijn eigen vakgebied overzie, denk ik hierbij alleen al aan de volksziekten CARA en bronchuscarcinoom. Bij de bestrijding van deze ziekten zal nog veel medische inzet nodig zijn. Vele andere voorbeelden kunnen worden genoemd. Een en ander is alleen op te lossen indien er voldoende vakkennis aanwezig is. Dit vereist voortdurend scholing en bijscholing. De huisarts zal hierbij zijn handen vol hebben om bij te blijven op het medisch-somatische terrein. In dit opzicht is naar mijn ervaring de situatie vaak bedroevend slecht.
Naarmate de huisarts zich meer op maatschappelijke problematiek richt, zal hij minder tijd kunnen besteden aan de zuiver medisch-somatische problematiek. Al pratende over de maatschappelijke situatie gaat de huisarts als medische hulpverlener buiten spel staan.

Onbewezen antithese

Onjuist en onbewezen (maar te pas en te onpas herhaald, ook nu weer door Van Es) is de stelling van een antithese tussen medisch-technische geneeskunde en maatschappelijke zorgverlening. Ik heb persoonlijk veel moeite met de herhaalde aantijging dat de tweede lijn niet geïnteresseerd zou zijn in leef-, werk- en woonomstandigheden van de patiënt. In de discussies hierover moeten de vele goeden het vaak met de kwaden ontgelden.
In toenemende mate horen wij in de tweede lijn de laatste jaren patiënten klagen over het functioneren van de eerste lijn, lees: de huisarts. De feitelijke onmogelijkheid buiten de strikte werktijd om ▶

contact met de eigen huisarts te hebben deprimeert vele patiënten. Het aantal patiënten dat mij in de loop der jaren buiten de werkuren is gaan opbellen omdat zij bij een huisarts slechts het antwoordapparaat ontmoeten, stijgt voortdurend.
Er is een duidelijke trend waarneembaar dat de huisarts zich steeds meer terugtrekt in zijn spreekkamer. Bij herhaling hoor ik verdrietige verhalen van patiënten die, ziek of koortsig, min of meer worden gedwongen bij de arts op zijn spreekuur te komen. Nog onlangs meldde een patiënt mij dat de echtgenote van de huisarts haar had meegedeeld dat haar man slechts bij een temperatuur boven de 39 °C de patiënten thuis bezocht; bij een lagere temperatuur werd de patiënt op het spreekuur verwacht. Als de arts niet meer thuis gaat kijken, wat voor verschil is er dan eigenlijk in dit opzicht met de specialist in het ziekenhuis?
Ik ben er met Van Es van overtuigd dat de patiënt als mondig moet worden beschouwd. Deze zelfde mondigheid van de patiënt leidt ertoe dat het merendeel van de patiënten heel goed kan uitmaken naar wie zij het best met hun klachten kunnen gaan. Onvoldoende scholing, onvoldoende deskundigheid en onvoldoende bereikbaarheid van de huisarts zullen ongetwijfeld de patiëntenstroom naar de specialist doen toenemen. Ik vind dit geen goede zaak.

Fundamentele veranderingen

Van Es wees op de fundamentele wijzigingen die moeten worden ingevoerd bij de keuze voor het 'maatschappelijke circuit'. Bij een keuze voor het 'medische circuit' moeten minstens even ingrijpende fundamentele veranderingen worden ingevoerd. De scholing en voortdurende bijscholing van de huisarts moeten worden opgevoerd, vooral op medisch-somatisch gebied. Dit zal moeten beginnen tijdens de studie. Dit betekent dat in het curriculum zeker niet méér tijd kan worden afgestaan aan de gedragswetenschappen, mogelijk minder (!). Een tweede fundamentele wijziging die mijns inziens noodzakelijk is, is een betere bereikbaarheid van de huisarts voor zijn patiënt, ook buiten de 'officiële' werkuren. Uiteraard kan over dit punt veel meer worden gezegd. Ik wil het echter nu hierbij laten.

Ik ben bang dat als er niets gebeurt, wij heel geleidelijk in het 'maatschappelijke circuit' zullen verzeilen. Ik denk dat dit het einde van de huisarts betekent. Misschien dat er dan toch nog een soort huisarts overblijft, minder goed opgeleid, minder wetend, minder geloofwaardig voor zijn patiënt, minder een gesprekspartner voor de specialist vormend. Een soort 'blote-voetendokter'. Ik bedoel dit laatste allerminst denigrerend, maar ik ben wel bang voor deze ontwikkeling. Het zou mij bijzonder spijten als het instituut van huisarts, waar Nederland terecht trots op kan zijn, zo zou moeten ondergaan.

Repliek

door Prof. Dr. J. C. van Es

Naar een koppeling van medisch-technische geneeskunde en maatschappelijke zorgverlening

De redactie van MC bood mij de gelegenheid te reageren op het ingezonden stuk dat collega Sluiter schreef naar aanleiding van de voordracht die ik op het KNMG-Ledencongres heb gehouden.
Allereerst wil ik er mijn vreugde over uitspreken dat hij op mijn voordracht reageert. Daardoor wordt wellicht een zeer noodzakelijke discussie over de doelstellingen en de structuur van de gezondheidszorg geopend. Van de noodzaak daartoe is collega Sluiter kennelijk ook overtuigd.

Niet polariseren

Voordat ik op de hoofdzaak inga, wil ik enkele kanttekeningen maken die nodig zijn om niet van de aanvang af misverstanden en foute opvattingen een rol te laten meespelen. Sluiter koppelt aan zijn betoog een pleidooi voor een goede en permanente nascholing, terwijl hij vervolgens aan de hand van een enkel voorbeeld laat zien hoe slecht huisartsen eigenlijk functioneren en hoe slecht ze hun kennis bijhouden. Aan de andere kant toont hij zijn onvrede over de aantijging dat de tweede lijn niet zou zijn geïnteresseerd in leef-, werk- en woonomstandigheden van de patiënt.
Door deze aspecten in de discussie te brengen suggereert Sluiter dat ik heb gesteld dat specialisten van die belangstelling gespeend zijn en misschien zelfs wel dat ik vrede zou hebben met slecht functionerende huisartsen. Ik vind dat we de discussie niet op dat niveau moeten voeren. Het is een klein kunstje uit eigen en anderer ervaringen een serie verkeerde diagnoses, die door de specialisten zijn gesteld en inadequate en schadelijke behandelingen die zijn ingesteld, op te sommen. Er zijn nu eenmaal goede en slechte artsen, zowel onder de huisartsen als onder de specialisten, maar mijn eigen ervaring is ook dat er specialisten zijn die juist een diepgaande belangstelling voor hun patiënten hebben en met wie een uitstekend overleg mogelijk is. Ik heb geen enkele behoefte aan een polarisering tussen de eerste en tweede lijn; ik doe daaraan dan ook niet mee.

Geen antithese

Nu de zaak waar het om gaat. Sluiter pleit voor een geneeskunde die zich beperkt tot het 'echt medische'. Wat dit echt medische is moet nader worden omschreven, maar waarschijnlijk bedoelt hij – dat leid ik uit zijn ingezonden stuk af – de toepassing van de medisch-technische kennis en vaardigheden. Hij wijst er terecht op dat de medisch-technische kennis snel toeneemt en dat er 'nog' grote onopgeloste somatische problemen zijn. Daarbij noemt hij als voorbeelden volksziekten als CARA en longcarcinoom. Het gebruik van het woordje 'nog' sugge- ▶

reert dat dit soort dat medisch-somatische problemen ooit wel kan worden opgelost en dat dit in feite medisch-technische problemen zijn.
Om ons tot deze twee voorbeelden te beperken: het is duidelijk dat het bronchuscarcinoom mede ontstaat door een aantal uitwendige factoren. Hetzelfde geldt voor de CARA. Als we naar de astma bronchiale kijken, dan spelen daarbij behalve milieufactoren ook een aantal intrapersoonlijke en relationele factoren een rol. De medicus die in zijn hulpverlening alleen oog heeft voor de medisch-somatische aspecten van een reeds ontstane ziekte, de medicamenteuze of chirurgische behandeling daarvan enzovoort, schiet mijns inziens te kort. Een adequate hulpverlening vergt ook zeker aandacht voor factoren die een ziekte doen ontstaan of in stand houden en voor de betekenis die een ziekte voor een patiënt en diens omgeving heeft. Dit is echter geen onderschatting van de medisch-somatische aspecten. De behandelend arts moet inzicht hebben in ontstane mechanismen en in passende therapieën, in de noodzaak van controle en follow-up, in de vroege verschijnselen. Als Sluiter mijn leerboek zou bestuderen dan zou hij daarin onder andere kunnen lezen dat de vroege diagnostiek één van de specifieke taken van de huisarts is. De kern van de zaak is echter of de huisarts zich hiertoe zou kunnen beperken. Volgens Sluiter wel; volgens mij niet. Als er één begrip is dat in mijn voordracht een centrale betekenis heeft, dan is dat 'meervoudige benadering'. Deze staat loodrecht op de veronderstelling van Sluiter dat ik een antithese bepleit van medisch-technische geneeskunde en maatschappelijke zorgverlening. Ik pleit integendeel voor een koppel van die twee.

Verkeerde vraagstelling

Ook binnen de huisartsgeneeskunde wordt regelmatig een discussie gevoerd omtrent somatiek versus psychisch en/of psychosociaal. Dit is een volstrekt onvruchtbare discussie, omdat de vraagstelling daarin verkeerd is. Voor mij is een fundamenteel kenmerk van de huisartsgeneeskunde. dat daarin de lichamelijke klachten en symptomen, ziekte en syndromen, geestelijke belevingen, klachten, stemmingen en maatschappelijk bepalende factoren in een onderlinge wisselwerking (het is eigenlijk méér dan wisselwerking, maar dat laat ik nu maar even zo) worden bezien en gewaardeerd en dat de hulpverlening van de huisarts daarop wordt afgestemd. Met andere woorden, de huisarts moet deze aspecten in zijn diagnostiek en behandeling opnemen. Als hij dat niet doet loopt hij het risico volstrekt verkeerd uit te komen. In welke mate dit het geval kan zijn wordt onder andere duidelijk als hij geen acht slaat op het onder stress verkeren in relatie tot een dreigend hartinfarct. Als hij hieraan wel aandacht besteedt, doet hij in principe daarmee niet anders dan grote klinici in het verleden altijd hebben gedaan. Ik denk wel dat de huidige intramurale gezondheidszorg door de overaccentuering van de technologie zich de kans ontneemt voor deze aspecten voldoende oog te hebben.

In mijn voordracht heb ik voor de meervoudige benadering aanzetten genoemd vanuit de preventie (niet: frequentie, een zetfout) van somatische fixatie, het omgaan met vage klachten en het methodisch werken. Hierin wordt het somatische niet onderschat, maar wel zijn juiste plaats gegeven. De essentie van die methoden is dat wordt nagegaan wat het werkelijke probleem is waarmee de patiënt in feite komt. Sluiter gelooft niet dat veel patiënten met probleemgedrag bij de huisarts komen. Hij meent dat naarmate kennis en interesse in somatische problematiek groter zijn probleemgedrag minder zal voorkomen, zo interpreteer ik tenminste zijn uitlating hierover. Ik denk dat hij dan toch onvoldoende op de hoogte is van wat er zich in de huisartspraktijk afspeelt. Het lijkt erop dat hij zegt: alle mensen die de huisarts raadplegen lijden aan een ziekte; die worden vaak niet herkend en dan wordt het als probleemgedrag geïnterpreteerd. Maar zo is de realiteit niet.
Het werken in de eerste lijn brengt onherroepelijk met zich mee, dat de huisarts onveranderd tot taak heeft te onderscheiden tussen hen die aan een ziekte lijden en hen die weliswaar klachten hebben maar bij wie geen ziekteproces aanwezig blijkt. Om dat te kunnen, moet je een goede arts zijn. Daarom moet de huisarts óók in somatisch-medisch opzicht deskundig zijn. Sluiter zegt: als hij dat moet zijn en blijven, dan heeft hij geen tijd voor die andere aspecten. Dat is niet zo en wel om de volgende redenen:

a. Als de huisarts niet reeds in de aanvang tot een goede probleemformulering komt, komt de hele hulpverlening op een dwaalweg, die uiterst veel tijd kost en bovendien schade doet aan de patiënt.
b. Het gaat niet altijd om zoveel explicite informatie-inwinning, veel meer om een grondhouding, waarin de aandacht voor de andere aspecten, zoals de betekenis van de klacht, is opgenomen. Met andere woorden: een inefficiënte, niet op de hulpvraag afgestemde hulpverlening is altijd tijdrovender dan een zinvolle en op het wezenlijke probleem afgestemde hulp.

Door deze benadering wordt het medische circuit niet identiek aan het maatschappelijke circuit, maar het trekt er zich wel meer van aan en het voelt er zich ook meer verantwoordelijk voor.

Maatschappelijk verantwoordelijk maar geen maatschappelijk werker

Het moge collega Sluiter hopelijk duidelijk zijn dat ik niet streef naar een huisarts die een soort medische maatschappelijk werker is, maar naar een huisarts die een arts is in de ware zin van het woord, voor wie de klinische deskundigheid in het maatschappelijk gebeuren moet zijn ingebed. Ik ken specialisten die oprecht zeggen dat ze bij hun beroepskeuze ooit zijn teruggekrabbeld voor het ook in hun ogen zo moeilijk vak van *huisarts*.

Om nog even op de voorbeelden van Sluiter terug te komen: misschien zou een druk van de gezamenlijke longartsen op de gemeenschap om maatregelen tegen het roken en tegen milieuvervuiling te nemen weleens meer tot een verbetering van de gezondheid bijdragen dan het achter de feiten aanlopen, wat nu in feite gebeurt. Dit uitoefenen van druk zou dan niet moeten komen in plaats van het werk dat nu door hen wordt gedaan, maar het zou een consequentie daarvan moeten zijn. Dit zou één van de wegen kunnen zijn waarlangs artsen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid wáár maken.

Tenslotte wil ik nog een misverstand bij collega Sluiter uit de weg ruimen. Het gaat niet om een keuze tussen een medisch en een maatschappelijk circuit. Het gaat erom het medische en het maatschappelijke circuit dichterbij elkaar te brengen; het gaat er niet om ze te laten samensmelten. Ook in mijn conceptie blijft het medische circuit bestaan, maar het kijkt van daaruit naar het maatschappelijke circuit, leert daarvan de vragen en problemen kennen en draagt de medeverantwoordelijkheid voor oplossingen die daar worden gezocht. De deskundigheid die wij artsen bezitten en steeds opnieuw verwerven verplicht ons daartoe. ■

door Mw. B. Meyboom-de Jong



Hoe ervaren vrouwen het vaginaal onderzoek

Een explorerende studie

Jaarlijks worden in ons land zo'n drie à vier miljoen vaginaal onderzoeken verricht door huisartsen, vrouwenartsen en artsen van Rutgers Stichting en Stimezoklinieken; in negen van de tien gevallen gaat het daarbij om een mannelijke arts. Door aan (een klein aantal) vrouwen een vragenlijst voor te leggen heeft Mw. B. Meyboom-de Jong, huisarts te Opeinde en wetenschappelijk medewerker van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen (hoofd: Prof. Dr. G. J. Bremer), getracht te achterhalen waar een arts bij het vaginaal onderzoek vooral op zou moeten letten.

Motto

Nearly every woman must deal with a masculine point of view at the most crucial periods of her life: when she needs contraception, when she gives birth, when she enters menopause

Claudia Dreyfus

In 1976 werden drie à vier miljoen vaginaal onderzoeken verricht door huisartsen (70%), door vrouwenartsen (25%) en door artsen verbonden aan Rutgers Stichting en Stimezoklinieken (5%). Slechts één van de tien vaginaal onderzoeken werd door een vrouwelijke arts verricht, en wel vanwege de sterke ondervertegenwoordiging van vrouwen in genoemde beroepsgroepen.

Vrije artsenkeus is wat betreft de sexe van de arts een fictie. In mijn onderzoek – een explorerende studie waarover zo meer – antwoordt de helft van de respondenten dat zij indien mogelijk de voorkeur zou geven aan een vrouwelijke arts, maar dat een mannelijke arts door zijn verbale en non-verbale gedrag – 'Hij moet begrip tonen voor de situatie' – de barrière van het geslachtsverschil in de meeste gevallen kan overbruggen.

Gevoelens

Welke gevoelens en ervaringen spelen nu bij het vaginaal onderzoek een rol?
In de gebruikelijke leerboeken van de obstetrie en de gynaecologie wordt het gynaecologisch onderzoek in engere zin nauwkeurig beschreven zoals het op een fantoom zou moeten worden uitgevoerd. Aan de gevoelens van de patiënt wordt geen aandacht besteed, aan het gedrag en de gevoelens van de arts evenmin.
In de schaarse, meestal sexuologische, literatuur waar dat wel gebeurt, worden de schaamte en de angstige gevoelens van de vrouw genoemd: angst voor de dokter, angst voor de gynaecologische stoel, waarin de vrouw in machteloze positie meestal met benen in koude beensteunen terechtkomt, angst voor het tonen en aangeraakt worden van de geslachtsorganen en angst dat er iets ernstigs zal worden gevonden. Tijdens mijn onderzoek zei de helft van mijn respondenten zich meestal rustig en gewoon te voelen, eenderde voelt zich gespannen en niet op haar gemak; de overigen (n = 4) zijn erg angstig en zien als een berg tegen het onderzoek op.
Over de gevoelens van de dokter heb ik vrijwel niets gevonden. Dit komt overeen met de conclusie van Reitsma, dat tijdens de medische opleiding gevoelens worden weggedrukt en de aandacht wordt geconcentreerd op uiterlijke details. Slechts Croft schrijft: 'I was uncomfortable the first few times I performed the examination'.
Voor zover mij bekend wordt in Nederland geen gebruik gemaakt van *simulatiepatiënten* bij het aanleren van vaginaal onderzoek. Dat is jammer. Volgens Godkins kunnen met behulp van simulatiepatiënten de patiënten worden beschermd tegen herhaalde inwendige onderzoeken door onervaren studenten en kunnen studenten hun eerste ervaringen opdoen zonder vrees in verlegenheid te worden gebracht, terwijl zij 'feed-back' krijgen over positieve en negatieve punten van hun onderzoek.

Vragenlijst

Om iets meer te weten te komen over de ervaringen en wensen van vrouwen heb ik een vragenlijst met open vragen voorgelegd aan 43 vrouwen die op dat moment niet in de patiëntensituatie verkeerden en van wie ik niet de behandelend arts was. Van 23 vrouwen werd de vragenlijst ingevuld terugontvangen. Deze vrouwen vormen allerminst een representatieve groep: het gaat om medewerksters van de Rutgers Stichting, deelnemers aan twee VOS-groepen en leden van een zelfhelpgroep; uit hun reacties mogen geen kwantitatieve conclusies worden getrokken, maar hun antwoorden geven wel aanwijzingen van wat vrouwen bij het vaginaal onderzoek belangrijk vinden.

Risicofactoren
Van mijn respondenten zijn vrouwen die tijdens het vaginaal onderzoek vervelende ervaringen hadden in de minderheid. Wanneer slechts in 1% van het aantal verrichte onderzoeken vrouwen ontevreden zijn over de wijze waarop het onderzoek is gedaan, gaat het al om 30.000 tot 40.000 onderzoeken. Het is belangrijk dat artsen voor wie het vaginaal onderzoek een routineprocedure is zich realiseren om welke aantallen het gaat en hoeveel vrouwen vervelende ervaringen kunnen opdoen als het vaginaal onderzoek niet met zorg wordt verricht.
Uit de beschreven negatieve reacties valt een aantal risicofactoren af te leiden dat de kans op een extra vervelend onderzoek groter maakt:
a. De eerste keer. Zowel de eerste keer dat de arts of de co-assistent het onderzoek uitvoert als de eerste keer dat de patiënt het onderzoek ondergaat, kan een emotionele, gênante, soms zelfs pijnlijke gebeurtenis zijn.
Het lijkt mij belangrijk dat de arts of co-assistent, die voor het eerst een vaginaal onderzoek doet, goed wordt begeleid en de gelegenheid krijgt zijn of haar gevoelens van angst, afkeer, spanning of wellicht opwinding uit te spreken. Wellicht ▶

verdient het Amerikaanse voorbeeld van simulatiepatiënten navolging.

b. De aanwezigheid van meerdere personen. Enkele respondenten vermelden dat zij vaginaal onderzoek waarbij meer mensen aanwezig zijn als zeer vervelend hebben ervaren, omdat het gesprek niet met de patiënt maar óver haar werd gevoerd. Zij voelden zich als een 'geval' behandeld.

In opleidingssituaties waar meerdere personen bij het onderzoek aanwezig zijn zal de verantwoordelijke arts aan de patiënt expliciet vóór het onderzoek om toestemming moeten vragen voor de aanwezigheid van en eventueel onderzoek door andere artsen. Indien de patiënt haar toestemming geeft, zal de verantwoordelijke arts er nauwgezet op moeten toezien dat de patiënt in het gesprek en onderzoek centraal staat en nauw bij het onderzoek en de uitleg wordt betrokken.

c. De patiënt met een klacht. De respondenten die niet in de patiëntensituatie verkeerden toen zij de vragenlijst invulden zeiden dat zij met meer spanning het vaginaal onderzoek tegemoetzien als zij zelf iets ongewoons hebben opgemerkt en bang zijn voor een ernstige kwaal of een vermeende zwangerschap.

Het lijkt van belang dat de arts alert is op angstige gevoelens bij de patiënt, vooral wanneer zij voor iets anders komt dan een routinecontrole.

Het vaginaal onderzoek is slechts één van de lichamelijke onderzoeken die een patiënt kan ondergaan bij de doktor. Hoe wordt het vaginaal onderzoek ervaren in vergelijking met ander lichamelijk onderzoek?

Ik vroeg de respondenten het onderzoek van de buik, van de mond- en keelholte, van de geslachtsorganen, van de borsten en het rectaal onderzoek te 'scoren' op een vijfpuntsschaal van 'niet vervelend' tot 'heel erg vervelend'. Uit de antwoorden blijkt dat éénderde van de respondenten tweederde van de vervelende ervaringen voor haar rekening neemt. Met andere woorden, hoe vervelend en belastend een onderzoek wordt gevonden is mede afhankelijk van de vrouw die het onderzoek ondergaat. Dit is niets nieuws. Echter het rectaal onderzoek wordt, onafhankelijk van de angst van de vrouw of de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd, als het vervelendst ervaren. Daarop volgen dicht na elkaar, wat betreft mate van vervelendheid: het vaginaal onderzoek, het borstonderzoek en het onderzoek van mond- en keelholte, terwijl het buikonderzoek nauwelijks vervelend wordt gevonden. Over de plaats van het mond-keelholte-onderzoek in deze rij is slechts te speculeren. Enkele vrouwen geven expliciet aan dat zij hierbij het laryngoscopisch onderzoek bedoelen: het 'deep throat'-onderzoek dus; mogelijk spelen vervelende ervaringen uit de kinderjaren, tonsillectomie en dergelijke een rol.

Aandachtpunten

Nader onderzoek naar ervaringen van vrouwen en mannen bij verschillend lichamelijk onderzoek lijkt me gewenst. Uit de antwoorden van mijn respondenten is duidelijk op te maken, op welke punten de arts bij het verrichten van het vaginaal onderzoek moet letten. De reacties hebben betrekking op de omgeving, de informatie en de handelwijze van de arts en de door de patiënt gewenste privacy.

a. De omgeving. De onderzoekkamer en de onderzoekbank, de instrumenten en de doeken moeten schoon zijn en een aangename temperatuur hebben: warme, gladde specula en géén ijskoude beensteunen, zo deze worden gebruikt.

b. De informatie van de arts. Tunnadine schrijft, mijns inziens terecht, dat het onderzoek begint vóórdat de patiënt echt op de onderzoekbank klimt. Alle respondenten antwoorden unaniem dat de dokter vóór het onderzoek moet vertellen waarom hij of zij het onderzoek wil doen en wat er gaat gebeuren. Tijdens het onderzoek moet de dokter vertellen wat hij of zij constateert. Voor het inbrengen van toucherende vinger of speculum moet de vrouw worden gevraagd te persen, waardoor de vulva zich enigszins opent en het inbrengen gemakkelijker is.

Intieme vragen tijdens het onderzoek worden niet op prijs gesteld. Het zonder meer aannemen van een verband tussen gespannenheid en pijn tijdens het onderzoek en problemen bij de gemeenschap wordt als ergerlijk ervaren. Meestal wijst een dergelijke vraag op gêne bij de onderzoeker. Mijns inziens hoort een vraag naar problemen bij de gemeenschap in het gesprek vóór of ná het onderzoek thuis.

Na het onderzoek willen de vrouwen dat de dokter hen, nadat zij zich hebben aangekleed, in gewone woorden vertelt wat er aan de hand is en wat er aan kan worden gedaan, zodat vrouw en arts samen een beslissing kunnen nemen.

c. Het gedrag van de arts. Warme handen en korte nagels worden belangrijk gevonden. De dokter moet voorzichtig en langzaam te werk gaan, niet haastig of abrupt. Vrouwen willen door hun arts niet als kind worden behandeld maar bij het onderzoek worden betrokken, bijvoorbeeld via het meekijken via een handspiegel, zodat zij zich niet machteloos en onwaardig voelen.

d. De gewenste privacy. Wachten wordt als vervelend ervaren, vooral in half ontklede toestand. Het bloot op een onderzoekbank moeten wachten wordt verfoeid. Het wordt niet op prijs gesteld als anderen tijdens het onderzoek komen binnenlopen of zonder introductie vooraf komen meekijken.

De hierboven gemaakte opmerkingen leveren bij reflectie op de eigen handelwijze bij het vaginaal onderzoek of – beter – bij observatie door een collega, punten op, die – soms in het contact met één speciale patiënt – voor verbetering vatbaar zijn. Als dit verslag ertoe bijdraagt dat artsen meer zorg en aandacht aan hun gedrag bij zuiver medische handelingen als het lichamelijk onderzoek besteden, is mijn doel een positieve bijdrage te leveren aan de arts-patiënt-communicatie bereikt. 'To touch is to be touched.'

Samenvatting

Onder 23 vrouwen werd met behulp van een vragenlijst met een open vraag een explorerend onderzoek gedaan naar hun ervaringen met en hun wensen ten aanzien van het vaginaal onderzoek.

Jaarlijks worden tussen drie en vier miljoen vaginaal onderzoeken verricht door huisartsen, vrouwenartsen en artsen verbonden aan Rutgers Stichting en Stimezoklinieken. Ongeveer negen van de tien onderzoeken worden door een mannelijke arts verricht.

De helft van de respondenten zegt een vrouwelijke arts te prefereren, als dat mogelijk is. De handelwijze van de onderzoekende arts wordt belangrijker geacht dan het geslacht. Uit de antwoorden zijn risicofactoren af te leiden die een vaginaal onderzoek extra belastend maken en tevens een aantal punten waar de uitvoerend arts op moet letten. Het vaginaal onderzoek wordt ongeveer even vervelend ervaren als het borstonderzoek en dat van mond- en keelholte; het rectaal onderzoek wordt veel vervelender gevonden. ■

Het onderzoekverslag is verkrijgbaar bij de auteur, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

door Prof. Dr. A. A. Haspels



Twintig jaar orale anticonceptie in Nederland

Vooralsnog ziet Prof. Dr. A. A. Haspels, hoofd van de Universiteitskliniek voor Obstetrie en Gynaecologie te Utrecht, geen reden een voorkeursadvies te geven voor een bepaalde sub-50 pil, maar hij wil wel graag benadrukken dat bij pilcliënten die een 50 microgram pil gebruiken bij de eerstvolgende controle wordt geëvalueerd of de betreffende pil door een sub-50 pil kan worden vervangen. Dit merkt Prof. Haspels op tot besluit van zijn hier gereproduceerde beschouwing, getiteld 'Twintig jaar orale anticonceptie in Nederland.

Het is maar zelden zo dat grote wetenschappelijke ontdekkingen plotseling uit de lucht komen vallen. Vrijwel steeds zijn zij het gevolg van een aantal logische gebeurtenissen, die dan tenslotte culmineren in wat men 'de ontdekking' noemt. Wat ik zojuist stelde geldt zeker ook voor de ontdekking van de pil. Toch wordt in het algemeen gesteld dat – nu 26 jaar geleden, in 1955 – de pil is geboren toen Gregory Pincus een lezing gaf op het congres van de IPPF in Tokyo over het effect van progestatieve stoffen op de ovulatie van de vrouw. Immers, op dat moment kwamen de ontwikkelingen in een stroomversnelling. In 1956 begon het eerste grote klinische onderzoek met de pil in Puerto Rico, in 1957 werd de pil in Amerika door de Food and Drug Administration toegelaten als middel tot behandeling van menstruatiestoornissen en in 1960 als methode van anticonceptie. Aanvankelijk werd nog de bepaling toegevoegd dat de gebruiksduur ervan beperkt moest blijven tot maximaal twee jaar per persoon, een beperking die twee jaar later werd opgeheven.

In Nederland werd deze ontwikkeling destijds wellicht nauwlettend gevolgd, maar toch moet worden gesteld dat de Nederlandse medische wetenschap, zeker aanvankelijk, zeer terughoudend heeft gestaan tegenover de mogelijkheid van hormonale anticonceptie, tegenover iedere vorm van anticonceptie overigens. Kranten noch tijdschriften schreven over 'die dingen' in die tijd.

In Nederland werd aan het einde van de vijftiger jaren een combinatiepreparaat met een oestrogeen en een progestatieve stof ontwikkeld, lynestrenol, dat in het voorjaar van 1962 in de handel werd gebracht als een preparaat voor cyclusstoornissen onder de naam Lyndiol. Enigszins bevreesd voor negatieve reacties werd slechts zijdelings gewezen op de mogelijke toepassing ervan als oraal anticonceptivum. In de bijsluiter stond: 'De toepassing van dit produkt maakt de cyclus geheel regelmatig. Hierbij moet echter worden gewaarschuwd dat door dit preparaat ook de ovulatie wordt onderdrukt en als gevolg daarvan, tijdens het gebruik van het preparaat, geen zwangerschap kan ontstaan.'

Deze voorzichtigheid was niet onverklaarbaar. Men kon de reacties van de medische professie, van de pers, van het grote publiek en – zoals mij werd meegedeeld – van het personeel, dat grotendeels katholiek was en wellicht bezwaren zou maken tegen de produktie van anticonceptiva in dit bedrijf, niet geheel voorzien.

In 1961 werd in 'Verstandig Ouderschap', het toenmalige tijdschrift van de NVSH, aangekondigd dat een onderzoek zou worden begonnen waarbij een Nederlands preparaat zou worden vergeleken met de Amerikaanse pil. Men had gehoopt op enkele honderden vrijwilligsters, maar het aantal dat zich aanmeldde overtrof iedere verwachting. De medische staf van de NVSH heeft toen, onder leiding van Professor Swaab en in samenwerking met de medische dienst van Organon, dit onderzoek uitgevoerd. Eerst toen in 1963 de resultaten van dit onderzoek bekend gemaakt waren is geleidelijk aan de mogelijkheid om Lyndiol toe te passen als anticonceptivum meer en meer op de voorgrond geschoven en begon de pil in Nederland zijn zegetocht.

Nu – in 1981 – gebruiken in de gehele wereld ongeveer 50 miljoen vrouwen de pil (sommige auteurs geven grotere aantallen op, maar dat is dan vaak het gevolg van het feit dat zij benauwd zijn om het pilgebruik in Rood-China te onderschatten). Nu lijkt 50 miljoen een heel aantal, maar wanneer we dit cijfer vergelijken met het totaal aantal vruchtbare vrouwen in de gehele wereld: 810 miljoen, dan is dit relatief toch niet zoveel.

In de eerste dagen van de pil moet het allemaal zeer eenvoudig hebben geleken. De betrouwbaarheid van de pil als anticonceptivum was al vroeg komen vast te staan. De pil maakte de cyclus geheel regelmatig. Dat waren dus twee duidelijke voordelen in vergelijking met andere methoden van anticonceptie. Bovendien was de pil een hygiënische methode in die zin dat het niet nodig was om de geslachtsorganen aan te raken en dat het gebruik ervan niet was geassocieerd met de coïtus zelf. De bijwerkingen vielen wel mee en traden vooral op in het begin van het pilgebruik; sommige vrouwen klaagden over misselijkheid en braken en over wat gewichtstoename.

Natuurlijk hebben in het begin sommigen, vooral artsen, zich zorgen gemaakt over de risico's die de pil op lange termijn zou kunnen meebrengen, maar voor de meesten was het toch zo dat de duidelijke voordelen van deze nieuwe methode van anticonceptie de nadelen leken te overtreffen. Bovendien was de pil uitsluitend verkrijgbaar op recept en dat gaf de pil een heel eigen cachet; de pil was als het ware 'medisch goedgekeurd'. Het leek er dan ook op dat iedereen deze methode van anticonceptie als de ideale zou beschouwen. Men hoefde, zo dacht men, alleen maar bekendheid aan het bestaan ervan te geven en vrouwen zouden onmiddellijk overschakelen van methoden die op dat moment gebruikt werden naar de pil. In Nederland waren aanvankelijk duidelijk de vrouwen die voorheen het pessarium occlusivum, 'de vrouwenkap', gebruikten die zich als eersten tot de pil bekeerden. Later kwam daar de grote groep van 'periodieke onthoudsters' en degenen die vertrouwden op coïtus interruptus, bij.

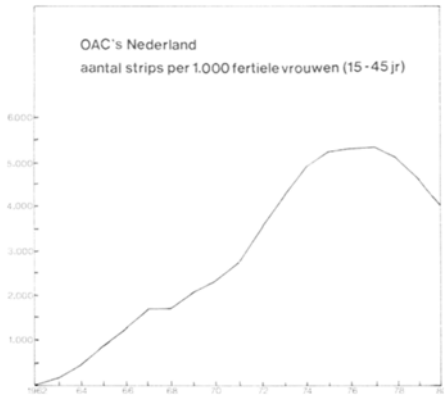
We weten sindsdien dat het accepteren van een methode van anticonceptie niet zo maar een kwestie is van voorlichting en uitdragen van rationele argumenten. De keuze van een bepaalde methode van anticonceptie voor een echtpaar hangt af van een groot aantal factoren, zoals betrouwbaarheid, veiligheid voor de ge- ▶

zondheid, gemak bij het gebruik en dergelijke. Het is misschien overbodig, maar er moet toch op gewezen worden dat het hierbij niet zozeer gaat om de *objectieve* waarde van deze begrippen, maar om de subjectieve. Het gaat erom wat een echtpaar *denkt* dat de betrouwbaarheid, de veiligheid, het gemak in het gebruik, etc. voor hen zou betekenen.
De perceptie van deze begrippen zal variëren met de plaats waar men is in zijn fertiliteitscarrière: betrouwbaarheid heeft voor een jong meisje met erg strenge ouders een andere betekenis dan voor een jong echtpaar dat in de opbouwfase van hun gezin is, of voor een vrouw die de menopauze nadert.
In het algemeen mogen we stellen dat het beeld dat men nu van de pil heeft is: een betrouwbare methode van anticonceptie, maar een methode die niet vrij is van risico's voor de gezondheid op lange termijn.

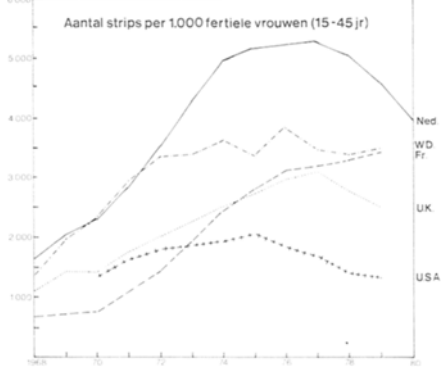
Ontwikkeling van het pilgebruik in Nederland

Figuur 1 laat zien hoe het pilgebruik in Nederland zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. In de zeventiger jaren gebruikten in Nederland relatief meer vrouwen de pil dan in welk ander land ter wereld *(figuur 2)*. Nu is dit aantal ongeveer even groot als in de andere Westeuropese landen. Er hebben zich overigens in de afgelopen jaren enkele noemenswaardige gebeurtenissen voorgedaan die deze ontwikkeling hebben bepaald.
Het bericht dat de NVSH na het afsluiten van het reeds eerder genoemd onderzoek, de pil op haar consultatiebureaus zou gaan voorschrijven, heeft tot een eerste doorbraak geleid. Een tweede punt van belang, zeker in de beginjaren, was de ontwikkeling in de visie van de Nederlander op sexualiteit en anticonceptie. In 1967 verscheen de encycliek Humanae Vitae. De invloed hiervan op de toepassing van anticonceptie in Nederland lijkt mij beperkt geweest.
Veel groter was de invloed van een artikelenserie in Libelle die ongeveer tezelfdertijd verscheen. De auteur, Willem Smitt, heeft aan de hand van een aantal gebeurtenissen van ontevreden gebruiksters de gevaren van de orale anticonceptie breed uitgemeten. De gevolgen waren niet mis. Vrouwen hielden op de pil te gebruiken zonder adequate, andere maatregelen te nemen. Het zal bekend zijn dat ik een groot voorstander ben van voorlichting van het publiek over medische zaken, maar zulke voorlichting eist een prudentie die in deze serie artikelen heeft ontbroken.

Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3 – Voordelen van pilgebruik

1. betrouwbaar anticonceptivum
2. geen complicaties zwangerschap
3. voorspelbare regelmatige cyclus
4. minder bloedverlies
5. minder anaemie
6. minder pijnlijke menstruatie
7. minder prementstruele spanning
8. minder ovarium cysten
9. minder mammae cysten
10. minder infecties van geslachtsorganen

Figuur 4 – Nadelen van pilgebruik

1. geringe kans op hart- en vaataandoeningen bij rooksters beneden 35 jaar, risico neemt toe met leeftijd en mate van roken
2. geringe kans op verhoogde bloeddruk
3. geringe kans op verstoring suikerhuishouding

In 1977 bereikte het pilgebruik een top. In dat jaar verscheen een tweede rapport over een groot onderzoek bij 23.000 pilgebruiksters, uitgevoerd door de Engelse huisartsenvereniging, het Royal College of General Practitioners. Deze publikatie gaf aan dat er een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten bij pilgebruiksters was. De publiciteit die hierop volgde lijkt het pilgebruik in Nederland te hebben beïnvloed. Misschien mede daardoor koos de laatste jaren een aantal vrouwen voor sterilisatie of een spiraaltje. Ook de sterilisatie van de man heeft in deze jaren aan populariteit gewonnen.
Een recente analyse van hetzelfde Royal College of General Practitioners leert dat bij niet-rooksters en vrouwen beneden de 35 jaar het risico voor hart- en vaatziekten niet tot nauwelijks aanwezig is. In het licht van de toch geruststellende recente gegevens is het goed de vóór- en nadelen van de pil nog eens naast elkaar te zetten *(figuur 3 en 4)*.

Oestrogenen in de pil

In 1962 werd in Engeland een aantal klinische observaties gepubliceerd betreffende jonge, ogenschijnlijk heel gezonde, niet-zwangere vrouwen die plotseling trombose kregen. Er werd toen gesuggereerd dat dit wel eens samen zou kunnen hangen met het gebruik van de pil, ofschoon – en dit moet worden gezegd – het zeer moeilijk was en is om van een causaal verband te spreken; bij vrouwen die de pil gebruikten worden wel veranderingen in de individuele stollingsfactoren in het bloed gezien, maar die veranderingen kunnen toch onvoldoende het ontstaan van trombose verklaren. Eerst in 1969 slaagden de epidemiologen erin aan te tonen dat er een statistische samenhang was tussen het optreden van trombose enerzijds en het gebruik van de pil anderzijds. Niet alleen dat; zij konden ook aantonen dat hoe kleiner de hoeveelheid oestrogenen in de pil was, hoe kleiner het relatieve risico was dat veneuze complicaties zoals trombose zouden optreden.
Deze ontdekking leidde tot twee ontwikkelingen: het oestrogeen mestranol, waarvan men aannam dat het wat zwakker werkte en waarvan in de pil dus relatief grotere hoeveelheden werden gebruikt, werd vervangen door ethinylestradiol in vrijwel alle orale anticonceptiva en ten tweede werden er orale anticonceptiva ontwikkeld met kleinere en kleinere hoeveelheden oestrogenen. *Figuur 5* (volg. blz.) laat zien hoe de hoeveelheid oestrogenen in orale anticon- ▶

ceptiva in de loop van de jaren 1968-1979 is gewijzigd. In 1968 bevatte 75% van alle orale anticonceptiva die werden gebruikt meer dan 50 microgram oestrogenen. Tegenwoordig is dit 3%. De grote verandering kwam in 1972 toen 75 microgram mestranol door 50 microgram ethinylestradiol werd vervangen. Er werden vanaf 1974 nieuwe preparaten geïntroduceerd met minder dan 50 microgram oestrogenen en in 1980 waren bijna 45% van alle orale anticonceptiva die dat jaar werden gebruikt van dit type. Deze ontwikkeling bleek een zinvolle te zijn: de daling in het voorkomen van trombose bij vrouwen die de pil gebruiken.

Böttiger en zijn medewerkers lieten zien dat in Zweden het verdwijnen van anticonceptiva met 75 microgram oestrogenen en het vervangen daarvan door preparaten die 50 microgram of minder oestrogenen bevatten gepaard ging met een spectaculaire daling in het aantal gerapporteerde gevallen van trombo-embolieën (*figuur 6 en 7*).

Het lijkt onwaarschijnlijk dat in de toekomst de dosis oestrogenen nog veel verder zal dalen. Immers, wanneer de hoeveelheid oestrogenen te laag wordt ontstaan er menstruatiestoornissen: onregelmatige cycli, doorbraakbloedingen en dergelijke. Het lijkt mij dat dit op den duur voor vrouwen niet acceptabel zal zijn. Het is echter niet onmogelijk dat ik mij hierin vergis en dat de vrijere houding ten opzichte van menstruatie, een beter inzicht in het functioneren van het voortplantingssysteem en een beter inzicht in de werkwijze van orale anticonceptiva vrouwen ertoe zal brengen om een wat minder stabiele menstruele cyclus te accepteren, wanneer dit althans duidelijke voordelen zou hebben voor hun gezondheid op langere termijn.

De progestatieve component

Ook aan de progestatieve kant van de pil heeft zich een soortgelijke ontwikkeling voorgedaan. De dosis is in de loop van de jaren sterk gedaald. De eerste pillen waarmee Pincus experimenteerde bevatten maar liefst 10 milligram van de progestatieve stof norethinodrel.

Op het moment dat deze pil als anticonceptivum in Amerika werd geïntroduceerd was de dosis al gedaald naar 5 milligram. In de loop van de jaren is de dosis verder verlaagd. De ontwikkeling die ik hier schets is bijna identiek geweest voor alle progestatieve stoffen die in het begin beschikbaar waren: norethinodrel, norethisteron en ook lynestrenol. De oorspronkelijk in Nederland geïntroduceerde pil Lyndiol bevatte 5 milligram lynestrenol, een latere versie bevatte 2½ milligram en de huidige meest voorgeschreven pillen die dit progestativum bevatten, bevatten minder dan 1 milligram lynestrenol (*figuur 8*).

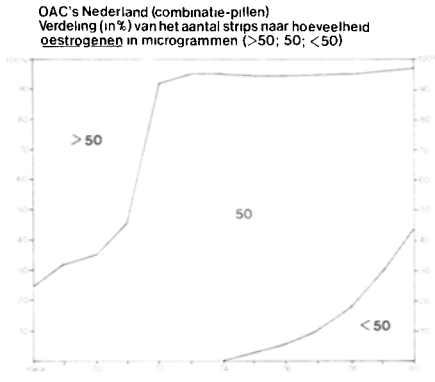
Inmiddels had zich op het gebied van de progestativa een andere belangrijke ontwikkeling voorgedaan in het midden van de zestiger jaren, namelijk de ontwikkeling van norgestrel. Deze progestatieve stof, die actief is in microgrammen en niet zozeer in milligrammen, wordt nu in de wereld en ook in ons land vaker gebruikt dan alle andere progestativa samen. In 1968, het jaar dat norgestrel in Amerika in de handel werd gebracht, bevatte slechts 10% van alle anticonceptiva die in Nederland werden gebruikt deze progestatieve stof. In 1980 was dit maar liefst 65%.

Het mag wel degelijk gesteld worden dat wanneer men over de pil praat men in feite spreekt over anticonceptiva die norgestrel bevatten. Het zijn de eigenschappen van deze substantie die zowel in de medische wereld als bij het grote publiek het imago van de pil bepalen.

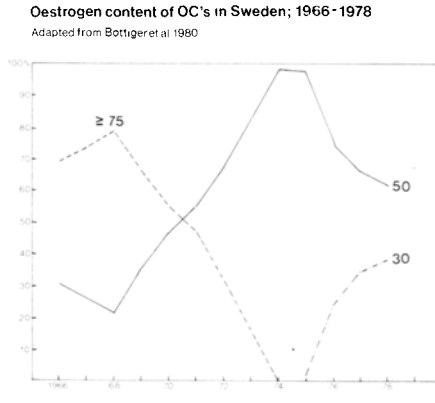
In december van het afgelopen jaar schreven Atkinson en haar medewerkers in 'Family Planning Perspectives' het volgende: 'Er is geen nieuwe anticonceptieve substantie meer beschikbaar gekomen sinds de introductie van norgestrel in 1968. Toch is er wel degelijk een meer dan grote behoefte aan betere anticonceptiva, want de reputaties van zowel de pil als van het spiraaltje hebben zware klappen gehad door de opeenstapeling van berichten in medische tijdschriften waaruit bleek dat, hoewel ze niet zo gevaarlijk zijn als sommigen hebben gevreesd, ze evenmin zo veilig zijn als sommigen hadden gehoopt'.

Het is in het bijzonder de invloed van de progestatieve component in de pil op het spectrum van lipoproteinen – en dan nog in het bijzonder van een bepaald lipoproteine, het 'High Density Lipoprotein' – die de laatste jaren de aandacht trekt. Het blijkt dat sommige progestatieve substanties, met name dié progestatieve sub- ▶

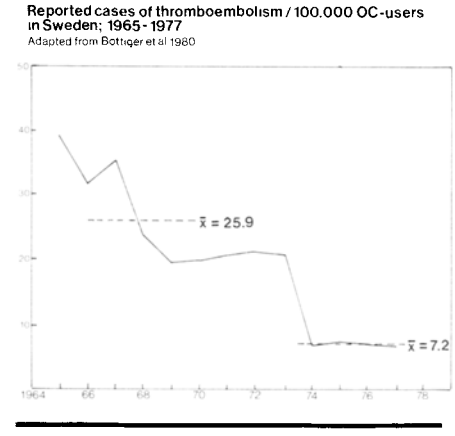
Figuur 5



Figuur 6



Figuur 7



Figuur 8

introductie	naam	samenstelling: profestativum	samenstelling: oestrogeen
1962	Lyndiol 5	5 mg lynestr.	0,150 mg mestr.
1964	Lyndiol 2,5	2,5 mg lynestr.	0,075 mg mestr.
1972	Lyndiol	2,5 mg lynestr.	0,050 mg E.E.
1975	Ovostat	1 mg lynestr.	0,050 mg E.E.
1976	Ministat	0,75 mg lynestr.	0,0375 mg E.E.
1972	Exluton	0,5 mg lynestr.	—

stanties die toch nog enige androgene aspecten in hun werkingsprofiel bezitten, het gehalte aan 'High Density Lipoprotein' doen dalen. Zulk een daling is echter geassocieerd met een vergroot risico op hartinfarct en toegenomen kans op vaatafwijkingen in de hersenen. Zulk een risico is relatief groter voor vrouwen die roken.

Nog een belangrijke verbetering van de laatste jaren is de ontwikkeling van een anti-androgeen progestativum het cyproteronacetaat dat, gecombineerd met ethynil-estradiol, uitstekende resultaten geeft bij vrouwen met acne en hypertrichose (Diane). Alleen hebben wij gesuggereerd het oestrogeen gehalte in deze pil te verlagen tot 0,035 mg, omdat dan juist bij jonge meisjes de bijwerkingen van het oestrogeen minimaal zijn.

Het lijkt mij dat nieuwe orale anticonceptiva, die geen dalende invloed hebben op 'High Density Lipoproteins' of die zo mogelijk zelfs deze kunnen doen stijgen, een belangrijke bijdrage zullen vormen voor een veiliger orale anticonceptie in de toekomst. Me dunkt dat door de ontwikkeling van zulke orale anticonceptiva het vertrouwen in de pil, zowel van de medische wereld als van het grote publiek, kan worden hersteld en nieuw enthousiasme kan worden opgewekt voor deze methode van anticonceptie die zeker bij jonge vrouwen als de meest acceptabele moet worden beschouwd.

Concluderend zou ik willen stellen dat mij bij de voorbereiding van dit overzicht is gebleken dat 50% van de Nederlandse vrouwen een te zware pil gebruikt. Op onze polikliniek anticonceptie in Utrecht gebruikt 95% van de vrouwen die de pil gebruiken een sub-50 pil. Het aantal gevallen van hart- en vaatziekten dat mogelijk verband houdt met het gebruik van de sub-50 pil is zo sterk gedaald dat er geen verschil meer is met een controlegroep vrouwen die de pil niet gebruiken. De factoren die wel een invloed hebben zijn roken, hypertensie, diabetes mellitus en een te hoog lichaamsgewicht.

Vooralsnog zie ik geen reden een voorkeursadvies te geven voor een bepaalde sub-50 pil, doch ik wil graag benadrukken dat bij pilcliënten die een 50 microgram pil gebruiken bij de eerstvolgende controle wordt geëvalueerd of de betreffende pil door een sub-50 pil kan worden vervangen. ■

Literatuur

Kremer J. en A. A. Haspels: Geboortenregeling bij de Mens, 5e druk, p. 52, Uitg. De Tijdstroom, Lochem.

'Pillen of praten'

Over het verwijzen van patiënten met psychische problemen door huisartsen in Amsterdam

Mensen die in de maatschappij extra moeilijk zitten, trekken ook in de geestelijke gezondheidszorg aan het kortste eind; zij worden als het ware 'dubbel gepakt': voor hen zijn minder gevarieerde en minder intensieve hulpverleningsmogelijkheden beschikbaar. De weg naar gesprekstherapeutische mogelijkheden wordt voor mensen uit de lagere sociaal-economische categorieën vaak al niet eens meer door hun huisarts aangegeven. Die instellingen waar zij uiteindelijk door de nood gedwongen terechtkomen kampen met financiële en personeelstekorten. Tijd voor een gesprek is daar vrijwel niet; de hulpverleners kunnen niet meer verrichten dan het meest directe lapwerk, waarbij zij veel medicijnen voorschrijven. Laat het echter niet zo zijn, dat wantoestanden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en onmacht van artsen en andere hulpverleners met bepaalde patiënten te communiceren schuilgaan achter de misvatting dat deze patiënten niet voor vormen van gesprekstherapie geschikt zijn.

Aldus drie doctoraalstudenten in de sociologie, Dorothee Goossens, Patty Muller en Frits Nijhout, in hun verslag van een onderzoek dat zij hebben verricht in samenwerking met het huisartseninstituut van de Vrije Universiteit, getiteld: 'Pillen of praten; een onderzoek naar het verwijzen van patiënten met psychische problemen door Amsterdamse huisartsen'.

'Pillen of praten' staat op vier poten. Om te ontdekken of er systematiek is in het verwijzen van patiënten met psychische problemen werden de huisartsen in Amsterdam aangeschreven en werd aan hen die positief antwoordden (135 van de 339) een aantal fictieve casus voorgelegd met de vraag naar welke hulpverleningsvorm zij in deze gevallen zouden verwijzen. Een tiental van de huisartsen die aan de enquête hadden meegewerkt werd vervolgens geïnterviewd; doel van die interviews was te achterhalen hoe de betrokkenen in het algemeen verwijzen en hoe zij in een tweetal reële gevallen hadden verwezen. Interviews waren er ook met twintig patiënten, van wie de helft voor gesprekstherapie was verwezen en de anderen voor medicamenteuze hulp. Tenslotte werden de Amsterdamse instellingen op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder de loep gelegd, waarbij het verwijsbeleid van de huisartsen en de ervaringen van de geïnterviewde patiënten speciaal werden belicht. Alle gegevens hebben betrekking op ziekenfondspatiënten.

De ervaringen van de patiënten met gesprekstherapie en medicamenteuze hulpverlening hebben de onderzoekers ervan overtuigd dat het verschil tussen beide vormen van hulpverlening er één is van dag en nacht. De ondersteuning door middel van korte gesprekken die bij medicamenteuze behandeling naast de voorgeschreven medicijnen wordt gegeven heeft in vele gevallen zo weinig inhoud dat er eerder nieuwe frustraties door ontstaan. De kans op verwijzing naar gesprekstherapeutische vormen van hulpverlening nu is klein voor wie zich sociaal gezien ver van het milieu waarin artsen zich bewegen bevindt. Zo'n verwijzing zit er ook nauwelijks in voor patiënten met ernstige problemen, van wie er weer relatief meer zijn met een lage beroepsstatus en een geringe opleiding. De leeftijd speelt minder mee; wel blijkt een verschil in leeftijd tussen arts en patiënt voornamelijk bij artsen die geen nascholing in gesprekstechnieken hebben gevolgd vaak te leiden tot een medicamenteuze verwijzing.

Geen betrouwbare criteria

Uit het onderzoek blijkt dat de keuze tussen gesprekstherapeutische en medicamenteuze verwijzing niet op betrouwbare criteria is gebaseerd. Het onderzoek heeft voorts bevestigd dat medicamenteus verwezen patiënten over het algemeen een slechtere relatie met hun huisarts hebben dan patiënten die voor gesprekstherapie zijn verwezen. De sociologen in spe hebben de indruk gekregen dat veel artsen zich onvoldoende bewust zijn van de asymmetrie in hun relatie met veel van hun patiënten, een gebrek aan inzicht dat maakt dat zij weinig oog hebben voor de vaak wankele basis van de beslissing patiënten naar vormen van medicamenteuze vormen van hulp te verwijzen; die zwakke plek in het bewustzijn van veel artsen hangt huns inziens samen met het imago ('objectief', 'neutraal', 'deskundig') van de arts. Wat dit betreft valt hun uitspraak op dat artsen die nascholing in psychotherapeutische of gesprekstechnieken hebben gevolgd, gezien hun verwijspatroon, daadwerkelijk baat hebben gevonden bij de aldus ontwikkelde vaardigheden.

'Pillen of praten; een onderzoek naar het verwijzen van patiënten met psychische problemen door Amsterdamse huisartsen' kan worden besteld door overmaking van f 12,50 per exemplaar inclusief portokosten op giro 3956073 ten name van H. J. van Aalderen, Uilenstede 108, Amstelveen (levering eind januari). ■

door Drs. W. Bender en Prof. Dr. G. J. Bremer



Adviezen aan hen die college geven

Drs. W. Bender werkt op het bureau Onderwijsontwikkeling Geneeskunde (BOOG; hoofd: Prof. Dr. L. B. van der Slikke) aan de Rijksuniversiteit Groningen. Prof. Dr. G. J. Bremer is verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van dezelfde instelling. Samen schreven zij een pleidooi voor het hoorcollege als een reeks geplande gevarieerde activiteiten.

Gedurende de afgelopen jaren is er veel kritiek geweest op 'het hoorcollege', een al zeer oude en veel toegepaste onderwijsvorm. Heyn (1976) spreekt denigrerend van een 'monoloog' en noemt tien bezwaren tegen deze 'leerstofpresentatie'. Wat men ook moge beweren over hoorcolleges, het is een goedkope vorm van onderwijs geven met een grote informatiedichtheid, die alleen al om deze reden onze aandacht verdient.

1. *Iedere medewerker die college geeft kan zich daarop voorbereiden door een onderwijskundige training te volgen.*

Wat kunt u leren op een onderwijskundige training? Met verschillende facetten van het hoorcollege, zoals opbouw, presentatie, stemgebruik en hulpmiddelen, zult u in vitro en in vivo kennis maken. U zult ervaren dat de 'geboren docent' niet bestaat en dat aan minder goede doceerprestaties te sleutelen valt. Na afloop zult u het gevoel hebben zelf 'adviezen aan hen die colleges geven' te kunnen geven. Waar vinden dergelijke nuttige trainingen plaats? Dat is in ieder geval overal waar een universiteit of hogeschool staat. De plaatselijke bureaus voor onderwijsresearch lichten u graag in.

2. *Laat niet te veel mensen in uw vakgroep college geven. Beperk het aantal tot enkele medewerkers die het graag en goed doen.*

Wie het aantal medewerkers aan het Groningse medisch curriculum in de eerste vier jaren optelt komt op tweehonderd uit. Zelfs als die docenten allemaal goed zijn (quod non) dan nog is dit duidelijk van het goede teveel. Immers identificatie van docent met student en omgekeerd vereist veel contact (Groen, 1980).
Hoe is het allemaal zo gekomen? Vakgroepen zetten docenten onder andere in omdat die docenten:

a. onderwijs geven in hun takenpakket hebben;
b. (super)specialist zijn;
c. het (doceer)vak moeten leren;
d. heel veel weten over heel weinig.

De vanzelfsprekendheid van punt b: ieder doceert het eigen specialisme, zou meer ter discussie mogen worden gesteld. Waarom zou de oncoloog over oncologie moeten onderwijzen? Kan dat niet net zo goed, of zelfs beter, gebeuren door de algemeen chirurg of de huisarts? Moet in het basisonderwijs het accent niet meer vallen op het generale dan op het specialistische?
De docent als genoemd in punt d kan natuurlijk uitgroeien tot het hoogtepunt van congressen, symposia en andere wetenschappelijke bijeenkomsten, maar in het reguliere onderwijs hoort deze superspecialist een rara avis te zijn.
De leerling-docent (punt c) is een legitieme constructie, maar niet allemaal tegelijk alstublieft.
Wanneer er – tenslotte – veel docenten van het eerste type zijn, dan mag men dat als een welkome aangelegenheid beschouwen om na te denken over pluriformiteit van het onderwijs. Wanneer de geplande reeks hoorcolleges aan enkele stafleden wordt toevertrouwd, kunnen de anderen zich occuperen met het ontwerpen van zelf-instructieve systemen, onderwijs in discussiegroepen en dergelijke. Ook splitsing van een jaarklasse van tweehonderd studenten in vier groepen van vijftig is het overwegen waard.

3. *Nodig medewekers uit uw vakgroep uit tot opbouwende kritiek op uw colleges.*

Terwijl vroeger bij een college van de hooggeleerde de hele staf aanwezig was, soms in diepe slaap, is het tegenwoordig niet ongewoon dat een docent staat te oreren zonder dat een andere docent zich onder het gehoor bevindt. Dit is niet juist. De mensen die het onderwijs verzorgen ▶

Adviezen aan hen die college geven

In dit artikel worden de volgende adviezen gegeven:

Iedere medewerker die college geeft kan zich daarop voorbereiden door een onderwijskundige training te volgen.

Laat niet te veel mensen college geven. Beperk het aantal tot enkele medewerkers die het graag en goed doen.

Nodig medewerkers uit tot opbouwende kritiek.

Kondig uw onderwijs tevoren schriftelijk aan.

Stel een of twee studieboeken verplicht. Verwijs tijdens de colleges naar de leerstof.

Colleges dienen bij voorkeur om de problemen aan de orde te stellen.

Geef de grote lijnen aan en vat samen. Boeken lezen kan de student thuis.

Na twintig minuten treedt een scherpe daling van de aandachtscurve op. Schakel dan over op een andere techniek.

Geef gelegenheid tot het stellen van vragen.

Wees enthousiast!

moeten elkaar kunnen prijzen en bekritiseren. Het is voor de docent leerzaam iets te horen over het gegeven onderwijs, te meer omdat het verkrijgen van goede kritiek van studenten moeilijk is.
Het verdient aanbeveling dat de medewerkers niet op de eerste rij gaan zitten maar juist achter in de zaal, zodat zij het gedrag van de studenten in de nabespreking van het college kunnen betrekken.

4. *Kondig uw onderwijs – reeks colleges – zoveel mogelijk tevoren schriftelijk bij de studenten aan, zodat deze weten wat zij kunnen verwachten.*

Omdat het onmogelijk is geworden het gehele leerprogramma te doceren en iedere docent een keuze moet maken, ligt het voor de hand dat de studenten moeten weten wat hen wordt gepresenteerd. Het beste is het onderwijs per trimester aan te kondigen, met een globale aanduiding wat er in de daarop volgende trimesters zal worden gedoceerd. Het lijkt raadzaam tenminste het volgende te vermelden: tijd, plaats, naam docent, titel onderwerp. Het opgeven van enige literatuur bij een dergelijke aankondiging is voor de student vaak prettig. Sommige docenten vermelden de onderwijsdoelstellingen; zij schrijven op waartoe de student na afloop van het college in staat moet zijn.
Het zal duidelijk zijn dat een nauwkeurige aankondiging niet altijd mogelijk is. Bij klinische colleges in de medische faculteit bijvoorbeeld weet de docent soms pas kort voor het college welke patiënt zal worden 'gedemonstreerd'.

5. *Stel één of twee leer- of studieboeken voor studenten verplicht. Verwijs tijdens de colleges naar de leerstof.*

De betekenis van een goed leerboek wordt sterk onderschat; het is anders onbegrijpelijk dat docenten klappers samenstellen. Een goed leerboek verdient in alle opzichten de voorkeur boven een klapper (Bremer, 1980). Het is een van de belangrijkste taken van een docent de student wegwijs te maken in de doolhof van de literatuur. Het omgaan met boeken – het kunnen lezen, het overzien van de leerstof – leert de student niet uit een klapper. Heyn (1976) heeft de betekenis van een goed leerboek uitvoerig besproken. Ruim honderd jaar geleden schreef de bekende Utrechtse hoogleraar Mulder (1876): 'Wat thans van het onderwijs gevraagd wordt, is de goede boeken die er zijn, te leren gebruiken, te leren verstaan, er den jeugdigen beoefenaar toe te brengen, dat hij ze met zorg bestudeert en den inhoud overwegen zal' (p. 135). Bij de huidige schaarste is het onzinnig dat een docent zijn tijd zit te verdoen met het samenstellen van een klapper, terwijl er ruimschoots goede leerboeken te verkrijgen zijn. Dezelfde Mulder schreef: ' . . . sedert de boekdrukkunst is uitgevonden, kan men in zijn onderwijs naar een goed boek verwijzen . . .' (p. 134).

6. *Colleges dienen bij voorkeur te worden gegeven om de problemen binnen een vakgebied aan de orde te stellen.*

Tot de bevindingen van de onderwijskunde hoort het gegeven dat zelfwerkzaamheid van studenten een nastrevenswaardige zaak is. Hoorcollege en zelfwerkzaamheid: is dat niet een contradictio in terminis in optima forma?
Dat valt gelukkig mee. Iedereen weet uit eigen ervaring dat luisteren naar een spreker een zeer activerende bezigheid kan zijn. Bovendien heeft iedereen ook ervaringen met sprekers van wie geen enkel appel uitgaat. En wie nadenkt over wat deze ervaringen van elkaar onderscheidt, zal ontdekken dat een van de verschillen is dat de eerste spreker in tegenstelling tot de tweede zijn gehoor een probleem voorlegt. Vorm en aard kunnen variëren van pure retoriek tot een simpel vraagteken en van een academische vraag tot een wetenschappelijke puzzel. Voor het medisch onderwijs geldt in hoge mate de noodzaak van probleemoriëntatie. 'Being a student should imply that one is, at all times, practising the very activities for which one is preparing' (Jason, 1970).

7. *Lees de stof niet voor maar geef de grote lijnen aan en vat samen. Boeken lezen kan de student thuis.*

De tweede zin van het bovenstaande advies is dubbelzinnig, dat wil zeggen: zowel waar als onwaar. In beide gevallen echter levert de zin een argument om te handelen conform de eerste zin. Veel studenten kunnen geen boeken lezen. Zij vatten niet samen, zij parafraseren niet, zij doorzien de structuur van een boek niet. Waarom zouden zij ook? Studeren moet je leren; er moet dus in worden onderwezen.
Wanneer dit aspect van studievaardigheid in het geding is helpt voorlezen door een docent niet: die manier van lezen hebben studenten zelf al lang onder de knie. Het hoorcollege moet juist laten zien hoe een boek in elkaar zit, waarom bepaalde vragen worden opgeworpen, hoe iets ook anders kan worden geformuleerd. Kortom, *de docent moet zelf een voorbeeld zijn* van het actief en creatief omgaan met literatuur.
Uit onderzoek blijkt overigens dat het opvolgen van deze prescriptie publiek aantrekt: studenten mijden colleges waar wordt voorgelezen uit eigen of andermans werk (Bender, 1981).

8. *Na vijftig tot twintig minuten treedt een scherpe daling van de aandachtscurve op. Schakel dan dus over op een andere techniek.*

Hoorcolleges duren als regel vijfenveertig minuten. Slechts bij uitzondering zal het mogelijk zijn die hele tijd de toehoorders te blijven boeien met een ononderbroken verbaal betoog. Uit onderzoek blijkt dat na ongeveer een kwartier de concentratie van de luisteraar begint af te nemen. Dat is het goede moment om iets anders te doen.
U zou niet weten wat? Ach kom! Wat is er niet allemaal mogelijk: U kunt samenvatten wat er daarvoor is gezegd. U kunt een film draaien. U kunt een patiënt 'demonstreren'. U kunt discussieopdrachten verstrekken. U kunt vragen stellen en die individueel of collectief laten beantwoorden. U kunt een grap vertellen. U kunt een student een voorbereid verhaal laten houden. U kunt een proeftoets afnemen. U kunt het college beëindigen omdat u door de stof heen bent.
Al met al is dit een pleidooi voor het hoorcollege als een reeks van geplande gevarieerde activiteiten, met de nadruk op 'gepland' en 'gevarieerd'.

9. *Geef gelegenheid tot het stellen van vragen.*

Dit advies wordt met enig voorbehoud gegeven. Het is vaak raadzaam het college tien minuten 'vóór tijd' te staken en gelegenheid te geven vragen te stellen. Dit is niet altijd nodig, het hangt samen met het onderwerp dat is behandeld. Sommige docenten onderbreken hun betoog om vragen te beantwoorden. Belangrijk is het dat de docent de vraag van een student altijd herhaalt alvorens deze te beantwoorden. Dat voorkomt dat de vraag voor een deel van het gehoor wordt gemist en geeft een garantie dat de docent de vraag heeft begrepen. Groen (1980)▶

wijst op de mogelijkheid ook na het college korte tijd aanwezig te blijven om enkele studenten de gelegenheid te geven nog wat te vragen.

10. Wees enthousiast!

Dit paradoxale advies betekent niets anders dan dat de goede docenten onderwijs moeten geven. Enthousiaste docenten. Uit onderzoek blijkt steeds weer dat deze factor bij het geven van onderwijs uiterst belangrijk is. ■

*
* *

Niet alles kan worden beschreven. Misschien mogen wij Mulder nog eens aan het woord laten: ' . . . onderwijzen is de kunst, om hetgeen onderwezen wordt, te leren liefhebben' (p. 151).

Literatuur

Bender, W. (1981) Over stagnatie en meer. Groningen, Faculteit der Geneeskunde, BOOG.

Bremer, G. J. (1980) Dag dokter. Afscheidscollege Leiden. Stafleu, Alphen a/d Rijn.

Groen, J. J. (1980) De kunst van college geven: de hoogleraar als ouderwetse en moderne schoolmeester. *Ned. T. Geneesk.* 124, nr. 7, p. 231-236.

Heyn, F. A. (1976) Studenten en docenten bij het tertiair onderwijs. Van Gorcum, Assen/ Amsterdam.

Jason, H. (1970) The relevance of medical education to medical practice. *JAMA*, vol. 212.

Mulder, G. J. (1876) Getuigenis in zake hooger onderwijs. Kramers en Zoon, Rotterdam.

Een boekje dat veel goede algemene adviezen bevat is:

University Teaching Methods Unit (UTMU) (1978) Improving teaching in higher education. Londen.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties

Aan de onderstaande universiteiten zijn tot doctor in de geneeskunde gepromoveerd:

Universiteit van Amsterdam

P. J. M. Berretty, proefschrift 'The eosinophilic granulocyte, dermatological and immunological aspects'. Promotor: Prof. Dr. R. H. Cormane.

W. H. Bouma, proefschrift 'De chirurgische behandeling van patiënten met pathologische en dreigende pathologische fracturen'. Promotor: Prof. Dr. R. K. Marti.

A. M. Dumas, proefschrift: 'Het genoom van Varicella-zoster virus; isolatie en karakterisering'. Promotor: Prof. Dr. J. van der Noordaa.

R. J. van de Griend, proefschrift 'Functional and biochemical heterogeneity of human T lymphocytes'. Promotor: Prof. Dr. V. P. Eijsvoogel.

F. M. Helmerhorst, proefschrift 'Detection of platelet antibosies and their clinical significance'. Promoter: Prof. Dr. C. P. Engelfriet.

J. W. M. Jacobs, proefschrift 'De kunstmatige lymfaticoveneuze anastomose'. Promotor: Prof. Dr. J. van Limborgh.

R. J. W. de Keizer, proefschrift 'Spontane carotico-caverneuze fistels'. Promotor: Prof. Dr. G. M. Bleeker.

G. de Klerk, proefschrift 'Erythropoietin'. Promotor: Prof. Dr. R. Goudsmit.

S. C. C. Reinders Folmer, proefschrift 'Gated equilibrium bloodpool scintigraphy'. Promotor: Prof. Dr. A. J. Dunning.

H. J. van de Reijden, proefschrift 'The immunological characterisation of leukemia'. Promotor: Prof. Dr. C. P. Engelfriet.

R. P. Schuurmans, proefschrift 'Colour vision in cat'. Promotor: Prof. Dr. Ir. H. Spekreijse.

M. A. C. Slot, proefschrift 'Over de partus immaturus'. Promotor: Prof. Dr. P. E. Treffers.

A. W. Sturm, proefschrift 'Klinische en bacteriologische aspecten van het ulcus molle'. Promotor: Prof. Dr. H. C. Zanen.

P. D. A. Treffers, proefschrift 'De voorspelbare glimlach als ontwikkelingsfenomeen'. Promotor: Prof. Dr. D. J. de Levita.

A. Vlug, proefschrift 'Immunity to viral leukemogenesis'. Promotores: Prof. Dr. H. P. J. Bloemers en Prof. Dr. J. J. van Loghem.

M. W. Weststrate, proefschrift 'Structural organization of the human cytomegalovirus DNA'. Promotor: Prof. Dr. J. van der Noordaa.

Rijksuniversiteit Groningen

C. Bendien, proefschrift 'Circulatory effects of dynamic exercise in patients with a moderate to small ventricular septal defect'. Promotores: Prof. Dr. K. K. Bossina en Prof. Dr. G. A. Mook.

M. Bins, proefschrift 'Relations between gastric acid, serum gastrin parietal cell and the HLA-system'. Promotores: Prof. Dr. J. H. M. van Tongeren en Prof. Dr. H. O. Nieweg.

A. J. M. L. Bomers-Marres, proefschrift 'Studie over de operatieve behandeling van de hernia nuclei pulposi lumbalis. Vergelijking van twee verschillende operatiemethoden'. Promotores: Prof. Dr. J. W. F. Beks en Prof. Dr. C. A. ter Weeme.

R. Faber-Nijholt, proefschrift 'Breech presentation and neurological morbidity'. Promotores: Prof. Dr. H. J. Huisjes en Prof. Dr. B. C. L. Touwen.

S. van der Geest, proefschrift 'Prolactine en mammacarninoom'. Promotores: Prof. Dr. W. D. Reitsma en Prof. Dr. H. Doorenbos.

J. D. van de Linde, proefschrift 'Het geruptureerde cerebrale aneurysma aan het voorste deel van de circulus van Willis'. Promotor: Prof. Dr. J. W. F. Beks.

H. J. Rollema, proefschrift 'Uroflowmetry in males'. Promotores: Prof. Dr. P. W. Boer en Prof. Dr. J. W. van den Berg.

M. H. van Rijswijk, proefschrift 'Amyloidosis'. Promotor: Prof. Dr. E. Mandema.

M. J. H. Slooff, proefschrift 'Secundaire toegangschirurgie voor hemodialyse en chemotherapie'. Promotores: Prof. Dr. P. J. Kuijjer en Prof. Dr. G. K. van der Hem.

T. Wobbes, proefschrift 'Non-seminomatous germ cell tumours of the testis'. Promotores: Prof. Dr. H. Schraffordt Koops en Prof. Dr. J. Oldhoff.

door Drs. Frits Spangenberg



Artsen in het ziekenhuis gezien door medisch studenten

Verpleeghulpstageverslagen geanalyseerd

Aan de Universiteit van Amsterdam zijn studenten in de geneeskunde verplicht na hun eerste studiejaar stage te lopen als verpleeghulp. Van 345 verslagen die daarover in 1979 en 1980 werden uitgebracht is met name door de schrijver van dit artikel, de socioloog Drs. Frits Spangenberg, aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Amsterdam van genoemde universiteit een analyse gemaakt. Ruim een kwart van de studenten uitte naar aanleiding van eigen stage-ervaringen kritiek op de manier waarop de arts-patiëntrelatie binnen de ziekenhuismuren gestalte krijgt. Bijna éénderde maakte melding van soms onprettige onderlinge verhoudingen tussen leden van het ziekenhuispersoneel, speciaal tussen artsen en verpleegkundigen. Overigens was de verpleeghulpstage verreweg de meeste studenten goed bevallen.

Sinds enkele jaren zijn eerstejaars geneeskundestudenten verplicht een vijf weken durende verpleeghulpstage te lopen aan het einde van hun eerste studiejaar. Al jarenlang werken vele geneeskundestudenten vrijwillig als verpleeghulp tijdens vakanties, maar alleen in het curriculum van de Universiteit van Amsterdam is dit een verplicht onderdeel van het onderwijs.

In het eerste studiejaar wordt getracht in de vakken sociale geneeskunde, huisartsgeneeskunde, medische psychologie, interne geneeskunde en chirurgie enige voorbereiding te geven op de praktijk. Door middel van een introductiebrochure in de studiegids wordt enige informatie gegeven en worden richtlijnen verstrekt volgens welke de studenten hun stageverslag moeten opstellen.

Het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam heeft een aantal ziekenhuizen gecontracteerd voor stageplaatsen; overigens zijn de studenten vrij zelf een stageplaats te organiseren. Van deze laatste mogelijkheid wordt ruim gebruik gemaakt. Over heel Nederland verspreid en in het buitenland (van Mali tot de VS) worden stages gelopen. Aan de stageverplichting is voldaan, indien de student een ingevuld formulier van zijn of haar begeleider en een stageverslag heeft ingeleverd, en dit door de stagecoördinator is goedgekeurd.

Doel verpleeghulpstage

Doel van de stage is de studenten te laten kennismaken met de sfeer in een tak van de intramurale gezondheidszorg, gezien vanuit de gezichtshoek van verpleegkundigen, verpleeghulpen en dergelijken. Bovendien dient de student inzicht te krijgen in de situatie van mensen die in hulpbehoevende omstandigheden verkeren.

De kennismaking met de praktijk vindt alleen in Amsterdam in dit vroege stadium van de studie plaats. In het studiejaar 1980-1981 is voor het eerst op basis van het gedrag tijdens de verpleeghulpstage een student geadviseerd de studie geneeskunde te staken. De examencommissie van de subfaculteit Geneeskunde achtte het wel verantwoord dit advies bij het propedeutisch examen uit te brengen; in de praktijk blijkt dit niet te gebeuren naar aanleiding van het gedrag tijdens de co-assistentschappen van het vierde of in latere studiejaren.

Kennismaking met de praktijk in een zeer vroeg stadium van de studie is ook belangrijk, omdat de student gedurende de verdere opleiding niet meer in de gelegenheid zal zijn los van de toekomstige beroepsgroep (de medische professie) dichtbij patiënten te werken en in direct contact met hen te verkeren.

De werkzaamheden van een verpleeghulpstagiair bestaan uit eenvoudige verpleegkundige handelingen, overeenstemmend met die van leerling-verpleegkundigen in hun eerste jaar. Het is uitdrukkelijk *niet* de bedoeling dat de stage wordt opgevat als een mini-co-assistentschap en dat de stagiair visites meeloopt en regelmatig onderzoeken en operaties bijwoont.

Evaluatie

Tussen januari 1979 en oktober 1980 werden 345 stageverslagen door de coördinator beoordeeld. Samen met een stagiair van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusen (de verpleegkundige H. van Velsen, sinds kort docent verpleegkunde aan de hogere beroepsopleiding te Groningen) is daarvan een systematische literatuuranalyse verricht, die wat de daarin genoemde aantallen betreft met de computer werd verwerkt. Naast een kwantitatieve verwerking werden citaten uit de diverse verslagen overgenomen als kwalitatieve illustratie van de tellingen. In de studiegids wordt studenten aangeraden tijdens de stage een dagboek bij te houden. Uiterlijk dertig dagen na afloop van de stage moet de student een verslag inleveren, waarin de volgende punten worden besproken:

a. informatie over het ziekenhuis;
b. informatie over de afdeling;
c. wijze van inwerken en relatie met begeleiders;
d. aard der werkzaamheden;
e. wijze van functioneren en relatie tot verpleegkundigen;
f. wijze van functioneren en relatie tot andere disciplines;
g. wijze van functioneren en relatie tot de artsen;
h. relatie tot de patiënten;
i. zin van de stage voor student, instelling en patiënten;
j. mening over evaluatiegesprekken en beoordeling.

In dit artikel zal vooral worden ingegaan op aspecten van samenwerking in het ziekenhuis, zoals de studenten ze vermeldden in hun stageverslag.

Hiërarchische verhoudingen

Bijna éénderde van de studenten maakt in het verslag melding van soms onpretti- ▶

ge hiërarchische relaties tussen artsen en verpleegkundigen. Hoewel de meerderheid hiervan geen melding maakt of expliciet zegt 'prettig te hebben samengewerkt', meende 38% van de studenten uit algemene en academische ziekenhuizen, 20% van de studenten uit psychiatrische ziekenhuizen en 16% van de studenten die hun stage in verpleeghuizen liepen dat de hiërarchische relaties soms storend waren. Veelal werd aangegeven dat het verschilt van arts tot arts. Wij citeren uit de stageverslagen:

In de strakke hiërarchie van het ziekenhuis staat de verpeegkundige tussen de arts en patiënt in. De verpleegkundige ziet en weet veel meer van de patiënt, maar als de arts beslist, staat hij volkomen machteloos. Ook al is hij het totaal niet eens met het beleid van de arts, dan toch moet hij de patiënt verplegen en is daarmee een bevestiging van dat beleid. Een vaak uiterst frustrerende situatie, met name waar het gaat om zeer ingrijpende dingen, zoals het wel of niet opereren . . .

Een autoritaire houding van de arts wordt door de verpleegsters met wantrouwen en soms zelfs haat beantwoord.

Een arts droeg dingen op waarvan de verpleging wist, dat ze beter anders konden gebeuren. Hij deed zware onderzoeken bij patiënten in hun laatste levensdagen. Soms wekte dit bij mij, maar vaak evenzeer bij de anderen, grote weerzin.

Het viel mij op dat iedereen nogal opkijkt tegen de arts en het gebeurde dan ook wel, dat als 'Hij' op zaal kwam 'wij' maar even op de gang gingen wachten tot 'Hij' klaar was.

Uit een aantal verslagen blijkt soms een negatief beeld van de verhouding tussen sommige artsen en verpleegkundigen, waarbij een aantal studenten verklaarde veel van de stage te hebben geleerd en nu te weten hoe zij het zelf in ieder geval niet willen doen:

Toen op één van de eerste dagen van mijn stage één van de verpleegsters, sprekend over de artsen, tegen mij zei: 'Ze zien je niet eens staan', dacht ik dat ze sterk overdreef. Nu, na vijf weken moet ik toegeven, dat deze bewering meer dan een grond van waarheid bevat.

Behalve dat artsen nooit hebben leren verplegen en het daarom ook niet kunnen, speelt ook een rol dat ze het te min, te vies vinden en er vanuit gaan dat de verpleging er is voor het verplegen.

Voorts hebben de heren medici een slordige indruk op mij gemaakt: men treft aan: grote bloedbaden in de onderzoekkamer, gebruikte verbandmiddelen op de grond, handschoenen van het rectale toucher naast kopjes koffie op het nachtkastje. Uit hun houding en gedrag sprak alleen belangstelling voor de te verrichten handeling. De verpleging zorgt wel voor de rest. De vanzelfsprekendheid van deze gang

De werkzaamheden van ziekenhuisartsen en verpleegkundigen lopen volledig langs elkaar heen. Twee werelden die elkaar nauwelijks raken. De wijze van functioneren van artsen wordt als zo normaal aangenomen, dat je haast niet meer kunt spreken van een kunstmatig opgebouwde status. Het is een manier van werken geworden.

Samenwerking

Positief over de samenwerking in het ziekenhuis werd vooral geschreven door studenten die tijdens hun stage aanwezig waren geweest bij multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Enkelen waren van oordeel dat dit soort bijeenkomsten zeer positief doorwerkt op alle betrokkenen van de betreffende afdeling. In totaal maakte 17% van de studenten melding van goed overleg en goede samenwerking, terwijl 24% voorbeelden noemde van minder goede samenwerking, meestal kwam 'goed' en 'minder goed' naast elkaar voor:

Merkwaardig was dat ik goed kon opschieten met een internist waar niemand normaal mee kon werken. Hij sprak zelden met een verpleegster en als hij dat deed dan was hij erg kortaf. Hij functioneerde ook niet al te best in het team van vier internisten, het leek of hij er een beetje buiten stond. De andere internisten vormden een goed team en hadden een veel beter overleg met het personeel.

Nogal eens was het de geneeskundestudenten opgevallen dat het contact met artsen werd gemonopoliseerd of geblokkeerd door hoofd- en stafverpleegkundigen, met als gevolg dat:

. . . de zaaldienst vaak niet weet wat er gebeuren gaat met patiënt. De arts maakt met de hoofdverpleegkundige éénmaal per week zijn ronde door het huis, maar negeert daarbij volledig de verpleegsters. Terwijl wij de hele dag met de patiënten bezig zijn en de mogelijkheden hebben ze te observeren.

Een aantal studenten had wel contact met artsen gehad. Soms verliep dat opmerkelijk:

In de avonddienst werd mij verzocht door de dienstdoende arts om bij een patiënt een rectum-canule in te brengen. Aangezien ik niet wist of ik wel het goede ding had, vroeg ik de nog op de afdeling aanwezige arts of ik het goede te pakken had. Hij antwoordde mij toen dat hij nog nooit een rectum canule had gezien, maar ze alleen maar voor hoefde te schrijven.

In plaats van samenwerking is er soms sprake van rivaliteit en gaat men elkaar uit de weg. Disciplinedeskundigheid wordt benadrukt en in plaats van multidisciplinaire samenwerking lijkt men elkaar te zien als concurrenten:

Vaak is er ook wel kritiek op het optreden van de arts, maar tot een dialoog tussen de twee komt het niet door de angst van de verpleegkundige voor de arts, al dan niet gebaseerd op angst voor mogelijke represaillemaatregelen van de kant van de specialist.

Wat me opviel was de haat en nijd die er tussen sommige artsen bestond, vooral in hetzelfde specialisme, en ook dat artsen en co-assistenten het heel moeilijk vinden om iemand te groeten.

Arts-patiëntrelatie

Ter voorbereiding van de stage is de studenten er zoveel mogelijk op gewezen goed te letten op de communicatie tussen arts en patiënt. Uit de verslagen blijkt duidelijk een grote verscheidenheid aan ervaringen. De ene arts geeft een toelichting op de ingreep die de patiënt moet ondergaan, hij legt uit waar het om gaat, laat de patiënt vragen stellen, kortom geeft voor het gevoel van de student voldoende aandacht aan de patiënt. De andere arts daarentegen gebruikt woorden en begrippen die de patiënt niet verstaat en begrijpt, en waar hij dus ook geen vragen over kan stellen.
Uit de stageverslagen is niet wetenschappelijk te kwantificeren welke gedragslijn frequenter voorkomt. Hoewel enkele studenten zich hierover positief uitlaten en 27% meer negatieve ervaringen rapporteert, kan de selectieve waarneming ervoor hebben gezorgd dat vele positieve ervaringen niet vermeldenswaard werden geacht. Wel staat vast dat ruim een kwart van de studenten naar aanleiding van zijn ervaringen kritische kanttekeningen plaatst bij de arts-patiëntrelatie:

Ik zag dat de patiënten bang waren voor de arts, en daarom hun belangrijke vragen aan de verpleegsters stelden . . .

Als witte schimmen vliegen ze door de zaal, weinig aandacht voor de patiënt, nog minder voor de verpleegkundigen, maar ze staan nog steeds in hoge ere bij de patiënt.

Ik maakte een visiteronde mee. De artsen brabbelden wat. De hoofdzuster geeft de gevraagde informatie, maar overlegt niet mee. De patiënten wachten alleen maar af en trachten iets te begrijpen van de moeilijke woorden. Slechts drie patiënten hadden vragen en enkele patiënten bleven huilend achter door het grote onbegrip. Een triest resultaat. ▶

De patiënten kwamen met hun lichamelijke klachten bij de artsen, hun emoties echter kwamen bij het verplegend personeel los.

Met artsen heb ik weinig te maken gehad. Wel natuurlijk met de gevolgen van de daden van artsen: vrouwen die pijn hadden en bloedden nadat ze door een co-assistent waren onderzocht; vrouwen die bang waren voor onderzoeken en behandelingen, vrouwen die doodmoe werden van de op alle willekeurige tijdstippen plaatsvindende onderzoeken, waarvan het nut hen onduidelijk was. Hoe artsen door hun houding (vaak onbewust) patiënten kwetsen is tijdens deze stage goed tot mij doorgedrongen.

Conclusie

Bij het lezen van bovenstaande fragmenten is de verleiding misschien groot ze af te doen met het argument dat het hier enkele uit hun verband gerukte citaten betreft. Er is evenwel een wetenschappelijk-systematische analyse verricht om de informatie uit de stageverslagen beter inzichtelijk te maken.

Enthousiaste of expliciet lovende verhalen kwamen bijna niet voor. Uitgesplitst naar type van instelling blijken in het hele land, in zowel grote als kleine ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische inrichtingen punten van kritiek te worden gesignaleerd. Bijna unaniem uitten de studenten zich positief over de stage als onderdeel van het onderwijs. Hun inzicht in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg heeft naar eigen zeggen vorm gekregen. Een aantal van hen is zich bewust geworden van het grote belang van goede samenwerking en patiënteninformatie en voelt zich na de observaties van medisch handelen sterker gemotiveerd om zich in de theorie van de geneeskundestudie te verdiepen.
In een recent gehouden onderzoek aan de medische faculteiten van de universiteiten in Groningen en Utrecht (zie NRC-Handelsblad 26 juli 1980: 'Medici: opleiding is in begin kinderachtig') gaven geneeskundestudenten er blijk van een lage dunk te hebben van hun opleiding. In de eerste vier jaar vinden de aankomende artsen het onderwijs 'weinig inspirerend', 'saai en taai'; 'veel overbodige ballast' en 'niet aangepast aan de problemen van de praktijk.'
In Amsterdam zal een deel van deze kritiek ook door de jongerejaars worden herkend maar zorgt de verpleeghulpstage voor een positief geluid.

Samenvatting

Geneeskundestudenten van de Universiteit van Amsterdam zijn verplicht aan het einde van hun eerste studiejaar vijf weken als verpleeghulp in de intramurale gezondheidszorg te werken. Na afloop moeten zij een verslag over hun stageervaringen inleveren. Om tegen te gaan dat de inhoud van deze verslagen niet verder komt dan stoffige archieven heeft het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam er een systematische literatuuranalyse van gemaakt, waarvan hier over de aspecten samenwerking arts-verpleegkundige, arts-patiëntrelatie en patiënteninformatie is gerapporteerd. ■

Literatuur

F. Spangenberg, Medische studenten als verpleeghulp; ervaring met twee jaren verpleeghulpstages als onderdeel van het curriculum voor eerstejaars studenten geneeskunde. *Medisch Contact* nr. 47/1979, blz. 1489.

F. Spangenberg en H. van Velsen, Verpleegkundigen en geneeskunde studenten. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* nr. 12, 9 juni 1981, pp. 522 – 526.

Praktijk perikelen

Rekening en verantwoording

Maandagochtend 00.30 uur. Telefoon van een paniekerige myastheniepatiënte, die bang is te zullen stikken. Haar behandelend neuroloog, die wel zijn verwijskaarten krijgt maar geen rapport stuurt, is buitenslands. Patiënte wil naar een ziekenhuis met beademingsfaciliteit. Ambulancevervoer eist dat ik, de huisarts, ter plekke ben. Ik ga, in mijn auto zonder beademingsapparatuur, en probeer gerust te stellen. Bel de waarnemend neuroloog, die zegt in zijn kliniek geen beademingsapparatuur te hebben, niet wil komen en de raad geeft patiënte gerust te stellen en anders te laten vervoeren naar een eerste hulp ter verdere beoordeling. Ik bel twee ziekenhuizen, die weigeren omdat paniek geen indicatie is. Om mij uit de nood te helpen komt om 05.15 uur de ambulance om patiënte naar de eerste hulp te vervoeren.
Om 10.00 uur diezelfde dag bezoek ik een dame over wie ik een briefje had ontvangen van de behandelend chirurg. Hem was gebleken dat geen therapie voor het rectumca meer mogelijk was. Dit was meegedeeld aan patiënte, die blijk gaf met deze situatie geen raad te weten. Zij hoefde niet meer terug te komen, maar had wel begeleiding nodig. Sterkte!
Dinsdagmorgen 10.30 uur. Huisbezoek bij oudere dame met cervicale klachten. Draagt halskraag. Was tijdens opname tegen de neuroloog wat doordrammerig geweest om de oorzaak van haar klachten te weten te komen. De neuroloog is wat gepikeerd, stuurt mij geen rapport en de patiënt tot nu toe geen rekening!
Diezelfde avond, 23.30 uur. Telefoon van cardiologisch assistent uit een ziekenhuis. Een vier dagen eerder opgenomen 44-jarige man met vers hartinfarct was weggelopen. Het zou jammer zijn als hem op zijn leeftijd iets noodlottigs overkwam. Of ik maar even bij zijn huis wilde gaan posten, hem opvangen en terugsturen. Want het werkterrein van de cardioloog was beperkt tot de muren van het ziekenhuis en dat van de huisarts omvatte alles daarbuiten.
Een en ander overdenkende, vraag ik mij af of bij de discussie over de taakstelling van de huisarts de specialisten niet ook dienen te worden betrokken.

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

MEDISCH CONTACT

nummer 51 – 18 december 1981 – 36e jaargang

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	D. B. Kagenaar, voorzitter; Dr. J. J. H. M. Daniëls, ondervoorzitter; Prof. B. S. Polak, Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw en Prof. Dr. P. Visser, leden; H. G. Bessem (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en G. Groenewoud (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie. Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, directeur; Mw. J. M. Mantel-Dusamos, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator; Mw. I. Koers, 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. Dekker-Meelker, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk

KNMG

Personalia

Nieuwe leden

R. A. van Baar, O. Dorsch 150, Zaandam
Mw. H. J. M. Bartelink-Hoos, Leimuiderdijk 490, Nijmegen
J. van de Berk, Kralenbeek 321, Den Haag
Mw. G. A. Th. M. De Beus, Zebraspoor 609, Maarssen
A. M. R. H. Biermans, Dr. J. P. Heijelaan 6, Amersfoort
P. J. Blankestijn, Sonmansstraat 146 A, Rotterdam
Mw. Y. M. N. Boer-de Wit, Herman Gorterstraat 11, Amsterdam
J. A. Bokma, Oostenburgergracht 91^{II}, Amsterdam
W. F. J. du Bois, Jac. Obrechtstraat 67, Amsterdam
P. A. J. Borg, Bethaniënstraat 35^{I}, Amsterdam
J. J. B. J. Bouvy, Pruykenborg 166, Zwijndrecht
Th. A. A. van den Broek, Alleenhouderstraat 65, Tilburg
D. J. Bruijn, Oude Delft 140 A, Delft
S. van der Burg, Baken 108, Groningen
E. Cranendonk, Blauwvoetstraat 14^{II}, Amsterdam
E. M. Delhaas, Moerbeiboom 39, Culemborg
J. J. Dieles, Amstelveenseweg 177-3, Amsterdam
C. A. le Duc, Deurloostraat 67^{II}, Amsterdam
H. Ph. Endtz, Schelpenkade 41, Leiden
F. N. V. Fluitman, Graaf Willemstraat 65, Bovenkarspel
Mw. M. Geldermans, Duinroosplantsoen 21, Haarlem
Mw. D. C. M. Gersons-Wolfensberger, Oosterpark 45, Amsterdam
H. A. P. A. de Geus, Fort Alexanderstraat 20, Rosmalen
A. Th. Greven, Nieuwe Meerdijk 65, Badhoevedorp
K. H. Han, Rottumerstraat 18, Amstelveen
F. Jacobs, Luzacstraat 5 B, Rotterdam
Mw. H. L. E. Kamann, Spanjaardslaan 105, Leeuwarden
P. J. M. Kil, Raalterveste 7, Nieuwegein
J. J. Klein, Coronastraat 22, Groningen
P. Klundert, Rijksstraatweg 25, Hardegarijp
G. Kninkman, A.L.E.R.T. P.O. box 165, Addis Abeba
G. J. B. M. Knuppel, Zaligestraat 6, Lent
Mw. A. Koudstaal-Overduin, Spiering 26, Hellevoetsluis
H. J. J. Krüger, Breitnerstraat 13, Nijmegen
J. A. Kruijt, van Houtenlaan 52, Groningen
J. M. A. Lange, Fred. Hendrikstraat 186^{I}, Amsterdam
A. F. M. Liebregts, De Meeren 6, Waalre
Mw. M. Lo- Hadisaputro, Nicolaas Anslijnstraat 38, Amsterdam
Mw. A. E. M. van der Loos-Nijman, Apollolaan 62, Nieuwenhagen
E. van Meekeren, Haarlemmerstraat 192 A, Leiden
M. W. Meijer, De Ruyterstraat 43, Nijmegen
Mw. W. P. van Monsjou-Dolle, Stationsstraat 172, Sijsele (België)
F. J. Nederlof, Blaak 275, Rotterdam
O. Nieber, Van Zesenstraat 46^{I}, Amsterdam
M. A. M. F. van Nierop, Justus van Effenstraat 17, Utrecht
A. H. L. Oey, Weesperzijde 19, Amsterdam
A. J. A. M. van Osta, Uilenvliet 37, Zwijndrecht
H. C. Overbeek, Middachtenstraat 35, Nijmegen
S. R. Portier, Struisenburgdwarsstraat 95 B, Rotterdam
C. J. Pronk, Prins Mauritslaan 25, Den Haag
C. D. Punt, Kameliastraat 34, Rotterdam
G. H. Rach, p/a de Bierheuvel 10, Willemstad (Curaçao)
P. G. M. Rosheuvel, Jan van Galenstraat 78, Nijmegen
L. J. Ruers, Walramstraat 48, Sittard
H. J. T. Rutten, Koninginnelaan 197, Nijmegen
Mw. Y. A. F. Rutten-Roumen, Koninginnelaan 197, Nijmegen
A. J. Schaap, D. J. Jittastraat 67, Tilburg
W. R. Schouten, Burg. Dammstraat 25, Tilburg
J. W. Th. Lahaye, Vouwstraat 12, Utrecht
P. R. Schütte, Kerbergenlaan 12, Zeist
N. M. J. Snieders, Kon. Wilhelminalaan 10, Aalst
Mw. H. C. Th. Steenbergen, Corn. Anthoniszstraat 13^{III} A, Amsterdam
Mw. M. P. Th. G. van Strien-Cuppen, Obrechthof 22, Alphen aan de Rijn
P. E. Sutorius, Regulierssteeg 5, Utrecht
P. van der Tas, Riouwstraat 11, Groningen
A. Veenstra, Stadhouderslaan 108, Utrecht
H. B. M. Vermeulen, Parkweg 120, Nijmegen
Mw. Y. M. de Voogd, Potgieterstraat 25, Amsterdam
H. de Vries, Uniaweg 47, Stiens
Mw. E. Warmenhoven, Ferd. Bolstraat 141^{II}, Amsterdam
A. F. J. M. Weling, Molenstraat 64, Nijmegen
P. Westerink, Anreep 14, Assen
J. M. Witmer, Postbus 120, Noordwolde
J. G. Zaaijer, Boerhaavelaan 249, Leiden

Nieuwe aspirant leden

G. K. M. Bunschoten, Langestraat 8 A, Leiden
Mw. V. A. Durang, Amstelkade 19^{III}, Amsterdam
H. E. Fokke, Lijnbaansgracht 23^{III}, Amsterdam
P. J. G. M. Frambach, Scharnerweg 159, Maastricht
C. J. C. Geelen, Uilenstede 8 – K 30, Amstelveen
M. E. Hart, Van Oldenbarneveldstr. 13^{II}, Amsterdam
A. Hartsema, Sportterrein 28, Veendam
H. H. M. van Jaarsveld, Stromenlaan 124, Woerden
E. G. A. de Jong, St. Elisabethhospitaal, Curaçao
C. Joose, Hovenierstraat 198, Rotterdam
J. M. C. M. Lips, Magda Janssenlaan 44, Utrecht
J. Miedema, Rustenburgherweg 9, Bloemendaal
I. S. V. V. Pouw, Zocherstraat 111, Rotterdam
G. H. Roelofs, I. B. Bakkerlaan 119, Utrecht
H. C. M. Salman, Morsweg 54 B, Leiden
H. Stolk, Rembrandtweg 159, Ridderkerk
P. L. J. van Valenberg, Tooropstraat 72, Nijmegen
E. W. van Valkenburg, Lockhorsterweg 5 A (tijdelijk), Leusden
H. L. N. van der Veen, Witte de Withstraat 61 A, Rotterdam
N. C. Verhoef, St. Luciasbaai 10, Capelle aan de IJssel
C. J. Verschoor, Thorbeckestraat 7, H.I. Ambacht
F. J. Vos, van Nahuysplein 10, Zwolle
R. M. F. van der Weiden, Koekoeksweg 1, Aerdenhout
V. E. J. A. de Windt, Oude Singel 68, Leiden

Overleden

C. Arends, Mauvestraat 19, Zaandam
F. A. Bolsius, v.d. Spiegelstraat 13, Den Haag
H. J. Dieleman, Bluisterplein 19, Ruurlo
A. Doyer, v.d. Capellenweg 1, Heino (O)
J. P. van Kampen, Boekert 15, Blokker (NH)
C. Karres, Bluisterplein 5, Ruurlo
J. Kiewiet de Jonge, Oranje Nassaulaan 18, Warmond
Dr. S. A. den Oudsten, Heemraadsingel 291, Rotterdam.

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.

SNH

Nascholingsraad

Korte samenvatting van het besprokene in de Nascholingsraad (vergadering van het bestuur SNH met vertegenwoordigers van perifere nascholingswerkgroepen), gehouden in het Jaarbeurs Congrescentrum op 5 november 1981.

De inleiding tot deze vergadering door de voorzitter is apart gepubliceerd in Medisch Contact nr. 49 d.d. 4 december 1981. De voorzitter doet enkele mededelingen over de stand van zaken in het Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde en over de cursussen Onderwijs maken/werken met groepen (zie hiervoor samenvattingen van bestuursvergaderingen SNH, eveneens gepubliceerd in Medisch Contact).

Het functioneren van de Nascholingsraad

Statutair is vastgesteld dat deze vergadering twee maal per jaar wordt gehouden. De Nascholingsraad – vroeger Nascholingsparlement – is indertijd ingesteld om de huisartsen uit de periferie de gelegenheid te geven mee te denken in het beleid van de Stichting Nascholing Huisartsen. De belangstelling voor deze vergadering is de laatste jaren verminderd.
Een van de oorzaken hiervan is de afstand die moet worden afgelegd door huisartsen uit bijvoorbeeld Groningen en Limburg. Vanuit Limburg wordt voorgesteld de Raad eenmaal per jaar in een bepaalde regio te houden, en eenmaal per jaar centraal. Anderzijds wordt gewaarschuwd tegen deze zogenaamde deelraden. Eerst dient de SNH-structuur volledig te worden ingepast in de structuur van het PAOG, voorts is het van belang minstens twee maal per jaar een dergelijke vergadering centraal te houden.
Er worden nog enkele suggesties gedaan wat betreft het stimuleren van de 'dwarsverbindingen' tussen Plaatselijke Huisartsen Verenigingen en perifere nascholingswerkgroepen. Men zou op één van de twee vergaderingen van de Nascholingsraad zowel vertegenwoordigers van Plaatselijke Huisartsen Verenigingen LHV als van districten kunnen uitnodigen. De voorzitter neemt dit voorstel gaarne over. Hij zegt tenslotte dat – indien er in bepaalde regio's problemen zijn – de SNH altijd bereid is hulp te bieden en eventueel een bestuursdeputatie te zenden.

Beleid Stichting Nascholing Huisartsen

Over het jaarverslag 1980 zijn geen opmerkingen. Wel is naar aanleiding van dit verslag door de PHV Twente een schriftelijk voorstel gedaan om formeel een afgevaardigde van het districtsbestuur in deze regio te benoemen in de regionale commissie Over-de-IJssel. Uit een meningspeiling blijkt dat men unaniem achter dit voorstel staat dat ter kennis zal worden gebracht van de besturen LHV en NHG.
De vice-voorzitter heeft een nota gemaakt over de taken die voor de SNH op dit moment het belangrijkst worden geacht. Deze nota is nog ter discussie in het algemeen bestuur en wordt nu voorgelegd aan de Nascholingsraad. In de discussie hierover wordt door een vertegenwoordiger van de universiteit Rotterdam naar voren gebracht, dat dit stuk te weinig nadruk legt op overleg met de faculteiten. Hij vergelijkt de huisartsen met 'middelbare scholieren die zelf de vorm, inhoud en bron van hun onderwijs bepalen.' Men verzet zich tegen deze vergelijking. De verantwoordelijkheid voor het post-academisch onderwijs is volgens de wet gegeven aan de faculteiten zoveel mogelijk in samenwerking met derden. Dit houdt niet in dat de faculteiten moeten voorschrijven wat de huisartsen moeten doen, in welke vorm hun nascholing zal zijn, wat de inhoud is en de bron. Vanuit het Overlegorgaan PAOG wordt gesteld, dat de faculteiten verplicht zijn de derden – als die er zijn – erbij te betrekken. De vergelijking met de middelbare scholier gaat beslist niet op voor de nascholing, mede omdat het volwassenenonderwijs is. Universiteiten en derden zouden een 'huwelijk' moeten aangaan 'op huwelijkse voorwaarden', in goed overleg. Wanneer de betreffende beleidsnota officieel is goedgekeurd, zal deze aan alle regionale commissies en eventueel ook aan LHV-districten worden toegezonden. Onderwerpen als evaluatie van nascholing en toetsing komen hierin eveneens aan de orde.
De begroting SNH voor 1982 wordt toegelicht door de secretaris/penningmeester. Men heeft hierop geen commentaar. Deze begroting is door de LHV teruggebracht tot *f* 500.000. Het geld voor de regionale commissies, dat lang niet overal werd uitgegeven, is tot op de helft teruggebracht.

Mededelingen uit de regio's

In *Leiden* is een enquête gehouden in verband met de slechte opkomst voor blokcursussen. Het bleek dat men de cursusgelden te hoog vond en meer voelde voor een cursus van een dag.
In *Rotterdam* zijn de blokcursussen sterk overtekend. Deze maand is daar met een cursus Onderwijs maken gestart, gepland op vijf avonden van 2½ uur. Een groot succes heeft in Rotterdam een Warffumcursus – naar het originele model, gepland op negen avonden, eenmaal per maand.
In *Nijmegen* wordt de Warffumcursus niet meer via het PAO-Bureau georganiseerd maar door de huisartsen zelf. Dit scheelt 350 gulden.
In *Limburg* worden twee Warffumcursussen georganiseerd: een in de Ardennen en een in Limburg die goedkoper zal zijn. Bekeken zal worden of dit invloed heeft op de aanmeldingen.
In *Amsterdam* lopen de KNO-cursussen en de cursussen Kindergeneeskunde vrij redelijk. Een nieuwe cursus over revalidatie had veel belangstelling.
Noord-Holland probeert zoveel mogelijk dwarsverbindingen te hebben met de PHV-en; de nascholing in de periferie breidt zich uit, mede in verband met het feit dat men een blokcursus als avondsymposium laat 'pendelen' door de regio. West Friesland, Alkmaar en Den Helder willen samen een meerdaagse nascholingscursus organiseren.
De perifere werkgroep *Enschede* heeft problemen met de farmaceutische industrie. Gesteld is dat alleen via deze groep nascholing kan worden georganiseerd.
De perifere werkgroep *Tilburg* heeft een cursus ingevoerd, waarin de communicatie tussen huisartsen en specialisten centraal staat, de zogenaamde Compagnonscursus. Hierover zal nog nader worden gepubliceerd.

Patiëntenbespreking

De Nascholingsraad is de laatste jaren verdeeld in een huishoudelijk deel, waarin beleidszaken worden besproken, en een inhoudelijk deel. In het inhoudelijk deel – na de pauze – werd met medewerking van twee huisartsen en een specialist uit Rotterdam een patiëntenbespreking gehouden. Deze bespre-

kingen worden over het algemeen goed bezocht. De huisarts leidt een patiënt in, vertelt iets over zijn ziekte-geschiedenis en zijn achtergronden, waarom hij verwezen heeft naar de internist etc. Daarna kunnen de deelnemers vragen stellen hoe het de patiënt verder is vergaan in het ziekenhuis. Van belang is hierbij het persoonlijk contact tussen specialist en huisarts, het toetsen van elkaars werk door de huisartsen onderling en tenslotte ook het feit dat een en ander ook leerzaam kan zijn voor de specialist.

Registratie nascholingsactiviteiten

Het laatste punt in deze Nascholingsraad was een voorstel, gedaan door een van de huisartsen uit de regionale commissie Utrecht, om een registratiesysteem voor de nascholingsactiviteiten op te bouwen. De nascholingsagenda, die maandelijks in Medisch Contact wordt gepubliceerd, is niet uitvoerig genoeg; voor papieren patiënten en syllabi uit het SNH-archief is zeer weinig belangstelling. Een tussenoplossing is een kaartsysteem waarop van elke cursus, die wordt gegeven of reeds is gegeven, uitvoerige gegevens staan vermeld, zoals doelstelling, sprekers, kosten, etc. en het telefoonnummer van degene die de cursus heeft georganiseerd. De aanwezigen staan hier positief tegenover; de SNH zal een en ander nader uitwerken. Het is de bedoeling dat de kaarten met vragen over cursussen via de coördinatoren worden verspreid en worden teruggezonden naar de SNH, zo volledig mogelijk ingevuld.

Samenstelling bureaus districtsraden

Hieronder volgt een opgave van de samenstelling van de bureaus van de 20 districtsraden, inclusief het adres van de secretaris waarheen men correspondentie moet zenden.

District I
Arn. Weijel, voorzitter
C. J. Rübsaam, plv. voorzitter
Dr. G. van Dolder, plv. secretaris
Secretaris: Dr. H. W. Whitton, Hodenpijlkade 26, 1058 LX Amsterdam

District II
A. P. Nolen, voorzitter
Mw. H. Meursing-Posthumus, vice-voorz.
Secretaris: J. D. Kaan, Oosteinderweg 226, 1432 BA Aalsmeer

District III
J. E. A. Huurdeman, voorzitter
H. L. Hoekstra, vice-voorzitter
Secretaris: A. J. M. Kuyper, Hoofdstraat 306, 1611 AP Bovenkarspel

District IV
W. Ph. van der List, voorzitter
H. S. Boogaart, 1e vice-voorzitter
A. J. M. Alleman, 2e vice-voorzitter
Secretaris: K. J. Hardeman, van Hoeylaan 2, 2594 CR 's-Gravenhage

District V
B. Mesander, voorzitter
J. B. Hugenholtz, vice-voorzitter
Secretaris: K. W. Woltering, Dorpsstraat 1, 2636 CB Schipluiden

District VI
B. J. Kranenburg, voorzitter
G. D. Bos, vice-voorzitter
F. C. H. A. Kothe, vice-voorzitter
Secretaris: H. L. van Amerongen, secr.: Mathenesserlaan 33, 3023 GA Rotterdam

District VII
E. W. Heerema, voorzitter
Dr. G. J. Sas, vice-voorzitter
Secretaris: J. L. de Vries, Lijsterbeslaan 10, 4205 AN Gorinchem

District VIII
Dr. W. A. Bax, voorzitter
P. K. de Haas, vice-voorzitter
Secretaris: Dr. J. Z. S. Pel, Spanjaardstraat 17, 4331 EN Middelburg

District IX
Dr. J. J. Bol, voorzitter
P. J. Theunissen, vice-voorzitter
Dr. F. W. Mreijen, vice-voorzitter
Secretaris: D. van de Wetering, Parkstraat 16, 4818 SJ Breda

District X
Dr. J. J. Cobben, voorzitter
Dr. L. C. Klijn, vice-voorzitter
A. J. W. Leyte, vice-voorzitter
Secretaris: A. Polman, Ruusbroeclaan 11, 5611 LT Eindhoven

District XI
J. M. A. A. Begheyn, voorzitter
K. H. M. Suys, vice-voorzitter
Secretaris: J. H. Schade, Bisschop Lindanusstraat 21, 5914 SE Venlo

District XII
E. Th Rebholz, voorzitter
G. van Brakel, vice-voorzitter
W. P. J. M. Pierrot, vice-voorzitter
Secretaris: J. Laarman, Strausslaan 6, 3723 JN Bilthoven

District XIII
J. A. I. van Prooye, voorzitter
L. Lüderhoff, vice-voorzitter
J. Borst, vice-voorzitter
Secretaris: J. J. Hendriks, postbus 251 (Brinklaan 138), 1400 AG Bussum

District XIV
J. W. E. P. Versteeg, voorzitter
J. G. M. Huurman, vice-voorzitter
A. H. P. M. Schellekens, vice-voorzitter
Secretaris: W. C. A. M. Fortuin, Gasthuisplein 7, 7041 AN 's-Heerenberg

District XV
Ph. P. van der Heyden, voorzitter
L. van Meenen, vice-voorzitter
Secretaris: A. J. Geerlink, Rijksstraatweg 71, 7231 AC Warnsveld

District XVI
S. B. Drijber, voorzitter
H. C. Stam, vice-voorzitter
Secrearis: L. C. A. van der Harst, Ter Pelkwijkpark 13[11], 8011 SG Zwolle

District XVII
D. A. Buys, voorzitter
E. J. Fabels, vice-voorzitter
C. W. Bottger, vice-voorzitter
Secretaris: G. Stenger, postbus 155 (Tijhofslaan 40), 7600 AD Almelo

District XVIII
J. Koppe, voorzitter
P. G. Karsdorp, vice-voorzitter
Secretaris: J. H. M. van Buchem, Nicolaas Beetslaan 22, 9405 BD Assen

District XIX
C. Kerbert, voorzitter
U. M. Ubbens, vice-voorzitter
Secretaris: Dr. J. Trommel, Stinsweg 6 9269 TE Veenvouwden

District XX
W. E. C. Wind, voorzitter
G. C. Kouwenhoven, lid
F. G. H. de Noord, lid
Secretaris: J. Baarveld, Händellaan 20, 9722 JX Groningen